

Сама прогрессирующая рецидивная или незажившая язва увеличивает рубцово-язвенную трансформацию уже осложненной ушиванием рубцово-язвенной деформации стенок и перипроцессом.

Вокруг пенетрации возникает мощный рубцовый процесс, который так спаивает стенки вовлеченных органов, что разобраться в их границах очень трудно без вскрытия полости спаявшихся органов. Кроме того, такие язвы превращаются в гигантские и осложняются пенетрацией с формированием желчных, кишечных свищей, с аррозией магистральных сосудов и угрожающих жизни кровотечений.

Все эти сведения о патоморфологии ушитых язв свидетельствуют об их огромном морфологическом разнообразии, необходимости индивидуального подхода в лечении и незатягивании сроков для хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автондилов Г. Г. Основы патолого-анатомической практики. – М., 1994. – 510 с.
2. Бабкова И. В. Нарушения функционального состояния желудочно-пищеводного перехода при пилородуоденальном стенозе // Сов. медицина. – 1979. – № 10. – С. 21–25.
3. Борисов А. Е., Земляной В. П., Акимов А. П. Результаты хирургического лечения перфоративных и кровоточащих язв // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 37.
4. Галкин Р. А., Макаров И. В., Калинин Б. В. Диагностика и лечение больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 40.
5. Генрих С. Р., Оноприев В. И., Карипиди Г. К., Пахилина А. Н. Радикальная дуоденопластика как универсальная технология хирургической коррекции двенадцатиперстной кишки при язвенном стенозе // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 241.
6. Клоков С. С., Жерлов Г. К., Ермолаев Ю. Д. Выбор способа операции в хирургии ранее ушитых перфоративных гастродуоденальных язв // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 52.
7. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А., Агейчев В. А., Черняк-вич С. А., Дивилин В. Я. Выбор хирургического метода при язвенном пилородуоденальном стенозе // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 19–25.
8. Рахимов Б. М., Меретин А. И., Симатов А. М. Результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 70.
9. Релин В. Н., Возгомет А. О., Полков С. Н., Артмеладзе М. С. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 72.
10. Черноусов А. Ф. Хирургические болезни: Учебник. – М., 2010. – С. 233.
11. Anvari M., Dent J., Jamieson G. G. Mechanics of pulsatile transpyloric flow in the pig // J. physiol. (Lond). – 2001. – V. 488. № 6. – P. 193–202.
12. Brasseur J. G. Mechanical studies of the esophageal function // Dysphagia. – 1993. – № 8. – P. 384–386.
13. Chiarugi M., Buccianti P., Goletti O., Decanini L., Sidoti F., Cavina E. Prognostic risk factors in patients operated on for perforated peptic ulcer. A retrospective analysis of critical factors of mortality and morbidity in a series of 40 patients who underwent simple closure surgery // Ann. ital. chir. – 1996, Sep-Oct. – № 67 (5). – P. 609–613.
14. Datsis A. C., Rogdakis A., Kekelos S., Zografos K., Sarantopoulou A., Spiliotis J. Simple closure of chronic duodenal ulcer perforation in the era of Helicobacter pylori: an old procedure, today's solution // Hepatogastroenterology. – 2003, Sep-Oct. – № 50 (53). – P. 1396–1398.
15. Kerrigan D. D., Read N. W., Houghton L. A. et al. Disturbed gastroduodenal motility in patients with active and healed duodenal ulceration // Gastroenterology. – 1991. – V. 100. № 4. – P. 892–900.
16. Kohda K., Tanaka K., Aiba Y. et al. Role of apoptosis induced by Helicobacter pylori infection in the development of duodenal ulcer // Gut. – 1999. – V. 44. № 4. – P. 456–462.
17. Kujath P., Schwandner O., Bruch H. P. Morbidity and mortality of perforated peptic gastroduodenal ulcer following emergency surgery. Langenbecks arch. surg. – 2002, Nov. – № 387 (7–8). – P. 298–302. Epub. 2002 Nov 08.
18. Kumar D., Sinha A. N. Helicobacter pylori infection delays ulcer healing in patients operated on for perforated duodenal ulcer // Indian j. gastroenterol. – 2002, Jan-Feb. – № 21 (1). – P. 19–22.

Поступила 14.09.2010

Г. К. КАРИПИДИ, Е. С. БАБЕНКО

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: babenko@mail.ru

Изучается опыт хирургического лечения больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Схема лечения в основной группе: интраоперационное введение иммуномодулятора ронколейкина в подслизистый слой стенки ДПК.

Ключевые слова: перфоративная язва, кровотечение, хирургическое лечение, ронколейкин.

INTRAOOPERATIVE RONCOLEUKIN THE SURGICAL TREATMENT
OF PERFORATED DUODENAL ULCERS

Chair of hospital surgery Kuban state medical university
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4. E-mail: babenkoes@mail.ru

The scheme of treatment in the basic group – intraoperative introduction of ronkoleykin immunomodulator into submucosal layer of duodenum cell at 5–7 mm length around in the dose of 500 000 units plus an operative assistance. In the control group the treatment includes a surgical assistance without ronkoleykin introduction.

Key words: duodenal ulcer, perforation, ronkoleykin, surgical treatment.

Введение

По данным мировой статистики, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться чрезвычайно распространенным заболеванием, поражая, по данным ВОЗ, в разных странах от 7% до 10% в основном трудоспособного населения [3, 6].

Несмотря на широкое использование в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки новых лекарственных средств, количество осложнений дуоденальных язв, которые приводят больных в хирургический стационар, не имеет тенденции к снижению [10, 12]. Особенно настораживает значительный рост числа перфораций дуоденальных язв [1, 2].

Актуальность

Актуальность проблемы лечения язвенной болезни определяется относительно невысокой эффективностью консервативной терапии, длительным течением, частыми обострениями и рецидивами, тяжелыми осложнениями и опасностью малигнизации [4, 11].

Этиология и патогенез язвы желудка и двенадцатиперстной кишки многокомпонентны и полностью еще не выяснены. Установлены некоторые общие и местные факторы возникновения и проявления болезни. Среди общих факторов большое значение придается нарушению сложной нейрогуморальной регуляции функций желудка, в которой участвуют ЦНС, гипоталамо-гипофизарная система, блуждающий нерв, эндокринные железы, гастроинтестинальные гормоны. Из местных факторов отмечены высокая продукция гистамина, соляной кислоты и протеолитическая активность желудочного сока. В последнее время особое значение придается *Helicobacter pylori* (HP) в связи с ее инфицированием слизистой оболочки желудка, нарушением микроциркуляции, местного и общего иммунитета.

Исходя из известных вариантов дисфункциональных нарушений системного и местного иммунитета, наблюдающихся при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с HP [9], появились попытки лечения данного заболевания с применением иммунокорректирующей терапии. При этом использовали ФИБС, стекловидное тело, спленин, нуклеинат натрия, токоферол, деринат, лейкоинтерферон, циклоферон и др. [7].

Несмотря на все возрастающее количество сведений о нарушениях местного и системного иммунитета при данной патологии, по-прежнему дискуссионными остаются вопросы о характере нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунитета и их роли в поли-

морфизме клинических проявлений, рецидивировании и развитии осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Следовательно, различия в лечебных рекомендациях объясняются отсутствием единого мнения о причинах и видах иммунных сдвигов.

Отечественный рекомбинантный IL-2 – ронколейкин является регуляторным и эффекторным цитокином, индуцирует временную фазную активацию синтеза IFN γ , IL-1(3), IL-6, сопровождающуюся снижением синтеза IL-8 и TNF α , что приводит к резкому увеличению количества и функциональной активности CD 16+, CD8+, HLA-DR+, CD25+ и CD4+ клеток, стимуляции микро- и макрофагального эффективно фагоцитоза, уменьшению кишечной метаплазии, а также нейтрофильной и лимфоидно-плазмодитарной инфильтрации эпителия слизистой желудка, нормализации желудочной секреции и быстрому заживлению язвенного дефекта.

Выполненные работы подтверждают снижение содержания IL-2 у больных ЯБЖ и ДПК как одного из ведущих патогенетических факторов воспаления и изъязвления слизистой оболочки, а также хронизации процесса, что явилось основанием для применения IL-2 в лечении этой категории больных [13].

Изменения клеточного (Th-1) и гуморального (Th-2) иммунитета при инфицировании HP и развитии язвы регистрировались достаточно четко, и их роль в патогенезе считается установленной. Указанные исследования показывают перспективность применения ИЛ-2 у больных с язвой двенадцатиперстной кишки, инфицированных HP. Известно, что у больных, страдающих хронической язвой двенадцатиперстной кишки, подавлена продукция собственного ИЛ-2 или исходно (генетически) низкая, что позволяет развиваться воспалению, изъязвлению слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и хронизации процесса.

В условиях, крайне опасных для жизни больного, при перфорации язвы ДПК хирурги предпочитают щадящие вмешательства. Опасаясь повреждения в измененных тканях важных анатомических образований, хирурги часто ограничиваются паллиативным вмешательством – иссечением краев язвы и ушиванием перфоративного отверстия [8]. Такой ограниченный подход ведет к тому, что в подавляющем большинстве случаев может оставаться большая часть сопутствующих перфорации рубцовых изменений стенки двенадцатиперстной кишки, которые усиливают сужение её просвета. Это определяет риск рецидива язвы и служит одной из причин возникновения комплекса симптомов, ухудшающих качество жизни больного.

Особое внимание следует уделить формированию инвагинационной формы первичной шпоры передней стенки, которая создается искусственно, путем «насилованной» инвагинации в просвет луковицы ушивными швами, которыми и удерживается. Вокруг швов формируется рубцово-спаечная мантия. Швы смещаются в серозно-мышечный слой, прорезая и выталкиваясь из мышечного слоя его перистальтикой. Проникающие в просвет луковицы швы мигрируют в ее полость путем прорезания и «выгнаивания». В зоне шва на все слои распространяется рубцовый процесс, т. е. захваченные в шов ишемизированные ткани частично рассасываются, а больше трансформируются в рубцовую ткань.

Нами проанализировано 118 историй болезни больных, госпитализированных в стационар в 2009 г. с диагнозом «перфоративная язва ДПК». Из 118 пациентов у 99 больных впервые выявлена язва ДПК, у 19 – анамнестически язва двенадцатиперстной кишки, 5 из которых уже были оперированы, и всем было выполнено ушивание язвы, что свидетельствует о высоком риске рецидива язвы после ранее выполненного ушивания.

Материалы и методы исследования

Описанные осложнения побудили нас разработать хирургическую технологию, снижающую риск формирования стеноза и деформаций двенадцатиперстной кишки после выполнения хирургического лечения. В этом плане значительный интерес представляет местное введение иммуномодулятора ронколейкина во время хирургического пособия, что и определило актуальность и практическую целесообразность исследования.

Целью настоящего исследования является повышение местного иммунитета при хирургическом лечении перфоративных дуоденальных язв, что должно привести к снижению частоты формирования грубых рубцовых деформаций, стеноза двенадцатиперстной кишки и рецидивов язвы, путем локального введения препарата «ронколейкин».

После скрининга и получения информированного согласия больного на участие пациенты были разделены на две репрезентативные группы: основную и группу сравнения. Схема лечения в основной группе: интраоперационное введение иммуномодулятора ронколейкина в подслизистый слой стенки ДПК по окружности с шагом 5–7 мм в дозе 500 000 ЕД + оперативное пособие. В контрольной группе лечение состоит в хирургическом пособии без введения препарата. В послеоперационном периоде препарат не вводили.

Критерии включения: женщины и мужчины в возрасте 18–70 лет; верифицированный диагноз перфоративной дуоденальной язвы; подписанная пациентом форма информированного согласия на участие в исследовании.

Продолжительность исследования будет составлять 24 месяца. Схема исследования: всем больным выполняется общеклиническое обследование, а оценка эффективности проводится на основе динамического клинического наблюдения. Каждые 6 месяцев выполняются: ФГДС (эндоскопом фирмы «Olympus») и рентгеноскопия – визуальный контроль эффективности лечения.

В настоящее время больным основной группы (42 человека) выполнено интраоперационное введение

иммуномодулятора ронколейкина + оперативное пособие (15 – простое ушивание перфоративной язвы ДПК и 27 – мостовидная дуоденопластика).

Больным контрольной группы (68 человек) было выполнено оперативное пособие (25 – простое ушивание перфоративной язвы ДПК и 43 – мостовидная дуоденопластика).

Заключение

Таким образом, предложенный метод локального интраоперационного введения ронколейкина при хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки позволит снизить частоту формирования грубых рубцовых деформаций, стеноза и рецидивов язв двенадцатиперстной кишки, что повысит эффективность лечения и качество жизни больных с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Г. А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 6.
2. Борисов А. Е., Земляной В. П., Акимов А. П. и др. Результаты хирургического лечения перфоративных и кровоточащих язв // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 37.
3. Горбунов В. Н., Нагиев Э. Ш., Столярчук Е. В. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–69.
4. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. Гастроэнтерология XXI века // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. № 17. – С. 697–703.
5. Карипиди Г. К., Генрих С. Р., Попандоупо К. И., Оноприев В. И. Радикальная дуоденопластика – способ выбора хирургического лечения перфоративных язв // Всероссийская конференция хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки»: Материалы конференции. – Саратов, 2003. – С. 50.
6. Кузин Н. М., Алимов А. Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1997. – № 4. – С. 38–43.
7. Кузнецов В. П., Нестерова И. В., Беляев Д. Л., Роменская В. А., Оноприев В. В., Эрдели В. В., Эрдели И. В., Кирсанова Л. И., Баландина Ю. С., Корогодина О. И., Фомичева Е. В., Ломтаидзе Л. В., Рожкова Г. Г. Клинико-иммунологический анализ иммунокоррекции лейкинфероном в комплексном лечении язвенной болезни и стенозирующих осложнений // Сб. «Успехи клинической иммунологии» / Под ред. А. В. Караулова. – М.: изд. регионального отделения РАЕН, 2002. – Т. 3. – С. 3–15.
8. Кутяков М. Г., Хребтов В. А., Аймагамбетов М. Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 9–12.
9. Нестерова И. В., Роменская В. А. Исследование иммунного статуса у больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // В кн.: «Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки этиология, патогенез, патоморфология, патофизиология, клиника, диагностика, лечение» / Под ред. В. И. Оноприева, Г. Ф. Коротько, Н. В. Корочанской. – Краснодар, 2002. – С. 233–244.
10. Перегудов С. И., Курыгин А. А., Сарсенбеков М. Н. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв у больных старших

возрастных групп // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 68.

11. Шептулин А. А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни // Клини. мед. – 2004. – № 1. – С. 57–60.

12. Higham J., Kang J. Y., Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of

haemorrhage among older subjects // Gut. – 2002 Apr. – № 50 (4). – P. 460–464.

13. Mitchell H. M., Wiseman M., Ally R., Ahmed R., Segal I. The cytokine response to H. pylori is significantly different in symptomatic Sowers compared with symptomatic Australians // Current opinion in gastroenterology. – 2001. – V. 17. Suppl. – P. 17.

Поступила 24.09.2010

Г. К. КАРИПИДИ, И. В. ЧЕРНАЯ, Н. С. ТЮТЮННИКОВА, В. И. ШАПОШНИКОВ

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79184807200*

Наблюдали 155 пациентов с инфильтратами полости малого таза. У 94 женщин (60,6%) операция выполнялась только хирургом. У 33 пациенток (31,3%) операцию начинал хирург, а затем в бригаду был включен гинеколог. У 28 женщин (18,1%) хирургическое вмешательство начинал гинеколог, а затем ее продолжил хирург, что в 18 (64,3%) наблюдениях было связано с техническими трудностями удаления очага инфекции, а в 10 (35,7%) – с ятрогенными повреждениями органов. Неблагоприятные исходы лечения наблюдались у 11 пациенток (около 7,1%), а различные осложнения – у 33 (21,3%).

Ключевые слова: анализ, лечение, ограниченный перитонит, малый таз женщин.

G. K. KARIPIDI, I. V. CHERNAJA, N. S. TYUTYUNNIKOVA, V. I. SHAPOSHNIKOV

THE ANALYSE OF THE TREATMENT OF LOCAL LIMITED PERITONITIS OF THE SMALL BASIN'S CAVITY AT WOMEN

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. +79184807200*

The analysis of 155 observations of an inflammatory infiltrate of the small basin's cavity, which were divided on three clinical groups, was done. The first group included 94 women (60,6%), operations at which were carried out only by surgeons (the lethality was 12,7%); 33 patients (31,3%) were included in the second group, operations at them were begun by surgeons, and then the gynecologists has been included in a brigade (without lethal results). The third group included 28 women (18,1%), operations at them were begun by the gynecologists, and then the surgeons has continued, that has been caused by difficulties of ablation of a center of an infection at 18 patients and with iatrogenic damages of sigmoid (5), straight line intestines (5) at 10 of them. Unfavourable outcomes of the treatment were revealed at 11 patients (7,1%), other problems at 33 (21,3%). Coordination in interaction of the surgeons and the gynecologists plays big value in a favorable result of operation.

Key words: analyse, treatment, limited, peritonitis, small basin cavity, women.

Введение

Местно-ограниченный перитонит полости малого таза у женщин проявляется в виде воспалительного инфильтрата. Наиболее часто он представляет собой осложнение острого воспалительного процесса внутренних половых органов, при этом пиосальпинкс занимает лидирующее место среди прочих заболеваний. Сравнительно редко причина воспалительного инфильтрата обусловлена деструктивным процессом тканей червеобразного отростка, сигмовидной кишки, мочевого пузыря, прямой кишки, лимфатических узлов, а также петель тонкой кишки, спустившихся в полость малого таза [1, 2, 3, 4, 5].

В силу того, что у женщин развиты местные защитные физиологические пластические способности тазовой брюшины, перитонит в этой полости склонен быстро отграничиваться от свободной брюшной

полости и протекать с образованием инфильтрата. Он длительное время не выходит за пределы малого таза. Это вызывает определенные трудности в дифференциальной его диагностике от злокачественных новообразований [1, 4].

В случаях неблагоприятного развития инфильтрата различают следующие его фазы: 1) серозное воспаление, 2) абсцедирование, 3) развитие осложнений (распространенного гнойного перитонита, острой кишечной непроходимости, свищей, кровотечения). Обычно пациентки попадают под наблюдение хирурга или в стадии абсцедирования инфильтрата, или уже при развитии любого из перечисленных выше осложнений [5].

Тазовая брюшина очень чувствительна к болевым раздражениям. В силу этого местный пельвиоперитонит обычно сопровождается выраженной болевой