

бригада не владела методикой РДП, производили простое ушивание перфоративной язвы (n=17). В последующем 8 таких пациентов были оперированы повторно: 5 больных в связи с формированием стеноза ДПК, 2 – в связи с язвенным кровотечением, у 1 больного через 1,5 года возникла повторная перфорация другой стенки ДПК.

При интраоперационном исследовании 8 пациентов, у которых ранее было произведено ушивание перфоративной язвы, выявлено: у 6 из 8 пациентов (75,0%) обнаружены рубцово-спаечные деформации после ушивания перфоративной язвы, которые были обусловлены исходной язвенно-стенотической деформацией; гофрированием передней стенки ДПК швами; последующей ее альтерацией вследствие ишемии.

У 5 из 8 больных (62,5%) наблюдалась выраженная пенетрация язв в прилежащие органы и ткани: у 3 больных – в большой сальник, у 1 – в поджелудочную железу, у 1 – в гепатодуоденальную связку. Кровотечения наблюдались у 2 больных, причем у одного аррозировалась задняя панкреатодуоденальная артерия.

Наш опыт свидетельствует, что ушивание перфоративной язвы без снятия отечной рубцово-спаечной мантии не позволяет контролировать анатомические ориентиры язвенного очага: наличие и степень пораженности привратника, границы стенок ДПК и гепатодуоденальной связки.

Интраоперационно выявлено, что при ушивании перфоративной язвы передней стенки (n=4) одним или двумя рядами швов проксимальная часть ДПК попеременно гофрируется и значительно укорачивается. Во второй ряд швов, как правило, захватываются привратник, бульбодуоденальный сфинктер, корень брыжейки толстой кишки. Созданный инвагинат, как правило, увеличивает степень имеющегося стеноза ДПК.

При локализации перфоративной язвы на боковой стенке большой кривизны ДПК (n=2) ее гофрирование ограничено из-за фиксации к инфильтрированной гепатодуоденальной связке. В шов при ушивании, как правило, захватываются терминальные сосуды бассейна бульбодуоденальной артерии. Деформация гастроудуоденального перехода обусловлена также смещением верхнего и переднего секторов привратника вправо к линии швов по большой кривизне ДПК. При локализации перфорации у боковой стенки малой кривизны (n=1) привратник с луковицей ДПК смещается влево и формируется левосторонняя асимметричная его деформация. При перфорации язвы по задней стенке

ДПК (n=1) задняя стенка смещается по направлению к инвагинирующим швам.

Заключение

Итак, проведенные исследования свидетельствуют, что при перфорациях дуоденальных язв операция РДП спасает жизнь пациентов, радикально устраняет сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз), восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса. Строгое соблюдение прецизионных технологий РДП значительно снижает летальность в экстренных ситуациях и делает РДП операцией выбора в условиях муниципального здравоохранения. Комплексная медикаментозная реабилитация в послеоперационном периоде с использованием эзомерпазола, эрадикационной терапии снижает частоту рецидива дуоденальных язв.

Поступила 13.02.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.
2. Jibril J. A., Redpath A., Macintyre I. M. Changing pattern of admission and operation for duodenal ulcer in Scotland // Br J Surg. 1994. Vol. 81. P. 87–89.
3. Kreissler-Haag D., Schilling M. K., Maurer C. A. Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium // Zentralbl Chir. 2002. Vol. 127, № 12. P. 1078–1082.

K. I. POPANDOPULO, N. V. KOROCHANSKAJA

ORGANOPRESERVED TECHNOLOGIES OF SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS AT THE MUNICIPAL LEVEL

The comparative analysis of results of elimination of perforative ulcers by a method radical duodenoplastic or sewed perforative apertures is lead. The technology radical duodenoplastic in connection with character of patomorfological changes of gastro-duodenopancreatic complex, presence of accompanying complications is individualized. Plans of postoperative rehabilitation are resulted.

Key words: perforative duodenal ulcers, radical duodenoplastic.

В. И. ШАПОШНИКОВ

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета

Введение

Язвы гастродуоденальной зоны осложняются острым кровотечением в 5–10% наблюдений. У мужчин, особенно в возрасте старше 40 лет, это осложнение встречается в 5–6 раз чаще, чем у женщин. У пожилых пациентов вероятность кровотечения достигает уже

70–90%. У 12–33% больных в среднем через 164 дня наблюдаются рецидивы кровотечений [2].

Развитие данного осложнения объясняют: 1) патоморфологическими особенностями язвенного дефекта слизистой оболочки (длительно не рубцующаяся язва с зияющими сосудами и др.); 2) погрешностями в хирургической коррекции кислотно-пептической агрессии

(отказ от ваготомии, прошивание в язве кровоточащего сосуда и др.); 3) неадекватностью медикаментозной терапии (отсутствие эрадикации *Helicobacter pylori*, нерациональная инфузионно-трансфузионная терапия гиповолемии за счет использования лишь солевых растворов и др.); 4) тяжестью нарушений свертывающей системы крови и других патологических состояний, развившихся на фоне геморрагического шока (острая сердечная, почечная и печеночная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, ДВС-синдром, синдром массивного кровезамещения и др.) [2, 3, 4].

При кровоточащих язвах воздействовать на систему гемостаза предлагают лишь тогда, когда происходит потеря факторов свертывания крови, и при нестабильном локальном гемостазе с высокой угрозой рецидива кровотечения. В таких случаях показана трансфузия свежезамороженной плазмы, и она должна продолжаться до тех пор, пока глобальные коагуляционные тесты не нормализуются [3]. Однако переливание ее больным, находящимся в критических состояниях, сопровождается у 6,8% из них рецидивом кровотечения, а еще у 18% наступает острое повреждение легких. Если плазма не переливается, то указанные осложнения возникают соответственно только у 2,8% и 4% больных [6, 7].

Медикаментозная терапия оказалась эффективной у 80–85% больных с остро кровоточащими язвами гастродуоденальной зоны (ОКЯГДЗ), а у 15–20% требуется хирургическое лечение [1, 2]. Операцией выбора при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки (ДПК) является дуоденопластика (сегментарная или мостовидная), а желудка – гастропластика [5]. Однако без коррекции секреции соляной кислоты любая из них будет обречена на неудачу [4]. Летальность при ОКЯГДЗ остается в пределах 10–25%.

Цель работы – изучение причинных факторов, лежащих в основе рецидива острой кровоточащей язвы гастродуоденальной зоны (ОКЯГДЗ).

Материалы и методы

Во ЭХО КГЦСМП с 2002 по 2007 год находилось на лечении 488 пациентов с ОКЯГДЗ в возрасте от 29 до 87 лет. Удельный вес лиц старше 60 лет составил 26,5%. Мужчин было в 5 раз больше, чем женщин. У 84,4% из них был язвенный анамнез. Диету они не соблюдали, страдали вредными привычками. Источником кровотечения чаще всего была зияющая аррозированной артерия (реже вена или капилляры) в зоне воспалительно-рубцового процесса. В момент рецидива кровотечения происходило уменьшение и даже исчезновение боли (симптом Бергмана), что вводило в заблуждение не только самих пациентов, но и врачей, а усиление перистальтики кишечника (симптом Тейлора) еще больше дезориентировало и тех и других – это явление расценивали как разрешение пареза кишечника, а не как рецидив кровотечения.

В комплексную терапию были включены кровоостанавливающие препараты (5%-ный раствор Σ -аминокапроновой кислоты, раствор дицинона, свежезамороженная плазма, 1%-ный раствор викасола). Восстановление ОЦК осуществляли путем переливания цельной крови и эритроцитарной массы (в объеме больше чем 500 мл), а также коллоидных и кристаллоидных растворов, причем эти растворы вводились с учетом новой концепции инфузионно-трансфузионной терапии (правило «3:1» – 1 мл потерянной крови за-

мещался 3 мл кристаллоидов). Улучшение кровоснабжения мозга добивались и за счет перераспределения крови из нижних конечностей пациента путем эластической их компрессии. В течение 2 и более недель назначали антисекреторные и антацидные препараты. В основу описанного лечения была положена активно-выжидательная тактика, то есть достижение гемостаза консервативным путем, а при отсутствии эффекта – выполнение операции, но больные на нее давали согласие слишком поздно (порой через 12 и более часов). Из 488 пациентов, находившихся под наблюдением, различные операции выполнены у 196 (40%), в том числе: 1) экстренные – у 54 (27,5%) пациентов (у 48 – через 2–3 часа после поступления их в стационар на высоте профузного кровотечения и геморрагического шока, при этом дообследование у них проводилось на операционном столе, и еще у 6 – при сочетании кровотечения с перфорацией язвы); 2) неотложные – у 93 (47,7%) больных (рецидив кровотечения возник у них или через 5–18 часов, или через 1–2 суток после первичного гемостаза); 3) отсроченные – у 43 (21,9%) пациентов (через 2–3 суток при эндоскопических признаках явной угрозы рецидива кровотечения); 4) ранние плановые – у 6 (3%) человек (на 7–14-е сутки после остановки кровотечения при явных признаках малигнизации тканей).

Мостовидная дуоденопластика произведена у 106 (54,1%) пациентов, при этом у 37 (18,8%) из них ее дополнили селективной проксимальной ваготомией, сегментарная – у 43 (22%), гастропластика – у 35 (17,8%), резекция желудка – у 12 (6,1%). У 6 (3%) пациентов при выполнении дуоденопластики прошили кровоточащий сосуд в пенетрирующей язве 8-образными и П-образными швами (дно было вынесено за пределы просвета кишки и оставлено в рубцовых тканях).

Послеоперационная летальность составила 14,7% (умерло 29 пациентов), а досуточная – 10,7% (в первые сутки погиб 21 пациент). Средний возраст умерших равняется 64,1±2,5 года. У пациентов с неблагоприятным исходом лечения были выполнены следующие операции: мостовидная дуоденопластика – у 13, сегментарная дуоденопластика – у 6, гастропластика – у 5, резекция желудка – у 5 больных. К общему числу оперированных по той или иной методике она соответственно составила 12,2%; 14,0%; 13,5%; 41,7%, то есть за исключением резекции желудка послеоперационная летальность при всех видах пластик была примерно одинаковой. Эти данные только подтверждают мнение о том, что на исход операции в основном влияют возраст и тяжесть состояния больных. Резекция желудка выполнялась только как «операция отчаяния». Это были пациенты в возрасте 68,1±1,5 года с гигантскими язвами, у которых пенетрация сочеталась с профузным кровотечением. Несостоятельность швов анастомоза наступила у 8 (27,6%) погибших, что составляет 4% к общему числу оперированных больных. Причиной смерти у остальных пациентов (21) явилась острая сердечно-сосудистая (14) и почечно-печеночная недостаточность (4), а также эмболия легочной артерии (3). Острая сердечно-сосудистая недостаточность у этих пациентов напрямую была обусловлена геморрагическим шоком. Все они поступили слишком поздно.

Эндоскопическая остановка кровотечения осуществлялась путем орошения язв 70°-ным спиртом и 5%-ным раствором Σ -аминокапроновой кислоты. Рецидивы кровотечений составили 40,5%. Повторялись они,

как правило, у лиц пожилого и старческого возраста, которые получали в большом объеме кристаллоиды. Повторное эндоскопическое вмешательство привело к остановке кровотечения у 40% больных. В дальнейшем через 2–4 суток осмотр желудка повторялся. Эта манипуляция позволила определить не только сам характер заживления язвы, но и целесообразность выполнения оперативного лечения.

Обсуждение

В настоящее время алгоритм лечения ОКЯГДЗ разрабатывается, как правило, в экстренном порядке без учета характера тяжелых изменений гомеостаза, что в дальнейшем не может не сказаться на результатах оперативного лечения. В таких ситуациях врач должен за 15–20 минут организовать пациенту полноценную экстренную хирургическую помощь. Нередко возникают непреодолимые трудности, или полное отсутствие крови (особенно редко встречающихся групп), или ограниченное ее количество, а также альбумина, свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, фибриногена, тромбина и новейших средств инфузионной терапии. Хирурги вынуждены компенсировать дефицит ОЦК только кристаллоидами и на их фоне совершать хирургическую агрессию, что не всегда может привести к положительным результатам. Не лучшим образом обстоит дело и с рекомендациями Маастрихтского консенсуса-2 (2000 г.): в связи с отсутствием предлагаемых препаратов или их невозможно применить из-за характера осложнения. В результате ОКЯГДЗ продолжают оставаться в числе наиболее грозных заболеваний. Большая доля ответственности за развитие данного заболевания должна ложиться и на самих пациентов, которые порой слишком уж безответственно относятся к состоянию собственного здоровья.

Следовательно, по всем указанным выше причинам проблему лечения больных с ОКЯГДЗ нужно рассматривать не только на медицинском, но и на социальном уровне.

Поступила 08.02.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В. А., Багдасарьян А. С. Патогенез и лечение язвенной болезни. Краснодар. 2004. 247 с.

2. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, и *Helicobacter pylori* // CONSILIUM medicum (приложение). 2002. № 3. С. 6–11.

3. Кузнецов Н. А. Современные технологии лечения острой кровопотери // CONSILIUM medicum. 2003. № 6. С. 347–357.

4. Маев И. В., Самсонов А. А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // CONSILIUM medicum (приложение). 2004. № 1. С. 6–11.

5. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 293 с.

6. Bone R. C. Immunologic dissonance: a continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple organ dysfunction syndromes (MODS) // ANN intern Med. 1996. № 125 (8). P. 680–687.

7. Wang P., Chaudri I. H. Crystalloid resuscitation restores but does not maintain cardiac output following severe hemorrhage // J. Surg. Res. 1991. № 50. P. 163–169.

V. I. SHAPOSHNIKOV

THE QUESTION OF THE TREATMENT OF THE ULCER BLEEDING

We have observed 196 patients with ulcer bleeding gastral and duodenal pests. We made accidental operations at the height of bleeding for 48 (24,5%) patients, and for other 6 (3%) who had combination of bleeding with perforation. At 93 (47,7%) of patients is the result of recidive bleedings which happened within 5–18 hours and 1–2 days after primary hemostasis. Later operations were done for 43 (21,9%) patients with a long ulcer anamnesis (they have dot the treatment, with no results of healing of the ulcer). At 6 (3%) patients who had malignisation of the ulcer were operated in early planned operations. From 196 patients bridge form duodenoplastic operation was done to 106 (54,1%), segmented to 43 (22%), gastro plastic to 35(17,8%), and gastric resection to 12 (6,1%) patients. Post operational death is 14,7%. A factor of recidive bleedings was uncompleted treatment of the patients.

**В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ, Т. Н. ЛОБУНОВА,
А. В. АВАКИМЯН, Е. С. БАБЕНКО, Н. С. ЦЫГАНОК**

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета
и КГК БСМП, г. Краснодар*

Острые кровотечения из просвета верхнего отдела желудочно-кишечного тракта составляют от 3 до 20% от общего числа больных общехирургического стационара [1, 2]. Летальность среди этого контингента больных независимо от способа лечения остается высокой и колеблется в пределах от 10 до 70% [2, 3].

Это объясняется, по-видимому, тем, что слишком много вопросов, которые врачу нужно решать сразу:

- что является причиной кровотечения;
- продолжается ли кровотечение или оно остановилось;