

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были разработаны и внедрены в практику два способа формирования одностольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа.

Суть первого способа формирования одностольной илеостомы (патент на изобретение № 2274425) заключается в следующем: резецируется тонкая кишка в объеме, определяемом имеющейся патологией. Отводящий конец ушивается двухрядными узловыми швами. Противобрыжеечная полуокружность приводящей петли на расстоянии 10–12 см от конца пересеченной приводящей петли подшивается к передней поверхности слепой или восходящей ободочной кишки узловыми серозно-мышечными швами. При этом петля тонкой кишки располагается перпендикулярно слепой или восходящей ободочной кишке. В правой подвздошной области, в месте вывода одностольной илеостомы, формируется отверстие в передней брюшной стенке, рассекается париетальная брюшина и подшивается отдельными узловыми швами к коже. Приводящий конец тонкой кишки выводится на переднюю брюшную стенку, фиксируется ранее наложенными швами, затем теми же швами эвагинируется. На восстановительном этапе двумя окаймляющими стому разрезами выделяем петлю тонкой кишки до места сращения с ободочной кишкой, тонкий кишечник, отступая от линии сращения на 0,5–1 см, пересекаем. Ободочную кишку вскрываем параллельно линии сращения и, отступая на 0,5–0,8 см, накладываем анастомоз двухрядными узловыми швами на оставшуюся полуокружность тонкой и ободочной кишки.

Другой способ формирования одностольной илеостомы (патент на изобретение № 2269314) реализуется следующим образом. На расстоянии 10–12 см от конца пересеченной приводящей петли тонкой кишки между противобрыжеечной стенкой тонкой и передней стенкой слепой или восходящей ободочной кишки укладывается металлическое кольцо (внутренний диаметр кольца различен, выбирается в зависимости от диаметра кишки – от 1 до 3 см, материал – любой инертный металл, диаметр поперечного сечения – 3 мм). Вокруг кольца сшиваются стенки тонкой и ободочной кишки узловыми серозно-мышечными швами, при этом петля тонкой кишки располагается перпендикуляр-

но слепой или восходящей ободочной кишки. В правой подвздошной области формируется отверстие в передней брюшной стенке, рассекается париетальная брюшина и подшивается отдельными узловыми швами к коже. Приводящий конец тонкой кишки выводится на переднюю брюшную стенку, фиксируется ранее наложенными швами, затем теми же швами эвагинируется. На восстановительном этапе двумя окаймляющими стому разрезами выделяется петля тонкой кишки. Пальпаторно определяем расположение кольца и место сращения тонкой и ободочной кишки, пересекаем тонкий кишечник, отступая от места сращения на 3 см. Через просвет тонкой кишки рассекаем стенки тонкой и ободочной кишки по внутренней окружности кольца, кольцо удаляем, культю тонкой кишки ушиваем двухрядными узловыми швами.

У 11 больных наложены илеостомы по разработанным нами методикам: после резекции спаечных конгломератов, находящихся в зоне илеоцекального угла, и десерозирования проксимальных отделов кишечника – 8 больным, после резекции нежизнеспособного кишечника в условиях перитонита – 3 больным. В послеоперационном периоде у 1 больного отмечено нагноение послеоперационной раны, летальных исходов не было. Всем 11 больным в течение 2 месяцев проведен восстановительный этап. В ближайшем послеоперационном периоде послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Предлагаемые способы технически просты, позволяют ликвидировать одностольные илеостомы местным доступом и накладывать на восстановительном этапе анастомоз лишь на $\frac{1}{2}$ окружности. Тем самым сокращаются сроки лечения, уменьшается число послеоперационных осложнений, улучшается реабилитация в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов А. Е., Силуанов С. В. Острая кишечная непроходимость // Неотложная абдоминальная хирургия: Справочное пособие для врачей / Под ред. А. А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2000. – С. 281–325.
2. Ерохин И. А., Петров В. П., Ханевич М. Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. (Практическая медицина). – СПб: Питер, 1999. – С. 443.

Поступила 1.02.2013

Г. К. КАРИПИДИ, И. С. КОС, Я. В. КАНКСИДИС

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.
Тел. +79183472386. E-mail: stomax-krasnodar@list.ru

Произведен ретроспективный анализ историй болезней больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Основной локализацией язвенного дефекта является желудок. У данных больных преобладают гигантские язвы, отличающиеся ригидностью и гиалинозом стенок. Эндоскопический гемостаз у больных старших возрастных групп менее эффективен по сравнению с пациентами более молодого возраста. Среди методов эндоскопического гемостаза наиболее эффективны комбинированные.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, больные пожилого и старческого возраста, эндоскопический гемостаз.

CLINICAL FEATURES ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING IN ELDERLY AND OLD AGE

*Hospital surgery department GBOU VPO KubGMU Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. +79183472386.
E-mail: stomax-krasnodar@list.ru*

Performed a retrospective analysis of medical records of elderly and old patients with gastroduodenal ulcer bleeding. The main localization of the ulcer is the stomach. In these patients prevail giant ulcers different rigidity and hyalinosis walls. Endoscopic hemostasis in patients of older age groups is less effective compared to younger patients. Of endoscopic hemostasis most effective combination.

Key words: gastroduodenal bleeding, sick elderly, endoscopic hemostasis.

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста сохраняет свою актуальность и в настоящее время. В последние годы отмечено увеличение числа пациентов с язвенными кровотечениями в возрасте старше 60 лет [1]. Это связано с увеличением общей продолжительности жизни, определенными успехами в консервативном лечении язвенной болезни, в результате которых риски развития осложнений возникают на поздних стадиях заболевания, а также с сопутствующей патологией и неконтролируемым приемом нестероидных противовоспалительных лекарственных средств пожилыми пациентами [1]. При этом источником кровотечения часто являются гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, отличающиеся ригидностью и гиалинозом стенок, склонностью к пенетрации, профузным кровотечениям, с пониженной реактивностью и патологической регенерацией [3, 5]. Особенности язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста являются повышенный риск рецидива кровотечения и высокая летальность, которая во многом обусловлена прогрессированием сопутствующей патологии у 57–93% пациентов данной возрастной группы на фоне кровотечений [2, 6]. Дискуссионными остаются и вопросы эффективности различных способов эндоскопического гемостаза у этих больных [7].

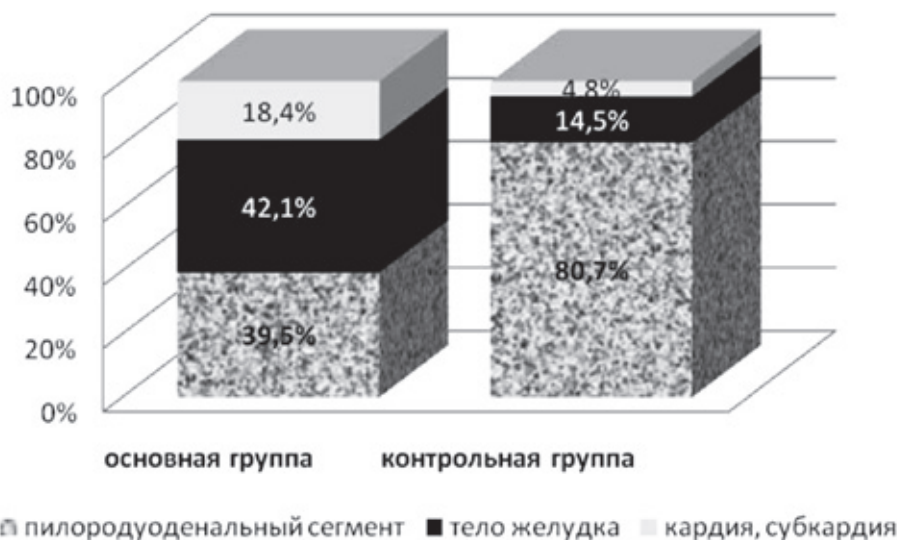
Цель – выявить особенности клинического течения заболевания у больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Материалы и методы

Проведено ретроспективное изучение 76 историй болезни пациентов в возрасте старше 60 лет, находившихся на лечении в МБУЗ ГК БСМП г. Краснодара с 2008 по 2012 год. Для сравнения полученных результатов сформирована контрольная группа из 83 больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями в возрасте от 40 до 60 лет. Оценивали степень тяжести кровотечения, состояние локального гемостаза по классификации J. A. Forrest (1974). Для определения степени риска и прогноза возможного рецидива кровотечения использовали полный показатель шкалы T. A. Rockall.

Результаты и обсуждение

При проведении ретроспективного анализа историй болезни установлено преобладание желудочной локализации язвенного дефекта как источника кровотечения у больных пожилого и старческого возраста. Так, в основной группе язвенный кратер располагался в теле желудка у 32 (42,1%) больных, в субкардиальном и кардиальном отделах желудка – у 14 (18,4%) больных. Наличие язвы в пилорoduodenальном отделе выявля-



Локализация язвенного дефекта в основной и контрольной группах

но в 30 (39,5%) наблюдениях. В контрольной группе пилородуоденальная локализация язвы отмечена в 67 (80,7%) случаях, язва тела желудка выявлена у 12 (14,5%) пациентов, субкардиального и кардиального отделов – у 4 (4,8%) больных (рисунок).

При этом у 23 (30,3%) больных основной группы диаметр язвенного дефекта был равен или превышал 2 см, отмечались ригидность стенок, каллезный характер язвы. В группе контроля у более молодых пациентов частота выявления больших и гигантских каллезных язв составила 18,1% (15 больных).

У подавляющего большинства больных основной группы выявлена тяжелая сопутствующая патология. Характер сопутствующей соматической патологии представлен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, среди сопутствующей патологии у больных пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются гипертоническая болезнь, ИБС.

При выполнении ФЭГДС кровотечение классифицировалось по Forrest, а балльная оценка клинических критериев по шкале Т. А. Rockall дополнялась выраженными в баллах эндоскопическими критериями. Как угрожаемые по рецидиву кровотечения с возрастающей вероятностью рассматривались пациенты с оценкой от 4 до 11 баллов.

При наличии показаний больным основной и контрольной групп проводился первичный эндоскопический гемостаз. Показаниями к первичному эндоскопическому гемостазу считали состояния Forrest I, Forrest IIa, IIb (табл. 2).

В 18 наблюдениях основной и у 20 больных контрольной группы во время первичной ФЭГДС состояние локального гемостаза оценено как Forrest III и IV. Этим больным эндоскопическая остановка кровотечения не проводилась. У 58 пациентов основной и у 63 больных контрольной группы при первичном эндоскопическом исследовании проводились гемостатические процедуры.

Распределение способов эндоскопического гемостаза представлено в таблице 3.

Неэффективность первичного гемостаза отмечена у 14 больных (24,1%) основной и у 9 (14,2%) контрольной группы. Все они оперированы в экстренном порядке. Операционная летальность в основной группе наблюдения составила 21,4% (3 больных), в контрольной – 11,1% (1 больной).

Неустойчивое состояние местного гемостаза после первичного эндоскопического исследования зафиксировано в 11 (18,96%) случаях основной группы и в 7 (11,1%) наблюдениях контрольной. Всем этим пациентам было выполнено повторное эндоскопическое исследование в течение ближайших 4 часов. Стабилизация местного гемостаза выявлена у 5 (8,62%) больных основной и 5 (7,8%) пациентов контрольной группы. У остальных дополнительно проведены эндоскопические методы остановки кровотечения. После повторной лечебной эндоскопии устойчивый гемостаз достигнут у 4 (5,2%) больных основной группы и 4 (6,4%) контрольной. У остальных 2 (3,4%) пациентов основной группы и 1 (1,5%) контрольной проведено экстренное оперативное лечение. У 33 (56,9%) больных основной группы

Таблица 1

Характер сопутствующей патологии в основной группе

Сопутствующая патология	Число больных абсолютное (%)
Гипертоническая болезнь ФК III–IV	33
ИБС (коронарный синдром, нарушение ритма)	12
ПИКС	10
Сахарный диабет	6
ХОБЛ без дыхательной недостаточности	4
Цирроз печени	2
ОНМК (в анамнезе)	3
ХПН	2
Без клинически значимой патологии	4
Итого	76 (100%)

Таблица 2

Степень тяжести кровотечения и состояние локального гемостаза

Локальный гемостаз (по J. Forrest)	Степень тяжести кровотечения					
	Основная группа (n=76)			Контрольная группа (n=83)		
	Легкая	Средняя	Тяжелая	Легкая	Средняя	Тяжелая
I	-	1 (1,3%)	3 (3,9%)	-	6 (7,2%)	2 (2,4%)
IIa	-	22 (28,9%)	17 (22,4%)	1 (1,2%)	16 (19,2%)	6 (7,2%)
IIb	3 (3,95%)	9 (11,8%)	3 (3,95%)	12 (14,5%)	19 (22,9%)	1 (1,2%)
III	4 (5,3%)	8 (10,5%)	1 (1,3%)	4 (4,8%)	12 (14,5%)	1 (1,2%)
IV	2 (2,6%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	-	2 (2,4%)	1 (1,2%)
Итого	9 (11,8%)	42 (55,3%)	25 (32,9%)	17 (20,5%)	55 (66,3%)	11 (13,3%)

Методы первичного эндоскопического гемостаза у больных основной и контрольной групп

Вид гемостаза	Группы наблюдения		Всего
	Основная	Контрольная	
Электрокоагуляция сосуда	13 (22,4%)	17 (26,98%)	30 (24,6%)
Обкалывание язвы	11 (18,96%)	7 (11,1%)	18 (14,8%)
Клипирование сосуда	9 (15,5%)	7 (11,1%)	16 (13,1%)
Обкалывание язвы + электрокоагуляция сосуда	15 (25,8%)	18 (28,57%)	34 (27,9%)
Обкалывание язвы + клипирование сосуда	10 (17,2%)	14 (22,2%)	24 (19,7%)
Итого	58 (100%)	63 (100%)	122 (100%)

и у 47 (74,6%) больных контрольной группы применены комбинированные методы эндоскопического гемостаза, достигнут устойчивый местный гемостаз при первичной ЭФГДС. В общей сложности неэффективность эндоскопического гемостаза отмечена у 16 (27,5%) больных основной и 10 (15,8%) наблюдениях контрольной группы.

Достигнуть устойчивого гемостаза удалось у 42 (72,4%) больных основной и 53 (84,1%) больных контрольной группы. У 5 (8,62%) больных основной и 5 (7,8%) пациентов контрольной группы устойчивый гемостаз был достигнут при проведении повторной ЭФГДС с использованием комбинированных методов гемостаза. В дальнейшем у данных больных рецидивов кровотечения не отмечалось.

Рецидивы кровотечения зарегистрированы у 6 (10,3%) больных основной и 2 (3,2%) больных контрольной группы. При повторной ЭФГДС достигнуть устойчивого гемостаза комбинированными эндоскопическими методами удалось у 4 пациентов основной группы и у 1 пациента контрольной группы.

Средний срок эффективности гемостаза – $9,5 \pm 2,7$ ч в основной и $16,7 \pm 4,4$ г в контрольной.

Из прооперированных больных основной группы при поступлении с активным кровотечением (14 больных) операционная летальность составила 21,4% (3 больных). Операционная летальность при рецидивных кровотечениях в основной группе составила 50% (1 больной). Из прооперированных больных контрольной группы при поступлении с активным кровотечением (9 больных) операционная летальность составила 11,1% (1 больной). Операционная летальность при рецидивах кровотечения в основной группе составила 0%.

Таким образом, у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями пожилого и старческого возраста имеет место преобладание желудочной локализации язвенного дефекта как источника кровотечения. Применяемые методы эндоскопического гемостаза у больных старших возрастных групп менее

эффективны по сравнению с пациентами более молодого возраста. Применение комбинированных эндоскопических методов гемостаза значительно снижает вероятность повторного кровотечения. Наименее эффективным методом эндоскопического гемостаза является обкалывание язвы.

У больных пожилого и старческого возраста при рецидивах кровотечения операционная летальность увеличивается в два раза в сравнении с таковой при операциях, выполненных непосредственно при поступлении больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 46–51.
2. Жаров С. В., Романенков С. Н. Прогноз течения язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17. № 5. – Прил. 30. – С. 120.
3. Скочилова О. Е. Оптимизация лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов пожилого и старческого возраста // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – Т. 23. № 2. – С. 53–56.
4. Aljebreen A. M., Fallone C. A., Barkun A. N. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding // Gastrointest endosc. – 2004. – № 59. – P. 172–178.
5. Baradarian R., Ramdhaney S., Chapalamadugu R., et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality // Am j. gastroenterol. – 2004. – № 99. – P. 619–622.
6. Barkun A., Sabbah S., Enns R., et al. The canadian registry on nonvariceal upper gastrointestinal bleeding and endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting // Am. j. gastroenterol. – 2004. – № 99. – P. 1238–1246.
7. British society of gastroenterology endoscopy committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines // Gut. – 2002. – № 51. Suppl 4. – P. 1–6.

Поступила 12.02.2013

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ С НЕКРОЗОМ КИШКИ И ПЕРИТОНИТОМ

¹Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России,

Россия, 656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1. Тел. 8 3852 68-96-74. E-mail: zhar67@mail.ru;

²отделение функциональной диагностики КГБУЗ «Краевая клиническая больница»,

Россия, 656024, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1. Тел. 83852 68-98-66. E-mail: hospital@hospital.e4u.ru

Проведен анализ хирургического лечения 34 больных с острым мезентериальным тромбозом в бассейне верхней брыжечной артерии в стадии некроза кишки и перитонита. Выделены 2 группы, из которых первую составили 24 (70,6%) пациента, ранее первично оперированных на этапе районных больниц. Во вторую вошли 10 (29,4) больных, первичное оперативное вмешательство которым выполнялось в специализированном центре. В группах применяли обструктивные резекции кишки с отсроченным анастомозированием и программными санациями брюшной полости. Общая летальность составила 55,9%, в основном за счет больных первой группы. Установлена эффективность резецирующих операций без наложения анастомоза для последующего контроля динамики течения перитонита и оценки жизнеспособности кишечной стенки для наложения соустья, регистрируемой при помощи интраоперационного дуплексного сканирования в ходе программных санаций брюшной полости.

Ключевые слова: острый мезентериальный тромбоз, некроз кишки, перитонит, отсроченный анастомоз.

V. G. LUBYANSKY¹, A. N. ZHARIKOV¹, Y. L. KANTEEVA²

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE MESENTERIC THROMBOSIS WITH NECROSIS OF THE INTESTINE AND PERITONITIS

¹The hospital surgery department Altai state medical university,

Russia, 656024, Barnaul, Lyapidevsky str., 1. Tel. 8 3852 68-96-74. E-mail: zhar67@mail.ru;

²department of functional diagnostics Altaregional clinical hospital,

Russia, 656024, Barnaul, Lyapidevsky str., 1. Tel. 83852 68-98-66. E-mail: hospital@hospital.e4u.ru

The analysis of surgical treatment of 34 patients with acute mesenteric thrombosis in the basin of the upper mesenteric artery under bowel necrosis and peritonitis. Identified two groups, the first of which accounted for 24 (70,6%) patients, previously operated primarily at the stage of regional hospitals. The second included 10 (29,4) patients, primary surgery which was performed in a specialized center. The groups used obstructive bowel resection with delayed anastomosis and program bailouts abdomen. Overall mortality was 55,9%, mainly due to the patients of the first group. The efficiency of resecting operations without anastomosis to further control the flow dynamics of peritonitis and to evaluate the viability of the intestinal wall, as registered with intraoperative duplex scanning for imposing anastomosis during programmed sanitation of the abdominal cavity.

Key words: acute mesenteric thrombosis, necrosis of the bowel, peritonitis, delayed anastomosis.

Введение

Хирургическое лечение острого мезентериального тромбоза (ОМТ) по-прежнему является одной из актуальных проблем современной хирургии [2, 5]. Летальность остается высокой и составляет после лечения артериальной эмболии 54,1%, после лечения артериальной тромботической окклюзии – 77,4% и после лечения неокклюзионной артериальной ишемии – 72,7% [8]. Выживаемость этих пациентов непосредственно зависит от давности заболевания, однако большинство из них поступает в хирургический стационар поздно, уже с развившимся некрозом кишечника и перитонитом. Некоторые авторы предлагают отказаться от программных релапаротомий как фактора хирургической агрессии и после инструментальной оценки микроциркуляторного русла кишечника формировать межкишечный анастомоз после резекции в ходе первичной и единственной операции [4, 6, 10]. Это может быть объяснимо у первичных, неоперированных больных, поступающих в специализированную клинику, располагающую большим арсеналом дополнительного инструментального обследования (дуплексное скани-

рование висцеральных артерий, лазерная флоуметрия, ангиография) [3]. Однако, к сожалению, у больных с острым мезентериальным тромбозом, оперированных на этапе городских и центральных районных больниц, мы уже имеем развернутую картину послеоперационного перитонита с полиорганной недостаточностью, чаще всего за счет прогрессирования зоны некроза, несостоятельности соустья, образования несформированных кишечных свищей. В этой связи в современной концепции хирургического лечения больных широко используется принцип «damagecontrol surgery», включающий многоэтапное хирургическое лечение послеоперационного перитонита. Применение его становится возможным при развитии тяжелых интраабдоминальных осложнений у ранее оперированных больных и позволяет использовать повторные санации брюшной полости с резекцией кишечника без временного наложения анастомоза [1]. Последующие программные санационные релапаротомии носят классический характер «secondlook laparotomy» [9] с контролем состояния не только жизнеспособности кишечника, но и воспалительных изменений в брюшной полости для