

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* // CONSILIIUM medicum (приложение). 2002. № 3. С. 6–11.

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

4. Маев И. В., Самсонов А. А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // CONSILIIUM 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;

Определение степени тяжести кровотечения

Исследуемые показатели	Степень тяжести кровотечения		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Частота пульса в 1 мин	Менее 100	От 100 до 120	Свыше 120
АД max мм рт. ст.	Более 100	От 100 до 80	Ниже 80
Индекс шока = П/АД	До 1,0	От 1,0 до 1,5	Более 1,5
Эритроциты Т/л	Больше 3,5	От 3,5 до 2,5	Меньше 2,5
Гемоглобин г/л	Больше 100	От 100 до 70	Меньше 70
Гематокрит	Больше 35	От 35 до 25	Меньше 25
Диурез мл/час	Более 40	От 40 до 20	Меньше 20
ЦВД мм вод. ст.	Более 40	От 40 до 20	Меньше 20
Дефицит ОЦК	Не более 20%	От 20 до 30%	Более 30%

– насколько велика опасность рецидива кровотечения;

- какова величина кровопотери;
- какую тактику лечения избрать.

Первые два вопроса довольно быстро и успешно можно решить с помощью проведенной ФЭГДС, которая в 95–98% случаев уточняет локализацию источника кровотечения и диагноз. На остальные вопросы однозначного ответа нет.

Ответ на вопрос, насколько велика опасность возобновления кровотечения из язвы, удалось получить после анализа результатов лечения 1547 больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (12-пк). Оказалось, что добиться стабильного гемостаза медикаментозными средствами удалось у 1132 больных. У 109 человек возник рецидив кровотечения на фоне гемостатической и противоязвенной терапии.

Прогностически неблагоприятными признаками в смысле возможной повторной атаки кровотечения являлись:

- возраст больного старше 50 лет;
- диаметр язвы более 1,5 см;
- наличие красного тромба в язве;
- локализация язвы в желудке (малая кривизна) и в 12-пк (задняя стенка).

Таких больных лучше оперировать спустя несколько часов после кратковременной предоперационной подготовки. Это необходимо делать потому, что у них рецидив кровотечения из язвы возникает в 85% случаев.

Четвертый вопрос, на который следует ответить врачу, – величина кровопотери и степень её тяжести. Известно, что наиболее точным методом выявления тяжести кровотечения являются определение ОЦК и вычисление его дефицита. Но наиболее распространенные методы определения ОЦК (по клиренсу полиглобулина, амидопирин, синего Эванса) позволяют выполнять это исследование 1 раз в сутки и требуют специального оборудования и подготовленных специалистов. Мы сопоставили дефицит ОЦК с показателями, харак-

терными для различной степени тяжести кровопотери, и предложили таблицу, по которой можно быстро получить представление об объёме потерянной крови (табл. 1).

Несмотря на некоторую условность такой оценки степени тяжести кровотечения, она позволяет довольно быстро определиться с врачебной тактикой.

В комплекс лечебных мероприятий при тяжелом кровотечении включают и заместительную терапию, которая предусматривает переливание плазмы и крови. Абсолютным показанием к переливанию крови служит выраженная постгеморрагическая анемия с числом эритроцитов менее 2,5 Т/л и концентрацией гемоглобина 70 г/л и меньше (для профилактики развития гемической гипоксии). По достижении показателей красной крови уровня 90 гемоглобин и число эритроцитов 3,0 Т/л показания к переливанию крови становятся относительными. В комплекс лечебных мероприятий также должны быть включены ледяная Σ -аминокапроновая кислота 5–10% по 100–200 мл во внутрь, холиномиметики, H_2 -блокаторы гистамина, антацидные препараты.

Обкалывание язвы через биопсийный канал эндоскопа ронколейкином® 0,1 на 2 мл физиологического раствора NaCl производят из четырех точек, расположенных на 12, 3, 6 и 9 часах по циферблату. Ронколейкин помогает уменьшить местную иммунную недостаточность, которая отмечается при язвенной болезни, способствует ускорению регенерации тканей и обладает выраженным антигеликобактерным эффектом. Для эндоскопического гемостаза используют также спирт, капрофер, полимеризующийся клей, электрокоагуляцию и другие препараты. Инфузионно-трансфузионная терапия, особенно при тяжелой степени кровотечения, рассчитана на более полное восполнение ОЦК не только с помощью переливания крови, плазмы, тромбоцитарной взвеси, но и внутривенным введением адекватного количества коллоидов и кристаллоидов в соотношении 1:3 и витаминов групп В и С. Такой объем терапии обычно бывает достаточным для достижения

гемостаза у 85% больных, а у 15% больных служит предоперационной подготовкой.

Анализ результатов лечения более 1,5 тысячи больных язвенной болезнью позволил создать эндоскопическую классификацию, которая позволяет более чётко провести выбор тактики лечения и таким образом ответить на пятый вопрос: какую тактику лечения выбрать? (табл. 2).

На сегодня существует несколько точек зрения на выбор как сроков оперативного вмешательства, так и его объемы при кровотечении из язвы. Одни считают, что если правильно установлен диагноз язвенной болезни и имеется кровотечение из язвы, то этих больных нужно оперировать, так как невозможно предсказать дальнейшее течение процесса, риск запоздалого вмешательства очень велик. Другие, ссылаясь на то, что в подавляющем большинстве случаев кровотечения можно остановить или даже оно останавливается самопроизвольно, рекомендуют лечить консервативно и только при продолжающемся кровотечении производить оперативное вмешательство на высоте кровотечения. Нет единого взгляда и на объем оперативного вмешательства. Одни рекомендуют производить резекцию 2/3 желудка, которая, по словам С. С. Юдина, «создает максимальную гарантию от рецидива язвенной болезни». Другие же предлагают производить локальный гемостаз путем прошивания или иссечения язвы, а также выполнять дуоденопластику или гастропластику, а затем проводить медикаментозное лечение язвенной болезни. Третьи предлагают уносить язву и выполнять различные виды ваготомии, что сопровождается и низкой летальностью, и низким процентом рецидивов язвенной болезни.

При операции на высоте кровотечения у очень тяжелых больных объем оперативного вмешательства должен быть минимальным, но эффективным и направлен прежде всего на спасение жизни больного. Обычно это прошивание кровоточащего сосуда в язве в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу или иссечение язвы при её локализации на передней стенке 12-пк. При срочных операциях объем опера-

тивного вмешательства может быть расширен и чаще всего заключается в пилоропластике по Джадду (иссечении язвы в сочетании с пилоропластикой), дополненной стволовой или селективной ваготомией, или в дуоденопластике (сегментарной или мостовидной) в сочетании с СПВ.

При больших каллезных язвах желудка, при втором типе желудочных язв по классификации Джонсона, особенно если есть указание в анамнезе на высокую желудочную секрецию и оперативные вмешательства по поводу прободения или кровотечения из язвы, при выявлении рубцово-язвенного стеноза больному показана резекция 2/3 желудка в одном из вариантов.

Всего нами было оперировано 394 человека (25,3%) из 1547 больных гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. У 1132 больных медикаментозная терапия оказалась успешной (73,4%). 21 больной погиб по различным причинам без оперативного вмешательства (1,3%). Всего среди 394 оперированных умерло 57 человек (14,5%). На высоте кровотечения оперировано 244 больных (109 из них оперированы на высоте кровотечения в силу повторной атаки кровотечения на фоне гемостатической и противоязвенной терапии), из которых умер 51 человек, что составило 20,8%. В срочном порядке были оперированы 75 человек с четырьмя летальными исходами (5,2%). В отсроченном порядке после подготовки больного к операции оперировано 75 больных с двумя летальными исходами (2,6%).

На высоте кровотечения чаще всего применялись изолированные пилоропластика по Джадду или дуоденопластика по Оноприеву (78%). Прошивание кровоточащего сосуда в язве применялось у 1,3% больных, резекция желудка – у 5%. Ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями была выполнена у 15,7% больных. Среди больных, оперированных в отсроченном порядке, после изучения желудочной секреции с помощью максимального гистаминового теста объем оперативного вмешательства, естественно, был увеличен. Селективная или проксимальная селективная ваготомия в сочетании с пилоропластикой или дуоденопластикой составила

Таблица 2

Выбор тактики лечения и сроков оперативного вмешательства в зависимости от эндоскопической классификации кровотечения из язвы

Группы больных	Состояние гемостаза в язве по данным ФГДС	Выбор тактики лечения и сроков операции
1-я группа	Язвенный дефект покрыт фибрином или детритом	Консервативное лечение. Операция в плановом или отсроченном порядке
2-я группа	Язвенная ниша выполнена красным тромбом, сгустки крови в желудке и 12-пк	Срочная операция через 3–4 часа после стабилизации гемодинамики
3-я группа	Капиллярное кровотечение из краев язвы или подтекание крови из-под тромба	Эндоскопический гемостаз. При продолжающемся кровотечении, подтвержденном ФГДС, неотложная операция
4-я группа	Артериальное кровотечение или подтвержденная ФГДС повторная атака кровотечения	Неотложное оперативное вмешательство

64,7%, селективная ваготомия в сочетании с антрумэктомией применена у 24,6% больных, типичная резекция 2/3 желудка выполнена у 10,7% пациентов. По сравнению с прошлым десятилетием процент оперированных больных по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений и общая летальность существенно не изменились. Число органосохраняющих и органосберегающих операций увеличилось почти в два раза. Число больных с обширной резекцией желудка уменьшилось с 16% до 10%. Послеоперационная летальность снизилась у лиц, оперированных на высоте кровотечения, с 27% до 20%. Однако создается впечатление, что увеличилось число рецидивов язвенной болезни, обусловленное паллиативным характером операции, и повторные оперативные вмешательства у этих больных сопровождаются большими техническими трудностями, что естественно сказывается на числе послеоперационных осложнений. Но этот вопрос ещё нуждается в более тщательном изучении, особенно отдаленных результатов.

Поступила 11.02.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В. А., Багдасарьян А. С. Патогенез и лечение язвенной болезни. Краснодар, 2004. 248 с.

2. Вербицкий В. Г., Багненко С. Ф., Курыгин А. А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение. СПб: изд-во "Политехника". 2004. 242 с.

3. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / Под редакцией А. А. Курыгина, Ю. М. Стойко, С. Ф. Багненко. СПб: изд-во "Питер". 2001. С. 49–110.

**V. A. AVAKIMJAN, G. K. KARIPIDI,
T. N. LOBUNOVA, A. V. AVAKIMJAN,
E. S. BABENKO, N. S. TSYGANOK**

TREATMENT GASTRODUODENALIS OF THE ULCERS COMPLICATED WITH THE BLEEDING

On the basis of treatment of 1547 patients by a peptic ulcer. Complicated the bleeding offers own endoscopic classification of ulcerative bleedings and the simplified technique of definition of a degree of gravity of a bleeding.

It is recommended to use immunomodulator Ronkoleykin and to operate patients in the deferred order that gives the least lethality.

Э. В. СМОЛЬНИКОВ, С. Н. СЕРЕНКО

ВЛИЯНИЕ СОХРАНЕННОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета

Язвенная болезнь (ЯБ) – самое распространенное гастроэнтерологическое заболевание. На учете врачей поликлиник находится свыше 3 млн. человек, из которых каждый десятый был оперирован [2, 3].

Характеризуя тенденции хирургического лечения больных ЯБ, следует отметить, что в последнее десятилетие отмечаются резкое снижение частоты плановых операций (более чем в 2 раза), увеличение числа экстренных операций по поводу перфоративной и кровоточащей язвы (в 2 и 3 раза соответственно). Уменьшение количества плановых органосберегающих операций в пользу резекции желудка (РЖ) как наиболее часто выполняемой в экстренных условиях операции привело к увеличению числа больных с различными проявлениями болезней оперированного желудка, в частности, демпинг-синдрома (ДС) в 1,8 раза [2, 4]. Целью хирургического лечения больных с ЯБ является устранение осложнений и предупреждение рецидива, достигаемые путем угнетения кислотопroduкции [10]. С другой стороны, многими авторами отмечалась взаимосвязь между снижением кислотности желудочного сока и частотой развития пострезекционных расстройств [3, 13]. Во многом благодаря этому эволюция

желудочной хирургии пошла по пути минимизации агрессии и разработки органосохраняющих технологий [8, 11, 12]. Однако в полной мере влияние сохраненной кислотопroduкции на протекание естественных постпрандиальных реакций, во многом определяющих качество жизни, остается неисследованным.

Цель работы – оценить влияние сохраненной желудочной секреции на качество жизни (КЖ) больных, перенесших различные виды хирургических вмешательств по поводу кислотассоциированных заболеваний.

Материалы и методы

За период с 2002 по 2007 г. было обследовано 48 больных в отдаленные сроки после перенесенных вмешательств на желудке. Средний возраст больных составил 52 года (от 35 до 67 лет), из числа обследованных было 28 мужчин, 10 женщин. Четырнадцать перенесли стволую ваготомию с антрумэктомией (СВ+АЭ), 13 – РЖ в различных модификациях, 9 – радикальную дуоденопластику в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ+РДП), 12 – изолированную РДП. Больные были разделены на 4 группы в зависимости