

его обработка [6–7]. Часто и при удалении бесцементных компонентов бедренный канал дистальнее ножки облитерирован костной тканью. Вскрытие канала в данном случае должно производиться несколькими путями: под рентген-контролем, путем остеотомии или методом возможного визуального контроля.

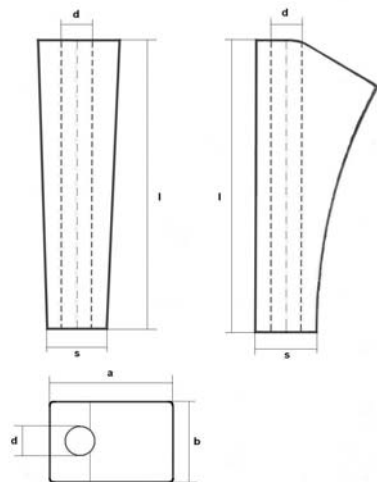


Рис. 1. Направитель, который вводится в канал бедренной кости в проксимальном отделе

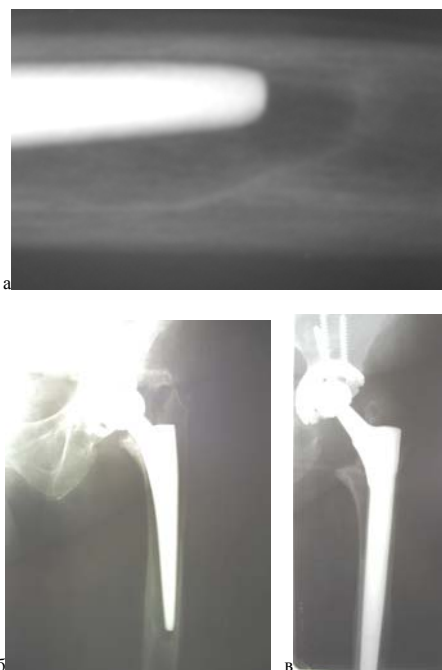


Рис. 2. «Стресс-шилдинг»-синдром в дистальном отделе ножки эндопротеза и латеральным отклонением ножки эндопротеза (а, б). Установка ревизионной ножки (в)

В нашем случае мы предлагаем вскрытие канала бедренной кости по специальному направителю, который вводится в канал бедренной кости в проксимальном отделе. В данном случае не требуется рентген-контроля и остеотомии. Это устройство (рис. 1) представляет собой направитель по оси бедренной кости. Оно своей формой повторяет внутреннюю стенку проксимальной части канала бедренной кости и имеет отверстие $\varnothing 8,5$ мм для римера. При правильной установке это устройство направляет ример по оси бедренной кости, облегчая правильное прохождение канала. Устройство выпускается 3 размеров (по диаметру дистальной части (S)) – 12, 14 и 16 мм. Длина устройства (L) – 90 мм. Отверстие, проходящее по длине направителя диаметром (d) 8,3 мм, предназначено для прохождения римера $\varnothing 8$ мм.

При разработке бедренного канала после удаления нестабильной ножки протеза в канал вводится направитель необходимого диаметра. После его плотной фиксации в отверстие его

вводится ример, который путем плотной фиксации в направителе, ровно сверлит канал бедренной кости без перфорации стенки. По завершению обработки вводится ревизионная ножка. При помощи данного устройства прооперированы 9 пациентов, у 7 выполнена замена бесцементной ножки и у 2-х – цементной. Возможности методики представляются в клиническом примере пациентки М., которой в 2001 году было выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. На рис 2 а,б отмечается «стресс-шилдинг»-синдром в дистальном отделе ножки эндопротеза и латеральным отклонением ножки эндопротеза. Было выполнено ревизионное эндопротезирование. По направителю был вскрыт канал бедренной кости и подготовлен к имплантации бедренного компонента. Установлена ревизионная ножка (рис 2в).

В случае разработки бедренного канала при предшествующем цементном эндопротезировании, имеются сложности при рассверливании акрилцемента ввиду его плотности. Поэтому мы рекомендуем использовать данный направитель для вскрытия бедренного канала при бесцементном эндопротезировании.

Литература

1. Bassam A. et al. // J Am. Acad. Ortho. Surg.– 2005.– Vol. 13.– P. 18–27.
2. Charles M. et al. // J. Bone Joint Surg. Am.– 2003.– Vol. 85.– P. 1264–1269.
3. Peters C.L. et al. // J. Bone Joint Surg. Am.– 1995.– Vol. 77.– P. 1217–1226.
4. Daniel A. et al. // J. Am. Acad. Ortho. Surg.– 2006.– Vol. 14.– P. 620–628.
5. Kavanagh B.F. et al. // J Bone Joint Surg Am.– 1985.– Vol. 67.– P. 517–526.
6. Kavanagh B.F. et al. // Orthop Trans 1993.– 1994.– Vol. 17.– P. 943.
7. Madey S.M. et al. // J Bone Joint Surg Am.– 1997.– Vol. 79.– P. 53–64.
8. Schreurs W. et al. Gardeniers Femoral Component Revision with Use of Impaction Bone-Grafting and a Cemented Polished Stem

УДК 616-089:616-002.44 + 616-089.84

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Н. А. БОРОДИН*

За прошедшие 15 лет принципы лечения язвенной болезни (ЯБ) желудка и ДПК существенно изменились. Широкое распространение эффективных средств терапии ЯБ привело к тому, что количество плановых операций уменьшилось в несколько раз. Между тем проблема ЯБ сегодня далека от своего решения так же, как и много лет назад. Более того, в последние годы появились публикации из различных регионов нашей страны и бывших республик Советского Союза, где отмечается резкий рост числа больных с прободной язвой (ПЯ) и язвенными кровотечениями [2, 4–5, 8–9]. В настоящее время большинство операций выполняется по экстренным показаниям в условиях кровопотери и перитонита. Особенностью лечения экстренных пациентов является большое количество язв, оперативное лечение которых сопровождается значительными техническими сложностями. Увеличение количества экстренных операций приводит к росту количества послеоперационных осложнений и в первую очередь несостоятельности швов желудка и ДПК. Все эти осложнения сопровождаются чрезвычайно высокой летальностью – 40–60%.

В Тюменской области с 1989 г. по 2006 г. лет количество плановых операций в перерасчете на 1000 жителей снизилось в 2 раза с 0,35 до 0,18 ‰. Количество больных с ПЯ за этот же период увеличилось более чем в 2 раза с 0,11 до 0,24%. Более того, в определенные годы количество больных с ПЯ увеличивалось скачкообразно. Наиболее сильный «пик активности» был зафик-

* ГОУ ВПО «Тюменская ГМА» РЗ, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская ул., д. 54, тел. (3452) 20-21-97, факс (3452) 20-62-00, E-mail: tigma@tgma.info

сирован в годы экономического кризиса – 1998 – 1999 гг., когда за один год количество больных с ПЯ выросло на 48%.

Смертность от ЯБ в Тюменской области с 1990 по 2006 гг. выросла с 0,024⁰/₀₀ до 0,030⁰/₀₀, рост составил 25%. Все эти годы она занимало 1 место, среди всех хирургических заболеваний. «Доля» больных, умерших только от экстренных осложнений ЯБ за период с 1990 по 2000 гг. никогда не опускалась ниже 35% от всех больных, погибших от хирургических заболеваний органов брюшной полости: прободной язвы, желудочно-кишечных кровотечений, острого аппендицита, холецистита, панкреатита, кишечной непроходимости и ущемленной грыжи. Начиная с 2001 г. на фоне снижения летальности от других хирургических заболеваний «доля» умерших от ПЯ и язвенных кровотечений выросла до 40,8% и не имеет тенденции к снижению.

Каждый третий больной, умерший от ЯБ, умирает от ПЯ. Если в 1990 г. смертность от ПЯ была 0,007⁰/₀₀, то к 2006 г. смертность от ПЯ выросла до 0,011⁰/₀₀. Самые высокие показатели послеоперационной летальности от ПЯ были в 1990–1999 гг.: 5,5–6,0%. В начале 21 столетия (2001–2006 гг.), уровень послеоперационной летальности снизился, хотя и остается высоким: 3,5–4,2%. Практически все больные с ПЯ были прооперированы и непосредственной причиной их смерти послужили различные послеоперационные осложнения. Наиболее распространенными и при этом самыми тяжелыми осложнениями после ушивания ПЯ являются осложнения связанные с нарушением герметичности желудка и ДПК – несостоятельность швов перфоративного отверстия, либо перфорация второй язвы. Проанализированы истории болезни 28 больных с этими осложнениями. Мужчин было 20, женщин – 8. Из 28 больных 25 (89,2%) не достигли возраста 60 лет. У 23 больных ПЯ располагалась в ДПК, у 5 – в теле желудка. Из 28 больных у 3 операция по ушиванию прободной язвы была выполнена в ТОКБ, другие пациенты были прооперированы в ЦРБ или больницах Северных округов и доставлены в областной центр с уже развившимся осложнением.

Несостоятельность швов после ушивания перфоративного отверстия развилась у 20 больных. У 10 больных ПЯ была ушита однорядным швом с перитонизацией сальником, у 4 больных – двухрядным швом, еще у 6 больных была использована методика по Оппелю – Поликарпову. Позднее обращение за медицинской помощью не стало основной причиной несостоятельности швов, так как в первые сутки с момента перфорации были прооперированы 17 больных, еще трое больных были прооперированы в интервале 27–42 часа с момента перфорации. Практически у всех 20 больных в протоколах операций содержатся сведения, указывающие на сложности, возникшие при ушивании ПЯ. Колезные язвы с обширными (3см и более) язвенными инфильтратами вокруг перфоративного отверстия имелись у 14 больных, крупные (0,5 – 2см) перфоративные отверстия с инфильтрацией окружающих тканей – у 5 больных, перфорация края язвы, пенетрирующей в окружающие органы, – у 4 больных, перфорация стенозирующей язвы – у 4 больных. Наличие спаечного процесса в подпеченочном пространстве отмечено у 7 больных, у 4 из них в анамнезе уже были операции по поводу ЯБ: ушивание ПЯ, иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой, наложение ГЭА без резекции желудка. У 11 больных факторы, затрудняющие выполнение операции, имели комбинированный характер.

Несостоятельность швов после операции была установлена в сроки: 24 – 48 часов у 4 больных, 49 – 72 часов у 9 больных, 73 – 96 часов у 4 больных и в сроки более 4-х суток у 3 больных. Во время релапаротомии у 17 больных был обнаружен разлитой гнойный перитонит, еще у 3 больных перитонит принял характер ограниченных абсцессов брюшной полости.

Так как несостоятельность швов перфоративного отверстия относится к относительно редким послеоперационным осложнениям, его лечение для большинства хирургов представляло сложную задачу. Несмотря на большое количество литературы посвященной ЯБ, четкие рекомендации по лечению именно этих осложнений практически отсутствуют. В первую очередь затруднения возникали при выборе хирургической тактики. При выполнении релапаротомии хирург неизбежно становится перед выбором, какой из вариантов операции в условиях перитонита является наиболее оптимальным – выполнить еще одно ушивание перфоративного дефекта, либо сделать резекцию части желудка и ДПК вместе с перфоративным отверстием. Важным аргументом в пользу выполнения радикальной операции являлись значительные морфологические изменения в области язвы. Эти изменения

имелись у всех наших больных и риск ушивания язвы, связанный с ними, был недооценен во время первой операции. Кроме того, при развитии несостоятельности швов размеры перфоративного отверстия неизменно увеличивались.

Формальным основанием к отказу от выполнения резекции желудка было наличие перитонита, сроки развития которого у всех больных намного превышали 6 часов. Состояние всех больных к моменту выполнения релапаротомии было одинаково тяжелым, но при этом хирурги принимали различные решения. В зависимости от выбранной тактики больные распределились, так как это представлено в табл. 1–2. Во время первой релапаротомии радикальная операция в виде резекции желудка была выполнена 4-м больным. У 3-х из них это привело к излечению, одна больная погибла через 12 суток после релапаротомии от перитонита и септических осложнений, при этом несостоятельности швов гастро-энтероанастомоза и культи ДПК не было.

У 3-х больных во время релапаротомии были обнаружены отграничение зоны несостоятельности с формированием абсцессов в верхнем этаже брюшной полости. Во всех случаях передняя стенка ДПК и желудка входили в состав абсцесса. У этих пациентов во время операции был отграничен дренированием зоны несостоятельности, что закончилось формированием дуоденальных свищей. Несмотря на большие свищевые потери и тяжелое течение, двое больных поправились. Умер один больной, у которого на фоне сахарного диабета, гипотиреоза и ожирения 3 степени возникли затеки кишечного содержимого по брюшной полости и флегмона передней брюшной стенки. Несмотря на многочисленные санации на 31 день после ушивания ПЯ наступила смерть. На вскрытии были установлены причины смерти: свищевое истощение, третичный перитонит и септические осложнения.

Таблица 1

Результаты лечения несостоятельности швов перфоративной язвы в зависимости от выбранной тактики

Объем операций	Всего больных	Умерло больных	Умерло %
Одно ушивание перфоративной язвы, затем резекция желудка	4	1	25,0
Одно ушивание перфоративной язвы, затем дренирование зоны несостоятельности швов.	3	1	33,3
Два ушивания	4	3	75,0
Два ушивания перфоративной язвы, затем резекция желудка	4	1	25,0
Три ушивания перфоративной язвы	3	3	100,0
Четыре ушивания перфоративной язвы	1	1	100,0
Четыре ушивания перфоративной язвы, затем резекция желудка.	1	1	100,0
ВСЕГО БОЛЬНЫХ	20	11	55,5

Таблица 2

Результаты лечения несостоятельности швов перфоративной язвы в зависимости от выполненных операций

Оперативное вмешательство	Количество больных	Умерло больных	Умерло %
Ушивание перфоративного отверстия и резекция желудка.	9	3	33,3
Дренирование брюшной полости	3	1	33,3
Только ушивание перфоративного отверстия	8	7	87,5
ВСЕГО БОЛЬНЫХ	20	11	55,5%

У 13 больных во время релапаротомии перфоративный дефект был ушит повторно. Дефект, как правило, ушивался «край в край» частыми сквозными швами. Из-за выраженных воспалительных изменений и инфильтрации окружающих тканей второй ряд швов практически не использовался. Так как при несостоятельности швов размер перфоративного дефекта увеличивался, – иссечение краев язвы не выполняли. Такой выбор операции был самым неудачным, так как у всех 13 больных вновь возникла несостоятельность швов. Трое больных умерло без повторного оперативного вмешательства от прогрессирующего перитонита. Еще у одного больного сформировался дуоденальный свищ. Этот пациент перенес 3 релапаротомии, включая наложение энтеростомы по Майдлю для проведения энтерального зондового питания, но перфоративный дефект больше не ушивали. Несмотря на крайне тяжелое течение заболевания, больной поправился и был выписан из стационара через 72 суток с момента перфорации.

Еще 9 больным при несостоятельности швов выполнена экстренная релапаротомия. Из них 4 лицам была сделана резекция желудка, а 5 больным перфоративный дефект ушили в 3-й раз. После резекции желудка умер 1 больной, это произошло через 20 суток с момента перфорации и через 4 дня после последней операции. Причиной его смерти был перитонит и желудочное кровотечение. Во время вскрытия помимо явлений перитонита были обнаружены множественные острые язвы в пищеводе и культе желудка, а так же признаки цирроза печени и асцит.

У всех 5 больных, у которых перфоративное отверстие было ушито в третий раз, вновь развилась несостоятельность швов. Трое больных умерли в сроки 7–10 суток после операции от перитонита и полиорганной недостаточности. У двух других больных при развитии несостоятельности швов перфоративного отверстия была выполнена еще одна релапаротомия и дефект ушили в четвертый раз. В последующем один из этих двух больных умер от прогрессирующего перитонита, а другому была сделана еще одна, 6-я по счету операция. Во время релапаротомии обнаружена четвертая несостоятельность перфоративного отверстия. Размеры отверстия стали настолько большими, что ушить его не представлялось возможным. Несмотря на крайне тяжелое состояние, была выполнена РЖ с передним гастроэнтероанастомозом. Больная умерла через 12 суток после этой операции от желудочного кровотечения и полиорганной недостаточности. Всего с момента перфорации больная прожила 47 суток. На вскрытии у нее был обнаружен третичный перитонит, абсцесс в области культи ДПК, тяжелые дистрофические поражения всех органов, гастроэнтероанастомоз был состоятелен, но на внутренней его поверхности имелась пептическая язва, охватывающая не менее 1/2 анастомоза, которая и стала источником кровотечения. В конечном виде результаты применения различной тактики лечения несостоятельности швов перфоративного отверстия представлены в табл. 2. Операция повторного ушивания перфоративного отверстия не была успешной ни в одном случае и всегда заканчивалась повторной несостоятельностью швов, что требовало выполнение новых релапаротомий. Из 8 больных, которым выполнялось только ушивание перфоративного дефекта, погибли 7.

Выздоравливали те больные, у которых череда ушиваний была прервана резекцией желудка с полным удалением перфоративного дефекта. Несмотря на тяжелое состояние больных, резекция желудка оказалась эффективным методом лечения несостоятельности швов даже во время 2-й и 3-й по счету операции в условиях многосуточного перитонита – из 8 больных погибло 2 человека. С каждой новой операцией вероятность благоприятного исхода при выполнении резекции желудка снижается, но она все равно остается выше, чем при еще одном ушивании перфоративного отверстия. Опасность перитонита при выполнении резекции желудка в большинстве случаев преувеличена. На это косвенно указывают большие сроки, которые прожили наши пациенты от первой операции и до дня смерти – от 20 до 127 суток, в среднем 43,6 суток. Еще у одной больной РЖ была выполнена, как шаг отчаяния на 5 по счету операции в терминальной фазе заболевания и уже не смогла помочь больной. Ни в одном случае несостоятельности ГЭА не отмечено, даже у умерших. У 2-х больных после РЖ развилась несостоятельность культи ДПК, но после лечения свищи закрылись самостоятельно. Операции, объем которых был ограничен дренированием зоны несостоятельности швов перфоративного отверстия, могут быть успешны, если к моменту повторной операции произошло отграничение процесса в брюшной полости. Обычно это бывает в поздние сроки и при частичной несостоятельности швов перфоративного отверстия, когда проникновение кишечного содержимого в брюшную полость шло медленно и не имело массивного характера.

Лечение больных с перфорацией 2-й язвы. У 8 больных после ушивания ПЯ ДПК возникла перфорация второй язвы. Все перфорировавшие язвы являлись хроническим с характерными морфологическими изменениями и имели следующую локализацию: «целующиеся» язвы на передней и задней стенке ДПК – 6 больных, язвы с двойной локализацией (желудок – ДПК) – 2 больных. У всех больных перфорация второй язвы произошла в сроки от 1 до 5 суток после первой операции, при этом у 6 больных возникла перфорация язвы задней стенки ДПК, у 1 больного – перфорация язвы задней стенки антрального отдела желудка и у 1 больного – перфорация язвы малой кривизны. У 4-х больных перфорация второй язвы сочеталась с кровотечением.

Все больные прооперированы повторно, но особенности клинического течения перфорации задней стенки ДПК и желудка, небольшие сроки после первой операции, привели к тому, что только у 2 больных релапаротомия была выполнена в первые сутки с момента развития осложнения. У 6 больных повторная операция сделана в сроки от 24–48 часов. Во всех случаях перфорация язв задней стенки ДПК сопровождалась прорывом в брюшную полость и вела к развитию разлитого перитонита, при этом проявлений забрюшинной флегмоны отмечено не было.

Результаты лечения больных с перфорацией второй язвы в зависимости от выбранной тактики аналогичны результатам лечения несостоятельности швов перфоративного отверстия и приводятся в табл. 3. Наличие разлитого перитонита вело к тому, что во время 1-й релапаротомии резекция желудка была выполнена только трем больным, еще в 5 случаях объем вмешательства был ограничен ушиванием ПЯ. Поправилось 2 больных, которым была выполнена резекция желудка, 3-й больной после резекции желудка умер от эрозивных кровотечений из культи желудка и пищевода, ДВС-синдрома и легочных осложнений.

Таблица 3

Результаты лечения больных с перфорацией второй язвы в зависимости от выбранной тактики

Оперативное вмешательство.	Количество больных	Умерло больных	Умерло %
Резекция желудка.	5	1	20,0
Только ушивание	3	3	100,0
ВСЕГО БОЛЬНЫХ	8	4	50,0

У пяти больных язвенный дефект был ушит, что во всех случаях закончилось несостоятельностью швов и еще одной релапаротомией. Двум больным была выполнена резекция желудка. У одного из них с двумя крупными «целующимися» язвами ДПК произошла несостоятельность швов по передней и задней поверхности. В этой ситуации, несмотря на фибринозно-гнойный перитонит, хирурги были вынуждены выполнить резекцию желудка по Бильрот-2. Одновременно больному была выполнена дуоденостомия и наложена Y-образная энтеростома для проведения энтерального зондового питания. Питание через энтеростому проводилось в течение 3 недель, ежедневно помимо питательной смеси в кишечный тракт возвращали до 1,5 л дуоденального содержимого. Несмотря на крайне тяжелое состояние, оба больных после резекции желудка поправились.

Еще у 3 больных перфоративное отверстие было ушито второй раз. Но вновь возникла несостоятельность этих швов, многочисленные затеки дуоденального содержимого в брюшную полость и забрюшинную клетчатку, что потребовало выполнения многочисленных повторных операций и попыток сформировать дуоденальные свищи. Все больные погибли от перитонита и свищевого истечения. Из 28 больных, у которых после ушивания прободной язвы была несостоятельность швов или перфорация второй язвы, резекция желудка выполнена 14 пациентам (табл. 4).

Таблица 4

Виды гастроэнтероанастомозов, которые были наложены больным после резекции желудка

Вид резекции желудка	Число больных
Billroth-2 с задним поперечным компрессионным гастроэнтероанастомозом	10
Billroth-2 с передним, впередиобочными гастроэнтероанастомозом на длинной петле с межкишечным анастомозом	2
Резекция желудка по Roux	2
ВСЕГО	14

Как видно из табл. 4, наиболее часто выполнялась резекция желудка по методу Бильрот-2 с наложением поперечного гастроэнтероанастомоза на короткой петле с задней стенкой желудка. У 2 больных в связи с техническими особенностями гастроанастомоз был наложен на переднюю стенку желудка на длинной петле с межкишечным анастомозом, а у 2 больных на выключенной петле по Roux. Вне зависимости от формы гастроанастомоза для его создания мы использовали компрессионное устройство, выполненное в виде скрепки из двух витков никелид-титанового провода, обладающего термической памятью формы (А.С.

1186199). Размер устройства 25×8 мм, вес ≤10 г. Устройство охлаждают до 0°С, витки устройства раздвигают и вводят в отверстие на стенках соединяемых органов – желудка и тощей кишки. Нагреваясь до температуры тела, витки устройства сближаются, сдавливая стенки соединяемых органов. Ткани внутри устройства рассекаются для первичной проходимости анастомоза. Сдавленные внутри устройства ткани некротизируются и покидают организм вместе с устройством, а на их месте формируется компрессионный анастомоз.

Компрессионный способ наложения анастомоза позволил сократить время операции у тяжелых больных. Кроме того, компрессионный шов обладает высокой биологической и физической герметичностью, что снижает риск развития его несостоятельности и других осложнений. Последнее обстоятельство становится чрезвычайно важным в условиях перитонита. Из 14 больных, которым была выполнена резекция желудка, умерло 4 человека. Несмотря на тяжелое состояние всех этих больных, наличие у них перитонита и анемии, случаев развития несостоятельности компрессионных анастомозов не было зарегистрировано ни разу. Смерть всех не была связана с осложнениями резекции желудка, а вызвана основным заболеванием, перитонитом, свищевым истощением и сопутствующей патологией.

Уменьшение числа плановых операций привело к 2-кратному росту количества больных с ПЯ. Одновременно увеличилась смертность от ЯБ. Наиболее опасным осложнением операции ушивания ПЯ является нарушение герметичности желудка и ДПК при несостоятельности швов или перфорации второй язвы. Несмотря на относительно редкое возникновение этих осложнений, лечение их представляет собой сложную задачу и сопровождается чрезвычайно высокой летальностью. Основные трудности связаны с поздней диагностикой осложнения, а так же в правильном выборе лечебной тактики. При определении объема оперативного вмешательства в большинстве случаев хирурги склоняются к повторному ушиванию зоны несостоятельности швов или второй перфоративной язвы, что приводит к многочисленным осложнениям и росту летальности. У больных, перенесших ушивание ПЯ, при возникновении в раннем послеоперационном периоде несостоятельности швов, или перфорации второй язвы, выполнение еще одной паллиативной операции является ошибочным. Повторные ушивания ПЯ неизбежно ведут к еще одной несостоятельности швов, а череда следующих паллиативных операций представляет главную опасность для больного.

Оптимальна резекция желудка вместе с ПЯ. Несмотря на длительные сроки перитонита, опасность резекции желудка во время 2-й и даже 3-й операции не так велика, как принято считать, и шансы на выздоровления у пациентов выше, чем при еще одном ушивании перфоративного отверстия. С каждой новой операцией вероятность благоприятного исхода при выполнении РЖ снижается, но она все равно остается выше, чем в случае очередного ушивания перфоративного отверстия.

При выполнении резекции желудка при перитоните, эффективность операции может быть увеличена использованием для наложения гастроэнтероанастомоза компрессионного устройства, его использование позволяет сократить время операции у тяжелых больных, а компрессионный шов обладает высокой биологической и физической герметичностью, что снижает риск осложнений. Несмотря на перитонит, у всех больных несостоятельности анастомозов не было ни в одном из наблюдений.

Литература

1. А. С. 1186199 СССР. Способ создания анастомоза / Макаров А. И., Бородин Н. А., Зиганшин Р. В., Гюнтер В. Э. // Открытия. – 1985. – № 39. – С. 36.
2. Борисов А.Е. и др. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. – СПб-Петербург, 2002. – 48с.
3. Ерюхин И.А. // Consilium medicum – 2003. – Т.5, №6. – С. 2.
4. Крылов Н.Н. и др. // Хир. – 2000. – № 2. – С. 17–18.
5. Лобанков, В. М. // Хир. – 2005. – № 1. – С. 58–64.
6. Панцирев, Ю. М. и др. Хирургическое лечение прободной и кровоточащей язвы 12-перстной кишки. – СПб, 2000. – 360 с.
7. Петров В. // Мат-лы Всерос. конф. с межд. уч-м «Актуальные вопросы современной хирургии». – М., 2000. – С.271.
8. Wysocki A. // Przegl. Lek. – 1998. – Vol. 55, №3. – Р. 120–123.
9. Zitel T. // Langenbecks Arch Surg. – 2000. – Vol.385, №2. – Р. 84.

COMPLICATIONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF PERFORATION ULCER OF STOMACH AND DUODENUM

N. A. BORODIN

Summary

Each third patient death is caused by ulcer perforation. The main reasons of death are postoperative complications: insolvency of perforation hole suture and the second ulcer perforation. The development of these complications is followed by death in 55,6%. Besides severe state and peritonitis, optimal variant for second operation is stomach resection. The risk insolvency of gastro-enteroanastomosis may be lower with compressive unit suture. Each new perforation hole suture is followed by its insolvency and death.

Key words: ulcer perforation, insolvency suture

УДК: 616.12-004-0018.74-008:618.173

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

С.А. ПРИБЫЛОВ, И.О. БОЙКОВА, А.Г. ОВСЯННИКОВ, Н.Н. КУРБАКОВ *

Установлен рост частоты ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) у женщин в постменопаузе [2, 8, 14]. Одной из причин сердечно-сосудистых заболеваний является угасание функции яичников, развитие дефицита женских половых гормонов, и прежде всего эстрогенов. В связи с утратой вазопротективной активности эстрогенов происходит ремоделирование сосудов [2].

Изменения в эндотелиальных клетках, вызванные дефицитом эстрогенов связаны с повышением уровней гомоцистеина, эндотелина-1, тромбоспандина АII и снижением инсулиноподобного фактора, гормона роста, синтеза оксида азота (NO) и простациклина в стенках артерий [7, 8]. Формирование атеросклеротического повреждения сосудов, в том числе у женщин после менопаузы, обусловлено повреждением или активацией эндотелия [6]. Дисфункция эндотелия является обязательным компонентом патогенеза практически всех сердечно-сосудистых заболеваний, включая атеросклероз, АГ, ИБС, сахарный диабет, хроническую сердечную недостаточность (ХСН), а также участвует в провоспалительных реакциях, аутоиммунных процессах, тромбозе и др. Функциональным последствием повреждения эндотелия и его дисфункции является снижение вазодилатации в ответ на фармакологические и физиологические стимулы, включая реактивную гиперемию. УЗИ степени дилатации плечевой артерии (ПА) во время реактивной гиперемии сосуда – один из наиболее распространенных клинических методов оценки функции эндотелия и индивидуального риска у больных. Работы [11] показали, что степень расширения сосудов уменьшается с возрастом и связана со спадом продукции NO эндотелием у пожилых. Зависимость дисфункции эндотелия от степени систолической дисфункции левого желудочка была отмечена у лиц с ИБС, перенесших инфаркт миокарда до 45-летнего возраста [1].

В связи с техническими трудностями определения NO и его стабильных метаболитов в крови и моче Международным сообществом кардиологов в качестве ведущего маркера дисфункции эндотелия признан эндотелин-1 (ЕТ-1). Сегодня ЕТ-1 рассматривается как маркер и предиктор тяжести и исхода острых и хронических форм ИБС, легочной и системной гипертензии, атеросклеротического поражения сосудов и др. У больных ХСН отмечено увеличение уровня ЕТ-1. В частности, содержание ЕТ-1 четко коррелировало с показателями сократительной активности левого желудочка, оцениваемой по величине сердечного выброса и конечного диастолического давления, в том числе у пациентов с ИБС [5]. Эндотелин-1 способен оказывать как вазоконстрикторное действие, так и принимать участие в контроле за секрецией NO, альдостерона, вазопрессина и адреномедуллина. Эндотелин потенцирует процессы роста и дифференцировки тканей. В этой связи оценка содержания ЕТ-1 в плазме крови может иметь

* Курский ГМУ, кафедра внутренних болезней ФПО