

пищевода. Он не требует контроля давления нижнего пищеводного сфинктера и перистальтической активности пищевода, т.к. они не подверга-

ются коррекции и не могут быть критериями оценки эффективности операции. Методика защищена приоритетом.

TO THE QUESTION OF PATHOGENESIS OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND ANTIREFLUX OPERATION

A.A. Zalevskiy, M.I. Gulman, P.A. Samotesov, O.V. Petukhova, O.S. Rzhavitcheva, N.F. Chapligina

(Krasnoyarsk State Medical Academy; Krasnoyarsk railway hospital).

This article presents the hypothesis of the main role of Gubarev no hermetic valve in pathogenesis of gastro esophageal reflux disease and original methods of antireflux operation according to it. The main idea is to remove the gullet gastric transition to niche above diaphragm, which appears because of exfoliation of pericardium and diaphragm, to 3,5-4,0 sm. forward from its gullet hole and fixation in it. The front and back sides of hernia stomach parts form the valve cusps. This cusps is highly-effective is not easy to destroy, and does not cause the postoperative dysphagia. The text is illustrated with pictures.

Литература

1. Алексеев А.В., Рева В.Б., Соколов В.Ю. Выбор способа пластики, при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. — Хирургия. — 2000. — №10. — С.12-14.
2. Галимов О.В., Сахаутдинов В.Г., Сендерович Е.И., Федоров С.В. К методике фундопликации при хирургическом лечении рефлюкс-эзофагита // Вестн. хир., — 1997. — Т.156, №3. — С.47-48.
3. Каншин Н.Н., Чисов В.И. Клапанная гастропликация при коротком пищеводе 2-й степени. — Хирургия. — 1969. — №12. — С.55-58.
4. Кубышкин В.А., Федоров В.Д., Корняк Б.С., Азимов Р.Х. Место лапароскопической хирургии в гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. — Хирургия. — 1999. — №11. — С.4-7.
5. Оскретков В.И., Ганков В.А. Результаты хирургической коррекции недостаточности кардии // Хирургия. — 1997. — №8. — С.43-46.
6. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы. — Медицина. Л.отд. — 1966. — С.175.
7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода. — М.: Медицина. — 1975. — С.116,109.
8. Шептулин А.А., Хромов В.Л., Санкина Е.А. Современное представление о патогенезе, диагностики и лечении рефлюкс-эзофагита // Клин. мед. — 1995. — №6. — С.11-14.
9. Эфендиев В.М., Касумов Н.А. Хирургическая коррекция нарушений замыкательной функции кардии // Хирургия. — 1999. — №6. — С.27-30.
10. Allen M.S., Trastek V.F., Deschamps C., Pairolero P.C. Intrathoracic stomach. Presentation and results of operation // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1993 Feb. — Vol.105, N.2. — P.253-258.
11. Castell D.O. New York. — 1985. — P.3-9.
12. Gastal O.L., Hagen J.A., Peters J.H., Campos G.M., Hashemi M., Thisen J., Bremner C.G., DeMittster T.R. Short esophagus: analysis of predictors and clinical implications // Arch. Surg. — 1999 Jun. — Vol.134, N.6. — P.633-636.
13. Kabat J., Pafko P. Chirurgike osetreni refluxni nemoci jicnu pri kratkem jicnu // Rozhl. Chir. — 1994 Nov. — Vol.73, N.7. — P.345-347.
14. O Hanrahan T., Marples M., Bencewicz J. Recurrent reflux and wrap disruption after Nissen fundoplication: Detection incidence and timing // G. Surg. — 1990 — Vol.77, N.5. — P.545-547.
15. Ramel S., Thor K. The ersta procedure, a hemifundoplication for the treatment gastroesophageal reflux disease // Ann. Chir. — 1995. — Vol.84, N.2. — P.145-149.

© ЧИКОТЕЕВ С.П., КОРНИЛОВ Н.Г., ШАПОЧНИК М.Б., БУСЛАЕВ О.А. —
УДК 616.33-002.44-005.1

ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, М.Б. Шапочник, О.А. Буслаев.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра бионеорганической и биоорганической химии, зав. — проф. Л.С. Колесниченко; НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, директор — член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Гастродуоденальные кровотечения до настоящего времени являются причиной высокой летальности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Факторами риска при таких кровотечениях являются возраст больного более 60 лет, наличие 2-х и более сопутствующих заболеваний, геморрагический шок. Использование средств временного гемостаза (электрокоагуляции, медикаментозного обкалывания, эндоваскулярной ангиоредукции) позволяет отсрочить оперативное вмешательство и подготовить больного к операции. Из 270 больных с гастродуоденальными кровотечениями с 1997 по 2000 гг. умерло 8 (2,9%) больных.

Наибольшая летальность отмечена у больных в состоянии геморрагического шока II (4,6%) и III (9,5%) степенями.

Одной из наиболее сложных и до конца нерешенных проблем экстренной абдоминальной хирургии являются гастродуоденальные кровотечения (ГДК). Вопросы диагностики и тактики лечения больных с данной патологией продолжают дискутироваться отечественными и зарубежными исследователями [10,14,17,21,25]. Результаты лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями по-прежнему нельзя признать хорошими, послеоперационная летальность составляет от 0,5% до 50%, несмотря на использование всех современных способов временного и окончательного гемостаза [15,27].

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии ИГМУ (отделение хирургической гастроэнтерологии) с 1997 по 2000 гг. под наблюдением находились 270 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Возраст больных колебался от 16 до 83 лет (в среднем $46 \pm 3,5$ года). Преимущественно наблюдались мужчины (74%).

У большинства больных причиной гастродуоденальных кровотечений являлась язвенная болезнь желудка (56%), несколько реже встречалась язвенная болезнь с локализацией в двенадцатиперстной кишке (44%).

Тяжесть кровопотери определяли в соответствии с классификацией В.И. Стручкова и Э.В. Луцевича (1977). Большая часть больных была с нормальными показателями гемодинамики (55%), реже наблюдались больные с I-II степенью (37%) и с III степенью (8%) геморрагического шока.

В 24% случаев больные поступали в стационар в период до 6 часов с момента возникновения кровотечения, в 33% – от 6 до 24 часов, в большинстве наблюдений (43%) – позже 24.

Всем больным, поступающим в стационар, выполняли эзофагогастродуоденоскопическое исследование, которое в процессе проведения трансформировалось в лечебное. Противопоказанием к его проведению было терминальное состояние больного и профузное неконтролируемое кровотечение.

Оперативные вмешательства по показаниям к их выполнению были разделены на 3 группы. Первую группу составили экстренные операции (до 6 часов), которые выполнялись на высоте ге-

моррагического синдрома (35%). Во вторую группу (25%) вошли отсроченные (в период от 6 до 24 часов) и третью – срочные операции, выполнявшиеся в период от 24 до 48 часов.

Результаты и обсуждение

Эндоскопический гемостаз с использованием средств медикаментозного и физического воздействия и эндоваскулярный гемостаз, позволяют отсрочить оперативное вмешательство и подготовить больного к операции. В таблице 1 приведена частота рецидивов кровотечения после методов временного гемостаза.

Из приведенных в таблице данных видно, что при диатермокоагуляции наиболее часто отмечались рецидивы кровотечения (7,6%), значительно реже они наблюдались при медикаментозном обкалывании (4,3%) ($p < 0,05$).

Хорошие результаты при применении эндоскопической коагуляции получили многие исследователи. Тем не менее, рецидив кровотечения при применении электрокоагуляции встречается в 5-22% наблюдений [8,9]. В.Г. Бастацкий [3], применив комплексную эндоскопическую гемостатическую терапию с использованием электрокоагуляции, аппликации, обкалывания спиртом, в 8,3% отметил рецидив кровотечения. По другим данным, число рецидивов геморрагий после эндоскопических приемов остается значительным от 10 до 22% [1,9,19]. Рентгенэндоваскулярная окклюзия явилась наиболее эффективным способом остановки кровотечения. Ни в одном случае рецидивов кровотечения отмечено не было. Многими исследователями также было отмечено, что метод эндоваскулярной хирургии и терапии с успехом может быть использован в комплексном лечении наиболее тяжелых больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями [17,22,23].

Методы временной остановки кровотечения в различных вариантах достаточно эффективно осуществляют гемостаз, позволяют провести кратковременную подготовку к операции и выполнить радикальное хирургическое вмешательство вне эпизода геморрагии.

Важным моментом, определяющим результаты лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК), является степень тяжести геморрагии. Сохраняется высокая частота массив-

Таблица 1.

Частота рецидивов кровотечений

Метод гемостаза	Количество больных		Частота рецидивов	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Медикаментозное обкалывание	116	43	5*	4,3*
Диатермокоагуляция	13	5	1*	7,6*
Эндоваскулярная ангиоредукция	7	2,8	–	–

Примечание: * – $p < 0,05$ медикаментозное обкалывание по сравнению с диатермокоагуляцией.

Летальность при ГДК в зависимости от степени кровопотери

Показатели гемодинамики	Количество больных	Летальность
Нормальные показатели	148	3* (2%)
Шок I степени	57	1** (1,6%)
Шок II степени	43	2*** (4,6)
Шок III степени	22	2**** (9,5%)

Примечание: * – $p > 0,01$ норма по сравнению с шоком I ст., ** – $p < 0,05$ шок I ст. по сравнению с шоком II ст., *** – $p < 0,05$ шок II ст. по сравнению с нормой и с шоком III ст., **** – $p < 0,05$ шок III ст. по сравнению с нормой, шоком I и II ст.

ных гастродуоденальных кровотечений (34-36%) [6,10,20,26]. Поэтому одним из наиболее проблематичных вопросов ГДК является оказание хирургической помощи больным, поступившим в состоянии геморрагического шока. В таблице 2 показана летальность больных от ГДК, язвенной этиологии, поступивших в стационар в состоянии шока.

Наибольшая летальность установлена (табл. 2) в группе больных в состоянии геморрагического шока III ст. (9,5%). Эти больные, как правило, поступали в стационар с профузными, массивными геморрагиями и были экстренно оперированы на высоте кровотечения. Значительно реже больные умирали в состоянии шока I и II ст. (соответственно 1,6% и 4,6%) ($p < 0,05$). Летальность в группах больных с нормальной гемодинамикой и с шоком I ст. не имела достоверных значимых различий ($p > 0,01$).

Аналогичные результаты были получены и другими авторами [5,7,24].

При выполнении хирургического вмешательства мы устанавливали локализацию язвенного дефекта, его размеры, источник кровотечения, а также связь патологического язвенного субстрата с соседними органами. Было отмечено, что наиболее частой локализацией кровоточащей язвы является малая кривизна желудка и задняя стенка двенадцатиперстной кишки. В 36% наблюдений размеры язвы были до 1 см, в 32% – от 1 до 2 см и в 32% – большие язвенные дефекты более 2 см в диаметре. Нередко язва пенетрировала в соседние органы (15%). Причем у больных с большими язвенными дефектами (более 2 см) данное осложнение отмечалось наиболее часто (72%).

Выбор технически наиболее доступного способа операции при таких язвах представляет большие трудности, ибо здесь не существует четко выбранных и однозначных правил. Несомненно, что при этом должны быть учтены конкретные анатомические особенности, надежность ушивания дуоденальной культи, риск рецидива кровотечения, и, наконец, технические возможности хирурга. В наших наблюдениях в 48% была выполнена резекция желудка по Бильрот I, у 50% – резекция желудка по Бильрот II и лишь в 2% случа-

ев выполнено иссечение язвы или прошивание кровоточащего сосуда. Однако применение иссечения кровоточащей язвы, прошивание сосуда позволило снизить летальность у весьма тяжелого контингента больных, которая после резекции желудка по данным ряда авторов достигает 30% [11,12,13].

Послеоперационный период осложнился в 2,6% кровотечением в брюшную полость, что потребовало релапаротомии и устранения его источника, у 1,2% больных отмечалась ранняя спаечная кишечная непроходимость.

Из 270 больных с ГДК умерло 8 (2,9%) больных. Летальность среди не оперированных больных составила 3,1%. Следует отметить, что за период до 1997 г. послеоперационная летальность от ГДК язвенной этиологии достигала 3,5%. Имелась лишь тенденция к уменьшению летальности от кровотечений за последние годы. Однако различия в частоте летальности от ГДК до 1997 г. и последующего периода времени были статистически недостоверными ($p > 0,05$).

Использование методов временного и окончательного неоперативного гемостаза позволяет провести предоперационную подготовку, вывести больного из шока, а также отказаться от операции у больных с тяжелой сопутствующей патологией. При этом прогноз рецидива кровотечения определяется массивностью кровопотери, размерами язвы и тромбированного сосуда, возрастом больного.

Таким образом, подводя итоги результатов хирургического лечения ГДК больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки за период с 1997 по 2000 гг. было отмечено некоторое снижение послеоперационной летальности. Наиболее неблагоприятные результаты лечения были отмечены у больных, поступивших в состоянии геморрагического шока. Методы временного гемостаза являются надежным звеном в общей цепи лечебного процесса больных с данной патологией, в особенности это касается эндоваскулярного гемостаза, позволяющего предотвратить рецидив кровотечения на более длительный срок.

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

/,k_1~
8