

В.П. Егоров

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ***ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)*

Несмотря на широкое внедрение эндоскопии, современных противоязвенных препаратов, хирургический метод лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является основным.

В I хирургическом отделении Уссурийской городской больницы с 1987 по 2006 г. по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, ее осложнений выполнено 336 резекций желудка. По Бильрот I — 69 (20,5 %), по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера 40 (9,8 %). С 1992 г. выполняем резекцию желудка по Бильрот II в модификации Я.Б. Витебского, сделано 237 резекций (79,5 %). По данным МСЭК после резекции желудка Бильрот II в модификации Я.Б. Витебского не зарегистрировано ни одного случая демпинг синдрома. Всех осложнений 33 (9,8 %), умерло 25 больных (7,4 %). В плановом порядке с 1987 по 2006 гг. выполнено 148 операций у больных с хронической неосложненной язвой, у 26 (17,6 %) произведена резекция желудка, у 122 (82,4 %) — органосохраняющие операции. Из них: РСПВ — 34 (27,9 %), РСПВ с иссечением язвы и сегментарной дуоденопластикой — 25 (20,5 %), РСПВ с иссечением и мостовидной дуоденопластикой по В.И. Оноприеву — 12 (9,8 %), СВ с гастродуоденостенозом по Жабулею — 34 (27,9 %), СВ с пилоропластикой по Финнею — 6 (4,9 %), СВ с иссечением язвы и поперечным дуоденоюноанастомозом — 5 (4,1 %), СВ с гастроэнтероанастомозом и брауновским соустьем — 6 (4,9 %). Осложнений 5,7 %. Гастростаз — 4, анастомозит — 2, острая язва желудка после РСПВ — 1.

Особенно необходимо остановиться на осложнениях язвенной болезни желудка и ДПК. С 1987 по 2006 гг. поступило 1 132 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Им выполнено 414 операций (36,6 %). Резекция желудка — 225 (54,3 %), органосберегающих операций 189 (45,7 %). Среди органосохраняющих операций иссечение язвы выполнено у 26 больных (13,8 %), прошивание — 63,3 %, РСПВ с иссечением и дуоденопластикой 54 (28,6 %), СВ с пилоропластикой по Гейнеке — Микуличу — 47 (24 %), других — 2. Умерло 52 больных (12,6 %), из них после резекции желудка 22 (5,3 %), после всех органосохраняющих — 30 (7,2 %), осложнений 14 (3,8 %): несостоятельность анастомоза — 2, нагноений — 3, абсцессы — 4, рецидив кровотечений — 2, острый панкреатит — 3.

Другую группу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК составляют перфоративные язвы. С 1987 по 2006 гг. выполнено 645 операций, из них резекций желудка 53 (8,2 %). Органосохраняющих 592 (91,8 %), из них простое ушивание язвы 18 (2,8 %), ушивание по Опель — Поликарпову — 503 (78 %), иссечение — 9 (1,4 %). РСПВ с иссечением — 45 (6,9 %), РСПВ с иссечением и дуоденоюноностомией — 4 (0,6 %), СВ с ушиванием и гастроэнтероанастомозом — 2 (0,3 %), СВ с иссечением и пилоропластикой по Гейнеке — Микуличу — 11 (1,7 %). Умерло — 30 (4,6 %), из них 2 больных после резекции желудка. Осложнений — 13 (2 %): повторный инфаркт миокарда — 2, несостоятельность анастомоза — 2, нагноений — 2, абсцесс брюшной полости — 3, травма ДПК — 1.

На основании проведенного исследования, считаем, что залогом лечения язвенной болезни желудка и ДПК, ее осложнений является индивидуальный подход к выбору метода операций. При определении хирургической тактики учитываем ряд факторов: длительность заболевания, выраженность морфологических изменений, функциональных нарушений, локализацию язвы, возраст больного и эффективность предшествующего консервативного лечения.

М.М. Ермолаева, В.А. Ильина, Р.В. Вашетко, Р.В. Бабаханян**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ
ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ ЛЕГКИХ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)***ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

С целью изучения влияния различных компонентов среды пожара на органы дыхательной системы были использованы следующие экспериментальные модели: 1 группа (34 крысы) — термическое воздействие на дыхательные пути горячим воздухом при температуре +250÷+300 °С с экспозицией 2,5—3 мин.; 2 группа (42 крысы) — динамическая затравка продуктами горения по-

лихлорвинила (ПВХ), в концентрации 1000 – 1500 мг/м³ с экспозицией 10 – 12 мин.; 3 группа (45 крыс) – ингаляционная заправка парами аммиака (NH₃), 400 – 450 мг/м³ с экспозицией 10 – 12 мин. Контрольную группу составили 10 интактных крыс. Для морфологического исследования дыхательной системы экспериментальных животных изготавливались гистотопограммы легких и трахеи.

При морфологическом исследовании дыхательной системы в ответ на термическую ингаляционную травму изменения наблюдались уже через 1 час после воздействия в виде катарально-десквамативного трахеобронхита с явлениями гиперсекреции в железах подслизистого слоя, нарушений микроциркуляции в виде полнокровия, эритростазов, повышения сосудистой проницаемости. В легких отмечалась аспирация клеток слущенного бронхиального эпителия, диффузно расположенные и чередующиеся между собой альвеолы в состоянии гипоателектаза и эмфиземы. В субплевральных отделах наблюдались зоны дисателектаза, что является косвенным признаком нарушения синтеза сурфактанта. Кроме того, метаболические расстройства в результате воздействия термического фактора приводили к нарушению в свертывающей системе крови. В сосудах микроциркуляторного русла в субплевральных отделах отмечалось отложение нитей фибрина разной степени зрелости. Вышеперечисленные клинко-морфологические признаки свидетельствуют о формировании уже с первых часов после ингаляционной травмы системного воспалительного ответа, представленного РДСВ и развитием ДВС-синдрома. Начиная с 3 часов после травмы, признаки РДСВ нарастали: в легких на фоне микроциркуляторных расстройств и ДВС-синдрома увеличивались явления интерстициального и внутриальвеолярного отека и площадь зон дисателектаза в субплевральных отделах. В дальнейшем к 6 часу воспалительные изменения трахеобронхиального дерева приобретали гнойный характер. Воспалительные изменения при этом затрагивали только трахеобронхиальное дерево, не распространяясь на респираторные отделы. По истечении суток после травмы в легких отмечалась очаговая бронхопневмония с фибринозно-гнойным экссудатом.

Морфологические изменения дыхательной системы после воспроизведения изолированной химической травмы имели ряд гистологических особенностей. Так, уже через 1 час после воздействия продуктов горения ПВХ морфологические изменения отмечались преимущественно в респираторном отделе с формированием РДСВ. Они характеризовались спазмом мелких бронхов и бронхиол, наличием интерстициального и внутриальвеолярного отека с зонами дисателектаза и эмфиземы. Гемодинамические расстройства заключались в поражении сосудов микроциркуляторного русла стенки бронхов, где в 1,5 раза чаще, чем в легких, обнаруживались формирующиеся тромбы, которые способствовали нарушению аэрогематического барьера и развитию эрозивно-десквамативного трахеобронхита. Прогрессирующие гемодинамические и вентиляционно-перфузионные нарушения и развитие SIRS служили благоприятным фоном для прогрессирования воспаления в легком. Так, альвеолит был отмечен уже к 3 часу после химической травмы, а на протяжении последующих суток отмечались признаки гнойного трахеобронхита и бронхогенное распространение инфекции с переходом ее на легочную паренхиму – образование гнойной бронхопневмонии.

При ингаляционном воздействии паров аммиака с первого часа наблюдалось значительное нарушение сосудистой проницаемости. В данной группе, кроме процессов десквамации клеток цилиндрического эпителия отмечалось резко выраженное полнокровие сосудов, периваскулярный отек, отек подслизистого слоя трахеи и крупных бронхов с участками кровоизлияний в них. Экссудат в просвете трахеобронхиального дерева имел преимущественно геморрагический характер. Аспирация слущенных клеток эпителия вызывала обтурацию мелких бронхов, потенцируя гипоксию и развитие РДСВ. Через 3 часа в стенке бронхов отмечались выраженное полнокровие, рыхлая лейкоцитарная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами, а в просвете их появлялся серозно-гнойный экссудат. В эти же сроки наблюдался интерстициальный отек, а в просвете части альвеол содержалась отечная жидкость и единичные макрофаги. В легких нарастали явления очаговой пневмонии с наличием в экссудате слущенных клеток бронхиального эпителия.

Таким образом, исследование показало, что наибольшим повреждающим воздействием на дыхательную систему обладают химические факторы. Входящие в состав газо-аэрозольной смеси токсические вещества обладают непосредственным повреждающим действием на различные отделы дыхательной системы. Некоторые из них, в частности, HCl и пары аммиака, могут как самостоятельно, так и в комбинации с другими веществами, привести к развитию тяжелых поражений трахеобронхиального дерева и легких у пострадавших в условиях пожара.