

4. Буторов И.В., Николенко И.А., Буторов С.И. Эффективность галавита у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Клин. мед.* – 2005. – № 8. – С. 72-75.
5. Владимиров Ю.А. Свободнорадикальное окисление липидов и физические свойства липидного слоя биологических мембран // *Биофизика.* – 1987. – № 5. – С. 830-844.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2009. – № 3. – С. 10-16.
7. Григорьев П.Я., Исаков В.А. Современные представления об этиологии и патогенезе язвенной болезни // *Вестник Академии медицинских наук СССР.* – 1990. – № 3. – С.60-64.
8. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Щербаков П.Л. и др. *Helicobacter pylori*: распространенность, диагностика и лечение // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* – 2010. – № 2. – С. 3-7.
9. Патент РФ № 2214291. Способ лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Подопригорова В.Г., Иванишкина Е.В., Хибин Л.С. Зарег. 20.10. 2003.
10. Подопригорова В.Г. Оксидативный стресс и язвенная болезнь. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004.
11. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения / Под ред. П.Я. Григорьева. – Москва, 2001.
12. Сторожук П.Г., Сторожук А.П. Побочное действие противоязвенных препаратов на активность ферментов антирадикальной защиты эритроцитов // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Приложение 4: Матер. 3-й Рос. гастроэнт. недели.* – 1997. – № 7. – С. 55.
13. Хуцишвили М.Б., Рапопорт С.Л. Свободнорадикальные процессы и их роль в патогенезе некоторых заболеваний органов пищеварения (часть 1) // *Клин. мед.* – 2002.- № 10. – С. 10-16.
14. Циммерман Я.С., Кочурова И.А., Владимирский Е.В. Эффективность СКЭНАР–терапии в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Клиническая медицина.* – 2006. – № 7. – С. 35-41.
15. Чиж А.Г., Исламова Е.А., Липатова Т.Е. Электромагнитное излучение миллиметрового диапазона в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.* – 2002. – № 2–3. – С. 144.
16. Malfertheiner P., Megraud F., O' Morain et al. Current concepts in the management of the *Helicobacter pylori* infection- the Maastricht 2-2000 consensus report // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2002. – Vol. 16 (2). – P. 167-180.

УДК: 616.33-002.44-002.45

ПРОБЛЕМНЫЕ РАЗДЕЛЫ ХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

С. А. Касумьян, Н. П. Снытко, А. А. Тимошевский
ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной хирургии

Резюме

Приводится опыт лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами в КБСМП г. Смоленска за период с 2005 по 2009 год. В выборе метода оперативного лечения перфоративной язвы обоснован дифференцированный подход. Преобладает операция лапаротомного ушивания перфоративной язвы. Проведены исследования регионарного иммунологического статуса у больных с осложненным течением язвенной болезни, ведется разработка прогностических критериев для постановки вопроса о выполнении больным язвенной болезнью предупреждающих операций до развития осложнений.

Ключевые слова: перфоративная, гастродуоденальная, язва.

PROBLEM CATEGORIES OF THE PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS SURGERY

S. A. Kasumyan, N. P. Snytko, A. A. Timoshevsky

Summary

The article deals with experience in treating of patients with perforated gastroduodenal ulcers in Emergency Hospital of Smolensk during the period from 2005 to 2009. Differential approach is reasonable when selecting the method of surgical treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers. Mostly operation laparotomic suturing perforated ulcer. The studies of regional immune status in patients with complicated peptic ulcer disease, is being developed prognostic criteria for raising the question on the implementation of patients with peptic ulcer pre-emptive operations to the development of complications.

Keywords: perforated, gastroduodenal, ulcer/

Одним из наиболее тяжелых и опасных среди всех осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается перфорация язвы, осложненная развитием перитонита. Это подтверждается достаточно высокими цифрами послеоперационной летальности, достигающими 17,9% (Панцирев Ю. М. и соавт., 2003). Гастродуоденальные язвы осложняются перфорацией в среднем в 15% случаев (Гостищев В. К. и соавт., 2005). В последние десятилетия, несмотря на внедрение в клиническую практику современных эффективных противоязвенных препаратов, отмечается рост этого грозного осложнения язвенной болезни.

За период с 2005 по 2009 г. в хирургических отделениях КБСМП проходили лечение 125 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них мужчин – 84 (67,2%), женщин – 41 (32,8%). Клиническая картина перфоративной язвы не всегда имела классические черты – лишь у 96 (76,8%) правильный диагноз был поставлен в приемном отделении. У 29 больных перфоративная язва протекала под «маской» других urgentных заболеваний: острый аппендицит – у 10 (8,0%), острая непроходимость кишечника – у 8 (6,4%), мезентериальный тромбоз – у 7 (5,6%), острый панкреатит – у 4 (3,2%). У этих пациентов

диагноз перфоративной язвы был верифицирован лапароскопическим исследованием.

В практическом применении удобна классификация перфоративных язв, предложенная В. С. Савельевым в 1976 году. Согласно ей, по этиологии перфорации делятся на язвенные и гормональные. По локализации: А – язва желудка: малой кривизны, передней стенки, задней стенки; Б – язва двенадцатиперстной кишки: передней стенки, задней стенки. По течению: А – прободение в свободную брюшную полость; Б – прободение прикрытое; В – прободение атипичное.

В наших наблюдениях за исследуемый период времени перфорация в брюшную полость имела место у 120 (96,0%) больных, в забрюшинное пространство – у 5 (4,0%). Были выявлены следующие локализации язвенных дефектов. Язва желудка (52%): пилорический отдел, передняя стенка – 24 (21,6%); препилорический отдел, передняя стенка – 14 (12,6%); пилорический отдел, задняя стенка – 1 (0,9%); антральный отдел, передняя стенка – 12 (10,8%). Язва двенадцатиперстной кишки (48%): луковица, передняя стенка – 33 (29,7%); пилородуоденальная зона – 29 (26,1%).

До сих пор среди хирургов нет единого мнения в вопросе о выборе вида и объема операции при перфоративных гастродуоденальных язвах. Это связано с полиэтиологичностью язвенной болезни, пониманием, что язвенный дефект слизистой – это лишь проявление сложных и разных по уровню воздействия факторов. В мировой литературе описано около 40 способов и их модификаций лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

В выборе метода оперативного лечения перфоративной язвы обоснован дифференцированный подход. Преобладает мнение, что определяющим является временной промежуток 12–24 часа. Это период перехода бактериальной обсемененности брюшной полости в перитонит. По мнению Ю. М. Панцирева и соавт. (2003), до суток от момента перфорации в брюшной полости имеется прозрачный или мутный экссудат с нитями и хлопьями фибрина, париетальная и висцеральная брюшина ярко гиперемирована. Паралитическая кишечная непроходимость в большинстве случаев отсутствует. В 30% случаев бактериальное обсеменение в эти сроки отсутствует или степень бактериальной контаминации при этом не превышает 103–104 микробных тел в 1 мл экссудата. Микробный пейзаж в большинстве случаев представлен грамположительными кокками, лактобациллами, грибами рода *Candida*. В более поздние сроки от момента перфорации в брюшной полости появляются гнойный экссудат, фиксированные наложения фибрина, паралитическая кишечная непроходимость, увеличение бактериальной обсемененности. Поэтому в данный период следует избрать наименее травматичную операцию по устранению перфорации с адекватным лечением перитонита. Наиболее обоснованным выбором при наличии распространенного перитонита и высокой степени операционно-анестезиологического риска (АРАСНЕ 11>10) является простое ушивание перфоративного отверстия.

В нашей клинике объем оперативных вмешательств у больных был переменным, однако превалировала операция лапаротомного ушивания перфоративной язвы – у 107 (85,6%), лапароскопическое ушивание было выполнено у 10 больных (8,0%), резекция желудка в различных модификациях – у 7 (5,6%). У одного пациента вынужденно была осуществлена гастростомия через перфоративное отверстие. Показанием к выполнению резекции являются: перфорация в сочетании с кровотечением, повторная перфорация ранее ушитых перфоративных язв, перфорация больших каллезных

и малигнизированных язв, сочетание со стенозом пилорического канала; важным условием является отсутствие перитонита. Преобладание среди операций простого ушивания обусловлено общим тяжелым состоянием больных, поздними сроками госпитализации. Распространенный перитонит был констатирован у 118 больных.

Средний возраст больных, благополучно перенесших оперативное вмешательство, составил 34 года; из них средний возраст больных с перфоративными дуоденальными язвами составил 30 лет, а с перфоративными желудочными язвами – 38 лет.

Альтернативой классическому ушиванию предлагается метод лапароскопического ушивания перфоративной язвы.

Представление о ваготомии как эффективным методе профилактики рецидивов у данной категории больных терпело в последние годы некоторые изменения. Сегодня большинство авторов разделяют мнение, что современные противовоспалительные препараты, применяемые в послеоперационном периоде, не уступают ваготомии по эффективности, а порой и превосходят ее.

Главными причинами послеоперационной летальности является прогрессирование перитонита, легочные осложнения, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Послеоперационная летальность в анализируемой группе больных составила 14,7%. По локализации перфоративного отверстия у умерших преобладали язвы двенадцатиперстной кишки – 13 (72, 2%) в сравнении с желудочной локализацией – 5 (17,8%). Основными причинами летальных исходов был распространенный фибринозно-гнойный перитонит в связи с поздней госпитализацией (до 6 часов – летальность составляет 4,6%, более 6 часов – 14%, более 24 часов – 18-25%), старческий возраст пациентов и тяжелые сопутствующие заболевания. Средний возраст умерших составил 79 лет.

Частота осложненных форм гастродуоденальных язв, неудовлетворительные результаты хирургического лечения на высоте осложнения делают императивными показания к поиску лабораторных прогностических тестов, позволяющих у больных язвенной болезнью предопределить неэффективность консервативного лечения до развития фатального осложнения. Это позволило бы выполнять оперативные вмешательства до развития осложнений и они бы носили предупредительный характер. Нами были проведены исследования регионарного иммунологического статуса у больных с осложненным течением язвенной болезни с изучением иммунологических показателей притекающей (артериальной) к патологическому очагу и оттекающей от него (венозной) крови в сочетании с морфологическими исследованиями язвы в резецированном препарате желудка. Установлено, что у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией, имеет место выраженная иммунологическая реакция в зоне патологического очага, выход в него Т-лимфоцитов, IgG и IgA. В зоне язвы у этой группы больных воспалительный процесс протекает более агрессивно. Вследствие этого происходит деструкция тканей желудка и ДПК, сопровождающаяся перфорацией, кровотечением. В этих процессах активное участие принимают Т-клетки, иммуноглобулины G и A.

Продолжается изучение иммунного статуса в отдаленном послеоперационном периоде. Перспективными являются разработка и внедрение прогностических критериев на основании иммунного статуса для прогнозирования вероятности развития рецидива заболевания у прооперированных больных и постановки вопроса о выполнении предупреждающих операций до развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. – М., 2005. – 166 с.
2. Панцирев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. В сб.: 50 лекций по хирургии (под ред. В.С. Савельева). – М., 2003. – с. 248–258.

УДК 618.3-007.17

СИМПТОМЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Н. А. Конышко

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра факультетской терапии

Резюме

Широкая распространенность заболеваний органов пищеварения в общей популяции и их хронобиологическое отношение к беременности и соматической патологии беременных настоятельно требуют дальнейшего уточнения патогенетических механизмов развития данного симптомокомплекса у женщин репродуктивного возраста, выработки рациональных алгоритмов ранней диагностики, профилактики и эффективного комплексного лечения, допустимого у этой категории пациентов. Пищеварительный тракт является своеобразной ареной сражения уже на ранних стадиях гестации, и, более того, полученные данные говорят о необходимости первичной реализации повреждающих факторов на уровне пищеварительной трубки как важного этапа поддержания гомеостаза и предупреждения поражения сердечно-сосудистой и репродуктивной систем.

Ключевые слова: беременность, гастроинтестинальная патология, гестоз, артериальная гипертензия.

THE SYMPTOMS OF SOMATIC PATHOLOGY IN PREGNANT WOMEN

N. A. Konyshko

Summary

Several symptoms have been hypothesized to influence the risk of preeclampsia. Our aim in this study was to estimate the association between gastrointestinal patterns during pregnancy and the risk of gastritis, ulcer disease, preeclampsia, obesity and arterial hypertension in pregnant women. Women participating in study answered questionnaires. Exploratory factor analysis was used to assess the associations among variables. Principal component factor analysis identified 12 primary gastrointestinal patterns that were labeled: epigastric pain and dyspepsia. Relative risks of gastritis, preeclampsia, arterial hypertension were estimated as odds ratios (OR) and confounder control was performed with multiple logistic regression. Women with high scores on a pattern characterized by pain nausea, vomiting, disrexia, asthenic syndrome, constipation. These findings suggest that a dietary pattern characterized by high intake of vegetables, plant foods, increases the risk of dyspeptic disorders, whereas a medicines pattern characterized by high consumption of processed increases the risk.

Keywords: gastrointestinal patterns, pregnancy, preeclampsia, arterial hypertension.

Пищеварительный тракт является своеобразной ареной сражения уже на ранних стадиях гестации, и, более того, полученные данные говорят о необходимости первичной реализации повреждающих факторов на уровне пищеварительной трубки как важного этапа поддержания гомеостаза и предупреждения поражения сердечно-сосудистой и репродуктивной систем.

Возникновение заболеваний органов пищеварения, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь, жировой гепатоз хронобиологически могут совпадать с беременностью, что имеет указанную выше патогенетическую обусловленность. Наличие полных эрозий антрального отдела желудка является маркером таких патологических состояний беременных, как гестоз, преэклампсия, эклампсия, системная артериальная гипертензия, ишемия слизистой оболочки пищеварительной трубки – в более широком смысле.

Однако диагностика и терапия указанной патологии затруднена и в определенной мере несвоевременная, что во многом определяет прогноз болезней, течения беременности и перинатальные исходы. Учитывая факт патогенетической общности и хронобиологической детерминированности ряда заболеваний органов пищеварения у женщин репродуктивного возраста, назрела необходимость расширить диагностическую концепцию, включив ранние признаки патологии желудочно-кишечного тракта, с высокой вероятностью трансформируемые при отсутствии адекватного лечения в известные клинические эквиваленты.

Цель исследования: целью настоящего исследования явилось изучение особенностей функционального состояния пищеварительной системы у беременных женщин.

Материалы и методы

С указанной целью нами обследовано 636 беременных женщин. Критерием включения в исследование являлись беременность, наличие живого плода, согласие пациентки на проведение обследования.

Критерием исключения являлись тяжелая форма гестоза, симптоматическая гипертензия на фоне тяжелого поражения почек, врожденных пороков сердца или заболеваний эндокринной системы, а также другая тяжелая экстрагенитальная патология, мертвый плод, отказ пациентки от участия в исследовании, наличие у пациентки особенностей поведения, не устраивающих исследователя, несогласие беременной участвовать в исследовании, исходные психопатологические состояния. Наличие усугубляющих течение беременности факторов (рубец на матке после кесарева сечения, двойня, первородящие старше 30 лет и др.), а также экстрагенитальной патологии в стадии компенсации не стали причиной исключения из групп обследуемых.

Результаты

По результатам клинического, антропометрического, лабораторного и инструментального обследования, проведенного согласно стандартам соответственно нозологическим формам, сформировались следующие группы беременных женщин: