

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

М.В. Антонов, В.И. Невожай, О.Г. Полушин

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

Лечение неспецифического язвенного колита (НЯК) является сложной и нерешенной проблемой. Мы наблюдали 72 больных в возрасте от 17 до 68 лет. В контрольной группе было 32 пациента, в исследуемой — 40 с сопоставимыми формами НЯК. Среди них 13 пациентов с поражением прямой и сигмовидной кишок, 15 — с поражением левой половины ободочной кишки и 12 — с тотальным поражением толстой кишки. В обеих группах проводилась стандартная схема лечения, основными препаратами которой являлись сульфасолозин и преднизолон. В дополнение к этому в исследуемой группе мы применяли облучение гелий-неоновым рассеивающим лазерным лучом (5 мВт, 633 нм) изъязвленных отделов слизистой толстой кишки с помощью световода через колоноскоп на всем протяжении пораженного участка из расчета 1–2 мин. воздействия на площадь облучаемую расфокусированным лазерным излучением. Продолжительность процедуры зависела от протяженности пораженного участка. Курс лечения включал 8–10 сеансов. Всем пациентам выполнялись патоморфоло-

гические, эндоскопические и клинические исследования до, во время и после лечения. Эндоскопически во всех случаях отмечалось уменьшение воспалительных явлений в толстой кишке: уменьшались отек, ранимость слизистой оболочки, фибрин, гной, эрозии и язвы. Патоморфологически отмечалось снижение числа крипт-абсцессов, степени расширения сосудов, размеров язв и их эпителизация. Клинически уменьшались боли в животе, частота стула, кровь и слизь в нем. Эти изменения наступали гораздо быстрее чем у пациентов, не получавших облучение низкоэнергетическим лазером. Средний койко-день у получавших лазеротерапию был на 7–8 дней меньше, чем у пациентов, получавших стандартные схемы лечения. Ремиссия у этой группы пациентов была достигнута быстрее, и она была более длительной, чем у пациентов контрольной группы.

Данные исследования свидетельствуют о том, что использование низкоэнергетического лазера в лечении НЯК оптимизирует процесс выздоровления больных.

Р.С. Баширов, В.В. Сахаров, Ю.А. Селезнев, Д.В. Арсеньев

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Военно-медицинский институт (Томск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений до сих пор остается актуальной, достаточно сказать, что общая летальность составляет 5–14 % (Гринберг А.А., 1995; Jaramillo G.L. et al., 1994; Текант У. et al., 1995; Wang K. et al., 1995), а послеоперационная — 2,85–39,7 % (Горбашко А.И., 1980; Курыгин А.А., 1992; Демидов Г.И. с соавт., 1995; Мирошников Б.И., 1995; Bittersohl, Hartmann, 1987; Lipschitz J. et al., 1993). По мнению А.И. Хорева (1991), А.А. Курыгина с соавт. (1992), несмотря на постоянное внимание к указанной проблеме, пока не наметилось

каких-либо значительных положительных сдвигов в ее решении.

Целью исследования являлась оптимизация хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением с 1989 по 2003 г. находилось 403 пациента с желудочно-кишечными кровотечениями, из них язвенной этиологии 262 случая (65 %). Мужчин было 166 (63,4 %), женщин — 96 (36,6 %). Язва желудка имела место у 56 человек (13,9 %), язва двенадцатиперстной кишки — у

182 (45,2 %), их сочетание — у 16 (4,0 %), сочетание кровотечения и перфорации — у 8 (2,0 %) пациентов. Всех больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями для анализа результатов лечения мы разделили на две группы. Первую группу составили больные, в отношении которых применялась активно-выжидательная тактика, вторую — пациенты, в отношении которых применялась активная дифференцированная тактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 1989 по 1996 г. в клинике военно-полевой хирургии в отношении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применялась активно-выжидательная тактика. Основу данной хирургической тактики составили плановые операции, среди которых преобладала резекция желудка по Бильрот-2. В экстренных ситуациях выполнялись в основном паллиативные операции. Послеоперационная летальность составила 12,7 % (табл. 1).

С 1996 по 2003 г. применялась активная дифференцированная тактика. Предпочтение отдавалось радикальным вмешательствам, послеоперационная летальность в данной группе составила 5,3 % (табл. 2).

В зависимости от данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания и результатов обследования хирургическая тактика строилась на активном индивидуальном подходе, который основан на определении тяжести кровопотери больного, степени устойчивости гемостаза и риска рецидива кровотечения.

Особое место в случае язвенных гастродуоденальных кровотечений занимает динамическая фиброгастродуоденоскопия. В ходе проведения эндоскопического исследования следует обращать внимание, прежде всего, на размер язвы, ее расположение, степень устойчивости местного гемостаза. Нами предложен новый способ прогнозирования риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, заключающийся в проведении фиброгастродуоденоскопии и определении не только локализации, степени устойчивости гемостаза по Forrest (1974), но и в определении изменений размеров язвы в динамике. При неустойчивом гемостазе фиброгастродуоденоскопию проводят через каждые 6 часов в течение первых суток, затем один раз в сутки в течение вторых и третьих суток. При отсутствии нарастания диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному, прогнозируют низкую степень риска рецидива кровотечения; при нарастании диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному в 1,5–2 раза в течение 12–24 часов прогнозируют высокую степень риска рецидива кровотечения; а при нарастании диаметра язвенного дефекта по отношению к исходному в 2 раза и более прогнозируют значительную степень риска рецидива кровотечения (положительное решение о выдаче патента РФ на изобретение по заявке 2004100601/14 (000206) от 05.01.2004 г.). Такой подход позволил нам ввести еще один критерий и более активно ставить показания к оперативному лечению больных с признаками неустойчивого гемостаза.

Таблица 1
Исходы консервативного и оперативного лечения при активно-выжидательной тактике (1989–1996 гг.).

Локализация язвы	Консервативное лечение		Оперативное лечение	
	абс.	летальность (%)	абс.	летальность (%)
Язва желудка	18 (2)	2,6	14 (5)	10,0
Язва ДПК	64	–	32 (2)	2,7
Сочетание язвы желудка и ДПК	–	–	9	–
Всего	82 (2)	2,6	55 (7)	12,7

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Таблица 2
Исходы консервативного и оперативного лечения при активной дифференцированной тактике (1996–2003 гг.).

Локализация язвы	Консервативное лечение		Оперативное лечение	
	абс.	летальность (%)	абс.	летальность (%)
Язва желудка	12	–	12	–
Язва ДПК	56	–	30 (1)	1,8
Сочетание язвы желудка и ДПК	–	–	7	–
Сочетание кровотечения и перфорации	–	–	8 (2)	3,5
Всего	68	–	57 (3)	5,3

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Характер выполненных оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	Активно-выжидательная тактика	Активная дифференцированная тактика
Резекция желудка по Бильрот-1	7	32
Резекция желудка по Бильрот-2	28 (4)	4 (1)
Резекция желудка по Ру	–	10
Стволовая ваготомия, пилоропластика	8	4
Гастро(дуодено)томия, прошивание язвы, перевязка сосудов	12 (3)	7 (2)
Всего	55 (7)	57 (3)

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Для активной дифференцированной тактики имеют значение и особенности клинического течения заболевания. В случаях, когда у пациентов имело место агрессивное течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (частые обострения, наличие в анамнезе факта перфорации язвы, либо язвенного кровотечения), сразу же ставился вопрос об оперативном лечении. Пациентам с более доброкачественным протеканием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (редкие обострения, отсутствие в анамнезе данных о развитии острых осложнений) назначался курс консервативной противоязвенной терапии; через 2 недели после его начала выполнялось контрольное обследование.

Если во время контрольного обследования не отмечалось положительной динамики (сохранялись большие размер и глубина язвенного дефекта, сохранялась пенетрация, не уменьшалась зона перифокального воспаления), то это свидетельствовало о неэффективности консервативного лечения, а потому ставился вопрос о хирургическом вмешательстве. В случае выраженной пенетрации, перифокального воспаления предпочтение в нашей кли-

нике отдавалось резекции желудка по Ру, в остальных случаях — резекции желудка по Бильрот-1.

Резекционные способы оперативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений позволяют осуществить радикальный гемостаз, воздействовать на патогенез язвообразования, однако при продолжающемся кровотечении на фоне кровопотери тяжелой степени бывает необходимо выполнение и паллиативных операций (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при хирургическом лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями следует придерживаться активной дифференцированной тактики. При наличии сомнений в эффективности консервативных мероприятий пациентам с кровотечениями язвенной этиологии следует более активно предлагать оперативные методы лечения, особенно больным с длительным язвенным анамнезом, наличием в прошлом желудочно-кишечных кровотечений.

Такой тактический подход позволил в нашей клинике снизить послеоперационную летальность с 12,7 до 5,3 %.

В.В. Бедин, В.А. Пельц, К.А. Краснов, И.П. Шин, В.В. Архангельский

ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Городская клиническая больница № 3 (Кемерово)
Кузбасский областной гепатологический центр (Кемерово)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные результаты лечения панкреонекроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2000 — 2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре проведено лечение 195 больных панкреонекрозом, из них алкогольный генез панкреонекроза был отмечен у 131

(67,2 %) пациента, билиарный генез панкреонекроза — у 64 (32,8 %), среди больных мужчин было 122 (62,6 %) человека, женщин — 73 (37,4 %), средний возраст составил $44,9 \pm 0,2$ года. В лечении больных с панкреонекрозом использован дифференцированный тактический подход. Всем поступившим проведено комплексное обследование, включающее лабораторные, инструментальные, лучевые методы