

10. Уваров И. Б. Радикальные дуоденопластика и гастропластика при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и желудка: Дис. канд. мед. наук. Краснодар: КГМА, 1997. 182 с.

11. Харнас С. С. и соавт. Влияние хеликобактериоза на результаты хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. 2000. № 6. С. 56–62.

12. Чернякевич С. А. Клиническое значение исследования моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни // Медицинская помощь. 1995. № 4. С. 24–27.

13. Чиссов В. И., Белоус Т. А., Франк Г. А. и др. Хроническая язва и рак желудка // Рос. онк. журн. 1997. № 1. С. 7–9.

14. Шептулин А. А. Язвенная болезнь с локализацией в желудке – консервативная терапия или хирургическое лечение? // Хирургия. 1995. № 2. С. 9–12.

15. Щёголев А. А., Ларин А. А., Титков Б. Е. Инфекция *Helicobacter pylori* после хирургического лечения язвенной болезни // Рос. мед. журн. 2002. № 5. С. 51–53.

16. Nightingale K. *Helicobacter pylori* – the hidden infection // Br. J. Theatre Nurs. 1996. Vol. 12, № 5. P. 5–7.

17. Sabiston D. C. Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice. 1992, 2158 p.

18. Way L. W. Current surgical diagnosis and treatment. 9-th ed. Lange Med Book, 1991. 465 p.

19. Jamieson G. G. Current Status of Indication for Surgery in Peptic Ulcer Disease // World J. Surg. 2000. Vol. 24, № 3. P. 256–258.

20. Johnson A. G. Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? // World J. Surg. 2000. Vol. 24, № 3. P. 259–263.

V. I. ONOPRIEV,

S. N. SERIKOVA, O. S. TOKARENKO

COMPLEX MEDICAMENTOUS AND SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC STOMACH ULCERS

In research are switched on 500 patients who have transferred RCFSG medicamentous and surgical treatment of stomach ulcers from 1978 up to nowadays. Efficiency of treatment estimated on clinico-morpho-functional a status esophago-gastro-duodenal complex of patients and scoring quality of a life by questionnaire SF-36. Results of research have allowed to expand relative indications to surgical treatment of stomach ulcers, to develop and prove the concept complex (surgical and the subsequent conservative) treatments of patients by a stomach ulcer. New approaches in studying pathogenes chronic stomach ulcers, in view of presence of an accompanying pathology have caused necessity of an individual approach for scoping operative intervention for each concrete situation.

Key words: a stomach ulcer, indications, diagnostics, treatment.

К. И. ПОПАНДОПУЛО, В. И. ОНОПРИЕВ

РАДИКАЛЬНАЯ ДУОДЕНОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава», г. Краснодар

В условиях городской многопрофильной больницы г. Геленджика нами было проведено клинко-экономическое исследование эффективности комплексного хирургического и медикаментозного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), осложненной кровотечением. Представленный алгоритм применения органосохраняющих хирургических технологий гарантированного гемостаза (радикальная дуоденопластика) направлен на повышение качества комплексного лечения больных ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, совершенствование управления здравоохранением, рациональное использование материальных ресурсов.

Тактика ведения больных с язвенными кровотечениями до настоящего времени недостаточно разработана, при этом наиболее важным является вопрос определения показаний к оперативному вмешательству, времени его выполнения и вида хирургической технологии. Сторонники активной тактики оперативных вмешательств оперируют в неотложном порядке больных с язвенными кровотечениями, обосновывая неотложность оперативного вмешательства высоким риском рецидива кровотечения, высокой летальностью при запоздалых операциях и стремлением провести хирургическое вмешательство до развития гипоксичес-

ких изменений в жизненно важных органах [1]. При этом нередко на высоте кровотечения выполняются или травматичные операции (резекция желудка), или паллиативные вмешательства, направленные на «отключение» язвы, которые не могут гарантировать гемостаз и сопровождаются высокой летальностью.

Комплекс методов эндоскопического гемостаза, современные антисекреторные препараты в последние годы выдвигают как альтернативу хирургического вмешательства, вместе с тем их следует рассматривать в рамках комплексного хирургического ведения больных с осложненными формами ЯБ ДПК, так как они не могут гарантировать гемостаз при всех случаях язвенных кровотечений.

В Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии разработана и широко применяется при оперативном лечении кровоточащих дуоденальных язв радикальная дуоденопластика (РДП) – комплекс технологий, гарантирующих ликвидацию осложненной дуоденальной язвы, обеспечение гемостаза, восстановление нормальных морфофункциональных взаимосвязей гастродуоденопанкреатобилиарного комплекса [2, 3]. Однако клинко-экономическое обоснование применения этих технологий не в научном хирургическом центре, а в практическом здравоохранении

Виды лечения больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при летальных исходах

Виды лечения	Пациенты (%)	Летальность, чел.
Консервативное	125 (87,4)	1
Неотложные операции	10 (6,9)	0
Отсроченные операции	8 (5,6)	2
Всего	143 (100,0)	3

в условиях городской многопрофильной больницы до настоящего времени отсутствует.

Цель исследования - разработать и апробировать на практике алгоритм ведения больных с язвенными кровотечениями в условиях городской многопрофильной больницы, включающий технологии РДП и последующую медикаментозную реабилитацию.

Методика исследования

Под нашим наблюдением с 1999 по 2006 год находилось 143 больных с ЯБ ДПК, поступивших в экстренном порядке в хирургическое отделение г. Геленджика с клиникой острого кровотечения из верхнего отдела пищеварительной трубки.

Результаты и обсуждение

При поступлении пациента в приемном покое оценивали тяжесть кровопотери. При легкой кровопотере ЭФГДС проводили сразу после поступления, при кровопотере средней тяжести и тяжелой – после инфузионно-трансфузионной терапии. Всем пациентам с клинико-эндоскопической картиной продолжающегося кровотечения проводилась системная гемостатическая терапия, в том числе инфузии 5%-ного раствора эпсилон-аминокапроновой кислоты (до 30 г/сутки), болюсно дицинон (до 1,0 г/сутки). У 96 пациентов проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы в суммарной дозе до 750–1250 мл.

Эндоскопический гемостаз осуществляли обкалыванием источника кровотечения раствором адреналина 1:10 000 или орошением капрофером. Капрофер обладает местным гемостатическим действием. При обнаружении источника кровотечения через операционный канал эндоскопа вводился тefлоновый катетер, и производилось прицельное орошение источника кровотечения по направлению «сверху вниз». При этом расходовалось около 5,0 мл стандартного раствора капрофера. После орошения источника кровотечения место обработки промывалось водой (2%-ным раствором соды или эпсилон-аминокапроновой кислотой) для контроля надежности гемостаза. Такая процедура была проведена у 112 пациентов.

Особо следует отметить, что критическим для принятия как клинических, так и организационных решений является срок возникновения рецидива. В нашем исследовании наибольшая частота рецидивов – у 6 (43%) из 14 пациентов – отмечена в первые сутки пребывания в стационаре.

Пациенты со стабильным гемостазом (по данным эндоскопического исследования Forrest 3) и без факторов риска рецидива кровотечения переводились для консервативного лечения в терапевтическое отделение (n=83). Часть пациентов (n=12) наблюдалась в палатах интенсивной терапии.

Оперативное лечение в объеме радикальной дуоденопластики выполнялось в неотложном, отсрочен-

ном и плановом порядке. Неотложными считали операции, выполняемые в течение 2 часов после поступления больного в стационар, отсроченными – вмешательства, производимые в течение 24 часов после госпитализации. Плановые оперативные вмешательства выполнялись на 7–14 сутки нахождения больного в стационаре после проведения гемотрансфузионной, антисекреторной терапии и коррекции постгеморрагических нарушений.

В целом отмечено 3 летальных исхода, связанных с рецидивом кровотечения. Опыт свидетельствует, что развившиеся в ответ на первичную кровопотерю нарушения гемостаза, исходно имевшие характер компенсации и субкомпенсации, при рецидиве язвенного кровотечения прогрессируют с развитием состояния декомпенсации и присоединением синдрома полиорганной недостаточности. Характеристика летальных исходов во взаимосвязи с выбранным видом лечения представлена в таблице 1.

Алгоритм выбора оперативного и (или) консервативного ведения пациентов представлен в таблице 2. У 10 пациентов с продолжающимся кровотечением или неустойчивым гемостазом была выполнена неотложная операция радикальная дуоденопластика (РДП); у всех прооперированных достигнут надежный гемостаз. У 13 больных кровотечение рецидивировало после первичной остановки во время проведения ЭФГДС, 7 пациентам выполнена отсроченная РДП, из них 2 человека умерли, 1 больной умер без оперативного лечения на высоте рецидивного кровотечения. 15 пациентов поступили в стационар со стабильным гемостазом (Forrest 3) и были переведены в терапевтическое отделение для интенсивного консервативного лечения, у 1 пациента на 5-е сутки после поступления кровотечение рецидивировало, и ему была выполнена РДП.

Хирургическая техника каждой РДП индивидуальна и строго определяется характером патоморфологических изменений, которые изучаются на диагностическом этапе РДП методом прецизионной препаровки язвенного очага. Все пациенты были прооперированы нами на высоте кровотечения, причем 10 операций были неотложными, а 8 – отсроченными и выполнялись в связи с рецидивом кровотечения.

Для 12 пациентов был характерен острый деструктивно-некротический язвенный процесс. У 7 человек мы диагностировали фазу обострения хронической язвы с прогрессирующим некрозом тканей, у 3 – вновь открывшиеся язвы на месте постязвенного рубца, у 2 – первичные острые изъязвления. Для язв с преимущественно деструктивным процессом характерны большие размеры (площадь и глубина), округлая форма, наличие тромботических и некротических масс на дне и по краям язвы и высокая частота пенетраций (у 7 больных, в том числе в поджелудочную железу у 4, в гепатодуоденальную связку – у 3). Обильные некротические массы легко соскабливались ложечкой,

Алгоритм ведения пациентов с язвенными кровотечениями

Пациент с язвенным кровотечением Определение тяжести кровопотери				
ЭФГДС				
Активное кровотечение или некровоточащий видимый сосуд (Forrest 1a, 1б, 2a) (n= 55)		Тромб в дне язвы, язва с красными или темно-синими пятнами (Forrest 2б, 2c) (n=73)		Язва с чистым дном (Forrest 3) (n=15)
Лечебная ЭФГДС (n=112)				Перевод в хирургическое отделение (n=15)
Радикальная дуоденопластика (РДП) (n=10)	Интенсивная инфузионно-трансфузионная, антисекреторная терапии (n=118)			
Гарантированный гемостаз (n= 10)	Гемостаз (n=105)	Рецидив кровотечения (n=13), летальный исход (n=1)	Гемостаз (n= 14)	Рецидив кровотечения (n=1)
Антисекреторная терапия (n= 10)	Антисекреторная терапия (n=105)	РДП (n=7), летальный исход (n=2)	Антисекре- торная терапия (n= 14)	РДП (n=1)

при этом часто обнажались дольки поджелудочной железы. Края стенок ДПК не спаяны с краями кратера язвы, рубцовые сращения как бы лизировались. Рыхлая парадуоденальная клетчатка, как правило, инфильтрирована на значительном протяжении от края пенетрации (до 2–2,5 см), стенки ДПК чаще инфильтрованы широко-сегментарно на 0,8–1,0 см от края язвы по длине луковицы; воспалительный отек нередко циркулярен. У 3 пациентов с пенетрирующей язвой при интраоперационном исследовании нами был диагностирован формирующийся стеноз. По-видимому, в формировании стеноза при острой пенетрирующей язве большое значение имеет циркулярный воспалительный отек. Наружными анатомическими критериями определения локализации пенетрирующих язв служили: кратер пенетрации, инфильтрация ретробульбарной клетчатки и клетчатки парадуоденальных салников, сегментарное поражение стенок ДПК, противоположных кратеру язвы, различные по форме надстенотические расширения луковицы ДПК. Рубцово-спаечная мантия у 8 из 12 пациентов при деструктивно-язвенном процессе отсутствовала. Обширные передние парадуоденальные инфильтраты с вовлечением салника, печени, желчного пузыря мы наблюдали у 1 пациента с пенетрацией язвы в печень.

У 6 больных, оперированных после остановки кровотечения, в области язвы преобладали рубцово-спаечные процессы. Хроническая воспалительная инфильтрация распространялась от края язвы по стенкам ДПК на 0,2–0,3 см. У 2 человек в пенетрирующих язвах края язвы были спаяны с краем кратера грубой рубцовой тканью на протяжении 0,8–1,0 см. Ретробульбарные и салниковые рыхлые клетчаточные пространства были, как правило, свободны. Здесь встречались только изолированные рубцовые тяжи. Стенозирование, выявленное у 2 пациентов, было обусловлено сегментарной рубцовой трансформацией стенок ДПК и рубцово-спаечным перипроцессом, который при пенетрирующих язвах был представлен выраженными руб-

цово-спаечными наложениями – мантией. Рубцующиеся язвы были небольших размеров, чаще щелевидной формы. Среди хронических язв гигантских не наблюдалось. Пенетрация язв была неглубокой, дно представлено рубцующейся грануляционной тканью, при соскабливании которой открывался плотный гомогенный фиброзный слой, закрывающий тканевую структуру органа. У 2 из 6 больных в проекции рубцующейся язвы определялся крупный терминальный или магистральный сосуд. При исследовании кратера пенетрации и иссеченных краев стенок луковицы ДПК у 10 из 18 прооперированных пациентов было выявлено повреждение язвой стенок сосудов различного диаметра. У 3 больных наблюдалась аррозия магистральных сосудов: гастродуоденальной (n=1) и панкреатодуоденальной (n=2) артерий. Еще у одного пациента магистральные сосуды на определенном протяжении непосредственно вовлекались в воспалительный инфильтрат зоны пенетрации. В каждом кратере пенетрирующей язвы отмечалось от 2 до 5 сосудов поджелудочной железы и их ветвей, дополнительно питающих заднюю стенку ДПК. Терминальные сосуды на уровне кратера пенетрации были аррозированы у 2 больных, в стенке ДПК – у 1. Как правило, аррозированные сосуды находились в деструктивно-некротической зоне и были закрыты рыхлыми тромботическими и некротическими массами.

Центральным моментом в иссечении кровоточащей пенетрирующей язвы являются мобилизация задней стенки ДПК и обработка кратера пенетрации. Сначала ДПК частично или полностью пересекают поперечно на уровне пенетрации. Задняя стенка проксимальной части луковицы полностью отделяется от поджелудочной железы, начиная от верхнего кратера язвы. Задняя стенка дистальной части ДПК мобилизуется на 1,5–2,0 см от нижнего края кратера язвы. Рубцово-язвенные края мобилизованных стенок ДПК иссекаются. Выявленные внутристеночные крупные кровоточащие сосуды изолированно лигируются в подслизистом слое

прошивной мононитью (3–4/00). Тщательно кюретажем удаляли тромботические и некротические массы с обнажением 2–5 изолированных сосудов. Каждый кровоточащий сосуд в кратере отдельно прошивали мононитью (3/00). Во всех случаях независимо от глубины пенетрации выполнялась оментопластика кратера прядью сальника на сосудистой ножке. При этом П-образными мононитями (3/00) сальник плотно фиксировали к дну и краям кратера, изолируя последний от линии дуоденальных швов. Объем резекции стенок ДПК ограничивался патологически измененными тканями, т. е. ни одного сантиметра нормальной дуоденальной стенки не удалялось. При разрушении язвенно-некротическим или рубцовым процессом всех стенок ДПК по окружности или обеих боковых (n=7) выполнялась резекция сегмента или сегментарная радикальная дуоденопластика (СРДП).

У 11 пациентов мы выполнили мостовидную радикальную дуоденопластику (МРДП). Производили экономное иссечение язвенного очага с сохранением одной или более стенок – нервно-мышечного мостика, позволяющего сохранить внутрстеночные нервные и сосудистые связи привратника и ДПК. При МРДП экономно иссекали только рубцово-язвенный очаг и оставляли полнослойный мостик из одной или более стенок, сохраняющий естественные нервные и сосудистые взаимосвязи гастропилородуоденального комплекса. Дефект стенки двенадцатиперстной кишки пластически закрывали с использованием лоскутов мобилизованных и смещаемых стенок луковицы. Обязательно сохраняли одну из боковых стенок – зону входа сосудов и нервов. После локального иссечения рубцово-язвенного очага одной передней или задней стенок, передней и задней, одной из боковых с частью передней или задней стенок дуоденальный «нервно-мышечный мостик» может включать: заднюю с частью боковых стенок; заднюю и одну из боковых; часть задней и одну из боковых; переднюю и обе боковые или одну из боковых стенок и, наконец, обе боковые после иссечения передней и задней стенок.

Все макропрепараты удаленных осложненных язв были подвергнуты морфологическому исследованию. При наличии активной язвы выделяли зоны экссудации, фибриноидного некроза, грануляционной ткани и рубца. В случае хронических язв рубцовое поле распространялось на значительном расстоянии в горизонтальном и вертикальном направлениях на расстоянии 1,5–2,5 см за пределы краев язвенного кратера. При наличии каллезных язв рубцовое поле распространялось, замещая мышечную ткань, до серозной оболочки. Обращали на себя внимание признаки существенных расстройств кровообращения в стенке ДПК в виде отека, сладжирования и тромбоза.

Проведенные интраоперационные исследования свидетельствуют о том, что в деструктивно-некротической зоне кровоточащей язвы, особенно пенетрирующей, обнаруживается от 2 до 7 аррозированных сосудов, что обуславливает высокий риск рецидива кровотечения из-за прогрессирования язвенно-некротического процесса и вторичных изменений в системе гемостаза на фоне тяжелой кровопотери.

Итак, морфологические признаки тканевой гипоксии, склероза, облитерации микроциркуляторного русла, сладжа, тромбоза и кровоизлияний в тканях, аррозии крупных сосудов свидетельствуют о невозможности достичь в ряде случаев гемостаза у таких пациентов консервативным путем и высоком риске рецидива кровотечения. Гарантировать остановку или предупреждение рецидива кровотечения из деструктив-

но-некротической язвы можно только локальным ее иссечением с последующей дуоденопластикой. Из 18 прооперированных нами больных в объеме радикальной дуоденопластики ни в одном случае рецидива кровотечения не было. Полученные нами данные свидетельствуют о невозможности в ряде случаев достижения гемостаза консервативным путем у пациентов с выраженным рубцовым полем кровоточащей язвы, в котором нередко бывает «замурован» кровоточащий сосуд.

Показаниями к неотложному проведению РДП считаем: продолжающееся струйное кровотечение (Forrest 1a); диффузное кровотечение (Forrest 1b); нестабильный гемостаз при первом эндоскопическом осмотре (кровотечение Forrest 2a); остановившееся кровотечение при наличии факторов риска рецидива (тяжелая кровопотеря при поступлении и залуковичная локализация язвы; размеры язвы более 1,0 см, наличие пенетрации, в том числе в поджелудочную железу). Летальность в нашем исследовании отсутствовала при неотложных операциях и составила 25% при отсроченных. Наибольшая летальность у больных, подвергшихся отсроченным операциям, объясняется массивной кровопотерей и тяжелым контингентом больных, неотложное оперативное вмешательство которым оказалось невыполнимым и было задержано с целью компенсации функции жизненно важных органов. В итоге вынужденные отсроченные операции чаще приводили к неблагоприятному исходу вмешательства, чем выполненные в неотложном порядке. Основной задачей оперативного вмешательства считаем гарантированное достижение хирургического гемостаза и недопущение рецидива кровотечения, что возможно только при проведении операции РДП [2, 3]. Локальное иссечение патологического очага и прецизионная техника его исполнения делают РДП минимально травматичной операцией. Таким образом, РДП является радикальной операцией с позиции непосредственных результатов, так как она радикально устраняет осложненную язву как источник кровотечения, восстанавливает нормальные морфофункциональные взаимоотношения в гастродуоденопанкреатобилиарном комплексе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирургии при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Вестник хирургии. 1980. Т. 126. № 12. С. 28–34.
2. Оноприев В. И., Генрих С. Р. Сложные технологии радикальной дуоденопластики при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Краснодар, 2003. 271 с.
3. Оноприев В. И., Коротко Г. Ф., Корочанская Н. В. (ред.) Осложненные формы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Краснодар, 2004. 654 с.

K. I. POPANDOPULO, V. I. ONOPRIEV

RADICAL DUODENOPLASTIC IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING DUODENAL ULCERS IN CONDITIONS OF CITY MUNICIPAL HOSPITAL

Experience of city municipal hospital on performance of radical duodenoplastic is analysed at bleeding duodenal ulcers. It is shown, that complex bodypreserved technologies considerably eliminates the complicated ulcer as a source of a bleeding, restores normal morfo-functional mutual relations in gastro-duodeno-pancreato-biliary complex.

Key words: bleeding duodenal ulcers, radical duodenoplastic.