

3. Резанов М. М. Фиксация, конфигурация и топография толстых кишок и их взаимоотношения // Хирургия, 1914, т. 36, № 214. С. 341–429.

4. Смирнова-Гудкова Е. С. Некоторые закономерности в развитии забрюшинных портокавальных анастомозов // Вопросы морфологии. Сб. тр. Самарканд. мед. ин-та. Ташкент, 1965, т. 35, вып. 5. С. 177–178.

5. Astrup P. A simple electrometric technique for the determination of carbon dioxide tension // Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1956, № 8. P. 33–38.

6. Kay A. W. Effect of large doses of histamine on gastric secretion of hydrochlorine, an augmented histamine test // Brit. Med. J., 1953, № 2, vol. 4827. P. 77–81.

PEPTIC ULCER DISEASE (QUESTIONS OF PATHOGENESIS)

Are distinguished main links of pathogenesis peptic ulcers of the stomach:

- 1) increase secretion of the stomach;
- 2) reduction of the blood flow in vien of the stomach;
- 3) local hypercoagulation in viens of the stomach—and given to explanation to these mechanisms.

В. А. АВАКИМЯН, А. В. АВАКИМЯН

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ, г. Краснодар, Россия

За последние 10 лет количество плановых операций по поводу язвенной болезни уменьшилось в 1,5–2 раза (Булгаков Г. А. и соавт., 2002; Рыбачков В. В. и Дряженко И. Г., 2005). В то же время число больных с прободением язвы увеличилось в 2,6 раза и занимает по частоте третье-четвертое место среди лиц, оперированных в неотложном порядке с острыми заболеваниями живота, уступая острому аппендициту и острому холециститу (Вербицкий В. Г. и соавт., 2004).

Несмотря на мощный арсенал медикаментозных противоязвенных средств, в том числе применение антибиотиков, число больных язвенной болезнью постоянно увеличивается, увеличивается и число больных с осложненными формами язвенной болезни (Курыгин А. А. и соавт., 1998; Кузин М. И., 2001; Ивашкин Т. В. и соавт., 2002; Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И., 2006).

Это, с нашей точки зрения, связано с порочной методикой отказа от оперативных вмешательств в показанных случаях в пользу медикаментозной терапии и отказа хирургов от радикальных оперативных вмешательств при соответствующих показаниях в пользу паллиативных операций в виде зашивания перфоративного отверстия, пилоро- или дуоденопластики. Вид хирургического вмешательства определяется в соответствии с установками руководителя хирургического стационара и личными привязанностями хирурга к той или иной операции. Вместе с тем с каждым годом растет число повторных операций у лиц, перенесших паллиативные вмешательства. Так как растет число больных, оперированных по поводу прободения язвы, то, естественно, растет и абсолютное число умерших. Но истинные потери скрываются за сравнительно благополучными процентами числа летальных исходов.

Отдаленные результаты лечения прободных язв, как правило, охватывают малый промежуток времени и менее половины оперированных больных, да и они получены чаще всего методом анкетирования, а не путем их

обследования, тем более в условиях стационара. Качество жизни оценивает сам больной. Он сам оценивает свое общее и психическое здоровье. И вот парадокс: больной операций доволен, но при контрольной гастроскопии у него рецидив язвенной болезни (особенно если пациент осматривается в стадии ремиссии), поэтому больной оценивает отдаленный результат как отличный, а врач – как неудовлетворительный. По этой же причине всякие опросники не могут служить объективным критерием оценки отдаленных результатов.

Когда будет дана объективная доказательная оценка отдаленных результатов, больных начнут вновь оперировать, и чаще в плановом порядке, и по относительным показаниям в том числе; откажутся от антибиотикотерапии язвенной болезни как совершенно необоснованной, поэтому бесполезной, а иногда и вредной для здоровья. Тогда людей будут оперировать принципиально в плановом порядке, не дожидаясь осложнений и обострений, когда операция представляет большой риск.

А пока летальность при прободении язвы остается высокой и колеблется в широких пределах. Наиболее высокая летальность отмечается при запущенных случаях, с развившейся полиорганной недостаточностью. По данным О. В. Баева (2006), летальность в таких случаях может достигать 70 и даже 100%. В отчете главного специалиста департамента здравоохранения Краснодарского края М. Е. Жимаило летальность при прободении язвы по краю колеблется в разные годы от 5,3 до 6,4%, уступая только острому панкреатиту и кишечной непроходимости. По России эти данные составляют в среднем 6,8%. Во 2-м экстренном хирургическом отделении больницы СМП из 57 больных, оперированных в 2001 году, т. е. 6 лет назад, умерло 4 человека, что составило 7%.

Такая высокая летальность заставила разработать комплекс мероприятий, которые стали обязательными для врачей как «Скорой помощи», так и стационара.

Алгоритм действий врача «Скорой помощи»

• Основная задача врача «Скорой помощи» – диагностировать прободение язвы и в экстренном порядке госпитализировать больного.

• Сомнения в диагнозе перфоративной язвы, в том числе атипичной и прикрытой, не могут служить основанием для отказа в направлении больного в экстренный хирургический стационар.

• Перед транспортировкой в стационар больному вводят назогастральный зонд и эвакуируют желудочное содержимое без промывания желудка для предупреждения попадания новых порций желудочного содержимого в свободную брюшную полость.

• При тяжелом состоянии больного во время транспортировки проводятся инфузионная терапия и ингаляция кислорода, что сокращает время предоперационной подготовки.

• Запрещается прием пищи, воды, наркотических средств, клизм, грелок.

• Транспортировка больного с перфоративной язва осуществляется строго на носилках.

Алгоритм действий хирурга приемного покоя

• В приемном покое на основании клинической картины устанавливаются диагноз и степень выраженности или фаза перитонита (реактивная, токсическая, терминальная).

• Для подтверждения диагноза прибегают к лабораторным и специальным методам исследования. Производят общий анализ крови и мочи, определяют группу крови и резус-фактор, глюкозу крови. Выполняют ЭКГ, обзорную рентгеноскопию (-графию) брюшной полости на наличие свободного газа, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при неинформативности данных рентгеновского исследования) с целью выявления свободной жидкости в брюшной полости, диаметра кишок, наличия энтероастазы, перистальтики кишок, а также для исключения других острых воспалительных заболеваний, с которыми приходится дифференцировать прободение язвы. ФГДС позволяет уточнить локализацию язв, их число, выявить атипичные формы перфорации. При отрицательных рентгенологических данных целесообразно сразу после ФГДС выполнить повторное рентгеновское исследование. Это симптом или проба Вебера, когда во время ФГДС инсуффляция воздуха в желудок ведет к его проникновению в свободную брюшную полость и на рентгенограмме выявляется пневмоперитонеум.

• В неясных, сравнительно редких случаях после проведения указанного объема исследований показана диагностическая лапароскопия.

• При установлении диагноза «язвенная болезнь, осложненная перфорацией» больной доставляется в операционную или в реанимационное отделение, если он нуждается в предоперационной подготовке. Выявление прикрытой перфорации язвы при лапароскопии является абсолютным показанием к оперативному вмешательству, если с момента перфорации прошло менее 48 часов. Здесь же заметим, что обследование больного и предоперационная подготовка, если она показана, не должны, тем не менее, превышать 2–3 часов.

Алгоритм действий хирурга в операционной

• Лапаротомия срединная.
• Ревизия брюшной полости.
• Прекращение поступления содержимого из желудка в брюшную полость.

• Санация брюшной полости: либо только осушение, либо многократное промывание брюшной полости. Характер манипуляции зависит от распространенности перитонита и характера выпота.

• Следующий этап самый трудный для хирурга – выбор метода самого оперативного вмешательства.

Несмотря на рекомендуемые доктрины, стандарта в выборе метода оперативного вмешательства быть не может. Остается неизменным правило: каждому больному – своя операция. Другое дело, выполняема ли необходимая операция у этого больного и насколько она целесообразна. Здесь и появляется очень большое число вариантов выбора оперативного вмешательства, и это требует детализации и осмысления.

А. Простое зашивание перфоративного отверстия или дуоденопластика показаны при коротком язвенном анамнезе или при его отсутствии, при диаметре язвы не более 1 см, при наличии перфорации диаметром не более 3 мм, характер выпота серозный, давность заболевания не более 6 часов.

Б. При указании в анамнезе на высокую гиперсекрецию и длительный язвенный анамнез при вышеуказанных условиях показана дуоденопластика в сочетании с проксимальной селективной ваготомией или пилоропластика по Джадду в сочетании со стволовой ваготомией.

В. При наличии язв второго типа по Джонсону, особенно когда перфорирует язва желудка при отсутствии гнояного перитонита, показана антрумэктомия в сочетании со стволовой или селективной ваготомией.

Г. При распространенном гнойном перитоните при прободении язвы показано иссечение язвы с обязательным наложением двухрядного шва.

Первый ряд накладывается через все слои так, чтобы узелки были обращены в просвет кишки с очень точной прецизионной адаптацией краев слизистой оболочки. Это очень важно при наличии гнойного перитонита, так как в противном случае, при нарастании пареза кишечника, происходят инфицирование швов, зияние краев раны слизистой оболочки, что, естественно, способствует несостоятельности швов. И еще, первый ряд швов механически удерживает края раны в хорошем адаптированном положении в течение 3 суток, даже в условиях значительного растяжения кишки. К этому времени обычно удается в большей или меньшей степени разрешить парез кишечника и уменьшить отрицательное влияние аэроколии на швы кишечной стенки. Второй ряд швов должен быть серозно-мышечным с широким захватом и адаптацией серозной оболочки, но так, чтобы между первым и вторым рядами швов не было мертвого, замкнутого пространства и условий для развития анастомозита, который, несомненно, способствует несостоятельности швов.

Алгоритм действий после операции

• Введение постоянного назогастрального зонда.
• Введение постоянного катетера в мочевого пузыря для наблюдения в течение суток за количеством и качеством мочи.
• Обеспечение постоянного доступа к крупной вене.
• Обеспечение продленного передурального блока для обезболивания и борьбы с парезом кишечника.
• Правильный выбор объема и качества трансфузионных сред.

**Показатели продукции соляной кислоты в молях/час
на 12–14-й день после операции по поводу прободения язвы желудка
и двенадцатиперстной кишки**

Характер оперативного пособия	Число больных, n=246	БВК				ПВК			
		М	±m	P	P ₀	М	±m	P ₁	P ₂
Ушивание перфоративной язвы	50	9,3	0,48	<0,01	<0,01	30,9	1,03	<0,01	<0,01
Пилоропластика по Джадду	26	8,1	0,36	<0,01	<0,01	27,8	1,5	<0,01	<0,01
Дуоденопластика по Оноприеву	74	8,7	0,41	<0,01	<0,01	28,4	1,7	<0,01	<0,01
СПВ + ушивание перфорации язвы	10	1,1	0,04	>0,01	<0,01	2,95	0,31	>0,01	<0,01
Ваготомия+ ГЭА/ пилоропластика	43	1,3	0,07	>0,01	<0,01	6,33	0,25	>0,01	<0,01
Ваготомия с антрэктомией	31	1,2	0,06	>0,01	<0,01	3,51	0,14	>0,01	<0,01
Резекция 2/3 желудка	12	1,1	0,13	>0,01	<0,01	2,43	0,25	>0,01	<0,01

Примечание: Р – вероятность различия БВК по отношению к здоровым людям. Р₀ – вероятность различия БВК у лиц, перенесших паллиативные операции, по отношению к БВК после ваготомии или резекции желудка. Р₁ – вероятность различия ПВК по отношению к здоровым людям. Р₂ – вероятность различия ПВК после паллиативных операций по отношению к ПВК после ваготомии или резекции желудка.

• Инфузионная программа (соотношение коллоидов и кристаллоидов 1:3 или 1:4, количество жидкости не менее 60 мл на 1 кг массы тела больного).

Предлагаемый порядок действий врачей на разных этапах лечения больных с прободением язвы вскоре сказался на результатах лечения. Всего за последние 4 года было оперировано 198 больных с прободением язвы с двумя летальными исходами (1%). Это в 7 раз меньше, чем было до 2001 года, т. е. до принятия доктрины по лечению прободных язв. Оба этих больных были оперированы спустя 24 и 36 часов от начала заболевания. Один больной умер от прогрессирующего перитонита, несмотря на неоднократные санационные лапаротомии. Другой больной в возрасте 72 лет погиб от эмболии легочной артерии.

Для обоснования ваготомии у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией, нами изучена желудочная секреция у 246 больных, перенесших ушивание прободения в сроки от 2 недель до 25 лет. Результаты исследования представлены в таблице.

Как видно из приведенной таблицы, ушивание перфоративной язвы, пилоропластика и дуоденопластика, т. е. паллиативные операции, не снижают ни объем, ни концентрацию, ни активность желудочного сока, и она остается достоверно повышенной по отношению к здоровым людям. Вместе с тем после различных видов ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями, антрэктомией и, естественно, резекции 2/3 желудка отмечается достоверное снижение продукции соляной кислоты по

отношению к больным, перенесшим паллиативные вмешательства.

Сопоставление БВК после различных видов ваготомии не выявило статистически значимого различия, в то время как ПВК наименее полно подавляется после СПВ. Эти различия носят статистически достоверный характер и могут быть объяснены неполным пересечением ветвей блуждающего нерва, задержкой эвакуации из желудка, что ведет к гипергастринемии.

Таким образом, на основании собственных исследований мы пришли к нескольким важным в практическом отношении выводам:

1. У больных язвенной болезнью, перенесших паллиативные операции по поводу прободения язвы, в 90% случаев отмечается превалирование вагусной секреции. Поэтому ваготомия у этого контингента больных является патогенетически обоснованным оперативным вмешательством.

2. Несмотря на то что селективная и проксимальная селективная ваготомия имеют теоретическое обоснование об их функциональном преимуществе перед стволовой, мы считаем последнюю показанной при прободении язвы по двум причинам: во-первых, уловить отрицательное влияние стволовой ваготомии современными методами исследования при условии, что дренирующая функция желудка хорошая, не представляется возможным, во-вторых, ваготомия стволовая технически проще выполняема, чем селективная, а тем более СПВ, и занимает несравненно меньше времени, что в условиях перитонита является едва ли не решающим фактором.

3. Стволовая ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями наиболее полно подавляет желудочную секрецию и надежно предотвращает возникновение рецидива язвы. Поэтому двусторонняя поддиафрагмальная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Джадду может быть рекомендована в практику лечебных учреждений.

Поступила 17.05.2007

ЛИТЕРАТУРА

1. Баяев О. В. Выбор лечебной тактики у больных с перфоративными язвами гастродуоденальной зоны: Дис. канд. мед. наук. Краснодар, 1006. 150 с.
2. Булгаков Г. А., Дивилин В. Я., Страдымов А. А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. 2002. № 11. С. 24–26.
3. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей. СПб: изд-во ДЕАН, 2006. 656 с.
4. Ивашкин В. Т., Баранская Е. К., Шифтин О. С., Юрьева Е. Ю. Место антацидов в современной терапии язвенной болезни //

Русский медицинский журнал (приложение). 2002. Т. 4. № 2. С. 3–6.

5. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. № 1. С. 27–32.

6. Курыгин А. А., Перегудов С. И., Гула Ф. И. Хирургическое лечение больных перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии, 1998. Т. 156. № 1. С. 24–28.

7. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. 1005. № 3. С. 27–29.

V. A. AVAKIMJAN, A. V. AVAKIMJAN

THE RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED GASTRODUDENAL ULCERS

On the grounds of treatment 198 patients with perforated gastroduodenal ulcers are proposed the algorithms of the actions of doctor of ambulance, of adoptive department, in operational, in postoperative period. Algorithms allowed to bring down level of letalis with 7% till 1%.

В. А. АВАКИМЯН, М. Т. ДИДИГОВ,
М. Х. АШХАМАФ, С. В. АВАКИМЯН, Б. В. РАЛКА

НЕПРЯМОЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОКИСЛЕНИЕ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии КГМУ, г. Краснодар, Россия

Введение

Изучение литературы последнего времени свидетельствует о стабилизации на весьма высоких цифрах летальности от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. При некоторых из них, в частности при ущемленных грыжах, наметилась даже опасная тенденция к ее росту, что не может не вызвать тревоги и озабоченности у практических хирургов [1, 3, 7, 8].

В период 1996–2005 гг. в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара оперировано 2155 больных с ущемленной грыжей передней брюшной стенки. Гнойно-септические осложнения различного характера имели место у 523 пациентов (24,3%). Осложнения с летальным исходом наблюдались у 132 больных (6,1%), в том числе у 95 женщин и 37 мужчин. По поводу паховой грыжи оперировано 45 больных, бедренной – 38, пупочной и околопупочной – 42, послеоперационной и рецидивной – 7. Из 132 умерших больных у 85 (64,4%) операция дополнялась резекцией тонкой или толстой кишки.

Основные непосредственные причины летальности при ущемленной грыже отражены в таблице 1.

Как видно, гнойно-септические осложнения различного характера (перитонит, пневмония, интоксикация и сепсис) занимают ведущее место среди непосред-

ственных причин летальности у больных с ущемленной грыжей живота.

Одним из главных факторов неудовлетворительно-го лечения гнойно-септических осложнений у больных с ущемленной грыжей передней брюшной стенки является отсутствие эффективных способов антибактериальной терапии, детоксикации и повышения иммунологической резистентности организма [1, 3, 4].

В последние годы в клинической практике для лечения многих заболеваний, особенно воспалительного характера, довольно успешно применяется метод непрямого электрохимического окисления с использованием гипохлорита натрия, обладающего мощным антибактериальным и детоксицирующим эффектами [4, 5].

Материалы и методы

Мы использовали непрямо электрохимическое окисление в лечении 32 больных с осложненными формами ущемленной грыжи передней брюшной стенки. Группу контроля составили 53 пациента, леченных традиционными методами. Сведения о больных представлены в таблице 2.

У всех больных основной и контрольной групп имелись гнойно-септические осложнения различного характера. Сведения о них представлены в таблице 3.