

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Александр Иванович Могила¹, Константин Николаевич Мовчан²,
Владимир Михайлович Богомаз³, Алексей Анатольевич Смирнов⁴*

¹ Кафедра внутренних болезней Новгородского государственного университета им. Я. Мудрого (зав. — проф. В.Р. Вебер), ² Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения “Медицинский информационно-аналитический центр” (директор — А.Х. Алборов), ³ кафедра внутренней медицины №3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (зав. — проф. А.С. Свиницкий), г. Киев, ⁴ Выборгская городская больница (главрач — И. Исмаилова), aimogila@yandex.ru

Реферат

С целью улучшения результатов хирургического лечения 321 больного язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением проанализированы эффективность внедрения активно-дифференцированной хирургической тактики и методов малоинвазивной хирургии с медикаментозным лечением в практику хирургического отделения Выборгской городской больницы. Отмечено снижение количества экстренных оперативных вмешательств до 4%, а уровня послеоперационной летальности до 8%.

Ключевые слова: кровотечение, язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) — распространенное заболевание пищеварительной системы: только в России на учет состоят около 3 миллионов таких больных [8]. Большинство из них (83,1%) — люди трудоспособного возраста, т.е. от 20 до 60 лет [2, 3, 4, 11, 13]. К одному из наиболее грозных осложнений данной патологии относится дуоденальное кровотечение [4, 9, 10, 12]. Частота язвенных кровотечений на протяжении последних 20 лет не снижается [13], а напротив, даже имеет тенденцию к увеличению [1, 6].

Последнее десятилетие характеризуется снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в 2 раза и в то же время ростом числа экстренных оперативных вмешательств по поводу развившихся осложнений [2, 7]. Общая летальность при язвенных кровотечениях на сегодняшний день составляет 13–15%, а послеоперационная — от 12 до 21% [3, 5].

С целью улучшения результатов хирургического лечения ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, мы проанализировали эффективность внедрения новой хирургической тактики и методов малоинвазивной хирургии с патогенетическим лечением. Проводилась ретроспективная оценка лечения 321 больного за период с 1994 по 2008 г. (1994–2008 гг.).

Все пациенты были подразделены на

3 группы. В качестве контроля (1-я группа) для изучения результатов лечения до изменения хирургической тактики и внедрения малоинвазивных методик с проведением медикаментозного лечения взяты истории болезни 63 пациентов, леченных в 1994–1997 гг. 2-ю группу (104 чел.) составили пациенты, поступавшие в больницу в 1998–2001 гг. По материалам этой группы оценивалась эффективность активного хирургического подхода в отношении больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, с выполнением малотравматичной операции — ваготомии.

Больные с кровоточащей язвой ДПК, госпитализированные в 2002–2008 гг. вошли в 3-ю группу (154 чел.). Изучалась эффективность активного использования методик эндоскопического достижения гемостаза (орошение кровоточащей язвы капрофером, эндоклипирование) и сопровождения операций патогенетическим противоязвенным медикаментозным лечением (омепразол — первая доза 80 мг в виде болюса, далее инфузионно по 8 мг в час в течение 72 часов). Степень кровопотери у пациентов 3 групп за весь период наблюдения была легкой в 31% наблюдений, средней — в 51% и тяжелой — в 18%.

Внутрипросветная эндоскопия в 1994–2001 гг. выполнялась менее чем в 60% случаев.

Частота использования эндоскопических методов лечения больных язвой ДПК, осложненной кровотечением, представлена в табл. 1.

Если в 1994–2001 гг. лечебные эндоскопические манипуляции не применялись ни в одном случае, то в 2002–2008 гг. гемостатическая эндоскопия использовалась в 67,5% наблюдений, в 2007–2008 гг. этот показатель достиг 88%.

Самая высокая частота развития рецидивных кровотечений регистрировалась в группе больных с выжидательной тактикой (1994–1997 гг.) — в 31% наблюдений, при внедрении активной хирургической тактики (1998–

2001 гг.) — в 19%. Наименьше число рецидивов отмечалось в третьей группе исследования (10,6%): после выполнения эндоклипирования — в 7%, после орошения язвенного дефекта капрофером — в 13%.

Таблица 1

Частота использования методов эндоскопической остановки кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки

Годы наблюдения	Число случаев использования эндоклипирования сосудов в язве и перипульперозной зоне	орошения язвенного дефекта капрофером	других методов достижения эндоскопического гемостаза	Всего госпитализировано
1994–1997	0	0	0	63
1998–2001	0	0	0	104
2002–2008	27 (17,5)	71 (46,1)	6 (3,9)	154
Итого	27 (8,4)	71 (22,1)	6 (1,9)	321 (100)

Всего был прооперирован 71 больной. Виды оперативных вмешательств за изученные периоды, проведенные больным с кровоточащей дуоденальной язвой, представлены в табл. 2.

Среди пациентов 1-й (контрольной) группы (1994–1997 гг.) хирургическая активность была наименьшей (9,5% случаев от числа наблюдений госпитализированных больных) с преимущественным консервативным лечением язвенной болезни. Хирургическое вмешательство проводилось лишь в случае явно продолжавшегося кровотечения на фоне тяжелой степени кровопотери как операция отчаяния.

Внедрение в деятельность хирургического отделения центральной районной больницы принципов активной хирургической тактики (1998–2001 гг.), используемой в клинике абдоминальной (факультетской) хирургии ВМедА, позволило качественно изменить результаты лечения больных 2-й группы. Из госпитализированных в стационар прооперировано 40 (38,4%) человек, что в 4 раза (9,5%) больше, чем за период с 1994 по 1997 г.

Количество оперативных вмешательств, проведенных на фоне продолжавшегося кровотечения в 2002–2008 гг., значительно снизилось (на 45%) по сравнению с таковым в 1994–1997 гг. Данный факт объясняется внедрением в практику хирургов методов эндоскопического гемостаза (эндоклипирование, орошение язвенного дефекта капрофером или другими гемостатическими препаратами), а

также широким применением медикаментозных средств, направленных на остановку кровотечения,

Среди пациентов, прооперированных в 1994–1997 гг. в раннем послеоперационном пе-

Таблица 2

Варианты хирургических вмешательств у больных с язвенными дуоденальными кровотечениями, проведенных в Выборгской городской больнице, в период с 1994 по 2008 г.

Периоды наблюдения	Оперативные вмешательства, %			Всего, %
	резекция желудка	стволовая ваготомия с пилоропластикой	другие операции	
1994–1997	5		1	6
1998–2001	3	35	2	40
2002–2008	0	23	2	25
Всего	8 (11,3)	58 (81,7)	5 (7,0)	71 (100)

риод, констатировано 3 летальных исхода — мужчины в возрасте 43, 54 и 62 лет. Особо обращает на себя внимание тот факт, что все неблагоприятные исходы произошли после выполнения больным резекции желудка на фоне кровопотери средней и тяжелой степени.

В период с 1998 по 2001 г. на фоне активной хирургической тактики с применением стволовой ваготомии с пилоропластикой показатель послеоперационной летальности снизился в 2 раза по сравнению с показателями в группе больных, оперированных с 1994 по 1997 г. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности принятой хирургической тактики, когда ваготомии в ургентной ситуации отдавалось предпочтение по сравнению с резекцией желудка.

В группе прооперированных больных с кровоточащей язвой ДПК, которым помимо ваготомии применялось медикаментозное и эндоскопическое противоязвенное лечение (2002–2008 гг.), показатели послеоперационной летальности оказались в 6 раз ниже, чем у больных 1-й группы, леченных в 1994–1997 гг., и ниже в 2,5 раза, чем во 2-й группе (1998–2001 гг.).

Кроме того, проанализировано течение раннего послеоперационного периода, которое протекало более благоприятно у больных, оперированных в 2002–2008 гг. (табл. 3). Немаловажным фактором, обеспечивающим положительные результаты лечения, является сопровождение хирургических вмешательств

Таблица 3

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных с кровоточащей язвой ДПК с учетом вида оперативного вмешательства

Виды осложнений	Частота осложнений после									Всего		
	ваготомии			резекции желудка			прошивания кровотоочащей язвы ДПК					
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Кровотечение из зоны пилоро-пластики		1									1	
Атония желудка		2	1								2	1
Диарея		2	2								2	2
Анастомозит					1						1	
Несостоятельность культи ДПК				1						1		
Нагноение операционной раны		3	1	1	1					1	4	1
Инфильтраты и гнойники брюш-ной полости				1						1		
Пневмония, ателектаз легкого, плеврит		4		1				1		1	5	
Тромбофлебиты конечностей			1									1
Уретриты									1			1
Всего осложнений		12	5	4	2			1	1	4 (66)	15(37)	6 (24)
Всего оперировано	0	35	24	5	3	0	1	2	1	6	40	25

I — группа пациентов, оперированных в 1994–1997 гг., II — в 1998–2001 гг., III — в 2002–2008 гг.

назначением препаратов группы блокаторов протонной помпы.

На фоне использования терапевтических методов лечения ЯБ, осложненной кровотечением (2002–2008 гг.), число случаев развития осложнений после выполнения стволовой ваготомии у пациентов было в 1,6 раза ниже, чем у пациентов, которым методы противоязвенного лечения в ходе хирургического вмешательства не применялись (1998–2001 гг.). Среди пациентов старшей возрастной группы нередко ранние послеоперационные осложнения были вызваны наличием сопутствующей патологии (осложнения со стороны дыхательной системы, тромбофлебиты конечностей и т.д.).

В 2002–2008 гг. по сравнению с 1994–2001 гг. количество оперативных вмешательств, проводимых на фоне продолжающегося кровотечения, уменьшилось в II раз, летальность — на 18%. При использовании терапевтических методов лечения частота осложнений после ваготомии уменьшилась в 1,6 раза по сравнению с этим показателем у больных без противоязвенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Хирург.— 2009.— № 3.— С.10–16.

2. Казымов И.Л., Мехдиев А.Г., Курбанов Ф.С. Кровотечения из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии // Хирург.— 2008.— № 2.— С. 37–41.

3. Курбанов Ф.С., Авад Х.М., Балогланов Д.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста // Анн. хирургии.— 2009.— № 3.— С.36–41.

4. Курьин А.А., Синенченко Г.И., Мусинов И.М. Причины рецидивов язвенного желудочно-кишечного кровотечения, их профилактика и лечение // Вестн. хир. им. И.И.Грекова.— 2009.— № 5.— С.24–27.

5. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв // Хирург.— 2009.— № 2.— С.32–34.

6. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирург.— 2005.— № 1.— С.58–64.

7. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирург.— 2008.— №1.— С. 4–7.

8. Страчунский Л.С., Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. и др. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармакоэпидемиологического исследования // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2005.— Т.15, № 6.— С.16–21.

9. Albeldawi M., Qadeer M.A., Vargo J.J. Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences // Cleve. Clin. J. Med.— 2010.— Vol.77, № 2.— P.131–142.

10. Cheung F.K., Lau J.Y. Management of massive peptic ulcer bleeding // Gastroenterol. Clin. North. Am.— 2009.— Vol.38, № 2.— P.231–243.

11. Chu K.M., Kwok K.F., Law S. et al. Patients with Helicobacter pylori positive and negative duodenal ulcers have distinct clinical characteristics // World J.

Gastroenterol.— 2005.— Vol. 11, № 23.—P.3518—3522.

12. Sung J.J. Marshall and Warren Lecture 2009: Peptic Ulcer Bleeding: An expedition of 20 years from 1989—2009 // J. Gastroenterol. Hepatol.— 2010.— Vol.25, № 2.— P.229—233.

13. Zhou L.Y., Xue Y., Lin S.R. *et al.* The changes of gastric diseases during the past twenty five years // Zhonghua Nei. Ke. Za. Zhi.— 2005.— Vol.44, № 6.—P.431—433.

Поступила 01.05.10.

IMPROVING THE TREATMENT STRATEGY OF DUODENAL ULCER DISEASE WITH BLEEDING COMPLICATION

A.I. Mogila, K.N. Movchan, V.M. Bogomaz, A.A. Smirnov

Summary

With the aim to improve surgical treatment results in 321 patients with duodenal ulcer disease complicated by hemorrhage analyzed was the effectiveness of introducing actively differentiated surgical tactics and techniques of minimally invasive surgery with drug treatment in to routine practice of the surgical department of the Vyborg City Hospital. Noted was a marked decrease in the number of emergency surgeries to 4%, and the level of postoperative mortality to 8%.

Key words: bleeding, ulcer disease, duodenum.

617—089: 616.353.1—007.253—002.3

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

Константин Александрович Корейба¹, Игорь Витальевич Тресоруков²,
Сергей Леонидович Демьянов³

¹Кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, e-mail: korejba_k@mail.ru, ²городская клиническая больница № 5 (главрач — И.Р. Фатихов), г. Казани, ³госпиталь для ветеранов войн (главрач — Ф.Н. Закиров), г. Казань, e-mail: demy-sergej@yandex.ru

Реферат

Предложен новый способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода, и показаны преимущества этого метода.

Ключевые слова: гнойный свищ, эпителиально-копчиковый ход.

Среди пациентов хирурга и, особенно, проктолога часто встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика [1, 2]. Этот ход представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную, вероятнее всего, с неполной редукцией мышечных и соединительных структур каудального отдела позвоночника эмбриона (хвоста). Хроническое рецидивирующее гнойное воспаление копчикового хода, боли, постоянные патологические выделения из свищей у больных — лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста — приво-

дят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют тщательной постоянной санации кожи крестцово-копчиковой зоны и оперативного лечения.

Известен способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода, включающий предоперационную санацию, иссечение гнойных свищей и инфильтратов очага воспаления эпителиального копчикового хода фигурными разрезами кожи, гемостаз и подшивание краёв кожи ко дну полости иссечения. Главным недостатком данного способа является сложность оперативного приема, связанная с вырезанием с обеих боковых сторон полости иссечения треугольных лоскутов подкожной жировой клетчатки и формированием ниши для подшивания краев кожи каждой из сторон ко дну полости с перехлестом нитей швов. Другой недостаток обусловлен необходимостью дополнительных разрезов кожи для удаления скрытых инфильтратов, требующих зашивания наглухо возвратными швами или наложения контрапертур, которые после операции оставляют рубцы, и служат входными воротами для инфицирования и последующего развития рецидива [1, 2].

Мы предлагаем новый способ одномоментного полного удаления очага гнойного воспа-