

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +78612521888.
E-mail: vaavakimyan@yandex.ru*

Дан анализ лечения больных ургентными осложнениями язвенной болезни. Из них 270 с прободением язвы (все больные оперированы) и 1547 больных с кровотечениями из язвы. Среди них 394 человека были оперированы (в неотложном и срочном порядке оперировано 315 человек с летальностью 20,3%, и 79 больных оперированы в плановом и отсроченном порядке без летальных исходов).

Операцией выбора при прободении язвы рекомендовано зашивание перфоративного отверстия с последующей медикаментозной терапией. При кровотечении из язвы рекомендуется пилоро-, дуоденопластика в сочетании с различными видами ваготомий.

Предложен способ оценки объема кровопотери и эндоскопическая классификация кровотечений из язвы, которая способствует правильному выбору тактики хирурга при лечении острых язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Ключевые слова: ургентные осложнения язвенной болезни, лечение.

V. A. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, M. T. DIDIGOV, A. V. AVAKIMYAN, D. A. ZHANE

TACTICS URGENT SURGERY FOR COMPLICATIONS ULCER

*Hospital surgery department GBOU VPO KubGMU Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. 78612521888. E-mail: vaavakimyan@yandex.ru*

The analysis of the treatment of urgent complications of peptic ulcer. Of these, 270 with ulcer perforation (all patients were operated) and 1547 patients with bleeding from the ulcer. Among them, 394 people were operated on (in the emergency and urgently operated on 315 people with a mortality of 20,3%, and 79 patients were operated in a planned manner and delayed no deaths).

The method of choice for ruptured ulcer recommended suturing perforated holes with subsequent medical therapy. When bleeding from the ulcer-recommended pyloro, duodenoplasty in combination with various types of vagotomy.

Offered: a way to assess the amount of blood loss and endoscopic classification of bleeding ulcers, which contributes to the correct choice of tactics surgeon for treatment of acute gastroduodenal ulcer bleeding.

Key words: Urgent ulcer complications, treatment.

Введение

Несмотря на необозримое число работ по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и достаточно частое обсуждение этого вопроса на обществах, съездах, конференциях, назрела необходимость еще раз вернуться к этой проблеме.

Все дело в том, что в настоящее время умами практически всех врачей овладела Нр теория ЯБ, что привело практически к отказу от операций в плановом порядке. При неотложных состояниях часто применяют паллиативные операции в виде дуоденопластики, гастропластики по В. И. Оноприеву, которые дают до 35% рецидивов [1, 5]. Такая ситуация сложилась в связи с тем, что появилось много медикаментозных средств, которые якобы приводят к эффективному лечению язвенной болезни. Однако коллективный опыт хирургов показал, что число больных, госпитализируемых в хирургический стационар, не уменьшается. Изменилась только структура этих больных. Например, общее число операций по поводу язвенной болезни уменьшилось почти в три раза, но в два с половиной раза увеличилось количество больных, оперированных в неотложном порядке. Поэтому естественно и понятно увеличе-

ние послеоперационной летальности в два с лишним раза [2,3].

Материалы и методы

За последние десять лет в клинике находилось на лечении 1817 больных гастродуоденальными язвами, осложненными перфорацией язвы (270 больных), кровотечением из язвы (1547 больных). Основными методами диагностики были ЭФГДС и R-логические. Всем больным проводились общеклиническое обследование и необходимые по объему лабораторные исследования.

Результаты

Каждое осложнение язвенной болезни требует различных методов диагностики, предоперационной подготовки и хирургической тактики. Ниже мы приводим результаты лечения при различных осложнениях язвенной болезни.

Прободение язвы. Диагностика в типичных случаях несложна, затруднения возникают при атипичных перфорациях и при позднем поступлении больных в стационар, когда уже имеются явления распространенного перитонита. Источники диагностических ошибок:

а) недостаточное обследование больного, б) наличие симптомов перфорации язвы, когда перфорации нет – это инфаркт миокарда, базальная пневмония и др., и в) ложное затишье – мнимое благополучие, когда стихание клинических проявлений принимается за улучшение состояния больного с последующими тактическими и лечебными ошибками. Диагностике в затруднительных случаях способствуют рентгенологические признаки: а) свободный газ в брюшной полости, б) высокое стояние купола диафрагмы, в) выпот в реберно-диафрагмальном синусе, г) симптом широкого уровня в желудке. Однако рентгенологи реже, а хирурги чаще обращают внимание только на свободный газ в брюшной полости. Де Беки еще в 1940 году предложил пневмогастрографию, и если есть перфорация, то обнаруживается свободный газ в брюшной полости. Много позже Вебер предложил производить обзорную рентгенографию до и после ФГДС. На повторной рентгенографии при прободении язвы обнаруживается свободный газ. Нередко диагноз уточняется во время гастроскопии, при дальнейших затруднениях прибегают к лапароскопии, что позволяет всегда поставить если не диагноз, то показания к неотложной операции, что само по себе чрезвычайно важно.

Оперативное лечение показано, как только установлен диагноз прободения язвы. В предоперационной подготовке нуждаются только тяжелые больные с перитонитом распространенным и сопутствующими заболеваниями, требующими неотложной коррекции. Предоперационная подготовка не должна превышать 2–3 часов. У всех остальных больных предоперационная подготовка совпадает с преданркозной.

Все наши 270 больных были оперированы. Умерло 11 человек, или 4,1%. Объем оперативного вмешательства самый разнообразный: зашивание перфоративного отверстия, пилоропластика по Джадду или Гейнеке-Микиличу; дуоденопластика по В. И. Оноприеву в сочетании с различными видами ваготомии или без неё, экзонные резекции и резекции 2/3 желудка. С нашей точки зрения, пора покончить с этим хирургическим индивидуализмом и перейти к четким доктринам. В настоящее время мы считаем, что операцией выбора должна стать методика зашивания язвы, и лучше по Опелю-Поликарпову, с последующим медикаментозным противорецидивным лечением. Отступление от этого правила должно быть очень тщательно обосновано в истории болезни. Например, зачем при перитоните делать дуоденопластику с мобилизацией 12-пк, иногда и ободочной кишки, раскрывая забрюшинное пространство и делая его доступным инфекции, или резекцию желудка? Иногда риск для жизни больного слишком велик, поэтому показания к расширению объема операции должны быть хорошо обоснованы в истории болезни. Осложнения в виде несостоятельности швов встречались при всех оперативных вмешательствах, и это, с нашей точки зрения, связано прежде всего с применением однорядного шва. Мы считаем, что в условиях перитонита применять однорядный шов не стоит. Имевший место парез кишечника до и после операции способствует расхождению адаптированной с помощью однорядного шва слизистой, и весь шов становится доступным к инфицированию с последующим развитием анастомозита и несостоятельностью швов.

Наиболее сложной проблемой среди urgentных осложнений язвенной болезни является кровотечение из язвы.

Острые кровотечения из просвета верхнего отдела желудочно-кишечного тракта составляют от 3% до 20% от общего числа больных общехирургического стационара. Летальность среди этого контингента больных, независимо от способа лечения, остается высокой и колеблется в пределах от 10% до 70% [4, 5]. Это объясняется, по-видимому, тем, что слишком много вопросов, которые врачу нужно решать сразу:

- где локализуется источник кровотечения;
- продолжается кровотечение или оно остановилось;
- насколько велика опасность рецидива кровотечения;
- какова величина кровопотери;

какую тактику лечения избрать и еще ряд вопросов, связанных с сопутствующими заболеваниями, требующими срочной коррекции, выбор объема и качества трансфузионной среды и другие вопросы.

Первые два вопроса довольно быстро и успешно можно решить с помощью проведенной ФЭГДС, которая в 95–98% случаев уточняет локализацию источника кровотечения и диагноз. На остальные вопросы однозначного ответа нет.

Ответ на вопрос, насколько велика опасность возобновления кровотечения из язвы, удалось получить после анализа результатов лечения 1547 больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Оказалось, что добиться стабильного гемостаза медикаментозными средствами удалось у 1132 больных. У 109 человек возник рецидив кровотечения на фоне гемостатической и противоязвенной терапии. При возникновении повторной атаки кровотечения все больные были подвергнуты оперативному вмешательству, остальные 206 человек были оперированы на высоте кровотечения уже через 3–4 часа или сразу после поступления в стационар, когда во время ФГДС обнаруживался пульсирующий сосуд в дне язвы.

Прогностически неблагоприятными признаками, в смысле возможной повторной атаки кровотечения, являлись:

- возраст больного старше 50 лет;

- диаметр язвы более 1,5 см;

- наличие красного тромба в язве;

- локализация язвы в желудке (малая кривизна) и в 12-пк (задняя стенка). Таких больных, с высоким риском повторной атаки кровотечения, лучше оперировать спустя уже несколько часов после кратковременной предоперационной подготовки. Это необходимо делать потому, что у них рецидив кровотечения из язвы возникает в 85% случаев.

Четвертый вопрос, на который следует ответить врачу, – это величина кровопотери и степень её тяжести. Известно, что наиболее точным методом выявления тяжести кровотечения являются определение ОЦК и вычисление его дефицита. Но наиболее распространенные методы определения ОЦК (по клиренсу полиглобина, амидопирина, синего Эванса) позволяют выполнять это исследование 1 раз в сутки и требуют специального оборудования и подготовленных специалистов. Мы сопоставили дефицит ОЦК с показателями, характерными для различной степени тяжести кровопотери, и предложили таблицу, по которой можно быстро получить представление об объеме потерянной крови, тем более что все указанные в таблице показатели легко поддаются практически постоянному мониторингу (табл. 1).

Несмотря на некоторую условность такой оценки степени тяжести кровотечения, она позволяет довольно быстро определиться с врачебной тактикой.

Определение степени тяжести кровотечения

Исследуемые показатели	Степень тяжести кровотечения		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Частота пульса в 1 мин	Менее 100	От 100 до 120	Свыше 120
АД max, мм рт. ст.	Более 100	От 100 до 80	Ниже 80
Индекс шока = П/АД	До 1,0	От 1,0 до 1,5	Более 1,5
Эритроциты, Т/л	Больше 3,5	От 3,5 до 2,5	Меньше 2,5
Гемоглобин, г/л	Больше 100	От 100 до 70	Меньше 70
Гематокрит	Больше 35	От 35 до 25	Меньше 25
Диурез, мл/час	Более 40	От 40 до 20	Меньше 20
ЦВД, мм вод. ст.	Более 40	От 40 до 20	Меньше 20
Дефицит ОЦК	Не более 20%	От 20 до 30%	Более 30%

В комплекс лечебных мероприятий при тяжелом кровотечении включают и заместительную терапию, которая предусматривает переливание плазмы и крови. Абсолютным показанием к переливанию крови служит выраженная постгеморрагическая анемия с числом эритроцитов менее 2,5 Т/л и концентрацией гемоглобина 70 г/л и меньше (для профилактики развития гемической гипоксии). По достижении показателей красной крови уровня 90 гемоглобин и число эритроцитов 3,0 Т/л показания к переливанию крови становятся относительными. В комплекс лечебных мероприятий также должны быть включены ледяная Σ -аминокапроновая кислота 5–10% по 100–200 мл вовнутрь, холинимики, H_2 -блокаторы гистамина, антацидные препараты. Обкалывание язвы через биопсийный канал эндоскопа ронколейкином® 0,1 на 2 мл физиологического раствора NaCl. Обкалывание язвы производят из четырех точек, расположенных на 12, 3, 6, и 9 часах по циферблату. Ронколейкин помогает уменьшить местную иммунную недостаточность, которая отмечается при язвенной болезни, способствует ускорению регенерации тканей и обладает выраженным антигеликобактерным эффектом. Для эндоскопического гемостаза использовали также спирт, капрофер, полимеризующийся клей, электрокоагуляцию, клипирование сосуда в язве и другие препараты. Инфузионно-трансфузионная терапия,

особенно при тяжелой степени кровотечения, рассчитана на более полное восполнение ОЦК не только с помощью переливания крови, плазмы, тромбоцитарной взвеси, но и внутривенным введением адекватного количества коллоидов и кристаллоидов в соотношении 1:3 и витаминов группы В и С. Такой объем терапии обычно бывает достаточным для достижения гемостаза у 85% больных, а у 15% больных служит предоперационной подготовкой.

Анализ результатов лечения более 1,5 тысячи больных язвенной болезнью позволил создать эндоскопическую классификацию, которая позволяет более четко провести выбор тактики лечения и таким образом, ответить на пятый вопрос: какую тактику лечения выбрать? (табл. 2).

На сегодня существует несколько точек зрения на выбор как сроков оперативного вмешательства, так и его объемов при кровотечении из язвы. Одни считают, что если правильно установлен диагноз язвенной болезни и имеется кровотечение из язвы, то этих больных нужно оперировать, так как невозможно предсказать дальнейшее течение процесса, риск запоздалого вмешательства очень велик. Другие, ссылаясь на то, что в подавляющем большинстве случаев кровотечение можно остановить или даже оно останавливается самопроизвольно, рекомендуют лечить консервативно

Таблица 2

Выбор тактики лечения и сроков оперативного вмешательства в зависимости от эндоскопической классификации кровотечения из язвы

Группы больных	Состояние гемостаза в язве по данным ФГДС	Выбор тактики лечения и сроков операции
1-я группа	Язвенный дефект покрыт фибрином или детритом	Консервативное лечение. Операция в плановом или отсроченном порядке
2-я группа	Язвенная ниша выполнена красным тромбом, сгустки крови в желудке и 12-пк	Срочная операция через 3–4 часа после стабилизации гемодинамики.
3-я группа	Капиллярное кровотечение из краев язвы или подтекание крови из-под тромба	Эндоскопический гемостаз. При продолжающемся кровотечении, подтвержденном ФГДС, – неотложная операция
4-я группа	Артериальное кровотечение или подтвержденная ФГДС, повторная атака кровотечения	Неотложное оперативное вмешательство

и только при продолжающемся кровотечении производить оперативное вмешательство на высоте кровотечения. Нет единого взгляда и на объем оперативного вмешательства. Одни рекомендуют производить резекцию 2/3 желудка, которая, по словам С. С. Юдина, «создает максимальную гарантию от рецидива язвенной болезни». Другие же предлагают производить локальный гемостаз путем прошивания или иссечения язвы. Операцию заканчивают пилоропластикой, дуоденопластикой или гастропластикой, а затем проводят медикаментозное лечение язвенной болезни. Третьи предлагают указанные операции дополнять различными видами ваготомии, что сопровождается и низкой летальностью, и низким процентом рецидивов язвенной болезни.

При операции на высоте кровотечения у очень тяжелых больных объем оперативного вмешательства, с нашей точки зрения, должен быть минимальным, но эффективным и направленным прежде всего на спасение жизни больного. Обычно это прошивание кровоточащего сосуда в язве в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу или иссечение язвы при её локализации на передней стенке 12-пк. При срочных операциях объем вмешательства может быть расширен и чаще всего заключается в пилоропластике по Джадду, дополненной стволовой или селективной ваготомией. При локализации язвы в 12-пк чаще прибегают к дуоденопластике (сегментарной – реже, мостовидной – чаще), которую рекомендует В. И. Оноприев, в сочетании с СПВ.

При больших калевых язвах желудка, при втором типе желудочных язв по классификации Джонсона, особенно если есть указание в анамнезе на высокую желудочную секрецию и оперативные вмешательства по поводу прободения или кровотечения из язвы, при выявлении рубцово-язвенного стеноза больному показана резекция 2/3 желудка в одном из вариантов.

Всего нами было оперировано 394 человека (25,3%) из 1547 больных гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. У 1132 больных медикаментозная терапия оказалась успешной (73,4%). На высоте кровотечения оперировано 206 больных, 109 подверглись оперативному вмешательству в экстренном порядке при повторной атаке кровотечения из язвы, и 79 человек были оперированы в отсроченном и плановом порядке (79 больных из 1132, у которых удалось добиться стабильного гемостаза). 21 больной погиб по

различным причинам без оперативного вмешательства (1,3%). Всего среди 394 оперированных умерло 57 человек (14,5%). Из 394 оперированных больных умер 51 человек, что составило 19,4%. В отсроченном и плановом порядке, после подготовки больного к операции, оперировано 79 больных. Летальных исходов не было.

На высоте кровотечения чаще всего применялись изолированные пилоропластика по Джадду или дуоденопластика по Оноприеву (78%). Прошивание кровоточащего сосуда в язве применялось у 1,3% больных, резекция желудка – у 5%. Ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями была выполнена у 15,7% больных. По сравнению с прошлым пятилетием процент летальности снизился у лиц, оперированных на высоте кровотечения, с 27,6% до 19,4%.

Таким образом, операцией выбора при прободении язвы должна стать методика зашивания перфоративного отверстия с последующей медикаментозной терапией с использованием иммуномодулятора ронколейкина®. Лечение язвенных кровотечений всегда нужно начинать с консервативных мероприятий и пытаться достичь хотя бы временного гемостаза, включая и эндоскопические методы, особенно у больных с высоким риском возобновления кровотечения. Полученный небольшой временной промежуток использовать для подготовки к операции, что позволяет снизить послеоперационную летальность и чаще использовать радикальные методы хирургического лечения язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В. А., Багдасарьян А. С. Патогенез и лечение язвенной болезни. – Краснодар, 2004. – 254 с.
2. Вербицкий В. Г., Багненко С. Ф., Курыгин А. А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). – СПб: Политехника, 2004. – 242 с.
3. Гринберг А. А., Ермолов А. С., Муселиус С. Г. Неотложная абдоминальная хирургия (справочное пособие для врачей) / Под редакцией А. А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2010. – 496 с.
4. Крылов А. А., Земляной А. Г., Михайлович В. А., Иванов А. И. Неотложная гастроэнтерология. – М.: Медицина, 1988. – 264 с.
5. Стойко Ю. М., Курыгин А. А., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство для врачей / Под редакцией А. А. Курыгина, Ю. М. Стойко, С. Ф. Багненко. – СПб: Питер, 2001. – С. 17–111.

Поступила 20.01.2013

С. В. АВАКИМЯН

ПРОГНОЗ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

На основании сопоставления дооперационного диагноза с морфологическими находками у 245 больных, оперированных по поводу острого панкреатита, составлена прогностическая таблица, которая позволяет менять тактику лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, своевременно переходя от медикаментозной терапии к индивидуальному дифференцированному хирургическому лечению. Применение контрикала, ронколейкина и своевременный переход от консервативного лечения к хирургическому позволили существенно снизить послеоперационную летальность.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, контрикал, ронколейкин.