

Герниопластика без натяжения выполнена у 292 пациентов в нескольких вариантах: «onlay» и «inlay» (оменто-перитонеальный, оменто-подкожный, межперитонеальный, аутоперитонео-подкожный).

У 95 больных пластика грыжевых ворот произведена с натяжением в вариантах «onlay», «inlay» (оменто-перитонеальный, аутоперитонео-апоневротический), «sublay».

Интраоперационное измерение ВБД производилось при помощи катетера Фолея, установленного в мочевой пузырь и сопряженного с измерительной шкалой. В мочевой пузырь после его опорожнения вводился физиологический раствор в количестве 100 мл, и катетер соединялся с прозрачной трубкой, которая располагалась вертикально у постели больного, начало отсчета производилось от уровня симфиза. Измерения осуществляли до начала операции, во время предварительного сведения грыжевых ворот и после окончания операции. Если показатели ВБД при предварительном сопоставлении краев брюшной стенки с миорелаксацией не превышали 20 см вод. ст., то считали возможным выполнение герниопластики с натяжением. В основном это пациенты с размером грыжевых ворот не более 5 см — W1 по классификации Chevrel-Rath. Внутривентриальное давление, равное 20 см. вод. ст. и выше при сведении краев грыжевых ворот, являлось показанием к выполнению пластики без натяжения.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен анализ результатов оперативного лечения 387 больных с ПОВГ выявил осложнения у больных, которым была выполнена натяжная герниопластика («onlay»-14, «inlay»-5, по классификации Chevrel-Rath: MR-19, W1-13, W2-6) с величиной интраоперационного ВБД 18-20 см. вод. ст. В раннем послеоперационном периоде у них возникли временные, легко компенсированные, сердечно-сосудистые проявления АКС. Развитие АКС мы объясняем тем, что измерения ВБД проводилось под миорелаксацией, т.е. с заведомо меньшим уровнем ВБД на 5 см вод. ст., которые и стали решающими в развитии АКС. Позже, на сроках от 1,5 до 3 лет у них возник рецидив грыжи. Основными причинами рецидива явились: высокие цифры внутривентриального давления, нагноение послеоперационной раны и лигатурные свищи, узкий «нахлест» сетки и апоневроза (менее 4-5 см).

Основной механизм рецидива грыжи заключался в дислокации имплантата. На наш взгляд, у данной категории больных с ВБД 18-20 см вод. ст. герниопластику необходимо дополнять послабляющими разрезами апоневроза наружной косой мышцы по типу пластики О.М. Ramirez (1990), либо передних листов прямых мышц — по Chevrel.

В подгруппе с интраоперационной величиной ВБД более 20 см вод. ст., где была выполнена ненатяжная герниопластика в различных вариантах: «onlay» и «inlay» (оменто-перитонеальный, оменто-подкожный, межперитонеальный, аутоперитонео-под-

кожный), явлений АКС не выявлено. При выборе методики герниопластики мы также ориентировались по размерам грыжевых ворот, состоянию апоневроза, наличию достаточных размеров сальника для отграничения органов брюшной полости от сетчатого имплантата.

Выводы: определяющими критериями выбора метода герниопластики являются:

- уровень ВБД (при величине ВБД менее 20 см вод. ст. возможно выполнение натяжной герниопластики, причем если эти цифры в пределах 18-20 см вод. ст., то считаем необходимым дополнить герниопластику послабляющими разрезами апоневроза наружной косой мышцы по типу пластики Ramirez, либо передних листов прямых мышц — по Chevrel. При величине ВБД более 20 см вод. ст. следует выполнять не натяжную герниопластику с использованием сетчатого имплантата);
- размер грыжевых ворот (при небольших размерах грыжевых ворот, до 5 см в диаметре, по классификации Chevrel-Rath: W1- возможно выполнение натяжной герниопластики без применения сетчатого имплантата при условии, что уровень ВБД менее 20 см вод. ст.);
- состояние апоневроза (если края апоневроза истончены, гипотрофичны, с множественными дефектами, то выполнить натяжную герниопластику местными тканями нужно признать не показанной);
- состояние большого сальника (если при натяжной аллопластике наличие достаточного размера сальника позволяет отделить органы брюшной полости от самого имплантата, то возможно ее применение в варианте «sublay», если нет, то в варианте «onlay» или «inlay». В случае применения ненатяжной аллогерниопластики и отсутствия сальника, то возможно выполнение одного из вариантов: «onlay» и «inlay» (межперитонеальный, аутоперитонео-подкожный).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кочнев О.С., Курбанов Г.Б., Биряльцев В.Н. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж // Хирургия.-1991.-№9.-с.113-118.
2. Лукомский Г.И., Моисеев А.Ю., Эндзиас Ж.А., Сорокин Е.И. Пневмокомпрессии в предоперационной подготовке больных с послеоперационными вентральными грыжами // Хирургия.-1987.-№2.-с.99-101
3. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота.- Архангельск: Изд. АГМА.-1999.-с.195
4. Янов В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах // Хирургия.-2000.-№6.-с.23-26.
5. Bloomfield G., Saggi B., Blucher C.R. Physiologic effects of externally applied continuous negative abdominal pressure for intraabdominal hypertension // J.Trauma.-1999.-46,(6).-P.1009-1014.
6. Chevrel J.P. Rath A.M. Classification of incisional hernias of the abdominal wall // Hernia.-2000.-Vol.4, №1. — Pp.7-11.
7. Ramirez O.M., Ruas E., Dellon A.L. "Components separation" method for closure of abdominal wall defects: an anatomic and clinical study // Plast Reconstr Surg.- 1990. — Vol.86. — Pp.519-526.

Тактика хирурга у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Д.М.Красильников, И.И.Хайруллин, Р.А.Зефилов.

Кафедра хирургии № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии (заведующий — профессор Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница МЗ РТ (главный врач — М.В. Кормачев).

Гастродуоденальные кровотечения как осложнение язвенной болезни встречаются у 15% больных (Черноусов А.Ф. и соавт, 1996). Причем, из года в год количество этих больных увеличивается, у 10-14% больных желудочно-кишечные кровотечения заканчиваются летальным исходом (Панцырев Ю.М. и соавт, 2003).

Общепризнанной классификацией источника кровотечения является классификация J.A. Forrest (1974): F1a — струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение; F1b — капиллярное, вялое, в виде диффузного просачивания; F2a — видимый крупный тромбированный сосуд; F2b — плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб или сгусток; F2c — мелкие тромбированные сосуды по типу геморрагического пропитывания дна язвы; F3 — чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков.

Подразделяя больных по степени тяжести кровотечения, считаем наиболее удобной для практического применения пред-

ложенную А.И. Горбашко (1974, 1982) классификацию, которая выделяет легкую, среднюю и тяжелую степень тяжести кровотечения, учитывая как степень кровопотери, так и состояние самого больного.

Первая степень — кровотечение легкой степени тяжести. Общее состояние пациента удовлетворительное, имеют место общие признаки кровотечения (слабость, головокружение, сердцебиение, бледные кожные покровы и сухие слизистые оболочки полости рта). Частота сердечных сокращений не превышает 100 ударов в 1 мин, АД в пределах нормы, центральное венозное давление (ЦВД) — 5–15 см вод. ст. Диурез не снижен. Содержание гемоглобина не менее 100 г/л, а дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК) при этом обычно не превышает 20%.

Вторая степень — кровотечение средней степени тяжести. Общее состояние больного средней тяжести, тахикардия до 120 ударов в 1 мин, систолическое АД не ниже 80 мм рт. ст., ЦВД меньше 5 см вод. ст. Темп мочеиспускания снижается до 50% нормы (при

норме 1–1,2 мл/мин). Содержание гемоглобина не менее 80 г/л, дефицит ОЦК — не более 29%.

Третья степень — кровотечение тяжелой степени тяжести. Общее состояние больного тяжелое, сознание спутанное. При продолжающемся кровотечении могут быть полная потеря сознания и кома. Тахикардия более 120 ударов в 1 мин, систолическое АД ниже 80 мм рт. ст. Содержание гемоглобина менее 80 г/л. ЦВД становится отрицательным, резко уменьшается темп мочеотделения, развивается метаболический ацидоз. На ЭКГ появляются признаки ишемии миокарда. Дефицит ОЦК превышает 30%. При быстрой потере более 40% ОЦК развивается геморрагический шок.

Некоторые авторы предлагают применять шкалы системы APACHE II, APACHE III для оценки тяжести состояния больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением (Гостищев и соавт., 2003). Многочисленность классификаций не должна смущать хирургов. Каждая из них применяется в сугубо практических целях и отвечает на конкретные вопросы в выборе тактики лечения больных.

При язвенных кровотечениях решениями 8-го Всероссийского съезда хирургов (г. Краснодар, 1995) обоснована индивидуальная активная диагностическая и лечебная тактика, что включает в себя:

- 1) определение степени тяжести кровотечения;
- 2) раннюю эндоскопию, которая позволяет в 95% определить источник кровотечения, его характер, вероятность рецидива и осуществить временную остановку кровотечения;
- 3) определение конкретных сроков и объема операции в зависимости от успехов эндоскопического гемостаза, общего состояния больного и вероятности рецидива кровотечения.

В настоящее время возможности осуществления полноценного локального гемостаза существенно расширились за счет внедрения видеосистем, сверхширококанальных эндоскопов, эндоскопической ультразвуковой сонографии и доплерографии, методов диатермокоагуляции с применением гидротермозонда, клипирования, лазерной или аргонплазменной коагуляции, радиоволнового гемостаза (Ратнер Г.Л. и соавт., 1999; Панцырев и соавт., 2003). При этом эффективность эндоскопических методов гемостаза при язвенных кровотечениях составляет 73–75%. Согласно данным нашей клиники, в результате внедрения различных методик остановки кровотечения при выполнении гастродуоденоскопии, количество оперативных вмешательств с 1983 г. по 2002 г. уменьшилось в 4 раза.

Обосновывая достижениями эндоскопии, в последнее время появились предложения о пересмотре тактики лечения и необходимости выполнения ежедневных контрольных эндоскопических манипуляций, а при рецидиве кровотечения в стационаре повторно проводить эндоскопический гемостаз (Jensen D.M., 2001; Schonenberg M.H., 2001). Описываются случаи двух- и даже трехкратных попыток остановки рецидивных кровотечений эндоскопическими методами. Однако проведение эндоскопического гемостаза задерживает рецидив язвенного кровотечения в среднем на 24–48 часов, принципиально не уменьшая риск рецидива кровотечения (Гостищев и соавт., 2003). Настойчивые попытки остановить кровотечение, используя лишь эндоскопические методики, приводят в конечном итоге к запоздалым оперативным вмешательствам, ухудшению благоприятных сроков их выполнения и высокой летальности, достигающей среди таких больных 70% (Луцевич Э.В. и соавт., 2003; Imhof M., et al., 2002).

Мы придерживаемся аналогичной позиции по данному вопросу и считаем, что выполнение лечебно-диагностической программы следует начинать с экстренной эндоскопии и при этом использовать все имеющиеся методы остановки кровотечения. Только при рецидиве кровотечения легкой и средней степени тяжести показано проведение повторного эндоскопического гемостаза. Исключение составляют случаи тяжелого язвенного гастродуоденального кровотечения, возникшее у пациентов с распространенным перитонитом, панкреонекрозом, системными заболеваниями, полиорганной недостаточностью.

Показанием к экстренной операции у больных с гастродуоденальным язвенным кровотечением является профузное, продолжающееся кровотечение, при котором оказались неэффективными эндоскопические методы гемостаза и проводимая гемостатическая терапия, рецидив кровотечения в стационаре.

Показанием к срочной операции, выполняемой в течение 6–24 часов, является высокий риск рецидива кровотечения, у больных с предшествующим, остановившимся кровотечением средней и тяжелой степени тяжести, большими, пенетрирующими, каллезными язвами, наличием в них тромбированных сосудов. Данное время используется для интенсивной предоперационной подготовки.

Таблица 1

Сроки выполнения оперативных вмешательств у больных с язвенными кровотечениями

	Степень тяжести кровотечения							
	1 степень		2 степень		3 степень		Всего	
	N (136)	%	N (222)	%	N (151)	%	N (509)	%
Экстренные	5	3,7	18	8,1	75	49,7	98	19,2
Срочные	47	34,6	95	42,8	60	39,7	202	39,7
Плановые	84	61,7	109	49,1	16	10,6	209	41,1
Всего	136	100	222	100	151	100	509	100

(N — количество больных)

Плановые операции выполняются при стабилизации гемостаза после проведения комплексной противоязвенной терапии у больных с неоднократными язвенными кровотечениями, сочетании со стенозом, а также при больших размерах язвы.

В настоящее время применяются следующие методы хирургической остановки язвенных кровотечений: прошивание сосуда в дне язвы, резекция желудка с экстрадуденизацией язвы, стволовая и селективная ваготомия, которые дополняются антрумэктомией или дренирующей операцией, прошиванием кровоточащих сосудов или иссечением язвы с пилоро- или дуоденопластикой. Методом выбора при кровоточащей гастродуоденальной язве является её удаление с целью предупреждения рецидива кровотечения. По некоторым данным, после прошивания сосудов в язве, почти каждый второй больной погибает от рецидива кровотечения (Григорьев С.Г., Корытцев В.К., 1999).

По поводу язвенного желудочно-кишечного кровотечения в клинике хирургии № 1 КГМУ на базе РКБ МЗ РТ с 1988 по 2002 г. нами оперировано 509 больных: 1-я степень тяжести кровотечения — 136 (26,7%) больных, 2-я степень — 222 (43,6%), 3-я степень — 151 (29,7%).

В таблице 1 отражена зависимость между сроками выполнения оперативного вмешательства и степенью тяжести кровотечения: количество экстренных и срочных операций резко возрастает с утяжелением степени тяжести кровотечения, составляя 38,2% при 1-й степени, 50,9% при 2-й степени и 89,4% при третьей. И наоборот, количество плановых операций больше при легкой и средней степени.

У больных язвенной болезнью желудка предпочтительно выполнение резекции желудка. В случаях локализации язвы в пилорическом отделе желудка операция должна дополняться стволовой ваготомией. У пациентов с высокими субкардиальными язвами показано выполнение резекции желудка с наложением анастомоза по Ру. При тяжелом состоянии больного (APACHE II > 10), наличии тяжелых сопутствующих заболеваний, у больных пожилого и старческого возраста возможно выполнение паллиативных вмешательств: иссечение язвы, прошивание сосуда в дне язвы.

При расположении язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки производим ее иссечение, пилоропластику в сочетании с одним из видов ваготомии. При расположении кровоточащей, большой пенетрирующей язвы на задней стенке выполняем ее экстрадуденизацию с остановкой кровотечения. Достигается это выполнением резекции желудка или дуоденопластики. Гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда в сочетании с пилоропластикой и стволовой ваготомией применяем у больных при небольших размерах язвенного дефекта, а также у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском (табл. 2).

Из 509 операций по поводу язвенных кровотечений в семи случаях возникло интраоперационное осложнение: повреждение селезенки произошло у четырех больных, интраоперационное кровотечение из крупных сосудов — у двух, повреждение ободочной кишки у одного. После операции погибло 26 больных (5,1%). Летальность при желудочно-кишечных кровотечениях по существу определяется исходами кровотечений у больных пожилого и

Таблица 2

Виды операций у больных с язвенными кровотечениями

Вид операции	Количество	
Резекция желудка по Б-1	335	65,81%
Резекция желудка по Б-2	37	7,27%
Гастрэктомия	3	0,58%
Ваготомия с дренирующей операцией	81	15,91%
Иссечение язвы	45	8,84%
Прошивание сосуда в дне язвы	20	3,93%

старческого возраста. Наиболее частыми причинами послеоперационной летальности у больных данной категории являются полиорганная недостаточность, тромбоэмболические осложнения и несостоятельность швов культи желудка или двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л.: Медицина, 1974.
2. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. М.: Медицина, 1982. — 224с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Меграбян Р.А., Веренко А.М. Прогностические критерии рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Современные проблемы экстренного планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. — Саратов, -2003, - с. 104.
4. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях. // Хирургия.-1999. -№6. — с. 20-22.
5. Луцевич Э.В., Белов И.И., Праздников Э.Н. Диагностика и лечение

язвенных гастродуоденальных кровотечений. 50 лекций по хирургии. - М. 2003. с. 260-263.

6. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни. 50 лекций по хирургии. — М.2003. с 250-260.
7. Ратнер Г.Л., Корытцев В.К., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки.: Тактика при ненадежном гемостазе. // Хирургия.- 1999 - N 6. — с.23-24.
8. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1996.
9. Imhof M., Ohmann C., Roher H.-D., Glutig H. Endoscopic versus operative treatment in high-risk ulcer bleeding patients - results of a randomised study// Langenbeck's Archives of Surgery 2002© Springer-Verlag 2002 DOI 10.1007/s00423-002-0329-3
10. Jensen D.M. Clots and spots on ulcers: why and how to treat // Langenbeck's Arch Surg (2001) 386:82
11. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding // Langenbeck's Arch Surg (2001) 386:98-103

Профилактика рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений

Р.Р. Якупов, С.В. Доброквашин, О.К. Поздеев.

Кафедра общей хирургии КГМУ, кафедра микробиологии КГМА.

Острое гастродуоденальное язвенное кровотечение (ОГДЯК) является наиболее грозным осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии, реаниматологии и расширения арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при этом заболевании, остающейся высокой, — общая летальность составляет до 14%, послеоперационная — от 6 до 35%. При этом доля больных с рецидивом ОГДЯК среди всех умерших от гастродуоденального кровотечения составляет 60-80% (2).

Высокий уровень послеоперационной летальности определяется развитием повторных кровотечений, так как больных приходится оперировать еще в более неблагоприятных условиях. Это связано с более выраженными нарушениями центральной гемодинамики, анемией, снижением гематокрита, гипоальбуминемией, снижением парциального давления кислорода в артериальной крови и метаболическим ацидозом, возникшими после первичной геморагии, по сравнению с таковыми при нерезидивировавшем язвенном гастродуоденальном кровотечении. В связи с этим очевидна особая значимость адекватного лечения и профилактики рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения.

В последнем десятилетии появились научные факты, свидетельствующие о важной роли *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в этиопатогенезе ОГДЯК. Язвенная болезнь, осложненная кровотечением, является абсолютным показанием для антихеликобактерной терапии после успешного эндоскопического гемостаза (6). Имеется ряд работ, в которых *H. pylori* рассматривается как один из факторов, повышающих риск возникновения рецидива кровотечения (6, 1). По данным В.А. Исакова (6), ранняя эрадикация *H. pylori* у больных с язвенным кровотечением снижает риск развития повторных кровотечений у всех без исключения больных, в то время как у больных, не получавших антихеликобактерной терапии, рецидивы язвенных кровотечений возникают в 30% и более случаев.

В настоящее время для эрадикационной терапии используются трех- или четырехкомпонентные (квадротерапия) схемы. Они громоздкие, дорогостоящие, даже лучшие из них не обеспечивают 100% эрадикации (5). Еще одной проблемой антихеликобактерной терапии является высокая частота развития побочных эффектов, которая может достигать 63%, у 3-10% больных это является причиной преждевременного прекращения лечения (5). Очевидно, что существует объективная необходимость в разработке новых вариантов медикаментозного лечения больных, страдающих язвенной болезнью, особенно с ОГДЯК, ассоциированных с *H. pylori* (6).

Установлено, что антигены *H. pylori* обладают низкой иммуногенностью, что существенно ограничивает интенсивность развивающихся иммунных реакций к ним (7). В конечном итоге это негативно сказывается на возможности самоочищения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и процессах ее регенерации. В этом плане представляло интерес изучить эффективность лекарственных препаратов, проявляющих как регенераторное, так и иммуномодулирующее действие у пациентов с язвенными гастродуоденальными с перспективой профилактики желудочно-кишечных кровотечений. К группе подобных препаратов относится пиримидиновое производное ксимедон, синтезированный в Институте органической и физической химии им. А.Е.Арбузова КНЦ РАН. У ксимедона выявлены различные свойства: антистрессорное и мембраностабилизирующее, ангиопротекторное, регенераторное, противовирусное, антимуtagenное, бактерицидное и бактериостатическое, иммуностимулирующее и радиопротекторное (4). Нами было установлено антихеликобактерное действие ксимедона (3).

Проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп больных (по 28 человек) с ОГДЯК, ассоциированными с *H. pylori*, с использованием этого препарата. Источниками кровотечений у всех больных были язвы желудка или двенадцатиперстной кишки размерами от 0,5 до 1,3 см в диаметре, в стадии Forrest Ib, Forrest IIa и Forrest IIb. С целью остановки кровотечения всем больным проводили гемостатическую терапию, включающую средства как общей направленности на гемостаз (внутривенные инфузии плазмы, крови, аминокaproновой кислоты, инъекции дицинона, викасола), так и местного воздействия на источник кровотечения (промывание желудка холодной водой, введение в желудок через зонд раствора аминокaproновой кислоты). При этом контролем за степенью кровотечения и наступившим гемостазом служили гемодинамические показатели, уровень гемоглобина в периферической крови, а также характер и количество отделяемого по назогастральному зонду. При необходимости производили повторные фиброэзофагогастродуоденоскопии. В течение первых 3 суток после госпитализации всем пациентам парентерально вводили препарат из группы H_2 -блокаторов III поколения — квамател в дозе 20 мг 3 раза в сутки. В последующие дни, после остановки желудочно-кишечного кровотечения указанные группы больных отличались друг от друга курсами проведенной противоязвенной терапии.

Пациентам 1-й группы (20 мужчин и 8 женщин) была назначена одна из известных трехкомпонентных схем эрадикационной терапии, которая включает блокатор протонной помпы — омепразол (20 мг два раза в сутки) в сочетании