

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СМОЛЕНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ВЕСТНИК
СМОЛЕНСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ

2

1920-2003



СМОЛЕНСК 2003

Вестник Смоленской Государственной Медицинской Академии. Хирургический выпуск.
Редакторы; С.А.Касумьян, Ю.И.Ломаченко. Изд-во СГМА, 2003. - №2. -115 с.

Электронная версия выпуска размещена а Интернетe на web-сайте:
<http://www.smolensk.ru/user/SGMA>

Главный редактор В.Г.Плешков

Редакционная коллегия:

Р.С.Богачев, А.И.Борохов, М.Н.Гомончук, Е.И.Зайцева, А.Н.Иванян,
С.А.Касумьян, Л. В.Козлова, С.Б.Козлов, В.А.Милягин, О.В.Молотков,
С.С.Никулина, В.А.Правдивцев, А.С.Соловьев, Н.Ф.Фаращук, А.Г.Шаргородский.

Адрес редакции - 214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28, тел. (0812) 55-02-75 Факс: (0812)
52-01-51. E-mail: uusama@sci.smolensk.ru

© Смоленская государственная медицинская академия, 2003

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.37-006-089-036.86

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПАНКРЕАТОГАСТРОСТОМИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

Р.А.Алибегов, О.А.Сергеев, А.С.Ефимкин, О.Д.Варчук, В.В.Шеметов

Клиническая больница № 1, г. Смоленск

В работе представлен первый опыт авторов по выполнению панкреатогастротомии на реконструктивном этапе панкреатодуоденальных резекций. Непосредственные результаты применения панкреатогастротомии признаны вполне благоприятными. Данный вид анастомозирования имеет преимущества перед панкреатоюностомией, сопровождается меньшим количеством послеоперационных осложнений, поэтому может быть рекомендован как менее безопасный метод реконструкции после панкреатодуоденальной резекции.

Впервые резекцию головки поджелудочной железы вместе с двенадцатиперстной кишкой (ДПК) и антральным отделом желудка произвел в 1898 году А. Codivilla. После опубликования А. Whipple в 1935 году двух случаев успешного лечения рака большого дуоденального сосочка (БДС) путем резекции головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки – данная операция получила название панкреатодуоденальная резекция по Whipple, или «классическая» панкреатодуоденальная резекция (ПДР). В настоящее время ПДР в различных модификациях является операцией выбора в лечении рака головки поджелудочной железы и периапулярной зоны (ПАЗ), а также хронического «головчатого» панкреатита [7]. Летальность после ПДР остается пока еще достаточно высокой и составляет, по данным разных авторов, 4,3-21% [6]. В крупных центрах хирургии послеоперационная летальность снижена до 5% и менее [9]. Однако, несмотря на снижение послеоперационной летальности, частота послеоперационных осложнений остается на стабильно высоком уровне и достигает 35-75% [2]. Наиболее частыми и опасными осложнениями после ПДР являются острый панкреатит и несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, которые составляют соответственно 67-70% и 11-33% [5]. По сводным данным литературы, у 2684 (32,1%) из 8370 больных, которым была выполнена ПДР, наблюдалась несостоятельность культи поджелудочной железы. Наиболее часто это осложнение отмечено при лигировании главного панкреатического протока, реже - при различных вариантах панкреатоюностомии и заметно реже - при формировании панкреатогастроанастомоза [1, 4, 8]. К другим довольно часто встречающимся послеоперационным осложнениям следует отнести: в 6-16% - кровотечение в области операционной раны и из острых язв желудочно-кишечного тракта, в 10% - внутрибрюшные абсцессы [6].

Самым ответственным моментом на реконструктивном этапе ПДР является обработка культи поджелудочной железы. При формировании панкреатодигестивного анастомоза принимают во внимание консистенцию паренхимы поджелудочной железы, диаметр и толщину стенки главного панкреатического протока. Самым распространенным способом создания панкреатодигестивного соустья остается панкреатоеюноанастомоз. При мягкой консистенции паренхимы ПЖ и узком панкреатическом протоке (менее 5 мм) ряд авторов рекомендует формирование наружной панкреатикостомы с отсроченной панкреатоеюностомией [3].

С 2000 года в нашей клинике у 12 последовательно поступивших больных на восстановительном этапе ПДР выполнена панкреатогастростомия. Среди оперированных больных было 8 мужчин и 4 женщины. Возраст пациентов варьировал от 29 до 64 лет, средний возраст составил 53,6 года. Панкреатодуоденальная резекция в различных вариантах выполнена у 10 больных раком ПЖ и ПА3 и у 2 - при хроническом «головчатом» панкреатите. Длительность операции колебалась от 7,0 до 9,0 часов. Объем кровопотери составил от 0,2 до 1,2 литра. Стандартная ПДР выполнена 10 пациентам, пилоросохраняющая ПДР – 2. Панкреатогастроанастомоз формировали на задней стенке желудка в его средней трети. В 9 случаях панкреатогастроанастомоз выполнен путем вшивания всего среза культи поджелудочной железы в просвет желудка, в 3 (при расширенном панкреатическом протоке более 5 мм) - путем изолированного вшивания панкреатического протока в желудок. У всех больных формировали проксимальную соустому для раннего энтерального питания. Для этого энтеральный зонд проводили на 15-20 см ниже гастроеюноанастомоза.

В контрольную группу включили 12 пациентов, которым в 1997-1999гг. последовательно выполнены ПДР с панкреатоеюностомией. Больные основной и контрольной групп сопоставимы по возрасту, полу и основному заболеванию. Продолжительность операции по времени не различалась в обеих группах. Непосредственные осложнения ПДР представлены в табл. 1.

Таблица 1. Характер осложнений после панкреатодуоденальной резекции

Осложнения	Основная группа (n=12)		Контрольная группа (n=12)	
	абс.	%	абс.	%
Острый панкреатит	2	16,6	3	25
Желудочное кровотечение	2	16,6	2	16,6
Недостаточность панкреатодигестивного анастомоза	-	-	1	8,3
Абсцесс брюшной полости	-	-	1	8,3
ВСЕГО:	4	33	7	53,8

Установлено, что количество послеоперационных осложнений при формировании панкреатогастроанастомоза ниже, чем при панкреатоеюностомии.

Наиболее частым осложнением ПДР является острый панкреатит. Последний наблюдался у 2 больных основной и у 3 больных контрольной групп. Следует отметить, что в основной группе послеоперационный панкреатит не имел ярких клинических проявлений. В послеоперационном периоде отмечалась амилазурия с превышением верхней границы нормы в 2-3 раза.

Желудочное кровотечение отмечено у 2 больных основной группы и у 2 - в контрольной группе, однако в основной группе кровопотеря не имела клинической манифестации. Надежный гемостаз достигнут консервативной терапией. У одного

больного контрольной группы потребовались релапаротомия, гастротомия, прошивание острых кровоточащих язв.

Ни в одном случае после панкреатогастростомии при ПДР не наблюдалось недостаточности панкреатогastroанастомоза. В контрольной группе отмечен один случай данного осложнения, который проявился формированием абсцесса в левом подреберье, что потребовало пункции и дренирования под контролем ультрасонографии.

Таким образом, наш первый опыт панкреатогастростомии при ПДР показывает более обнадеживающие непосредственные результаты в сравнении с панкреатоеюностомией.

Литература

1. Буриев И.М., Икрамов Р.З. Проксимальные резекции поджелудочной железы // *Анналы хир. гепатол.* – 1998. №1. – С.93-94.
2. Вуколов В.А., Буриев И.М., Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Осложнения панкреатодуоденальных резекций // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков: Матер. Российско-германского симпозиума.* - М., 2000. – С.34-35.
3. Данилов М.В., Глабай В.П. Двухэтапная обработка культи поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции // *Анналы хир. гепатол.* - 1998. - №2. – С.51-58.
4. Ишикава О. Расширенная панкреатэктомия при раке головки поджелудочной железы: показания, оперативная техника и послеоперационное ведение // *Анналы хир. гепатол.* – 1998. - №1. – С.33.
5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Буриев И.М. Недостаточность панкреатодигестивного анастомоза при панкреатодуоденальных резекциях // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков: Матер. Российско-германского симпозиума.* - М., 2000. – С.77-78.
6. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе (обзор литературы) // *Анналы хир. гепатологии.* – 1998. - №1. – С.96-111.
7. Шалимов А.А. Хирургия поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1964.
8. Bartolo F., Arnone G. Pancreatic fistule and relative mortality in malignant disease after pancreaticoduodenectomi. Review and statistical meta-analysis regarding 15 years of literature // *World. J. Surg.* – 1993. - Sep-Oct, Vol. 11, №5. - P.1831-48.
9. Cameron J.L. et al. One hundred and forty five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality // *Ann. Surg.* - 1993. – Vol. 217. – P.430-438.

УДК 616. 351 – 006. 6

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АДЕНОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

А.В.Бычков

Смоленская государственная медицинская академия

На материале 82 клинических наблюдений представлен клинкомиорфологический анализ аденом прямой кишки. Установлено, что ворсинчатые аденомы, обладающие высоким потенциалом к малигнизации, являются самым распространенным гистологическим вариантом аденом прямой кишки. Выводы и практические заключения отражают наличие причинно-следственной связи между аденомами и колоректальным раком. Подчеркивается необходимость максимальной онконастороженности с целью исключения дефектов диагностики в случаях установления диагноза тубуловорсинчатых и ворсинчатых аденом.

Колоректальный рак в настоящее время с эпидемиологических позиций расценивается как динамично прогрессирующая патология. За последние 10 лет в Российской Федерации, а также во всем мире, заболеваемость и смертность от данной онкопатологии ежегодно увеличиваются [3]. Известно, что колоректальный рак – завершающий этап многостадийного процесса онкогенеза. Каскад генетических изменений в колоноцитах формирует следующие морфогенетические звенья: предопухолевос состояние, доброкачественная опухоль, карцинома [5]. Выявление предопухолевых состояний довольно проблематично без соответствующего настройа на результат. Обнаружение же аденом толстого кишечника с помощью ректороманоскопии, фиброколоноскопии на фоне скрининга (на скрытую кровь) явно обозначает роль хирурга в превентивной онкологии.

Аденома толстого кишечника – состояние, непосредственно предшествующее колоректальному раку. Встречаемость этой патологии в популяции довольно высока – до 30% [4]. Потенциал к опухолевой прогрессии данных новообразований определяется различными морфологическими признаками, которые, в свою очередь, отражают процесс генетических перестроек в клетках. Макроскопическим выражением аденомы является полип толстой кишки. Уже некоторые свойства опухоли, которые визуальным образом определяются при инструментальном исследовании, такие как диаметр, вид поверхности, локализация, состояние слизистой, имеют определенное прогностическое значение. Микроскопическое изучение аденом в данном случае – метод исследования, имеющий высокую диагностическую достоверность. Важнейшими показателями морфогенетического потенциала опухоли являются гистологический вариант аденомы и состояние дисплазии эпителия.

Цель исследования – изучить клинические и морфологические (макро- и микроскопические) особенности аденом прямой кишки.

Материал и методы. Производилась сплошная выборка архивных медицинских карт 82 пациентов с клиническим диагнозом "железистый полип" и "ворсинчатая опухоль прямой кишки", находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 КБСМП г. Смоленска в период с декабря 1990 г. по декабрь 1993 г. (табл.1). Анализировались анамнестические и клинические признаки. Параллельно осуществлялся отбор архивных стекол и блоков (биопсийный и операционный материал) данных пациентов. Микроскопически исследовались срезы, окрашенные гематоксилином-эозином и пикрофуксином по ван Гизону, учитывались гистологический вариант аденомы и степень дисплазии эпителия. Определение гистологического типа проводилось в соответствии с классификацией ВОЗ [1]. Наличие тубулярных структур в объеме более 80% позволяет отнести аденому к тубулярным, при аналогичном количестве ворсинчатых структур – к ворсинчатым, промежуточные формы – к тубуло-ворсинчатым.

Определение степени дисплазии эпителия проводилось с учетом критериев Talbot-Price. Наиболее показательными являются параметры ядра, наличие бокаловидных эпителиоцитов, митотический уровень [6].

Результаты исследования. В табл.1. представлены основные клинические группы, выделенные среди больных.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 83 лет. Высокий удельный вес женщин связан с их преобладанием в старших возрастных группах, что может быть обусловлено большей продолжительностью их жизни. Наличие у пациентов нескольких полипэктомий в анамнезе, особенно в молодом возрасте, позволяет заподозрить наличие полипоза (множественного или диффузного) толстого кишечника. При данном патологическом состоянии реализуется пролиферативный потенциал колоноцитов в различных участках колоректального отдела [5].

Эндоскопическое исследование (табл.2) позволяет сформулировать (макроскопически) предварительный диагноз «полип прямой кишки», который в большинстве случаев верифицируется гистологически как аденома (табл. 3).

Результаты нашего исследования подтверждают заключение, что ворсинчатые аденомы часто встречаются в прямой кишке [2]. Данный вариант аденом проще обнаружить из-за больших размеров и выраженного экзофитного роста (как правило, полип на ножке).

Таблица 1. Распределение пациентов по ряду признаков (полу, возрасту, с учетом анамнестических данных)

Признак и его характеристика	Количество пациентов	
	Абс. число	%
Половая принадлежность:		
мужчины	33	40,2
женщины	49	59,8
Возрастные группы:		
до 39 лет	7	8,5
40 – 49 лет	6	7,3
50 – 59 лет	22	26,8
60 – 69 лет	36	44
70 – 79 лет	8	9,7
80 лет и старше	3	3,7
Анамнестические данные:		
1. Впервые выявленный полип	57	69,5
2. Полипэктомия в анамнезе	25	30,5
3. Наличие хронического колита как сопутствующего заболевания	8	9,7
4. Наличие колоректального рака в анамнезе	4	4,8

Таблица 2. Эндоскопические данные о полипах прямой кишки

Эндоскопические данные	Частота выявления признака	
	Абс. число	%
Локализация в прямой кишке (в см - по меткам ректороманоскопа)*:		
5 – 10	39	47,6
11 – 20	36	43,9
21 – 25	7	8,5
Диаметр полипа (в сантиметрах):		
меньше 1,0	45	54,8
1,1 – 2,0	19	23,2
больше 2,0	18	22

*** Примечание редакции**

Длина прямой кишки составляет 16-18 см. По-видимому, в сочетании с полипами прямой кишки анализируются полипы дистального отдела сигмовидной кишки.

Таблица 3. Данные гистологического исследования полипов прямой кишки

Диаметр полипа (в сантиметрах)	Гистологический вариант аденом			ВСЕГО
	Тубулярная	Тубулярно-ворсинчатая	Ворсинчатая	
1,0 и менее	31 (100%)	13 (76,5%)	4 (11,8%)	48 (58,5%)
1,1 – 2,0	–	4 (23,5%)	14 (41,2%)	18 (22%)
более 2,0	–	–	16 (47,0%)	16 (19,5%)
Итого:	31 (37,8%)	17 (20,7%)	34 (41,5%)	82 (100%)

Таблица 4. Степень дисплазии эпителия в аденомах прямой кишки
(данные гистологического исследования)

Гистологический вариант	Степень дисплазии эпителия		
	Слабая	Умеренная	Значительная
Тубулярная	18 (58,1%)	12 (38,7%)	1 (3,2%)
Тубулярно-ворсинчатая	7 (41,1%)	9 (53%)	1 (5,9%)
Ворсинчатая	3 (8,8%)	20 (58,8%)	11 (32,4%)
Итого:	28 (34,1%)	41 (50%)	13 (15,9%)

Определение степени дисплазии эпителия (табл. 4) – наиболее важный прогностический признак, выявляемый при стандартном гистологическом исследовании.

Выводы

1. Наиболее часто аденомы прямой кишки диагностируются у женщин в возрасте от 50 до 69 лет.

2. Наиболее частой локализацией аденом в прямой кишке являются дистальные 10 см органа (ампулярный отдел), преобладающий диаметр на момент выявления – до 1,0 см.

3. Самый распространенный гистологический вариант – ворсинчатые аденомы, обладающие высоким потенциалом к малигнизации.

4. Для эпителия аденом прямой кишки наиболее характерна умеренная дисплазия.

Практические заключения

1. Преобладание впервые выявленных аденом у лиц среднего и пожилого возраста подчеркивает роль экзогенных и эндогенных канцерогенов в их онкогенезе (в противоположность наследственному аденоматозу), что позволяет считать данную группу пациентов как наиболее значимую в скрининге и профилактике колоректального рака.

2. Наличие тубулярно-ворсинчатых и ворсинчатых аденом небольшого диаметра также предполагает тщательное обследование и более высокую онкологическую настороженность с целью исключения дефектов диагностики.

3. Преобладание умеренной дисплазии эпителия в аденомах свидетельствует о том, что, даже при первом обращении пациентов, процесс колоректального онкогенеза приближен к стадии карциномы.

Литература

1. Морсон Б.К., Собин Л.Г. Международная гистологическая классификация опухолей №15: Гистологическая классификация опухолей кишечника; Пер. с англ. – Женева: ВОЗ, 1981. – 70с.
2. Ривкин В.Л., Иноятв И.М., Славин Ю.М., Людоговская Л.А. Полипы и диффузный полипоз прямой и толстой кишок. – М., 1969. – 208с.
3. Старинский В.В., Ременник Л.В., Харченко Н.В., Мокшина В.Д. Злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки в России в 1980-1996гг.: заболеваемость, смертность, диагностика, лечение // Рос. онкол. журн. – 1998. – №6. – С.4-9.

4. Федоров В.Д., Капуллер Л.Л., Журавлев Н.В. Морфостатистическая характеристика аденом толстой кишки по данным 1915 аутопсий // Арх. пат. – 1988. – №10. – С.37-42.
5. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения: Пер. с англ. – М.-С-Пб., 1999. – 288с.
6. Talbot I.C., Price A.V. – Цитируется по: Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – 490с.

УДК 616.33/34-005.1-08

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В.И.Давыдкин, Л.В.Квашнина

Мордовский государственный университет, г. Саранск

Изучены результаты лечения 537 больных с гастродуоденальными кровотечениями. У 90 (16,8%) отмечены язвенные кровотечения. Для выбора лечебно-диагностической тактики рекомендовано применение эндоскопической классификации J.Forrest et al. (1987), указаны принципы консервативной терапии язвенных кровотечений, сформулированы показания к экстренным и срочным оперативным вмешательствам, а также определен их возможный объем, намечены пути улучшения результатов лечения. Общая летальность составила 5,8%; послеоперационная – 7,7%; при консервативном лечении – 5,1%.

Одной из острейших проблем абдоминальной хирургии является лечение гастродуоденальных кровотечений. Вопросы хирургической тактики при данной патологии неоднократно пересматривались хирургами, однако до настоящего времени отсутствует единство взглядов.

В последние годы отмечается существенное увеличение частоты язвенных кровотечений [1]. К причинам следует отнести: увеличение числа нестероидных гастропатий; рост числа пациентов с циррозом печени, острыми пилетромбозами; ишемическими, стрессовыми и гормональными острыми язвами на фоне прогрессирования и лечения тяжелой сопутствующей патологии сердца и легких, а также хроническим алкоголизмом и соответственно синдромом Маллори-Вейсса, панкреатитами с блокадой воротной и селезеночной вен и эрозивно-язвенными гастритами и т.д. Существуют различные подходы к консервативному лечению, выбору объема и срока хирургических вмешательств.

В клинике госпитальной хирургии МГУ находилось на лечении 537 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Язвенные кровотечения отмечены у 447 (83,2%), язвенные – у 90 (16,8%) пациентов. Язвы двенадцатиперстной кишки диагностированы в 334; желудка - в 113 случаях. Среди язвенных кровотечений: синдром Маллори-Вейсса отмечен у 28 (31,1%); острые язвы желудка и эрозивный гастрит – у 19 (21,1%); опухоль желудка – у 13 (14,5%); эрозивный эзофагит – у 10 (11,1%); портальная гипертензия – у 18 (20,0%); сосудистые мальформации (синдром Дьелафуа) – у 2 (2,2%) больных.

Выбор метода лечения при гастродуоденальных язвенных кровотечениях проводился по схеме, принятой в России, и зависел от тяжести и локализации источника кровотечения, возраста больных и длительности заболевания. Консервативная терапия оказалась эффективной и явилась окончательным методом

лечения у 52 (46,0%) пациентов с желудочной и у 208 (62,3%) пациентов с дуоденальной локализацией язв. Летальность составила 4,03%.

Основными критериями, влияющими на хирургическую тактику, являются, на наш взгляд, эндоскопические данные, а также длительность и тяжесть кровотечения, степень операционного риска, наличие хронических сопутствующих заболеваний. Всем больным на этапах госпитализации в стационар проводилась экстренная эзофагогастродуоденоскопия, которая выявляет источник, характер и интенсивность кровотечения и позволяет осуществлять гемостаз эндоскопическим методом.

J. Forrest и соавт. [2] предложили эндоскопическую классификацию язвенных кровотечений. Считаем, что она применима для определения рациональной лечебно-диагностической тактики и при неязвенных кровотечениях: в случаях установления активности F-IA показана хирургическая остановка кровотечения, при F-IB, F-IIA и F-IIВ - рациональной можно считать проведение консервативной терапии и эндоскопического лечебного воздействия на источник кровотечения. Хирургические вмешательства считаем показанными не только при продолжающихся, но и рецидивных кровотечениях (F-IA).

Консервативное лечение оправдано в случаях легкой кровопотери и признаках надежного гемостаза. Хирургическое лечение можно считать показанным, если выявляется тяжелая степень кровотечения, имеется угроза его возобновления и установлены эндоскопические признаки ненадежного гемостаза. После медикаментозной остановки кровотечений и хирургических вмешательств отмечаются умеренные волевические нарушения, коррекцию которых необходимо продолжить после выписки больных - в амбулаторных условиях.

Консервативная терапия включала инфузионно-трансфузионную терапию, которая была направлена на восстановление центральной гемодинамики, микроциркуляции, транскапиллярного обмена, дыхательной функции крови, ликвидации волевических нарушений. Медикаментозная терапия при неязвенных кровотечениях предусматривала применение традиционных гемостатических мероприятий: введение растворов хлористого кальция и аминокaproновой кислоты, дицинона (этамзилат натрия), проведение плазмо- и гемотрансфузий (по показаниям), назначение холиноблокаторов и H₂-блокаторов (квamatел и гистодил). При стрессовых язвах мы считали целесообразным назначение антисекреторов.

С целью устранения дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) производились переливания коллоидных растворов: глюкозы, желатиноля, плазмы. Улучшения центральной гемодинамики добивались переливаниями реополиглокина и полиглокина. Для улучшения транскапиллярного обмена и уменьшения миграции в ткани активных компонентов коллоидных сред вводились кристаллоиды (растворы натрия хлорида, кальция хлорида). После заполнения сердечно-сосудистого русла посредством инфузионной гемодилуции применялась эритроцитарная масса, которая способствовала улучшению дыхательной функции.

Объем инфузионной терапии в случаях легкой степени кровопотери ограничивался обычной гемостатической терапией и восполнением дефицита ОЦК кристаллоидными и коллоидными средами, при средней степени тяжести - 1/2 объема дефицита ОЦК возмещалось эритроцитарной массой, другая половина - коллоидными и кристаллоидными растворами, при тяжелой - переливанием цельной крови в полном объеме.

При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода кроме препаратов, купирующих портальный криз (интуитрин, β-адреноблокаторы), широко использовалась баллонная тампонада зондом Блекмора.

Указанные консервативные мероприятия при неязвенных кровотечениях оказались эффективными в 61 (67,8%) случаях, хирургические методы остановки кровотечений применены у 29 (32,2%) пациентов. Общая летальность составила 5,8%, послеоперационная – 7,7%, при консервативном лечении – 5,1%.

В оценке объема циркулирующей крови (ОЦК), объема циркулирующей плазмы (ОЦП) и эритроцитов (ОЦЭр) использовалась интегральная методика И.Ш.Сиразиева и М.М.Миннегалиева (1992).

По результатам оценки динамики объема циркулирующей крови и его компонентов не выявлено достоверных различий в изменениях ОЦП при различной тяжести кровотечений. Объясняется это тем, что вследствие снижения осмотического и онкотического давлений крови наступает перераспределение жидкой ее части, выход тканевой жидкости в сосудистое русло. Таким образом компенсируются волемиические нарушения. Однако наблюдается снижение ОЦЭр, что отражается на дыхательной функции крови, усугубляется тканевая гипоксия, открываются артериовенозные шунты. Степень тканевой гипоксии по причине шунтирования крови увеличивается. Если при легкой степени кровотечения дефицит ОЦК складывается из дефицита ОЦП и, в меньшей степени, из дефицита ОЦЭр, то при средней и, особенно, при тяжелой степени - преимущественно за счет дефицита ОЦЭр (табл. 1). Этот факт обуславливает необходимость взвешенного подхода к назначению адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Таблица 1. Волемиические изменения при желудочно-кишечных кровотечениях

Показатель	Степень тяжести гастродуоденального кровотечения		
	Легкая n = 67 (контроль)	Средняя n = 60	Тяжелая n = 39
Дефицит ОЦК (мл)	736,95±51,20	809,60±78,34	1080,20±74,76
Дефицит ОЦП (мл)	515,15±176,08	297,8±45,90	313,70±52,17
Дефицит ОЦЭр (мл)	680,65±71,6	960,75±90,90*	1192,85±77,12*

Примечание: контроль – больные с легкой степенью кровотечения; * - отмечен достоверный результат относительно контроля.

При определении волемиических нарушений после поступления выявлен дефицит ОЦК 804,6±84,4 мл. В среднем, дефицит ОЦП составил 216,66±15,5 мл. На этом фоне отмечался значительный дефицит ОЦЭр – 1041,6±78,7 мл. После медикаментозной остановки кровотечения сохранялись выраженные волемиические нарушения. К моменту выписки больных из стационара не удавалось устранить дефицит ОЦК. Он составлял 800,2±82,3 мл. Дефициты ОЦП и ОЦЭр были достаточно выраженными и имели соответственно значения: 222,2±8,8 мл и 1022,7±90,9 мл. Сохраняющимися явлениями постгеморрагической анемии средней тяжести определялась необходимость назначения с заместительной целью препаратов железа.

Исходные уровни волемиических нарушений в группах больных, проходивших консервативное лечение и подвергнутых оперативным вмешательствам, практически не отличались. После разных операций различия в значениях волемиических показателей были незначительными: ко дню выписки дефицит ОЦК определялся на уровне 570,1±98,1 мл (табл.2). Конечные показатели гемодинамики были лучше у оперированных больных в сравнении с аналогичными показателями у пациентов, которым проводилось консервативное лечение неязвенных кровотечений, несмотря на то, что хирургические вмешательства выполнялись в случаях тяжелой кровопотери, при рецидивах и продолжающихся (профузных) кровотечениях.

Таблица 2. Волемиические параметры при гастродуоденальных кровотечениях до и после операции

Волемиические показатели	До операции (контроль)	После операции
Дефицит ОЦК (мл)	938+58,6	570,1+98,1*
Дефицит ОЦП (мл)	238,6+5,44	198,4+11,3*
Дефицит ОЦ Эр (мл)	1178,2+63,9	768,6+109,2*

Примечание: * - отмечены достоверно различные показатели между контролем и группами больных после операции.

Показания к экстренной хирургической остановке кровотечения, на наш взгляд, включают:

- профузное кровотечение из артериального сосуда (F-IA);
- продолжающееся кровотечение из дефекта слизистой с нестабильной гемодинамикой (F-IA) (операция выполняется после интенсивной терапии на операционном столе, нормализации показателей центральной гемодинамики);
- рецидивное кровотечение (по данным ФГДС наблюдаются признаки ненадежного гемостаза с тромбом на дне дефекта, который при стабилизации пульса и артериального давления вымывается струей крови).

Срочные операции выполняются в случаях, когда имеется:

- продолжающееся кровотечение со стабильной гемодинамикой при удовлетворительном состоянии больного, когда гемостатическая терапия все же не эффективна (операция в дневное время, в течение первых суток);
- временной эффект от эндоскопического гемостаза;
- высокий риск возобновления кровотечения (F-IIIВ).

Таблица 3. Хирургическая тактика при неязвенных кровотечениях различной этиологии

Этиология неязвенного кровотечения	Хирургическая тактика
Синдром Маллори-Вейсса	При разрывах III-IV ст., продолжающемся кровотечении - ушивание трещин кардии
Острые язвы и эрозивный гастрит	Консервативная терапия практически всегда бывает эффективной, в редких случаях - стволовая ваготомия с пилоропластикой
Опухоли желудка	Резекция желудка в операбельных случаях рака. Клиновидная резекция или иссечение при лейомиоме, полипах и других доброкачественных опухолях
Эрозивный эзофагит	Консервативная терапия была всегда эффективна
Портальная гипертензия	Баллонная тампонада зондом Блекмора. В случаях неэффективности тампонады, рецидиве кровотечения - прошивание вен кардии и пищевода, операция Таннера; спленэктомия - только при тромбофлебитической селезенке
Сосудистые мальформации	Атипичные резекции желудка, прошивание кровоточащего сосуда

Характер оперативного лечения неязвенных кровотечений был разнообразным (табл. 3). При синдроме Маллори-Вейсса III-IV степени проводилось ушивание кровоточащих трещин, при острых язвах желудка - их ушивание в сочетании с ваготомией. Кровотечения из вен пищевода при портальной

гипертензии останавливались баллонной тампонадой, а в случае ее неэффективности или рецидиве профузного кровотечения выполнялись: гастротомия с прошиванием кровоточащих вен или операция Таннера с целью разобщения портальной и кавальной систем венозного оттока; спленэктомия – при тромбофлебитической селезенке.

При наличии клиники острого (резистентного) асцита и гипертермии прогнозировалась угроза развития тункулярного или радикулярного тромбозов воротной вены, что подтверждалось или исключалось методом УЗ-доплерографии. Установлено, что тромбоз воротной вены резко ухудшает прогноз заболевания (в наших исследованиях умерло три подобных больных с циррозом печени).

Пути улучшения результатов лечения нам видятся в следующем:

- организация и сосредоточение больных с гастродуоденальными кровотечениями в специализированном стационаре с круглосуточным дежурством эндоскопистов;
- применение дифференцированной лечебной тактики с учетом клинических и эндоскопических критериев гемостаза;
- широкое применение антисекреторных препаратов при ишемических и стрессовых поражениях слизистой гастродуоденальной зоны;
- профилактическое применение антиоксидантов (мексидола, димефосфона и т.д.) при гипоксических и стрессовых состояниях;
- широкое внедрение эндоскопических методов остановки кровотечений и др.

Внедрение современных диагностических технологий, дифференцированной лечебной тактики с учетом предикторов рецидива кровотечений, применение малоинвазивных вмешательств позволят улучшить результаты лечения больных с неязвенными желудочными кровотечениями.

Литература

1. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. – М., 1996. – 150с.
2. Forrest J., Pique L.M., Teres J. et al. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer // Endoscopy. – 1987. – Vol. 19, №1. – P.11-13.

УДК 616.37-002.1-08

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ю.В.Иванов, Н.А.Соловьев, Е.А.Рагулина

Клиническая больница №83, г. Москва

ЦМСЧ №21 (г. Электросталь, Московская обл.) Федерального управления «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ

На клиническом материале 82 больных изучена эффективность малоинвазивных методов лечения острого билиарного панкреатита. Предложен лечебно-диагностический алгоритм, который позволяет в большинстве случаев избежать выполнения оперативных вмешательств через лапаротомный доступ. Применение эндовидеохирургических методов позволило снизить общую летальность с 32% до 7,3%.

Проблема диагностики и лечения острого панкреатита (ОП) до настоящего времени остается одной из актуальных и сложных в экстренной хирургии из-за

стабильно высокой летальности (8—35%) и неуклонного роста числа больных с этой патологией [3, 10]. Известно, что ОП в 60% случаев развивается на фоне патологии билиарной системы, причем - в половине из них причиной заболевания является холедохолитиаз [1, 9, 11].

Тактика лечения ОП алиментарной (алкогольной) и других этиологий достаточно разработана с указанием принципов консервативной терапией, тогда как вопросы объема и характера лечебных мероприятий при остром билиарном панкреатите (ОБП) до настоящего времени являются предметом дискуссий и далеки от окончательного разрешения [2, 4, 7]. Ряд авторов при ОБП придерживается активной хирургической тактики с выполнением оперативных вмешательств в ранние сроки с целью разблокирования терминального отдела общего желчного протока [6, 8], другие же - рекомендуют проведение интенсивной консервативной терапии для достижения медикаментозной декомпрессии протоков [5].

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности новых малоинвазивных методов в лечебной тактике у больных с острым билиарным панкреатитом.

Методы исследования

Под нашим наблюдением на протяжении 1996-2001 гг. находилось 82 больных с ОБП в возрасте от 37 до 74 лет (54 женщины и 28 мужчин). Причиной развития ОБП у всех пациентов был холедохолитиаз, при этом: у 49 больных он сочетался с ущемлением конкремента в устье большого дуоденального сосочка (БДС), у 33 - с изолированным стенозом БДС.

Больные поступили в стационар в различные сроки от начала заболевания - от 4 часов до 5 суток. У 36 из них выявлена отечная форма ОБП, у 12 - жировой панкреонекроз, у 16 - геморрагический, у 10 - смешанный и у 8 - гнойно-некротический панкреатит. В 46 случаях панкреонекроза отмечался некроз жировой парапанкреатической клетчатки: 6 - без некроза паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), 17 - с некрозом паренхимы головки ПЖ, 12 - с некрозами в головке и теле ПЖ, 7 - с некрозами в теле и хвосте ПЖ, 4 - с тотальным панкреонекрозом.

Результаты и их обсуждение

Многолетний опыт лечения больных с ОБП позволил нам выделить основные этапы оказания помощи больным, разработать и применить новую рациональную тактику лечения этой тяжелой патологии.

I этап - установление диагноза и причины ОБП: учет клинических симптомов заболевания, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), лапароскопия.

Большое значение в диагностике ОБП придается дуоденоскопии, которая, по нашему мнению, позволяет исключить другие заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), обнаружить характерные для ОП изменения со стороны слизистой стенки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), выявить причину нарушения эвакуации желчи и панкреатического сока из устья БДС и устранить ее. Так, при выполнении ЭГДС у 15 больных ущемленный конкремент был виден через растянутое устье БДС, а у 26 - выявлены косвенные признаки наличия его в ампуле сосочка (расширение складки кишки, резкое выбухание ампулы БДС в просвет кишки).

С помощью УЗИ диагностировались холецисто- или холедохолитиаз, а также деструкция стенки желчного пузыря. В отдельных случаях с целью уточнения диагноза выполнялись КТ или ЭРХПГ.

II этап - интенсивная базовая терапия (12-24 часа). Этот этап начинался сразу после поступления больного в стационар и проводился параллельно с его обследованием.

III этап - компьютерное прогнозирование течения и исхода заболевания (на протяжении 12-24 часов интенсивной терапии). При этом выделялись: хороший, неясный и плохой прогнозы.

При хорошем прогнозе интенсивная терапия проводилась по периферическому венозному пути до нормализации клинико-лабораторных показателей. Оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке без выписки больных из стационара. При этом соблюдался принцип двухэтапности: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - на первом и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - на втором этапе.

При неясном прогнозе интенсивная терапия проводилась в отделении реанимации. При этом использовались центральный венозный катетер и назогастральный зонд (при нарушении моторики ЖКТ), выполнялись срочная (до 12 часов) или ранняя (12-24 часа) ЭРХПГ, ЭПСТ с экстракцией конкрементов и назобилиарное дренирование (в некоторых случаях использовалась лапароскопическая декомпрессия билиарной системы). Через 2-3 недели после нормализации клинико-лабораторных показателей выполнялась ЛХЭ. ЭПСТ сопровождалась удалением конкрементов из БДС и завершалась (по показаниям) назобилиарным дренированием, что определило наиболее благоприятные результаты и способствовало в большинстве случаев регрессии ОБП. ЭПСТ выполнена у 87% больных типичным канюляционным способом или атипично с помощью игольчатого электрода и оказала положительный лечебный эффект во всех случаях. Если выполнение ЭПСТ по каким либо причинам не представлялось возможным, то с целью декомпрессии желчных путей производилось наложение чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомы под контролем УЗИ. При отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения, нарастании интоксикации, появлении перитонеальной симптоматики выполнялось лапароскопическое исследование с целью уточнения характера патологии и решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике. Во время лапароскопии оценивались: состояние органов гепатопанкреатобилиарной зоны, характер и распространенность экссудата, стеатонекрозов, наложений фибрина. После вскрытия сальниковой сумки удалялся экссудат, вводились лекарственные препараты в окружающие ПЖ ткани, корень брыжейки ободочной кишки, круглую связку печени. У 24 больных произведены различные эндовидеохирургические вмешательства. В 11 случаях наложена декомпрессивная холецистостомы, в 6 - произведена ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Холстеду, в 2 - холедохотомия с последующим его дренированием. У 3 больных рассечена париетальная брюшина с удалением экссудата из клетчатки забрюшинного пространства. Во всех случаях вмешательства завершались санацией и дренированием сальниковой сумки, а также брюшной полости. При распространенном панкреатогенном перитоните после санации и дренирования брюшной полости оставлялась гильза для проведения динамической санационной лапароскопии в послеоперационном периоде. При наличии крупных очагов некроза в ПЖ, парапанкреатических и забрюшинных флегмон отдавалось предпочтение открытому этапу операции - формированию бурсопанкреатостомы, абдоминализации ПЖ, вскрытию и дренированию забрюшинной флегмоны. Для этого производилась лапаротомия в левом подреберье длиной 5-6 см с подшиванием брюшины к коже. Окно в желудочно-ободочной связке подшивалось к брюшине по всему периметру раны. Через сформированную бурсопанкреатостому выполнялась абдоминализация ПЖ и вскрытие парапанкреатической флегмоны. В последующем

удалялись свободно лежащие секвестры, некротизированные ткани, детрит. Случаи внутрибрюшных кровотечений и образования дигестивных свищей не отмечены. Переход на традиционные вмешательства в остром периоде заболевания осуществлялся только в условиях массивной инфильтрации тканей, затрудняющей идентификацию анатомических структур органов гепатопанкреатобилиарной зоны, и невозможности лапароскопической деривации желчи.

При плохом прогнозе, прогрессировании деструктивных изменений в ПЖ и парапанкреатической клетчатке, развитии забрюшинной флегмоны и инфицированного некроза выполнялись полостные операции. Оперативное вмешательство производилось в следующей последовательности: вначале устранялись патологические изменения внепеченочных желчных путей с восстановлением проходимости БДС или их наружное дренирование (реже в сочетании с внутренним дренированием билиарной системы), затем выполнялось вмешательство на ПЖ, объем которого зависел от морфологической картины ОБП и степени вовлечения в процесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. При формировании забрюшинных флегмон осуществлялась люмботомия, что обеспечивало эффективное их дренирование.

Таким образом, основу лечения ОБП, причиной которого является холедохолитиаз, составляют: установление диагноза, базовая интенсивная терапия, прогнозирование течения заболевания и малоинвазивные эндоскопические вмешательства. Используя разработанный лечебно-диагностический алгоритм, нам удалось у большинства больных избежать выполнения оперативных вмешательств через лапаротомный доступ. Применение эндовидеохирургических методов в лечении больных с ОБП позволило снизить среднюю продолжительность пребывания пациентов в стационаре с 27 до 18 суток, а общую летальность - с 32 до 7,3%. Безусловно, требуется дальнейшее совершенствование технических приемов, уточнение показаний и противопоказаний для выполнения лечебных вмешательств с использованием новых эндовидеохирургических методик.

Литература

1. Андриюшенко В.П., Люсак Ю.С. Холедохолитиаз и острый билиарный панкреатит: лечебно-тактические аспекты // *Анналы хир. гепатологии*. - 1998. - Т.3, № 3. - С.31-32.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1995. — 512с.
3. Иванов П.А., Гришин А.В., Щербюк А.Н. и др. Выбор рациональной тактики лечения острого панкреатита // *Хирургия*. - 1998. - № 9. - С.50-53.
4. Мишин В.Ю. Современные взгляды на роль и место малоинвазивных лечебных и диагностических вмешательств при заболеваниях поджелудочной железы // *Анналы хирургии*. - 1998. - № 1. - С.23-30.
5. Мумладзе Р.Б., Чудных С.М., Васильев И.Т., Тувина Е.П. Антиоксидантная терапия острого панкреатита // *Анналы хирургии*. - 1997. - № 1. - С.67-70.
6. Назаренко П.М., Никулин В.В., Пономаренко А.А. Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита // *Хирургия*. - 1997. - № 9. - С.23-25.
7. Прудников М.И., Галимзянов Ф.В., Белова А.Д. Применение лапароскопии в лечении острого панкреатита // *Анналы хир. гепатологии*. - 1998. - Т.3, № 3. - С.282.
8. Ратнер Г.Л., Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В. Острый панкреатит: когда показана операция // *Анналы хир. гепатологии*. - 1998. - Т.3, № 3. - С.280-281.
9. Решетников Е.А., Башилов В.П., Малиновский Н.Н., Агафонов А.П. Клиника и лечение деструктивного панкреатита // *Хирургия*. - 1998. - № 6. - С. 81-84.
10. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. - Киев: Наукова думка. - 1990. - 268с.
11. Opie E.L. The etiology of acute hemorrhagic pancreatitis // *Johns. Hopkins Hosp. Bull.* - 1901. - №12. - P. 182-188.

ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЛИМФОСАРКОМЫ ЖЕЛУДКА

С.А.Касумьян, А.А.Бескосный, А.Е.Доросевич, Е.В.Иванова

Смоленская государственная медицинская академия

Представлено клиническое наблюдение больной, 44 лет, оперированной по поводу обширной местнораспространенной лимфобластной лимфосаркомы желудка с метастазами в большой сальник. Лечение заключалось в комбинированной гастрэктомии с последующей полихимиотерапией по схемам СОР и СОНР. Состояние больной через 6 лет признано удовлетворительным, а проведенное лечение – эффективным. Гастрэктомия с лимфодиссекцией рассматривается как операция выбора в оперативном лечении первичных лимфосарком желудка. Химиотерапевтическое лечение является необходимым и определяется морфологическим строением опухоли.

Клинико-морфологические проявления лимфосаркомы желудка неспецифичны, в связи с чем дооперационная диагностика крайне затруднительна [9].

В 70-75% случаев первичная гастробиопсия не информативна, а для повторных исследований не остается времени, поскольку тяжесть состояния больного требует скорого решения о хирургическом вмешательстве [10].

Местное распространение злокачественной опухоли на близлежащие органы и ткани при отсутствии отдаленных метастазов не может явиться причиной отказа от выполнения радикальной операции. Это вполне оправдано и в отношении таких опухолей, как лимфосаркома желудка, в том числе при развитии осложнений, угрожающих жизни больного. Прогноз при лимфосаркоме желудка в целом благоприятнее, чем при раке желудка. При условии радикальности операции, благополучном послеоперационном периоде и адъювантной химиотерапии, можно вполне рассчитывать на излечение, несмотря на значительное местное распространение опухоли [4].

Справедливость высказанных выше положений хорошо иллюстрирует наше наблюдение.

Больная М., 44 лет, поступила в клинику госпитальной хирургии СГМА 10.10.1996г. в ослабленном состоянии с диагнозом «низкодифференцированная аденокарцинома желудка». Пациентка бледная, ослабленная. Жалобы на постоянные, тупые боли, чувство тяжести в эпигастральной области, отрыжку. За 2 месяца похудела на 6 кг. При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области, опухолевых образований прощупать не удается. Фиброэзофагогастроуденоскопия (проведенная по месту жительства, а затем в клинике): опухоль, циркулярно-суживающая просвет желудка от кардиального отдела до ½ тела. Опухоль крупнобугристая, местами покрыта фибриновым налетом, размерами 11x7x4см. Биопсия: низкодифференцированная аденокарцинома желудка. Проведенные дополнительные исследования – рентгено-компьютерная томография, ультрасонография органов брюшной полости и рентгенография грудной клетки – отдаленных метастазов не выявили. 22.10.1996г. предпринята верхне-срединная лапаротомия. Обнаружена массивная опухоль проксимального отдела желудка 16x16x5 см, глубоко пенетрирующая левую долю печени, врастающую в диафрагму, хвост поджелудочной железы, селезенку и распространяющаяся на абдоминальный отдел пищевода. Обнаружены увеличенные лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии и большого сальника (рис.1). Верхний полюс опухоли определить не удается. Отдаленных метастазов не выявлено. Выполнена торакотомия в 5 межреберье слева. Опухоль распространяется на 3-4 см выше уровня диафрагмы. Произведены экстирпация желудка, круговая резекция диафрагмы, резекция нижнегрудного отдела пищевода, левосторонняя гемигепатэктомия, резекция хвоста поджелудочной железы и спленэктомия.

Мобилизованная по Ру петля тонкой кишки перемещена в плевральную полость, сформированы эзофагоэноанастомоз по типу «конец в бок» и межтонкокишечный анастомоз. Дренажирована плевральная и брюшная полости (рис.2). Послеоперационное течение протекало тяжело, состояние осложнилось правосторонним ятрогенным пневмотораксом, обусловленным катетеризацией подключичной вены. Больной проводился медикаментозное лечение и пункции плевральной полости. Состояние улучшилось. На 23-е сутки после операции выписана домой. Заключение гистологического исследования: лимфобластная лимфосаркома с метастазами в лимфатические узлы большого и малого сальника. В период 1996-1998гг. проведено 6 курсов полихимиотерапии по схеме COP (циклофосфан, винкристин, преднизолон) и СОНР (преднизолон, винкристин, циклофосфамид и эпирубицин). Через 6 лет после операции состояние вполне удовлетворительное, соблюдает режим питания, ведет активный образ жизни. Регулярно обследуется, признаков рецидива заболевания нет.

Дискуссия

Лимфосаркома впервые описана Р.Вирховым в 1863 г. Источником лимфосаркомы желудка являются в основном ретикулярные элементы и лимфоидные скопления, имеющиеся в собственном слое слизистой оболочки этого органа [7].

Первичная экстранодальная лимфосаркома в 10-20% наблюдений поражает желудочно-кишечный тракт. Среди всех злокачественных новообразований желудка лимфосаркома составляет от 1 до 5%, а среди злокачественных неэпителиальных опухолей - 60-70% [6, 7, 9].

Специфические симптомы заболевания, к сожалению, отсутствуют. По данным Т.А. Lister и соавт. [11], лимфосаркома желудка сопровождается снижением массы тела в результате мальабсорбции. Часто заболевание протекает под «маской» рака желудка. Диагностика лимфосаркомы желудка основывается на фиброгастроскопии, эндоскопической ультрасонографии с биопсией и морфологическим исследованием биоптата [10, 12]. Гистологические варианты диффузной лимфосаркомы разнообразны [5]. Высокодифференцированные формы, которые встречаются в 40,5% случаев, представлены лимфоцитарной, лимфоплазмочитарной и пролимфоцитарной саркомами. Низкодифференцированные формы, встречающиеся в 59,5% случаев, представлены лимфобластной и иммунобластной саркомами [6].

Для клинического использования предложена Working formulation классификация, в которой учтены 3 степени злокачественности лимфосарком. В настоящее время неходжкинские лимфомы классифицируются в соответствии с классификацией REAL, представляющей собой пересмотренные европейско-американской группой авторов существующие морфологические классификации. В основе ее деление опухолей по происхождению на В- и Т-клеточные разной степени зрелости (определяемые на основании иммунофенотипирования опухолевых клеток) [11]. Основой для составления плана лечения лимфосарком являются прогностические факторы. Наиболее значимыми из них считаются: гистологический вариант, возраст, стадии опухолевого поражения, наличие симптомов интоксикации, уровень лактатдегидрогеназы, быстрота наступления ремиссий, общее состояние больного к началу лечения, размеры опухолевых образований, поражение лимфоузлов средостения и костного мозга, наличие предшествующего лечения и его результаты [11, 12, 13].

Хирургическое лечение считается, безусловно, показанным при одиночных опухолях желудочно-кишечного тракта. Если I стадия была установлена правильно, после операции почти 60% больных живут без рецидивов пять и более лет. Во II и III стадии хирургическое лечение обязательно должно быть дополнено химиотерапией [11].

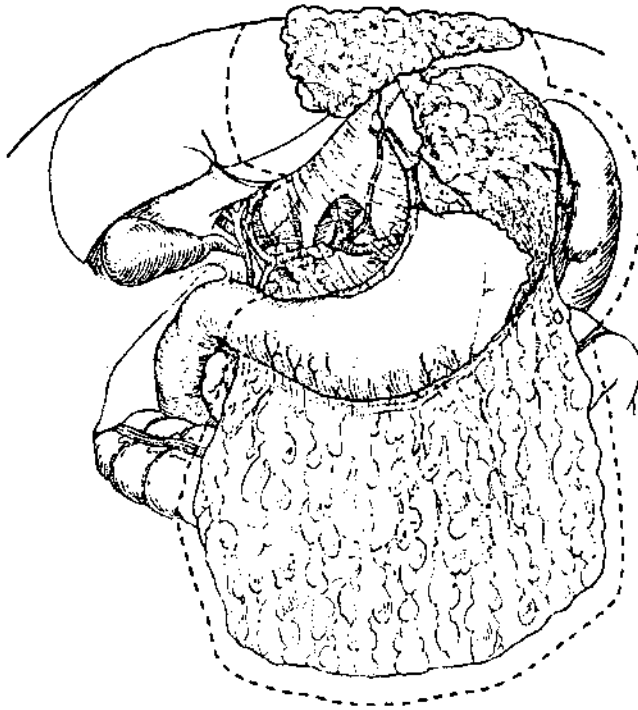


Рис. 1. Распространение лимфосаркомы желудка на печень, селезенку, хвост поджелудочной железы и диафрагму у больной М.

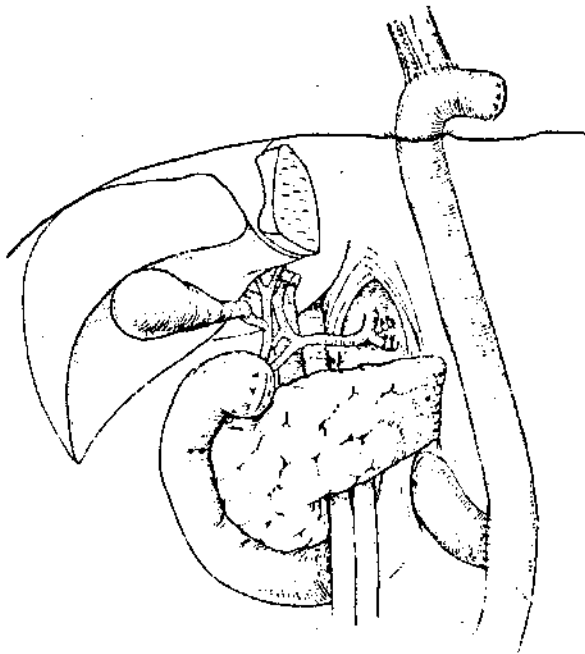


Рис 2. Комбинированная гастрэктомия (левосторонняя гемигепатэктомия, спленэктомия, резекция хвоста поджелудочной железы, диафрагмы, удаление большого и малого сальника, лимфодиссекция) с резекцией 1/3 пищевода, выполненная больной М.

Наибольший опыт хирургического лечения лимфосаркомы желудка накоплен в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина РАМН. Из 283 больных с первичной лимфосаркомой желудочно-кишечного тракта у 105 (49,5%) опухоль локализовалась в желудке [6].

Радикальная операция, выполненная по онкологическим принципам, остается единственным методом лечения злокачественных заболеваний. Резектабельность больных с лимфосаркомой желудка составляет 42-69% [6, 11]. Объем оперативного вмешательства определяется площадью местного поражения опухоли. При первичном клиническом проявлении лимфосаркомы желудка у 26% больных имеются регионарные метастазы, у 34% - отдаленные [6, 11].

Оптимальным выбором оперативного вмешательства при лимфосаркоме желудка является гастрэктомия с лимфодиссекцией. Так, из 8 больных с лимфосаркомой желудка, оперированных в объеме резекции желудка, у 6 был выявлен рецидив заболевания в разные сроки [6]. При распространении опухоли за пределы желудка, отсутствии отдаленных метастазов показана комбинированная гастрэктомия [1, 3, 6, 8].

Послеоперационная летальность варьирует от 3,3 до 13, 9% [3, 6, 14] и зависит от площади поражения и осложнений, вызванных опухолью (кахекия, непроходимость, кровотечение, перфорация), а также от объема проведенной операции.

Целью химиотерапевтического лечения является редукция опухоли и полная ремиссия заболевания. Лечение может осуществляться как до, так и после операции. Химиотерапевтическое лечение в дооперационном периоде приводит к редукции опухоли [12, 13]. Однако дооперационная химиотерапия, в ряде случаев, может осложниться перфорацией опухоли и перитонитом [14]. Для лечения лимфосаркомы желудка применяется поли- и монохимиотерапевтическое лечение. Полихимиотерапия осуществляется по схемам COP; TH-COP; CONP; монохимиотерапия - в виде поочередного использования циклофосфана, L-аспарагиназы, хлорбутаина. Результативность химиотерапии составляет 30% [6, 8, 11].

Продолжительность жизни больных с лимфосаркомой желудка коррелирует с гистологическим подтипом опухоли. Пятилетняя выживаемость при слабодифференцированных вариантах лимфосаркомы составила 25%; при высокодифференцированных формах - 75% [2, 6, 11].

Таким образом, рациональным лечением при первичной лимфосаркоме желудка следует считать гастрэктомию (комбинированную гастрэктомию) с лимфодиссекцией, а также интенсивное химиотерапевтическое лечение, соответствующее морфологическому строению опухоли.

Литература

1. Березов Е.Л. Расширенные и комбинированные резекции желудка при раке. - М.: Медгиз, 1957. - 208с.
2. Герланц А.И., Грачев А.И., Эллис Л.А. Случай длительного течения лимфосаркомы желудка // Врачебное дело. - 1985. - № 2. - С.34-36.
3. Мельников Р.А, Симонов Н.Н. Симультаные внутриплевральные резекции злокачественных опухолей пищевода и кардиозофагальной зоны // Вопр. онкол. - 1991. - Т.37, №7-8. - С.851-856
4. Общая онкология: Руководство для врачей / Под ред. Н.П.Напалкова. - Л.: Медицина, 1989. - С.517-538.
5. Патанатомическая характеристика опухолей человека: Руководство в 2-х томах / Под ред. Н.А. Красевского, А.В.Смоляникова, Д.С.Саркисова. - М.: Медицина, 1993. - Т.2. - С.446-469.
6. Поддубная И.В. Лимфосаркома оперированного желудка // Хирургия. - 1985. - № 3. - С.16-18.
7. Пономарев А.А., Куликов Е.П. Редкие опухоли желудка. - Рязань, 1996. - С.218-226.

8. Суганяка В.Г., Бухтеев С.В. Комбинированная гастрэктомия после пробной лапаротомии по поводу лимфосаркомы желудка // *Клин. хир.* - 1991. - №5. - С.62-63.
9. Сутягин А.Г., Порошин К.К. Иммунобластная лимфосаркома желудка // *Вопросы онкологии* - 1987. - №2. - С.107-109.
10. Chonan A, Mochizuki F, Ando M, Atsumi M, Mishima T. Endoscopic ultrasonography for the diagnosis of gastric malignant lymphoma // *Endoscopy.* - 1998. - Aug; Vol.30, Suppl 1. - P.76-77.
11. Lister T.A., Armitage J.O. Non-Hodgkin's Lymphomas // *Clinical Oncology.*, ed. Abeloff R.H. - Churchill Livingstone., 2000. - P.2658-97.
12. Matsuda T, Okihama Y, Egami K, Wada M, Yoshioka M, Maeda S, Onda M. Complete cure of malignant lymphoma of the stomach with a huge adrenal lesion achieved by preoperative chemotherapy and surgery: report of a case // *Surg Today.* - 2001. - Vol.31, №1. - P.62-67.
13. Okumoto T, Tomiyama K, Ino H, Kanaya Y, Maruyama S, Otani J, Yokoyama N, Soda M. A case of malignant lymphoma of the stomach in which preoperative chemotherapy provided a complete response // *Gan To Kagaku Ryoho.* - 2002. - Jun; Vol.29, №6. - P.943-947.
14. Ono K, Matsumura S, Sakamoto K, Kobayashi S, Kamano T, Iwasaki R. A case of gastric malignant lymphoma with perforation during chemotherapy // *Gan To Kagaku Ryoho.* - 1997. - Jan; Vol.24, №1. - P.105-108.

УДК 616.367-089.48

НАРУЖНОЕ УПРАВЛЯЕМОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

В.В.Катульский, С.А.Касумьян

Смоленская государственная медицинская академия

В клинике госпитальной хирургии СГМА предложена методика наружного управляемого дренирования общего желчного протока. Представленный способ является достаточно простым и высокоэффективным методом лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и холангитом в случаях отсутствия органических поражений терминального отдела холедоха. Способствует быстрой реабилитации больных в послеоперационном периоде с хорошими функциональными результатами.

Во всем мире отмечается рост заболеваемости желчнокаменной болезнью. В США ежегодно выполняется свыше 500 000 холецистэктомий, а в 1994 году в России было прооперированно 120 000 подобных больных [14, 16]. При этом летальность при остром холецистите достигает 10%, а при вовлечении в процесс желчевыводящих путей с возникновением механической желтухи и холангита эта цифра превышает 20% [11, 12, 17]. Сочетание механической желтухи и гнойного холангита является самым грозным осложнением желчнокаменной болезни, встречается у 30 – 45% больных, при этом летальность достигает 45% [1, 2, 8]. Таким образом, лечение больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, остается злободневной и еще не решенной проблемой ургентной хирургии.

Большие надежды при решении этой задачи связывались с появлением в арсенале хирургов современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения данной патологии, однако и они не помогли кардинально изменить ситуацию [6, 13, 20].

Метод наружного дренирования общего желчного протока по сей день не потерял своего значения. По разным данным, от 17 до 86% именно он завершает

холедохотомию [3, 19]. Технически это самый простой способ, доступный практически любому хирургу в любом лечебном учреждении. Он позволяет не только спасти жизнь больного в ургентной ситуации, обеспечивая отток продуктов воспаления и декомпрессию желчных путей, но и служит целям диагностики, позволяя в последующем выявить препятствия в общем желчном протоке, ранее не обнаруженные и в ряде случаев ликвидировать их. В США до 40% операций на билиарном тракте заканчивается именно наружным дренированием общего желчного протока [4, 16, 18].

Необходимо помнить, что при любых обстоятельствах отказ от наружного дренирования общего желчного протока при неустранимой причине механической желтухи и холангита чреват летальным исходом [5]. При этом все существующие методы применяются в качестве временных и имеют два, но весьма существенных недостатка: нарушение естественного пассажа с постоянной потерей желчи и быстрая декомпрессия желчных путей [7, 9, 10, 15].

Мы попытались усовершенствовать метод наружного дренирования общего желчного протока с целью устранения указанных недостатков.

В этой связи нами разработано регулируемое клапанное устройство, которое присоединяется к дренажам типа Кера или Холстеда. При этом создается заданное давление в общем желчном протоке, а при превышении его происходит сброс излишков желчи наружу.

Клинические исследования выполнены у 52 пациентов, оперированных в клинике за последние 1,5 года. Всем им была выполнена холецистэктомия, с последующим дренированием общего желчного протока. У 18 из них использовалось предложенное устройство, а 34 пациента были включены в контрольную группу. Возраст исследуемых больных варьировал от 25 до 77 лет и составил в среднем 59,4% (58,9% – контроль), большинство составляли женщины – 78% (74,2% – контроль). Все больные оперированы по экстренным и срочным показаниям, при этом тяжесть основной и сопутствующей патологии была вполне сопоставима.

Клапанное устройство сразу после дренирования устанавливалось на заданное давление в общем желчном протоке, равное 120 мм водн.ст. Это делалось с целью профилактики печеночной недостаточности, риск которой повышается при быстрой декомпрессии внутрипеченочных желчных путей. Дебит желчи по дренажу варьировал от 100 до 300 мл в сутки (в среднем – 183,3 мл), в контрольной группе потери желчи были более значительными – от 300 до 1000 мл (в среднем – 500 мл).

При наблюдении в динамике в сроки от 5 до 10 суток (в среднем на 8-й день) давление в холедохе нормализовывалось, на цифрах 100-110 мм водн. ст. восстанавливался физиологический пассаж желчи, потери ее по дренажу прекращались.

Всем больным выполнялась контрольная фистулохолангиография, при этом контрастное вещество вводилось в дренаж без отсоединения клапанного устройства, что позволяло получать достоверную информацию не только об анатомической, но и физиологической проходимости дистального отдела холедоха. Необходимость «тренировки» дренажа автоматически отпадала, и дренажи удалялись на 12-16-е сутки после операции (в среднем – на 14-е сутки). В контрольной группе сроки дренирования оказались более длительными – от 11 до 29 суток (в среднем – 21 сутки), что в итоге увеличивало сроки пребывания больных в стационаре до 27 дней при 20 (в среднем) в исследуемой группе.

В процессе апробации метода нами было отмечено более быстрое разрешение параза и восстановление нормальной функции кишечника. В исследуемой группе отмечена более поздняя нормализация биохимических показателей,

характеризующих функциональное состояние печени, почек, поджелудочной железы. Отмеченные закономерности, несомненно, заслуживают дальнейшего детального изучения.

Равно важен и тот факт, что в сроки от 6 до 12 месяцев ни у одного из больных не было зафиксировано наличия постхолецистэктомического синдрома, тогда как в контрольной группе это осложнение отмечено у 3 больных. Летальных исходов в группе из 52 оперированных больных не было.

Способ управляемого наружного дренирования общего желчного протока является наиболее простым, но высокоэффективным методом лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и холангитом в случаях отсутствия органических поражений терминального отдела холедоха. Способ особенно показан при наличии перитонита в экстренной хирургии. Применение клапанного дренажа позволяет избежать как резкой декомпрессии билиарного тракта, так и потерь желчи, дает объективную информацию о физиологическом состоянии дистального отдела холедоха, способствует скорейшему восстановлению функций печени и кишечника, позволяет получить существенный экономический эффект за счет сокращения средних сроков пребывания больных в стационаре.

Литература

1. Алтыев Б.К., Насыров Ф.Г., Ваккасов Н.Х., Садыков Х.Т. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухольной обструкцией внепеченочных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3, №3. – С.30-32.
2. Бабаджанов Б.Р., Курьянов Б.Н. Магнитно-лазерная терапия при холангиолитиазе // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т.3, №3. – С.34.
3. Бешенко В.В., Мельников С.А., Кузько Ю.Н., Лукашин Б.А. Пути улучшения результатов лечения механической желтухи и гнойного холангита доброкачественной этиологии // *Диагностика и лечение доброкачественных заболеваний желчных протоков*. – Тула, 1991. – С.135-136.
4. Борисов А.Е., Верховский В.С., Борисова Н.А. Чрескожное эндобилиарное вмешательство при механической желтухе доброкачественного происхождения // *Новые технологии в хирургической гепатологии*. – СПб., 1995. – С.360–362.
5. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. Желчнокаменная болезнь. – М., 1998. – 160с.
6. Вишневский В.А., Шадни И.М., Бруслик В.Г. Профилактика и лечение печеночной недостаточности и у больных с механической желтухой // *1-й Московский Международный конгресс хирургов*. – М., 1995. – С.250–251.
7. Ившин В.Г. Дозированная декомпрессия желчных путей у больных с механической желтухой: Авторефер. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 20с.
8. Касумьян С.А., Лебянов А.Д., Сергеев В.И. и др. Применение озона в лечении гнойного холангита // *Озон и методы эфферентной терапии в медицине*. – Н.Новгород, 1998. – С.64–65.
9. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М., 2001. – 259с.
10. Мионов В.И. Клиника, диагностика и хирургическое лечение непроходимости желчных путей при неотложных состояниях билиопанкреатодуоденальной зоны: Авторефер. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 38с.
11. Могучев В.М., Прикупец В.Л., Плюснин Б.И., Максимов В.В. Диагностика и лечение неопухольной механической желтухи // *1-й Московский Международный конгресс хирургов*. – М., 1995. – С.257–258.
12. Панцирев Ю.М., Сидоренко В.И., Паныков А.Г. Рациональные тактические подходы при лечении осложненной желчнокаменной болезни // *Экстренная хирургия желчнокаменной болезни*. – Ессентуки, 1994. – С.21–22.
13. Радзиховский А.П., Бабенко В.И., Беляева О.А. и др. Хирургическая тактика при механической желтухе неопухольного генеза // *1-й Московский Международный конгресс хирургов*. – М., 1995. – С.254-255.
14. Савельев В.С., Филимонов М.И. Экстренная хирургия желчнокаменной болезни // *Экстренная хирургия желчнокаменной болезни*. – Ессентуки, 1994. – С.33–35.
15. Савченко Ю.П., Павленко С.Г. Постхолецистэктомический синдром. – Краснодар, 2000. – 316 с.
16. Шерлок Ш. Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: Медицина, ГЭОТАР. – 1999. – 860с.

17. Borch K., Jonsson K.A., Zdosek J.M., Hallestam I. Prevalence of gallstone disease in a Swedish population sample // Scand. J. Gastroenterologi. – 1998. – Vol.33, № 11. – P.1219–1225.
18. Kozarek R.A. Pancreatic stents can induce ductal changes consistent with chronic pancreatitis // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Amer. – 1996. – № 6. – P.117–125.
19. Moument M., Fadil A., Alagui M. Et. et. al. Notre experience de la chirurgie de la lithiase de la voie biliaire principale. A propos de 370 observations // Ann. Chir. – 1992. – Vol.46, № 3. – P.235–238.
20. Pitt H.A. Role of open choledochotomy in the treatment of choledocholithiasis // Amer. J. Surg. – 1993. – Vol.165, №4. – P.483–486.

УДК 616.33-002.44-005.1

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Т.П.Коршунова, Е.П.Колеватых, Н.А.Никитин

Кировская государственная медицинская академия

Проанализированы результаты диагностики хеликобактериоза у 36 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Инфицированность *Helicobacter pylori* выявлена у 19 пациентов, из них у 10 больных, оперированных на высоте кровотечения, в сочетании с золотистым стафилококком и грибами рода *Candida*. Проведение антихеликобактерной терапии у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо начинать с момента поступления больного в стационар.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Растет число осложненных форм язвенной болезни, летальность при которых колеблется от 7 до 40% [1, 2, 3]. Много внимания уделяется изучению микроорганизмов, отнесенных к роду хеликобактер, их роли в патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [4]. Значение хеликобактериоза в urgentной хирургии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, изучено недостаточно.

Цель работы: определить частоту инфицирования *Helicobacter pylori* у больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Из них оперативные вмешательства в экстренном и срочном порядке выполнены 13 больным, консервативное лечение проведено 23 пациентам.

У неоперированных больных биоптаты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки получали при выполнении фиброгастродуоденоскопии. У 13 оперированных больных участки слизистой брали во время операции из краев язвенного дефекта, из тела и антрального отдела желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки и линий резекции. Материал погружали в нейтральную транспортную среду на время доставки в лабораторию, где немедленно проводилось бактериологическое исследование. *Helicobacter pylori* из биоптатов изолировали по стандартной методике (Lee A., Megraud F., 1996). Посевы культивировали на элективных питательных средах в микроаэрофильных условиях с использованием газогенерируемых пакетов Campi Pack при температуре 37°C в течение 96 часов, идентификацию проводили в оксидазном, уреазном тестах, а также по подвижности

в бульоне, устойчивости к налединовой кислоте. Видовую принадлежность определяли в реакции агглютинации со специфическими сыворотками. Выделение и идентификацию сопутствующей флоры выполняли по общепринятым методикам в соответствии с Приказом №535 (1985). Чувствительность к антибактериальным препаратам определяли методом серийных разведений и стандартных бумажных дисков.

Результаты

Инфицированность *Helicobacter pylori* выявлена у 19 пациентов, 10 из них оперированы на высоте кровотечения. У 7 оперированных больных *Helicobacter pylori* определялся в сочетании с золотистым стафилококком, у 4 – с грибами рода Кандида. Из 7 культур стафилококка три штамма обладали анаэробным типом дыхания. У них отмечалась высокая устойчивость к цефалоспорином и аминогликозидам.

У 3 оперированных больных, свободных от носительства *Helicobacter pylori*, золотистый стафилококк и грибы высевались реже, но чаще вегетировали молочнокислые палочки. В биоценозе с *Helicobacter pylori* стафилококки обладали более выраженной гемолитической активностью, чем в монокультуре. Этот момент требует более углубленного изучения, так как, на основании предварительных данных, он может провоцировать лизис тромбов в язве и поддерживать кровотечение.

В целом, наиболее высокая чувствительность микробных ассоциаций была отмечена к полусинтетическим пенициллинам, тетрациклину и макролидам второй генерации.

У 9 неоперированных больных на 3–7-е сутки после эпизода кровотечения в биоптатах при фиброгастродуоденоскопии *Helicobacter pylori* выделялся в монокультуре.

Заключение

Таким образом, антихеликобактерную терапию у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо начинать с момента госпитализации. Из антибактериальных препаратов, с учетом ассоциированной микрофлоры, целесообразно назначение полусинтетических пенициллинов, тетрациклина и макролидов второй генерации.

Литература

1. Гринберг А.А. Стратегия и тактика в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Актуальные вопросы практической медицины: Сборник научных трудов. - М, 1998. - С.32-36.
2. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. - 2000. - №3. - С.21-25.
3. Совцов С.А., Кушнеренко О.Ю., Подшивалов В.Ю., Эрдман З.В., Иванова Н.А. Принципы оказания хирургической помощи больным с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями // Хирургия. - 2001. - №12. - С.63-65.
4. Харнас С.С., Самохвалов А.В., Ларьков Р.Н. Влияние хеликобактериоза на результаты хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия. - 2000. - №6. - С.56-61.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.Д.Лебянов, С.А.Касумьян, В.А.Будрин, А.В.Сергеев, Б.А.Покусаев, Е.Д.Гусева

Смоленская государственная медицинская академия

В лечении 76 больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами в послеоперационном периоде в комплексном лечении использованы методы озонотерапии. Проведенными исследованиями установлена высокая частота контаминации слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки *Helicobacter pylori*. Озонотерапия способствует эрадикации *Helicobacter pylori*, нормализации желудочной секреции, а также оказывает биостимулирующее действие и сокращает сроки заживления язв.

В настоящее время перфоративные гастродуоденальные язвы (ПГДЯ) встречаются у 15-20% больных язвенной болезнью, и их число увеличивается [2, 4]. Результаты простого ушивания перфоративного отверстия неудовлетворительны, так как у 50-85% больных возникает рецидив заболевания в различные сроки после операции [6]. Однако с появлением новых эффективных средств медикаментозной терапии язвенной болезни, прежде всего с учетом роли *Helicobacter pylori* (HP), показатели рецидивов язвенной болезни снизились до 9-11% [3]. Тем не менее, несмотря на успехи антисекреторной медикаментозной терапии язвенной болезни и появление рациональных схем эрадикации HP, проблема адекватного лечения после ушивания ПГДЯ далека от разрешения, как и многие годы назад [7].

Высокая стоимость антисекреторных препаратов, используемых длительно в связи с сохраняющейся высокой активностью кислотно-пептического фактора после ушивания ПГДЯ, а также увеличение штаммов HP, резистентных к применяемым медикаментам, побуждает поиск новых способов лечения ушитых гастродуоденальных язв [1, 5].

Материалы и методы. Нами использована озонотерапия (ОТ) в комплексном лечении 76 пациентов в возрасте от 18 до 69 лет длительностью язвенного анамнеза до 18 лет. Контрольную группу составили 59 больных, получавших стандартное комплексное лечение, включающее H₂-блокаторы или ингибиторы протонной помпы в сочетании с различными антибактериальными препаратами (наиболее часто – кларитромицин+амоксциллин, или амоксициллин+метронидазол).

Ушивание перфоративных язв проводили либо с использованием видеолапароскопической техники, либо применяли открытый метод после лапаротомии.

На 3-5-е сутки после операции выполняли фиброгастродуоденоскопию, оценивая функцию кардиального и пилорического сфинктеров, состояние слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Визуальный осмотр заканчивали биопсией слизистой в зоне ушитой язвы с последующим гистологическим исследованием биоптатов и оценкой репаративных процессов в язве и степени инфицированности HP. Мазки-отпечатки каждого биоптата окрашивали по Граму. Степень бактериальной обсемененности определяли по числу бактерий в поле зрения, согласно метода Аруина Л.И. и соавт. (1988): 1 (+) – слабая степень (до

20 бактерий в поле зрения), 2 (++) – умеренная степень (до 60 бактерий в поле зрения) и 3 (+++) – выраженная степень (более 60 бактерий в поле зрения).

Кислотопродуцирующую функцию желудка исследовали методом интрагастральной рН-метрии и анализом желудочной секреции аспирационно-титрационным методом.

В основной группе больных в комплексном лечении ушитых язв (H_2 -блокаторы и ингибиторы протонной помпы) применяли озонкислородную газовую смесь (ОКС), которую получали в озонаторе фирмы "Медозон" (Москва). В работе использовали газообразный озон и дистиллированную воду или физиологический раствор, содержащие растворенный озон (РО). ОКС в объеме 600-1000 мл вводили при гастродуоденоскопии и через тонкий хлорвиниловый желудочный зонд ежедневно в течение 5-8 суток до полного купирования болей и диспептических явлений. Одновременно больные принимали РО по 200-300 мл 2 раза в день за 30 минут до приема пищи. У 26 пациентов с большими язвами (более 1 см в диаметре) после обработки ОКС под слизистую в периульцерозной зоне вводили растворенный озон, и язвенный дефект прицельно покрывали слоем масла "Озонил". Курс лечения озоном проводили в течение 2-4-х недель до полного заживления язвы.

Клиническую эффективность используемого лечебного комплекса оценивали по времени купирования диспептических симптомов, динамике заживления язв, снижению кислотопродукции желудка, микробиологическому контролю и срокам заживления ПДЯ. Все исследования проводили в динамике с интервалом 5-7 суток.

Результаты исследования и их обсуждение

Гиперацидное состояние выявили у 64 (84,2%) больных основной группы, в том числе - умеренную гиперацидность наблюдали у 12 (15,8%), у остальных 84,2% пациентов гиперацидность была выраженной (рН в кислотообразующей зоне составляла 0,9-1,8 при декомпенсированной опсалачивающей функции антрума). При этом было установлено, что у 16 (21%) больных имела место резистентность к традиционной терапии H_2 -блокаторами гистаминных рецепторов, что проявлялось в уменьшении продолжительности их терапевтического действия. Аналогичную резистентность наблюдали у 12% пациентов при лечении омепразолом.

При эндоскопическом осмотре у больных выявлялась картина ушитой язвы: язвенный дефект слизистой и подслизистого слоя, выраженный отек и гиперемия слизистой, покрывающей шовный материал, грязно-серый или бурый налет. У 46 (60,5%) пациентов размеры язвы составляли 1,4-2,0 см. Язвенному процессу у 71% больных сопутствовала микроскопическая картина антрального гастрита: различные эрозии и петехии, гиперемия, отек и разрыхление слизистой. В 29 (38%) наблюдениях эрозии выявляли также в луковице двенадцатиперстной кишки и в теле желудка.

В биоптатах НР выявлен у 82,9% больных язвенной болезнью желудка и у 94,6% - при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (табл.1).

Анализ данных эндоскопического и функционального исследований свидетельствует, что в абсолютном большинстве наблюдений перфоративные гастродуоденальные язвы ассоциированы с выраженной контаминацией слизистой НР, сохраняющей жизнеспособность при высокой кислотопродукции желудка. При этом характер и тяжесть деструктивных изменений в области язвы, периульцерозной зоны и антрального отдела желудка с большой степенью вероятности можно связать с интенсивностью бактериальной обсемененности слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Поэтому в программу реабилитационного лечения должны обязательно включаться препараты для эрадикации НР. Применение

предлагаемой схемы ОТ способствовало быстрому купированию болевого синдрома (на 3-5-е сутки), устранению явлений желудочной диспепсии и нормализации функций кишечника.

Таблица 1. Результаты исследования на НР у больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы

Характер патологии	Частота обсемененности НР (%)	Выраженность обсемененности (%)		
		Слабая	Умеренная	Выраженная
Язвенная болезнь желудка	82,9	14,0	27,8	41,1
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	94,6	10,5	40,1	44,0

Анализ клинических и морфологических данных показал, что устранение явлений язвенной диспепсии и активизация репаративных процессов в ушитой язве уже на 4-6-е сутки комплексного лечения с использованием ОТ, как правило, сопровождались достоверным снижением степени колонизации слизистой НР.

При этом частота выявления эритемы слизистой и эрозий снижалась с 71 до 15,7%. Констатировано значительное уменьшение признаков дисплазии, десквамации эпителия, а также отека и расстройств микроциркуляции в периульцерозной зоне и антральном отделе желудка. Вместе с тем увеличивалась пролиферативная активность, дифференцировка клеток и появились межэпителиальные лимфоциты. В биоптатах стенки язвы достоверно снижалось содержание эозинофилов и нейтрофилов (клеточных индикаторов остроты воспаления), отчетливо уменьшались явления некролиза и дистрофические изменения нейтрофилов. На фоне восстановления структуры гранулоцитов отмечали активизацию пролиферации фибробластов и фиброцитов. Эти позитивные изменения свидетельствуют о цитопротективном и иммуномодулирующем эффектах ОТ.

На основании полученных данных исследований можно сделать заключение, что ОТ оказывает цитопротективное и иммуномодулирующее действие. Через 2 недели лечения НР выявлялись только у 16,9% больных язвой желудка и у 19,1% - язвой двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что в этот срок в репрезентативной контрольной группе пациентов степень бактериальной контаминации слизистой была в 1,4 раза выше, чем у больных, леченных озоном.

Включение озона в комплексное лечение ушитых перфоративных язв способствовало сокращению сроков лечения больных. Язвы желудка заживали быстрее на 5-7 дней, а двенадцатиперстной кишки - на 6-9 дней по сравнению с контрольной группой больных. К достоинству ОТ также следует отнести хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов и низкие материальные затраты.

Выводы

1. У большинства больных с перфоративными гастродуоденальными язвами выявляется умеренная и выраженная степень обсемененности НР слизистой антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, а уровень кислотопродуцирующей функции желудка не влияет на степень бактериальной обсемененности слизистой.
2. Озонотерапия способствует эрадикации НР, нормализации желудочной секреции, а также обладает биостимулирующим действием и сокращает сроки заживления язв.

Литература

1. Абдулхаков Р.А., Гриневиц В.Б., Иваников И.О. и др. Схемы тройной терапии язвы луковицы двенадцатиперстной кишки на основе препарата де-нол // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. - №2. – С.26-33.
2. Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Липецк, 1997. – С.16.
3. Ивашкин В.Т. *Helicobacter pylori*: биологические характеристики, патогенез, перспективы эрадикации // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1997. - №7. – С.21-23.
4. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2000. - №1. – С.27-32.
5. Лапина Т.Л. Язвенная болезнь: возможности лечения на пороге нового века // Consilium medicum. – 2000. – Т.2, №7. – С.275-279.
6. Лупальцев В.И., Гречишников Н.А., Гладких Б.Е. Опыт лечения перфоративных язв // Клин. хир. – 1987. - №4. – С.38-39.
7. Хаджиев А.Ч., Лупальцев В.И. Сравнительная оценка результатов выполнения паллиативных и радикальных операций по поводу гастродуоденальной язвы, осложненной перфорацией // Клин. хир. – 1998. - №6. – С.33-35.

УДК 616.33/34-005.1-089

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ю.И.Ломаченко, А.А.Безалтынных

Смоленская государственная медицинская академия

На основе многофакторного анализа клинических ситуаций у 102 больных с кровотечениями из острых гастродуоденальных язв предложен лечебно-диагностический алгоритм врачебных действий. Установлено, что самые неудовлетворительные результаты лечения наблюдаются у больных старших возрастных групп. Качество эндоскопической помощи, по мнению авторов, имеет не меньшее значение в исходах лечения, чем другие лечебно-диагностические методы.

В структуре язвенных кровотечений определенную долю составляют кровотечения из острых язв. Оперативное вмешательство рассматривается как крайняя мера в лечении больных с данной патологией. Заключение о том, что операция – не лучший способ лечения кровотечений из острых язв, основано на неутешительных результатах: операции носят паллиативный характер в 66% случаев, кровотечения рецидивируют в 15% от числа указанных случаев, уровень послеоперационной летальности достигает 32% [6]. Большие надежды возлагаются на эндоскопическую помощь, которая наряду с уточняющей диагностикой включает лечебные мероприятия, дополняющие комплекс проводимой гемостатической терапии. Эффективность эндоскопических и медикаментозных методов лечения кровотечений из острых гастродуоденальных язв и эрозий достигает 90-96 % [2; 3; 4]. Эндоскопически удается остановить активные кровотечения у 1/3 больных с острыми язвами [8]. Методы эндоскопического лечения совершенствуются и применяются на практике в сочетании друг с другом [10; 14]. Зарубежные хирурги стараются реализовать лечебные возможности эндоскопии, в том числе, при очень угрожающих кровотечениях из острых язв Дьюлафуа [9; 11; 13; 14], при которых часть хирургов [5; 7] признают малоэффективной консервативную терапию и призывают отдавать предпочтение методам оперативного лечения. Есть точка

зрения, согласно которой, более важное значение в исходах лечения больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями имеют инфузионно-трансфузионная терапия и оперативное вмешательство, а не методы эндоскопического лечения [1]. В других исследованиях доказывается зависимость исходов лечения от объема и эффективности эндоскопической помощи [12].

Возможности предупреждения рецидивных кровотечений из острых гастродуоденальных язв, определение показаний к оперативным методам лечения, изучение исходов лечения стали предметом наших исследований.

Цель исследования: на основе многофакторного анализа определить алгоритм врачебных действий у больных с кровотечениями из острых гастродуоденальных язв.

Материал и методы исследования. Изучены материалы историй болезни 102 больных, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии СГМА с 2000 года. Кровотечения из острых язв составили 51% в структуре язвенных кровотечений и 29% при рассмотрении всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Следует оговориться, что острый характер язв был подтвержден морфологически только у 8 из 102 больных. В остальных 94 случаях заключение о том, что язвы являются острыми, мы основывали на эндоскопических данных и сроках заживления диагностированных язв. Все больные были разделены на три группы:

- первая - 24 наблюдения с локализацией язв в желудке;
- вторая - 58 наблюдений с локализацией язв в двенадцатиперстной кишке;
- третья - 20 наблюдений с сочетанной локализацией гастродуоденальных язв.

Многофакторный анализ, проведенный в группах больных, предусматривал:

- 1) выявление особенностей контингента больных (возраст, сопутствующая патология);
- 2) оценку анамнестических данных (наличие язвенного анамнеза и кровотечений в анамнезе, сроки поступления в стационар с момента появления первых жалоб);
- 3) изучение эндоскопической характеристики язв (количество, локализация, размеры, оценка активности кровотечений по классификации Форрест);
- 4) изучение эффективности эндоскопического гемостаза в случае выявления активного характера кровотечений;
- 5) анализ лабораторных показателей (уровень гемоглобина, количество эритроцитов);
- 6) определение индекса гиповолемического шока на момент госпитализации больных;
- 7) изучение результатов предпринятого лечения.

Цифровые данные, полученные в ходе исследований, выражались в абсолютных и относительных величинах.

Результаты исследования

Среди пациентов с язвами желудка и сочетанной локализацией язв было значительно больше больных пожилого и старческого возраста (рис.1). В 80% случаев выявлены серьезные сопутствующие заболевания, относящиеся, как правило, к сердечно-сосудистой патологии.

Больные 2-й группы (острые дуоденальные язвы) имели преимущественно возраст до 60 лет (74%), в 50% случаев - язвенный анамнез. У 7 (12 %) из 58 больных отмечались ранее язвенные кровотечения. Для сравнения следует указать, что в 1-й группе (острые язвы желудка) больные не указывали на желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе, а в 3-й группе (сочетанная локализация язв) такие указания были у 5 из 20 больных.

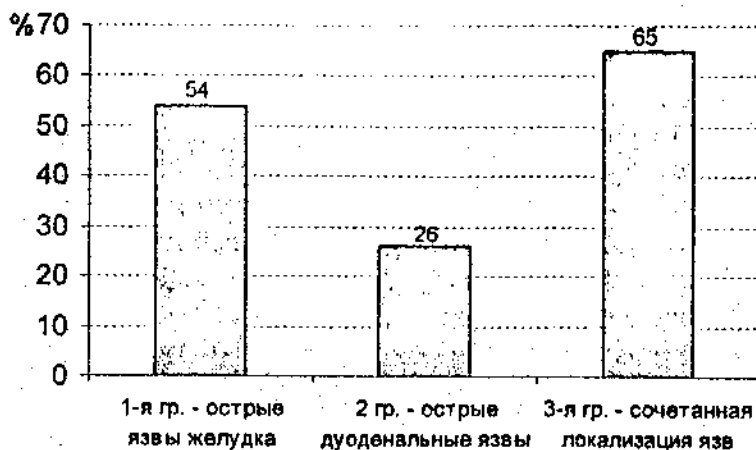


Рис.1. Количество больных пожилого и старческого возраста в группах наблюдения

Более ярко выраженные клинические проявления отмечены в наблюдениях с кровотечениями из острых язв желудка, что в 46% случаев определило обращение больных за медицинской помощью в первые 6 часов с момента появления признаков кровотечений. Установлено, что ни в одном из этих наблюдений не отмечалось коллаптоидных состояний. Потеря сознания на догоспитальном этапе или в стационаре имела место у 5 (9%) из 58 больных с кровотечениями из острых язв двенадцатиперстной кишки и у 1 из 20 больных с сочетанной локализацией язв. Следует отметить, что в рассматриваемых группах больных не установлено существенных различий в значениях индекса гиповолемического шока.

Наиболее часто выявлялись одиночные язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке. Множественные язвы были характерны для больных из 3-й группы с сочетанной локализацией язв. Чаще сочетались язвы антрального отдела желудка с язвами луковицы двенадцатиперстной кишки.



Рис. 2. Оценка активности кровотечений по классификации Форреста в группах наблюдения

В 1-й группе больных язвы локализовались в области тела (12), несколько реже - в антральном отделе (10), редко - в разных отделах желудка (2). Во 2-й группе преимущественной являлась бульбарная локализация язв (у 51 из 58 больных). В 75% всех случаев язвы не превышали размера 1 см.

Активное кровотечение во время экстренного эндоскопического обследования на этапе госпитализации больных отмечалось наиболее часто в 1-й группе (рис.2). В этих случаях производился эндоскопический гемостаз методами: орошения раствором адреналина; электрокоагуляцией; клипированием; инъекционным способом. Рецидивы кровотечений отмечены в 10 (35%) из 29 наблюдений остановленного кровотечения.

Эндоскопический гемостаз электрокоагуляцией оказался безуспешным у больной 79 лет с сочетанной локализацией язв. Больная умерла после операции. Причиной смерти признана постгеморрагическая анемия. Не удалось достигнуть гемостаза инъекционным методом с одновременным применением клипирования в случае локализации язвы в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. Больной 77 лет был оперирован, выздоровел.

Повторный эндоскопический гемостаз электрокоагуляцией оказался не эффективным у больного с двумя острыми язвами желудка. Больной был оперирован по поводу рецидивного кровотечения, умер в раннем послеоперационном периоде от прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности. На аутопсии была также диагностирована двухсторонняя фибринозно-гнойная пневмония.

Одна больная 60 лет с острыми язвами на малой кривизне желудка отказалась от операции и умерла от рецидивного кровотечения, наступившего вскоре после эндоскопического гемостаза комбинированным способом, включающим инъекционный метод и электрокоагуляцию. Также без операции умер от рецидивного кровотечения больной 74 лет с острой язвой антрального отдела желудка и сопутствующей сердечно-легочной патологией. Один случай смерти пациента с острой язвой желудка был связан не с кровотечением, а с развитием повторного острого инфаркта миокарда.

Общая летальность составила 5%. Все умершие больные были из старшей возрастной группы. Среди них не было больных из 2-й группы, имевших острые язвы двенадцатиперстной кишки. В 1-й группе у больных с острыми язвами желудка летальность достигла 17%.

По результатам проведенных исследований мы рекомендуем следующий лечебно-диагностический алгоритм для случаев, в которых выявляются кровотечения из острых гастродуоденальных язв (рис.3).

Выводы

1. Особого внимания врачей заслуживают случаи кровотечений из острых язв желудка у больных старшей возрастной группы, поскольку результаты лечения именно у данной категории больных являются неутешительными: кровотечения трудно остановить эндоскопически, они часто рецидивируют после эндоскопического гемостаза, требуют оперативных методов лечения и усугубляют течение сопутствующей сердечной патологии.
2. Эндоскопическая помощь больным с кровотечениями из острых язв имеет не меньшее значение в исходах лечения, чем другие лечебно-диагностические методы. Посредством эндоскопических исследований врачи получают объективную информацию, на основе которой могут принимать клинические решения по тактике лечения.



Рис. 3. Лечебно-диагностический алгоритм, рекомендуемый к применению у больных с острыми гастродуоденальными язвами

Литература

1. Баранчук В.Н., Пичуев А.В., Скрябин О.Н. Лечение острых желудочно-кишечных кровотечений в специализированном стационаре // Вестн. хир. – 1992. - №7-12. – С.102-108.
2. Брюсов П.Г. Стрессовые язвы желудочно-кишечного тракта у хирургических больных // Военно-мед. журн. – 1998. – Т. СССХІХ, №1. – С.30-38.
3. Желудочно-кишечные кровотечения в послеоперационном периоде у больных с заболеваниями сердца и сосудов / М.Б.Ярустовский, Е.А.Шипова, С.С.Волкола, Т.К.Хайдурова // Анализы хирургии. – 1999. - №3. – С.30-35.
4. Курыгин А.А., Скрябин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. – С-Пб.: Сфинкс, 1996. – 370с.
5. Логиннов А.Ф., Долинский А.Г., Синдеев С.В. Язвы Дьюлафуа. Особенности клинического течения, диагностики и лечения // Возможности и перспективы диагностики и лечения в клинической практике: Тез. докл. научн.-практ. конф. – М., 1992. – С.189-190.
6. Роль эндоскопии в определении показаний к оперативному лечению синдрома Маллори-Вейсса и кровоточащих острых гастродуоденальных язв / О.Н.Скрябин, А.А.Коробченко, С.М.Лобач, И.М.Мусинов // Вестн. хир. – 1997. – Т.156, №2. – С.35-37.
7. Чернов В.Н., Мизнев И.А., Скорляков В.В. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны // Хирургия. – 1999. - №6. – С.10-14.
8. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений / М.П.Королев, Л.Е.Федотова, Н.В.Иванова и др. // Вестн. хир. – 1999. – Т.158, №3. – С.16-20.
9. An elderly case of post-bulbar Dieulafoy's ulcer / K.Nishida, S.Kawazoe, M.Higashijima et al. // Nippon Ronen Igakkai Zasshi. – 1997. – Vol.34, №6, Jun. – P.516-520.
10. Endoscopic ligation for non-esophageal variceal upper gastrointestinal hemorrhage // R.M.Wong, S.Ota, A.Katoh et al. // Endoscopy. – 1998. – Vol.30, №9, Nov. – P.774-777.

11. Gastric endoluminal treatment of Dieulafoy's ulcer / J.L.Jourdan, B.Dallemagne, M.Delforge, F.Fontaine, J.Weerts // Surg. Laparosc.Endosc. – 1998. - Vol.8, №6, Dec. – P.413-415.
12. Kolkman J.J., Meuwissen S.G. A review on treatment of bleeding peptic ulcer: a collaborative task of gastroenterologist and surgeon // Scand. J. Gastroenterol. – Suppl. – 1996. – Vol. 218. – P.16-25.
13. Mohr H.H., Dierkes-Globisch A. Bleeding from Dieulafoy's ulcer after argon-plasma laser coagulation of gastric angiodysplasia in Heyde's syndrome // Dtsch. Med. Wochenschr. – 1999. – Vol.124, №12, Mar 26. – P.351-354.
14. The endoscopic diagnosis and therapy as well as the long-term course of Dieulafoy's ulcer hemorrhage / D.Schilling, B.Jungling, H.E.Adamek et al. // Dtsch. Med. Wochenschr. – 1999. – Vol.124, №14, Apr 9. – P.419-423.

УДК 616.33/34-005.1-089

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Ю.И.Ломаченко, С.Г.Никитин

Смоленская государственная медицинская академия

Проведен анализ результатов лечения 181 больного с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, оперированных в объеме резекции желудка по способу Бильрот-II. Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки отмечена только у больных с дуоденальной локализацией язв – в 16 (11,1%) из 144 наблюдений. Изменения гомеостаза у больных с кровотечениями, возраст, сопутствующая патология (сердечно-легочная, сахарный диабет), экстренность операции, сроки выполнения плановых операций, интраоперационный способ обработки культи двенадцатиперстной кишки отнесены к факторам, определяющим развитие несостоятельности швов ее культи в послеоперационном периоде.

Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по способу Бильрот-II (Б-II) считается одним из характерных послеоперационных осложнений для всех модификаций этой операции. Данное осложнение наблюдается в 9 раз чаще у оперированных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями [8], достигая частоты развития - 18-21% [5, 7] и признаваясь причиной смерти в 57,7% случаев от числа летальных исходов у больных с язвенными кровотечениями после резекции желудка по Б-II [2]. Вероятность развития несостоятельности швов выше у пациентов пожилого и старческого возраста по причине возрастных изменений в репаративном ответе [6]. Кроме того, имеют значение технические погрешности в выполнении операций, особенности способа обработки культи двенадцатиперстной кишки и целый ряд других факторов [1, 3, 6]. Уточнение и учет факторов риска возникновения несостоятельности дуоденальной культи имеет практическое значение для хирурга, поскольку это позволяет рационально оперировать, предупреждая развитие данного послеоперационного осложнения.

Цель исследования заключалась в установлении факторов риска несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки у оперированных больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями.

Материал и методы исследования. В настоящей работе анализированы клинические материалы 181 больного с гастродуоденальными язвенными

кровоотечениями, которым была произведена резекция желудка по Б-П в одной из модификаций. Язвенный дефект локализовался в желудке - у 37, в двенадцатиперстной кишке - у 144 пациентов. В анализ включены случаи с неотложными оперативными вмешательствами на высоте язвенных кровотечений и наблюдения, в которых операции выполнялись планомерно после осуществления гемостаза и проведения комплекса восстановительных консервативных лечебных мероприятий. Изучена частота развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки после аппаратного ушивания (с использованием аппаратов механического шва УО и УКЛ), после обработки культи по методам Ниссена, Мойнингема, Сапожкова, а также после атипичных способов ушивания. Цифровые данные, полученные в ходе исследований, выражались в абсолютных и относительных величинах.

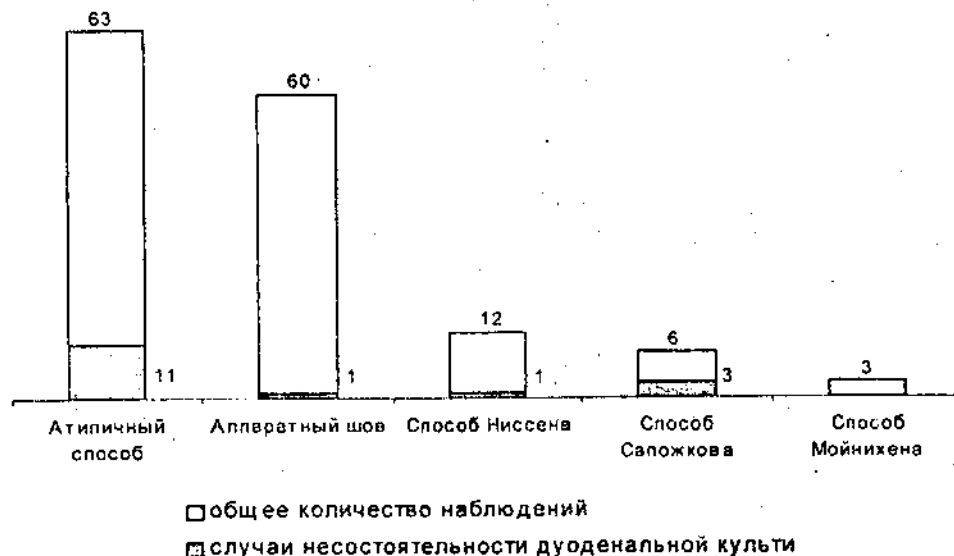


Рис. 1. Частота несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки после операций у больных с дуоденальной локализацией язв

Результаты исследования и их обсуждение

У 37 оперированных больных с локализацией язв в желудке не отмечено развития несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Данное послеоперационное осложнение наблюдалось у 16 (11,1%) из 144 больных с дуоденальной локализацией язв. Наиболее часто в случаях выявления дуоденальных язв хирурги были вынуждены использовать атипичные способы обработки культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Б-П в одной из модификаций (рис.1). Частота несостоятельности дуоденальной культи в этих наблюдениях имела самые высокие показатели - 17,5% (в 11 из 63 наблюдений). Хорошие результаты лечения отмечены при использовании методики механического шва - у больных с дуоденальными язвами наблюдался только 1 случай (1,7%) несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, связанный с краевым некрозом кишечной стенки. Следует отметить, что аппаратный способ обработки дуоденальной культи применен в 2 раза реже у оперированных с локализацией язв в двенадцатиперстной кишке по сравнению с его применением при резекциях желудка у больных с язвами желудочной локализации (рис.2). Данное различие объясняется трудностями выделения культи двенадцатиперстной кишки для наложения механического шва. В то же время у 3 (8,1%) из 37 больных с язвами желудка были выявлены рубцовые изменения в пилородуоденальной зоне, выраженность которых определили отказ хирургов от обработки культи двенадцатиперстной кишки аппаратным методом.

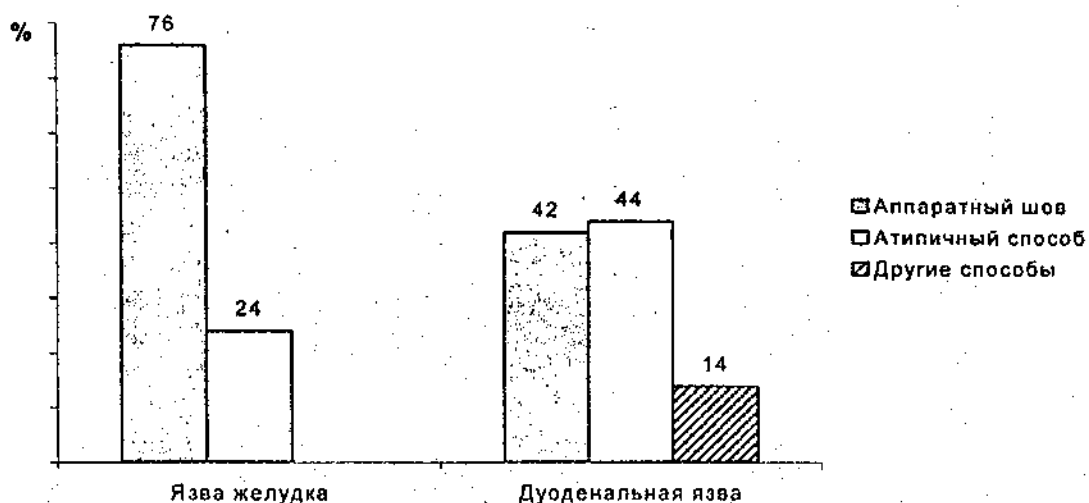


Рис. 2. Частота применения способов обработки культи двенадцатиперстной кишки после резекций желудка по способу Бильрот-II у больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями

Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки диагностирована в 2 раза чаще после резекций желудка, произведенных в неотложном порядке на высоте язвенных кровотечений, в сравнении с плановыми оперативными вмешательствами: соответственно – в 12 (13,8%) из 87 и 4 (7,0%) из 57 наблюдений. Анализ случаев несостоятельности швов дуоденальной культи после плановых операций показал, что развитию данного осложнения способствует выполнение операции в сроки, ограниченные первыми 4 неделями нахождения больных в стационаре после поступления с клиникой гастродуоденального язвенного кровотечения. Это подтверждает мнение других авторов [4, 9, 10] о том, что восстановительный период для устранения нарушений гомеостаза, обусловленных кровопотерей, продолжается не менее 3-4 недель после эпизода кровотечения.

Клинический интерес представляет характеристика язвенных кровотечений и особенности контингента больных, у которых реализовалось послеоперационное осложнение в виде несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Сопутствующая сердечно-легочная патология и возраст старше 65 лет отмечены у 9 из 16 больных с указанным осложнением, 3 из них страдали сахарным диабетом. В связи с этим, есть основания утверждать, что лица пожилого и старческого возраста с гастродуоденальными язвенными кровотечениями относятся к группе риска несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки после резекций желудка по Б-II.

Анализ показателей лабораторных исследований в первые сутки послеоперационного периода выявил низкие значения гемоглобина (не превышающие 100 г/л) у всех неотложно оперированных больных. При этом его значения были ниже 80 г/л в 50% случаев. Соответственно отмечалось уменьшение количества эритроцитов в анализах крови.

Кровотечение сочеталось с другими осложнениями язвенной болезни у 15 из 16 пациентов с развившейся несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки. Во всех указанных случаях выявлена пенетрация язв, которой в 8 наблюдениях сопутствовали стеноз и рубцово-спаечная деформация двенадцатиперстной кишки на уровне язвенного поражения.

Выявление недостаточности дуоденальной культи является поводом для обсуждения показаний к релапаротомии. Повторное оперативное вмешательство проведено у всех больных с данным послеоперационным осложнением. Интраоперационно диагностирован перитонит: в 7 – отграниченный, в 9 случаях – разлитой перитонит (в 2 из них – выявлены одновременно признаки послеоперационного панкреонекроза).

Объем операций у больных с несостоятельностью швов дуоденальной культи определялся особенностями клинических случаев. При релапаротомии производились: санация и дренирование брюшной полости, наложение дуоденостомы по одной из методик или создание условий для формирования наружного дуоденального свища, обсуждался вопрос о наложении холецистостомы. Умерли 10 из 16 больных в разные сроки после релапаротомии.

Выводы

1. Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки после резекций желудка по способу Бильрот-II в одной из модификаций отмечается с частотой 11,1% у оперированных больных, поступающих с кровотечениями из язв дуоденальной локализации.
2. Изменения гомеостаза у больных с кровотечениями, возраст, сопутствующая патология (сердечно-легочная, сахарный диабет), экстренность операции, сроки выполнения плановых операций, интраоперационный способ обработки культи двенадцатиперстной кишки являются факторами, определяющими риск развития несостоятельности швов ее культи в послеоперационном периоде.

Литература

1. Закрытие культи двенадцатиперстной кишки при пенетрирующей низкорасположенной язве / Н.С.Скрипников, Б.Ф.Лысенко, В.Д.Шейко, Р.Б.Лысенко // *Клінічна хірургія*. – 1995. - №9-10. – С.15-17.
2. Лосев Р.З., Чирков Ю.В. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // *Вестн. хир.* – 1996. – Т.155, №6. – С.28-31.
3. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в ургентной хирургии язвенной болезни. – Киров, 2002. – 216с.
4. Пархисенко Ю.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений с учетом особенностей постгеморрагических состояний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Воронеж, 1997. – 43с.
5. Пути снижения летальности при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки / Ю.С.Полуян, М.Г.Сачек, В.Н.Лекторов и др. // *Материалы XX Пленума Правления общества хирургов республики Беларусь*. – Новополоцк, 1994. – С.165-166.
6. Серова А.С., Асташов В.Л. Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений в пожилом и старческом возрасте // *Вестн. хир.* – 1996. – Т.155, №1. – С.30-33.
7. Хаджибаев А.М., Эшбеков М.Э., Байбеков И.М. Причины несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза и пути ее предупреждения в хирургии дуоденальных язв // *Вестн. хир.* – 1996. – Т.155, №4. – С.57-59.
8. Хачиев Л.Г., Хачиев Г.Л. Хирургическая тактика при язвенном гастродуоденальном кровотечении // *Клин. хир.* – 1993. - №4. – С.8-12.
9. Чайковский Ю.Я., Цурицлия А.В. К вопросу о хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // *Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Сб. научн. трудов*. – Смоленск: изд. СГМА, 1996. – С.30-36.
10. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: состояние проблемы и реальные перспективы / И.И.Затевихин, А.А.Щеголев, Б.Е.Титков и др. // *Рос. мед. журн.* – 1998. - №2. – С.3-8.

ВОЗМОЖНОСТИ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПОМОЩЬЮ ИММУНОХИМИЧЕСКИХ ОНКОМАРКЕРОВ

Н.А.Майстренко, Ал.А.Курыгин, Г.Н.Хрыков

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

В работе дана характеристика известным группам опухолевых маркеров, изучена эффективность дооперационной диагностики метастазов рака желудка и толстой кишки с помощью иммунохимических маркеров: РЭА, СА 19-9 и АФП. Результаты иммунохимических тестов у 60 больных сопоставлены с данными дооперационных методов исследования, интраоперационными диагнозами и гистологическими заключениями. Результаты свидетельствуют о том, что эффективность применения иммунохимических опухолевых маркеров превышает 90%; увеличение их концентрации в крови из периферической вены коррелирует с наличием метастазов опухоли и неблагоприятным прогнозом заболевания. Одновременно отмечено, что концентрация онкомаркеров не зависит от гистологической структуры и степени дифференцировки опухоли.

По данным современной литературы, выделяют 3 группы опухолевых маркеров (ОМ) [5]. Первую составляют биохимические ОМ — ферменты и субстраты, активность или концентрация которых меняются при онкологических заболеваниях. Однако очень низкие показатели чувствительности и специфичности этих онкомаркеров обуславливают их применение лишь во вспомогательных целях. Вторая группа — иммунохимические ОМ — белковые молекулы (антигены), выделяемые опухолевыми клетками в результате их генетических нарушений. Чувствительность иммунохимических ОМ (10^{-12} — 10^{-14} г) значительно выше, чем биохимических, что позволило расширить исследования и внедрить в практику диагностические тесты с данными онкомаркерами [2, 4, 11]. Их информативность становится достаточно высокой только при сформировавшейся опухоли. Третья группа — молекулярно-генетические ОМ, обладающие наибольшей чувствительностью (10^{-15} — 10^{-18} г). Методы молекулярно-генетической диагностики большинство онкологов признают наиболее эффективными в качестве скрининговых [12]. Однако технологическая сложность и высокая стоимость исследований сдерживают широкое внедрение в практику молекулярно-генетических методов [1, 4, 5, 11, 13].

Среди иммунохимических ОМ наиболее эффективными в диагностике злокачественных опухолей пищеварительной системы являются раково-эмбриональный антиген (РЭА), углеводный антиген (СА19-9) и α -фетопротеин (АФП).

Раково-эмбриональный антиген (англ. СЕА — carcinoembryonic antigen) является, пожалуй, наиболее известным иммунохимическим маркером. Литературные сведения о его свойствах и применении разноречивы, однако мнения большинства авторов сходятся в том, что информативность этого ОМ максимальна при раке толстой кишки и снижается при раке желудка и опухолях поджелудочной железы [2, 5, 11, 12]. Нормальная концентрация РЭА составляет от 0 до 3 нг/мл, при этом последняя величина считается дискриминационной. Однако в зависимости от типа применяемой диагностической тест-системы этот показатель может сдвигаться

до 5 мкг/мл. Информативность РЭА существенно отличается при опухолях различной локализации. Так, его чувствительность при колоректальной карциноме колеблется от 50 до 90% [4], при раке печени составляет 20-50%, а при раке желудка – 20-65,5% [5]. Выявлена обратная зависимость между концентрацией РЭА в крови и степенью дифференцировки опухоли желудка [3].

Раково-эмбриональный антиген предлагается в качестве основного критерия оценки радикальности операции при раке толстой кишки. Уровень онкомаркера рекомендуется контролировать в течение 8 месяцев после вмешательства. Замечено, что чем выше дооперационная концентрация РЭА, тем более вероятны метастазы в печень и менее благоприятен прогноз заболевания. Разработана и апробирована на 1017 больных раком толстой кишки схема длительного послеоперационного наблюдения, которая, помимо регулярных эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых исследований, включает в себя оценку уровня раково-эмбрионального антигена ежеквартально в течение 1-го года после вмешательства и затем – дважды в год [8].

Выявлена закономерная связь между числом положительных тестов на РЭА и частотой рецидивов рака толстой кишки. Так, за 50-55 месяцев наблюдения установлено, что при первой послеоперационной положительной пробе на антиген диагностирован рецидив рака у 3,8% больных, при 10 положительных тестах подряд – у 29,7% пациентов, а когда повышенный уровень онкомаркера обнаруживался более 10 раз – во всех случаях верифицирован рецидив заболевания [9].

Показатель РЭА считается информативным прогностическим признаком операбельности и выживаемости больных раком толстой кишки и, в меньшей степени, желудка [13]. Статистически доказано, что чем выше исходный уровень онкомаркера, тем короче продолжительность жизни оперированных пациентов [7]. Имеются сообщения о корреляции показателя РЭА при раке желудка с размерами опухоли, глубиной инвазии и стадией метастазирования [10].

Широко применяется углеводный антиген (СА19-9), который имеет высокое диагностическое и прогностическое значение при раке поджелудочной железы, толстой кишки и желудка. Нормальный уровень СА19-9 в сыворотке крови – до 37 МЕ/мл, дискриминационной концентрацией считается 37 МЕ/мл. У больных раком толстой кишки установлено, что если показатель онкомаркера превышает указанную величину, то вероятность летального исхода в течение трех лет после операции увеличивается в 4 раза по сравнению с пациентами, у которых тест на СА19-9 был отрицательным или нормальным [2, 12]. При раке желудка обнаружена несколько иная закономерность. Так, у больных с уровнем СА19-9 в крови более 60 МЕ/мл адьюстированный относительный риск, определенный методом регрессионного анализа по Коксу, оказался в 2,8 раза выше, чем у пациентов с показателями онкомаркера менее 60 МЕ/мл. Эти результаты позволяют считать СА19-9, наряду с РЭА, весомым фактором прогноза при раке толстой кишки и желудка [13].

Первый из открытых иммунохимических онкомаркеров – α -фетопротеин (АФП) является эмбриональным антигеном и обнаруживается в сыворотке плода. В годовалом возрасте концентрация АФП в крови аналогична показателю взрослого человека и составляет до 10 нг/мл. Эта величина считается дискриминационной. В настоящее время данный онкомаркер применяется для диагностики первичной гепатоцеллюлярной карциномы, с целью мониторинга при этом заболевании, а также для дифференциальной диагностики рака печени и патологических изменений при гепатитах. Показатель АФП достаточно информативен при множественных

регионарных и отдаленных метастазах в печень рака желудка и толстой кишки [4, 5, 6].

Большинство авторов подчеркивают необходимость сочетанного применения иммунохимических онкомаркеров в диагностике опухолей желудочно-кишечного тракта. Это значительно повышает чувствительность исследования и эффективность дифференциальной диагностики заболевания [4, 5, 6, 9, 10].

Нами обследовано 60 больных, из которых рак желудка диагностирован у 27, рак толстой кишки - у 33. Мужчин было 36, женщин - 24. Возрастная характеристика: до 50 лет - 8; 50-60 лет - 14; 60-70 лет - 17 и свыше 70 лет - 21 пациент.

Всем больным назначались полный спектр лабораторных анализов, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические исследования - по показаниям.

Окончательный диагноз во всех случаях верифицирован морфологически. Исследовались биопсийный материал и препараты, удаленные во время операции. Регионарные или отдаленные метастазы выявлялись ультразвуковым методом, с помощью магнитно-резонансной томографии, при лапароскопии, а также при интраоперационной ревизии и в ходе вмешательства. Окончательный диагноз и распространенность злокачественного процесса формулировались согласно международной классификации TNM.

Кровь для исследования онкомаркеров бралась из периферической вены в количестве 5 мл и центрифугировалась в течение 15 минут. Полученная сыворотка замораживалась и хранилась при температуре - 18-20 градусов до использования, при этом соблюдалась стабильность режима.

Проводилась комплексная оценка следующих иммунохимических опухолевых маркеров: РЭА, СА19-9 и АФП. Их концентрация в сыворотке крови определялась на автоматизированном комплексе «Elesys2010» (фирма Hitachi), что полностью исключало субъективизм в оценке результатов, возможный при использовании планшеточного способа. Исследование проводилось методом электрохемотропной флуоресценции по унифицированной методике. Критическим показателем, вызывающим подозрение на наличие регионарных или отдаленных метастазов, считалась верхняя граница нормы каждого из онкомаркеров. Если их концентрация превышала критическую величину, вероятность метастазирования опухоли становилась статистически значимой. Результаты иммунохимических тестов сопоставлялись с данными специальных методов исследования, интраоперационным диагнозом и гистологическим заключением. При этом учитывались локализация метастазов, их размеры и распространенность (единичные, множественные, канцероматоз).

До операции метастазы выявлены у 8 из 60 больных. Противоположными оказались результаты интраоперационной диагностики: регионарные или отдаленные метастазы имелись в 40 из 60 наблюдений. Необходимо отметить, что из всего арсенала исследований, позволяющих обнаружить метастазы опухоли, только ультразвуковое и рентгенологическое выполнялись всем больным. Таким образом, в большинстве наблюдений не удалось верифицировать метастазирование злокачественного процесса до хирургического вмешательства или диагностической лапароскопии.

В результате исследований онкомаркеров установлено, что у 37 из 60 пациентов иммунохимические тесты оказались положительными. Во всех этих случаях интраоперационно обнаружены регионарные или отдаленные метастазы опухоли.

В другой группе из 23 человек (с опухолями желудка и толстой кишки), у которых показатели опухолевых маркеров были нормальными, в 20 случаях не обнаружено метастазов во время операции и при гистологическом исследовании. У 2 больных при диагностической лапароскопии выявлен канцероматоз брюшины, а у 1 пациента имелись регионарные метастазы.

Следовательно, у 40 из 60 обследованных и оперированных больных интраоперационно и морфологически доказано метастазирование опухоли, при этом в 37 случаях иммунохимические тесты оказались положительными. Таким образом, эффективность комплексного исследования иммунохимических опухолевых маркеров в дооперационной диагностике метастазов рака желудка и толстой кишки превысила 90%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что увеличение концентрации опухолевого маркера, начиная с максимума нормы и выше, коррелирует с наличием метастазов опухоли, а одновременное повышение двух и более онкомаркеров является убедительным признаком широкого распространения злокачественного процесса и, следовательно, неблагоприятного прогноза заболевания.

В результате исследований не обнаружено корреляции между концентрацией онкомаркеров, гистологической структурой и степенью дифференцировки злокачественных опухолей.

Таким образом, разработка и клиническое изучение различных типов ОМ дают весьма реальную возможность принципиально улучшить раннюю диагностику злокачественных опухолей пищеварительной системы, на качественно новом уровне контролировать состояние онкологического процесса после хирургического вмешательства и на фоне других методов лечения.

Литература

1. Белохвостов А.С., Новик А.А. Роль молекулярно-генетических исследований в диагностике солидных опухолей // Вопр. онкол. - 1999. - Т.45, №6. - С.599-606.
2. Вашакмадзе Л.А., Хомяков В.Н., Сидоров Д.В. Диагностика и лечение рака прямой кишки: современное состояние проблемы // Рос. онкол. журн. - 1999. - №6. - С.47-54.
3. Иванов В.Б., Родина А.Г. Клиника, лаборатория, диагностика: состояние и перспективы: Матер. науч.-практ. конф. (4-7.06.1996г.). - Санкт-Петербург. - С.270-271.
4. Карпищенко А.И., Антонов В.Г., Шелепина Е.П. Онкомаркеры // Медицинская лабораторная диагностика (Программы и алгоритмы) - Санкт-Петербург: Интермедика, 1997. - С.228-245.
5. Карпищенко А.И., Антонов В.Г., Бутенко Л.Б. и др. // Онкомаркеры, их диагностическое значение. - Санкт-Петербург, 1999. - 48с.
6. Шевцова А.И. Альфа-фетопротеин: биохимические свойства, функции и клиничко-диагностическое значение // Укр. биохим. журн. - 1995. - Т.67, №6. - С.11-20.
7. Andicoechea A., Vizoso F., Alexander E. et al. Preoperative carbohydrate antigen 195 (CA195) and CEA serum levels as prognostic factors in patients with colorectal cancer // Int. J. Biol. Markers. - 1998. - Vol.13, №3. - P.158-164.
8. Mezger J., Glasmacher A., Sauerbruch T. Machsorge bei Patienten mit kolorektalen Karzinomen // DMW: Dtsch.med.Wochenschr. - 1995. - Vol.120, №45. - P.1549-54.
9. Nakayama T., Watanabe M., Teramoto T., Kitogima M. Slope analysis of CA19-9 and CEA for redicting recurrence in colorectal cancer panients // Anticancer Res. - 1997. - Vol.17, №2b. - P.1379-82.
10. Niu W., Sherg W., Qin X. Analysis of CEA, CA19-9, CA72-4 and antibodies to Helicobacter pylori of gastric cancer patients // Clin. J. Bases and Clin. In Gen.Surg. - 1999. - Vol.6, №3. -P.162-165.
11. Northover JMA. Carcinoembryogenic antigen and reccurent colorectal cancer // Gut. - 1986. - Bd 2. - S.95-98.
12. Pandha H.S., Woxman I. Tumour markers.Review // Q. J. Med. - 1995. - Vol.88. - P.233-241.
13. Reiter W., Stieber P., Reuter C. et al. Prognostic value of preoperative serum level of CEA, CA19-9 and CA72-4 in gastric carcinoma // Anticancer Res. - 1997. - Vol.17, №4b. - P.2903-06.

СПОСОБ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.Ю.Никуленков, С.Н.Романенков

Смоленская государственная медицинская академия

Авторами разработан и внедрен способ резекции проксимального отдела двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. Данная операция позволяет удалить язвенный дефект и рубцовоизмененную стенку. Проведенные в послеоперационном периоде исследования свидетельствуют об эффективности описанного способа.

Ведущее место в лечении осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки принадлежит хирургическому лечению, несмотря на значительные успехи консервативной противоязвенной терапии. Удаление язвенного дефекта является одним из условий успеха оперативного вмешательства [1].

В клинике разработан и применен способ проксимальной резекции двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом.

Сущность предлагаемого способа состоит в том, что проксимальная резекция двенадцатиперстной кишки включает мобилизацию ее боковых стенок, взятие их на держалки, лигирование красного сосуда панкреато-дуоденальной артерии, циркулярного пересечения двенадцатиперстной кишки между держалками, начиная от малой кривизны, по дистальной границе рубцово-язвенного поля, пересечение задней и боковой (по большой кривизне) стенок двенадцатиперстной кишки изнутри кнаружи (от слизистой оболочки к серозной оболочке), удаление рубцово-измененной стенки вместе с язвенным дефектом и наложение дуоденодуоденального анастомоза.

Лигирование краевого сосуда панкреато-дуоденальной артерии на границе рубцовых тканей и приподнимание стенки двенадцатиперстной кишки над капсулой поджелудочной железы на держалках по мере ее мобилизации и пересечения делает ее более мобильной, что уменьшает вероятность повреждения поджелудочной железы. Циркулярное пересечение двенадцатиперстной кишки между держалками, начиная от малой кривизны, ниже и вне зоны рубцово-язвенного поля позволяет отделить рубцово-измененные ткани от неизмененных, что способствует полному удалению рубцовых тканей на аборальном конце и не требует его дополнительной обработки перед наложением анастомоза. Поэтапное пересечение задней и боковой (по большой кривизне) стенок двенадцатиперстной кишки от слизистой к серозной оболочке позволяет не выходить за пределы собственно стенки двенадцатиперстной кишки, что предупреждает повреждение терминального отдела гепатикохоледоха и протока поджелудочной железы. Продольное рассечение через рубцовое поле до неизменной стенки с двух сторон от язвы позволяет четко определить границы рубца, что необходимо для экономной резекции двенадцатиперстной кишки по верхнему краю язвы.

Способ осуществляется следующим образом. Лапаротомия, оценка патологического процесса. Производится мобилизация двенадцатиперстной кишки, путем освобождения ее передней поверхности от брыжейки поперечно-ободочной кишки и рассечения переходной складки брюшины по большой кривизне. Это

позволяет расправить стенку двенадцатиперстной кишки, увеличивает ее подвижность. При этом четко определяется граница рубцово-язвенного поля, прослеживается ход общего желчного протока. По нижней границе рубцово-язвенного поля со стороны малой кривизны освобождается и приподнимается на держалках боковая стенка двенадцатиперстной кишки. После чего выделяется и лигируется краевая веточка передней панкреато-дуоденальной артерии. Между держалками выполняется поперечная переднебоковая серомиотомия с последующей прецизионной коагуляцией сосудов подслизистого слоя. Затем вскрывается просвет двенадцатиперстной кишки. Проксимальная и дистальная стенки двенадцатиперстной кишки берутся на держалки. Поэтапно производится пристеночная мобилизация задней стенки двенадцатиперстной кишки с последующим ее пересечением от слизистой оболочки к серозной оболочке и взятием на держалки. Циркулярная дуоденотомия завершается пересечением мостика двенадцатиперстной кишки со стороны большой кривизны. Пересечение задней и боковой (по большой кривизне) стенок двенадцатиперстной кишки изнутри кнаружи (от слизистой оболочки к мышечной оболочке) позволяет не выходить за пределы собственно стенки, что предупреждает повреждение терминального отдела гепатикохоледоха и протока поджелудочной железы. Аборальный конец берется на 4 держалки (2 переднебоковые и 2 заднебоковые). Проксимальная часть с рубцово-язвенным полем острым путем отделяется от капсулы поджелудочной железы с лигированием сосудов. При этом четко контролируются ход общего желчного протока, расположение большого сосочка двенадцатиперстной кишки и пилорического жома. На мобилизованной удаляемой части двенадцатиперстной кишки продольно рассекается рубцовое поле с двух сторон от язвы до неизменной стенки с последующим его иссечением и максимальным сохранением неизменной стенки. После удаления патологически измененного отдела двенадцатиперстной кишки формируется дуоденодуоденоанастомоз одним рядом швом (викрил 4/0).

Пример. Больной И., 45 лет, поступил в хирургическое отделение 08.12.97 года, история болезни №7989/1304.

Язвенный анамнез 3 года. Клиническая картина соответствовала язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом, что и явилось показанием для оперативного лечения.

После соответствующей подготовки 17.12.97 г. выполнена операция: дуоденогастральная резекция с сохранением привратника. Верхнесредняя лапаротомия. При ревизии установлено, что желудок больших размеров, в основании луковицы двенадцатиперстной кишки по заднебоковой стенке большой кривизны стенозирующая язва в диаметре около 1,5 см. Рубцовое поле распространяется на переднюю стенку кишки. Мобилизация двенадцатиперстной кишки, путем освобождения ее передней поверхности от брыжейки ободочной кишки и рассечения переходной складки брюшины по большой кривизне с выделением супрадуоденального отдела общего желчного протока из рубцового поля. При этой поэтапной мобилизации зоны язвенного поражения установлено, что целесообразна резекция проксимального отдела двенадцатиперстной кишки, которая выполнена по описанному способу. Проверено состояние привратника. Наблюдается его спазм. В пилорический канал введен указательный палец, привратник релаксировался. Пилородуоденальный переход восстановлен однорядным швом (викрил 4/0). Далее выполнена резекция желудка с сохранением привратника.

Гистологическое заключение №5667-70: хроническая язва двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, в стенке желудка - морфологическая картина поверхностного гастрита. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. Назогастральный зонд удален на вторые сутки. С 3-х суток разрешено пить, с 4-х - стол № 0, с 5-х - стол № 2. На 10-е сутки после операции выписан на амбулаторное лечение у хирурга.

Всего по данной методике прооперировано 12 больных с осложненной стенозом язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 32 до 56 лет. Осложнений после операции не наблюдалось. Все больные приступили к работе. В сроки наблюдения от 2 до 5 лет проведено контрольное обследование. Жалоб

больные не предъявляют, диету строго не соблюдают, рецидива язвенной болезни не выявлено. Рентгенологически определяется порционная ритмичная эвакуация из желудка. Эндоскопически - зоны анастомозов не прослеживаются, привратник функционирует. Данные внутрижелудочной рН-метрии свидетельствуют о нормацидном состоянии кислотопродуцирующей функции желудка как пилорика, так и при стимуляции гистамином, а также о компенсации ощелачивающей функции сохраненного антрального отдела.

Предлагаемый способ проксимальной резекции двенадцатиперстной кишки обеспечивает следующие преимущества:

1. Стенка двенадцатиперстной кишки становится более мобильной, когда она берется на держалки и лигируется краевой сосуд панкреато-дуоденальной артерии.
2. Предупреждение повреждения терминального отдела холедоха и протока поджелудочной железы достигается путем пересечения задней и боковой (по большой кривизне) стенок двенадцатиперстной кишки изнутри кнаружи.
3. Рубцово-измененная стенка на аборальном конце удаляется, когда циркулярно пересекается двенадцатиперстная кишка, начиная от малой кривизны, дистальнее границы рубцово-язвенного поля.
4. Экономная резекция двенадцатиперстной кишки в проксимальном направлении осуществляется при продольном рассечении рубцового поля до неизменной стенки с двух сторон от язвы с последующим удалением.
5. Повреждение поджелудочной железы предупреждается при отделении рубцово-язвенного поля от капсулы поджелудочной железы острым путем под контролем зрения.

Литература

1. Оноприев В.И. Эпюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, 1995.- 293с.

УДК 616.33/342-002.44-089.168

КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА КАК ОТРАЖЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОСЛЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА

С.Ю.Никуленков, С.Н.Романенков, В.Б.Воскресенский

Смоленская государственная медицинская академия

Дана сравнительная оценка кислотопродуцирующей функции культивированного желудка после различных вариантов его резекции у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. До операции в 78% случаев установлено гиперацидное состояние кислотопродукции. У больных, перенесших дуоденогастральную резекцию с сохранением привратника, не происходит полного угнетения желудочной секреции, а после резекции желудка по способу Бильрот-1 диагностированы гипо- и ацидные состояния.

Пилоруссохраняющие и пилоромоделирующие резекции желудка в лечении осложненной язвенной болезни нашли широкое применение после выявления механизмов развития пострезекционных и постваготомических синдромов [2]. Большинство авторов видят причину этих расстройств в удалении (при резекции желудка) или разрушении (при ваготомии с пилоропластикой) привратника [1, 3, 4].

Цель исследования. Изучить кислотопродуцирующую функцию культи желудка у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после различных способов резекции желудка.

Материал и методы. Изучены результаты исследования кислотопродуцирующей функции желудка у 50 больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, из них: у 20 (основная группа) выполнена дуоденогастральная резекция с сохранением привратника (по методике клиники), у 30 (контрольная группа) - резекция желудка по способу Бильрот-1 в объеме 3/4.

Больные основной и контрольной групп обследованы в сроки: 14-е сутки, 1, 3, 6, 12 и 24 месяца после операции.

Кислотопродуцирующая функция желудка оценивалась на основании изучения базальной и стимулированной секреции соляной кислоты, теста Неллера в базальную и стимулированную фазы исследования. Наряду с этим, определялись барьерная функция оставшейся с привратником части антрального отдела желудка, а также наличие дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов.

Результаты и их обсуждение

Данные внутрижелудочной рН-метрии до операции свидетельствовали о гиперацидности базальной секреции у 36 (72%) из 50 больных. Кислотообразование у всех обследованных расценено как непрерывное. В 9 (18%) случаях установлены нормо-, в 5 (10%) - гипоацидные состояния. Однако после стимуляции 0,1% раствором гистамина дополнительно выявлена гиперацидность у 3 больных. Таким образом, в 78% случаев установлены гиперацидные состояния кислотопродукции.

Щелочной тест Неллера показал повышение продукции соляной кислоты натощак и на фоне стимуляции: $12 \pm 2,3$ и $6,5 \pm 0,5$ соответственно.

Оценивая состояние кислотонейтрализующей функции антрального отдела, констатировано снижение компенсаторных возможностей. Так, в 41 (82%) случае выявлена декомпенсация, в 5 (10%) - субкомпенсация и в 4 (8%) - компенсация ощелачивающей функции.

До операции дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы установлены соответственно в 18% и 26% наблюдений, а в 10% случаев они диагностированы одновременно. Интенсивность рефлюксов определена как умеренно выраженная в 70,4% случаев, резко выраженная - в 18,5%, слабовыраженная - в 11,1%.

На 14-е сутки после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника у 42,1% больных сохранялись гиперацидные состояния в базальную фазу исследования, а на фоне стимуляции число пациентов с гипо- и нормацидными состояниями уменьшилось до 7, составляя, таким образом, 36,8%. После резекции желудка по способу Бильрот-1 высокая желудочная секреция сохранялась у 26,3% больных. Группы пациентов с нормацидными и гипоацидными состояниями кислотопродукции составили 31,6% и 42,1% соответственно.

Кислотопродуцирующая функция желудка у больных основной и контрольной групп через 1 месяц после операции существенно не отличалась от определенной на 14-е сутки. В последующие сроки наблюдения после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника в большинстве случаев выявлялись состояния нормацидности: через 6 месяцев - у 61,6% (11 из 18), через 12 месяцев - у 72,7% (8 из 11) больных. Через 12 месяцев после операции отмечено по 1 случаю гипер-

гипо- и анацидных состояний. Анацидность являлась истинной. Более резкое угнетение кислотопродуцирующей функции наблюдалось у больных после резекции желудка по способу Бильрот-1. Уже через 3 месяца гипоацидность выявлена у 82,4% (14 из 17) больных, а через 6 месяцев у 46,7% (7 из 15) пациентов установлена анацидность, причем у 28,6% она была истинной. Преобладание анацидности над гипоацидностью прослеживается и в более отдаленные сроки после операции. Нормацидность желудочного сока у больных после резекции желудка по способу Бильрот-1 не наблюдалась через 3 месяца, а гиперацидность - через 12 месяцев после операции.

Спустя 2 года после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника и резекции желудка по Бильрот-1 состояние кислотопродуцирующей функции существенно не изменялось по отношению к показателям, выявленным через 1 год после этих операций.

Продукция соляной кислоты через 24 месяца после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника возвращалась к нормальному уровню, составляя $19,1 \pm 1,85$ минуты натощак. У больных, перенесших резекцию желудка по способу Бильрот-1, к этому сроку кислотпродукция оставалась резко снижена. Щелочной тест равнялся $24,58 \pm 2,13$ минутам натощак и $20,13 \pm 1,07$ минутам после стимуляции.

Защитная функция сохраненного антрального отдела культи желудка восстановилась на 14-е сутки после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника в 31,6% (6 из 19) случаев, а субкомпенсация отмечалась в 42,1% (8 из 19) наблюдений. Декомпенсация ощелачивающей функции антрального отдела сохранялась у 26,3% (5 из 19) больных. Некоторое снижение кислото-нейтрализующей функции антрума, начинающееся с 1 месяца, сохранялось до 6 месяцев, а к 12 и 24 месяцам после операции сменялось резким повышением. Компенсация ощелачивания установлена через 12 месяцев - в 72,7% и через 24 месяца - в 75% случаев.

На 14-е сутки после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника дуоденогастральный рефлюкс выявлен у 3 (15,8%), гастроэзофагеальный рефлюкс - у 4 (21,1%) больных. Интенсивность гастроэзофагеального рефлюкса была резко выраженная в 2, умеренно выраженная в 1 и слабовыраженная в 1 случаях. У 3 больных рефлюкс расценен как множественный. Сочетанный (дуоденогастральный и гастроэзофагеальный) рефлюкс отмечен в 1 (5,3%) наблюдении. После резекции желудка по способу Бильрот-1 выявлено также 3 (15,8%) больных с дуоденогастральным рефлюксом (как и после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника). При этом рефлюксы являлись множественными. В 6 (31,6%) наблюдениях отмечен гастроэзофагеальный рефлюкс. Одинаково часто диагностировались резко выраженный и умеренно выраженный рефлюксы. Сочетание рефлюксов (дуоденогастрального и гастроэзофагеального) наблюдалось у 2 (10,5%) больных.

Установлено, что через 1 месяц после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника количество больных с дуоденогастральным рефлюксом несколько уменьшается. Так, рефлюкс выявлен в 2 (12,5%) наблюдениях, при этом меняется его периодичность - в одном случае он был множественный, в другом - единичный. У одного пациента дуоденогастральный рефлюкс сочетался с гастроэзофагеальным, который носил умеренно выраженный характер. Гастроэзофагеальный рефлюкс изолированно наблюдался также у 2 больных, причем у 1 из них он расценен как умеренно выраженный и у 1 - как слабо выраженный. Все рефлюксы являлись единичными. После резекции желудка по способу Бильрот-1 дуоденогастральный рефлюкс выявлен у 7 (36,8%) больных.

Периодичность его различалась: в 4 (57,1%) случаях - множественный, в 3 (42,9%) - единичный. В одном наблюдении дуоденогастральный рефлюкс сочетался с гастроэзофагеальным. Гастроэзофагеальный рефлюкс выявлен изолированно в одном случае и характеризовался как единичный, но резко выраженный.

Через 3 месяца после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника количество больных с дуоденогастральным рефлюксом оставалось прежним. В 2 случаях выявлен изолированный дуоденогастральный рефлюкс. В 1 наблюдении рефлюкс расценен как единичный, в 1 - как множественный. Сочетание рефлюксов установлено у 2 больных. После резекции желудка по способу Бильрот-1 частота выявления гастроэзофагеального рефлюкса осталась прежней (1 случай), а дуоденогастрального рефлюкса увеличилась до 47,1%. Случаев сочетания рефлюксов не выявлено.

Через 6 месяцев после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника установлено резкое снижение частоты выявления рефлюксов (всего 2 наблюдения). В одном из них дуоденогастральный рефлюкс сочетался с гастроэзофагеальным, последний был резко выраженным. Дуоденогастральные рефлюксы расценены как единичные. После резекции желудка по способу Бильрот-1 продолжал выявляться дуоденогастральный рефлюкс - в 53,3% (8 из 15) случаев и чаще расценивался как множественный. Изолированный и сочетанный гастроэзофагеальный рефлюксы выявлены у 2 (13,3%) больных.

Дуоденогастральный рефлюкс выявлен в 2 (18,2%) наблюдениях через 12 месяцев после дуоденогастральной резекции, из них в 1 (9,1%) - в сочетании с гастроэзофагеальным рефлюксом. Все рефлюксы были единичными и клинически себя не проявляли. Дуоденогастральный рефлюкс после резекции желудка по способу Бильрот-1 выявлен в 55,6% случаев, из которых в 40% расценен как множественный. В 1 наблюдении он сочетался с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Количество больных с выявленными рефлюксами через 24 месяца после выполненных операций остается прежним.

Результаты оперативного лечения осложненной язвы двенадцатиперстной кишки оценивались с использованием классификации Visick с дополнениями, изложенными в методических рекомендациях по этому вопросу М.И.Кузиным и Ю.М.Панцыревым (1982).

Отличный результат отмечен у 9 больных после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника и у 5 - после резекции по способу Бильрот-1; хороший - соответственно у 11 и 21; удовлетворительный - только у 4 больных, перенесших резекцию по способу Бильрот-1.

Таким образом, после дуоденогастральной резекции с сохранением привратника не происходит быстрого и полного угнетения желудочной секреции, как после резекции желудка по способу Бильрот-1, что создает лучшие условия процессам компенсации пищеварения, а восстанавливающаяся нейтрализующая функция оставшейся части антрального отдела препятствует рецидиву язвы двенадцатиперстной кишки. Полученные данные отражают клиническое благополучие оперированных больных.

Литература

1. Дуденко Г.И., Гарагатый И.А., Дуденко В.Г. Дуоденальный рефлюкс у больных язвенной болезнью после хирургического лечения с применением ваготомии // Вестн. хирургии. - 1987. - №1. - С.20-23.
2. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадулин Н.В. Пилорусмоделирующие и пилоруссохраняющие резекции желудка. - М.: МЗ Пресс, 2000. - 224с.
3. Brough W.A., Taylor T.V., Torrance H.B. The surgical factors influencing duodenogastric reflux // Brit.J.Surg. - 1984. - Vol.71, №10. - P.770-773.

4. Matting H., Sneider G., Wiesehaken V. Ergebnisse nach refluxfreer Magenresektion mit Y-roux Anastomose beim Gastroduodenalulkus // Zbl. Chir. - 1987. - Bd 12, № 5. - S.303-311.

УДК 616.37-002-07-08

РОЛЬ СКРИНИНГ – ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

И.В.Павличенко, А.В.Овсянкин, И.В.Гришанов, И.Н.Силкин

*Смоленская государственная медицинская академия
Центральная районная больница, г. Рославль Смоленской области*

Представлен анализ результатов обследования 30 больных с рецидивирующим течением хронического панкреатита. Установлено, что скрининговые методы диагностики позволяют определиться в вопросе необходимости дообследования больных, а их результаты могут быть использованы для обоснования избранной хирургической тактики.

Несмотря на большие достижения за последнее десятилетие в диагностике и лечении хронического рецидивирующего панкреатита (ХРП), отдаленные результаты лечения этой категории больных пока еще нельзя признать удовлетворительными [1,2,5]. Согласно результатам уже проведенных исследований, 55-70% пациентов с ХРП необходимо оперировать по причине развития осложнений [3, 4]. В ряде случаев остаются неустановленными причины рецидивирующего течения хронического панкреатита (ХП) и своевременно не выявляются изменения в панкреатодуоденальной области, требующие оперативного лечения. В этом отношении оправдана врачебная тактика, основанная на использовании скрининговых методов обследования и предусматривающая отбор больных для хирургической коррекции нарушений, обусловленных ХРП.

Цель исследования заключалась в определении комплекса методов скрининг-диагностики, позволяющего осуществить выбор дальнейшей лечебно-диагностической тактики у больных с хроническим рецидивирующим панкреатитом.

В 2001 году нами обследовано 30 пациентов с ХРП. Диагноз устанавливался с учетом данных анамнеза и сведений о предшествующих операциях, выраженности клинических симптомов, результатов инструментальных и лабораторных исследований.

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) выявлена у 6 пациентов, указания на регулярное злоупотребление алкоголем имелись в 16 наблюдениях. Вероятную причину рецидивов ХП не удалось установить в 4 случаях. У 4 из 6 больных с выявленной ЖКБ произведена холецистэктомия.

Всем пациентам в условиях ЦРБ г. Рославля проведено скрининг-обследование, включающее: УЗ-исследование поджелудочной железы (ПЖ), печени и внепеченочных желчных путей, фиброзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, релаксационную дуоденографию, лабораторные исследования - анализ крови, предусматривающий определение показателей холестерина, триглицеридов, β -липопротеидов, билирубина и его фракций, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы.

Данные УЗ-исследований свидетельствуют, что признаки фиброза ПЖ имеются у всех больных с ХРП. Кистозные изменения в ПЖ выявлены в 12 случаях.

У 4 из 30 больных, обследованных ультразвуковым методом, установлено увеличение размеров головки ПЖ. У 4 пациентов с неясной этиологией ХРП отмечено наличие УЗ-признаков сгущения желчи в желчном пузыре по типу билиарного осадка без изменений внепеченочных желчных протоков. В 2 наблюдениях у больных с ЖКБ после холецистэктомии при отсутствии изменений со стороны внепеченочных желчных протоков выявлена киста ПЖ, что определило необходимость дообследования для уточнения причин ХП.

По данным фиброзофагогастродуоденоскопии, диагностированы: дуоденальногастральный рефлюкс - у 22, признаки бульбита - у 20 больных, причем - в 18 случаях отмечено сочетание бульбита с дуоденальногастральным рефлюксом. Указанная патология не является определяющей в развитии ХП, но, вероятно, определенным образом с ним связана, что требует проведения дальнейшего обследования больных.

У больных с ХРП рентгенологически выявлялась деформация двенадцатиперстной кишки. Однако традиционные методы рентгенологических исследований не отражают характер и степень выраженности изменений в ПЖ, что может быть достигнуто использованием компьютерной томографии.

У 10 больных, у которых по данным УЗ-исследования не обнаружена патология желчных протоков, тем не менее выявлены гипербилирубинемия, умеренное повышение уровня аминотрансфераз и щелочной фосфатазы. Данные обстоятельства не исключают холестаза, причину которого следует попытаться установить, расширив комплекс обследования с направлением больных в специализированные отделения.

У 3 из 30 пациентов отмечено увеличение уровня холестерина в 1,5-2 раза. При УЗ-исследовании у них определялся билиарный осадок в желчном пузыре, а эндоскопическим методом выявлялись признаки папиллита, что указывает на вероятный билиарный генез развития ХРП в этих случаях.

По результатам проведенного скрининг-обследования сформировано две группы больных для дообследования и лечения в специализированном хирургическом стационаре Смоленской областной клинической больницы: первая - включала 16 пациентов с кистозными и индуративными изменениями в ПЖ; вторая - 4 пациента, ранее оперированных по поводу ЖКБ и 4 пациента с сочетанием гиперхолестеринемии и билиарного осадка в желчном пузыре. Больные 2-й группы, прежде всего, нуждались в клиническом дообследовании для уточнения причины ХРП. Объем обследования предусматривал проведение в специализированном хирургическом отделении компьютерной томографии и ЭРПХГ.

Дополнительное обследование позволило в 1-й группе пациентов подтвердить характер патологии ПЖ, оценить распространенность поражения и наметить план хирургического лечения.

У больных 2-й группы, по результатам ЭРПХГ, диагностирован папиллостеноз, по поводу которого выполнены операции: папиллосфинктеротомия и вирсунготомия.

Выводы

1. В комплекс методов скрининг-диагностики хронического рецидивирующего панкреатита следует отнести: УЗ-исследование поджелудочной железы, печени и внепеченочных желчных путей, фиброзофагогастродуоденоскопию, рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки, релаксационную дуоденографию, лабораторные исследования с акцентом на изучение показателей холестерина, билирубина, аминотрансфераз и щелочной фосфатазы.
2. Применение методов скрининг-диагностики у больных с хроническим рецидивирующим панкреатитом позволяет выделить случаи с кистозными и

индуративными изменениями в поджелудочной железе, в которых необходимо проведение хирургического лечения.

3. Если причина рецидивирования хронического панкреатита и характер структурных изменений в поджелудочной железе не определены по результатам проведения скрининг-диагностики, то необходимо дообследование в специализированном отделении с применением компьютерной томографии и ЭРПХГ.

Литература

1. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы: Рук-во для врачей. - М. Медицина, 1995. - 510с.
2. Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулушко А.М. Механическая желтуха. Хронический панкреатит. - М.-Иваново-Киров, 1999. - 255с.
3. Соколов В.И. Хирургические заболевания поджелудочной железы: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1998. - 192с.
4. Хазанов А. И., Васильев А.П., Логинцов А. Ф. Хронический панкреатит, его течение и исходы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1999. - №4. - С.24-30.
5. Шалимов А.А., Грубин В.В., Джозл Горюхи Хронический панкреатит. - Київ: Здоров'я, 2000. - 255с.

УДК 616.33-002.44+616.34-002.44-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

И.Н.Пиксин, В.И.Давыдкин

*Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарева,
г. Саранск*

В работе обобщен опыт хирургического лечения 1396 больных гастродуоденальными язвами, сформулированы показания к выбору способов оперативного лечения в зависимости от локализации язв и развившихся осложнений. Приведены отдаленные результаты хирургических вмешательств в сроки от 1 до 15 лет с оценкой по классификации A.Visick. Установлены причины неудовлетворительных результатов лечения. Одним из основных путей улучшения результатов лечения язвенной болезни признано своевременное проведение хирургического лечения до развития грозных осложнений, указано также на значение обоснованного выбора метода оперативного вмешательства, адекватной предоперационной подготовки и ранних послеоперационных реабилитационных мероприятий.

Проблема хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки до настоящего времени остается весьма актуальной. Число больных осложненными формами язвенной болезни не снижается, несмотря на внедрение в клиническую практику блокаторов H₂-рецепторов гистамина [1-3, 4, 5, 7], H⁺/K⁺/ATФ-фазы, влияющих на кислотно-пептический фактр. Результаты оперативных вмешательств также нельзя считать удовлетворительными. При часто рецидивирующих язвах не решен вопрос о сроках операции и длительности медикаментозной терапии.

За последние 20 лет в клинике госпитальной хирургии проходили хирургическое лечение 1396 больных с гастродуоденальными язвами. Показаниями

к операции были непрерывно-рецидивирующее течение (резистентное к консервативной терапии) гастродуоденальной язвы – у 366 (26,2%), перфорация – у 269 (19,3%), пилородуоденальный стеноз – у 181 (13,0%), пенетрирующие и каллезные язвы – у 175 (12,5%), язвенное кровотечение – у 405 (29,0%) больных. Длительность язвенного анамнеза составила от 1 до 20 лет.

Гастральные язвы диагностированы у 455 (32,6%), дуоденальные язвы – у 941 (67,4%) больных. По классификации Johnson желудочные язвы распределялись следующим образом: медиогастральные – у 246 (17,6%), сочетанные язвы желудка и язва (или рубец) двенадцатиперстной кишки – у 49 (3,5%), привратниковые и препилорические язвы – у 160 (11,5%) больных. Дуоденальные язвы были неоднородны по своему патофизиологическому механизму и клиническому течению. С учетом клинической картины мы подразделяли их на язвы с типичной клинической симптоматикой – 415 (44,1%), персистирующим течением – 88 (9,4%), рекуррентным (непрерывно-рецидивирующим) течением – 438 (46,5%) больных.

Хирургические вмешательства были выполнены 981 (70,3%) больному. Показаний к оперативному лечению не выявлено у 415 (29,9%) больных, поэтому им продолжена медикаментозная терапия. Спектр выполненных оперативных вмешательств был разнообразным (табл. 1). При желудочных язвах мы являемся принципиальными сторонниками выполнения резекции из-за определенных сложностей в верификации доброкачественности язвы, так как индекс малигнизации язв желудка составляет 15-20% [6, 8].

Пилоросохраняющая резекция выполнена 116 больным с медиогастральной язвой. Большая часть резекций желудка по Бильрот-I выполнена при желудочных язвах, когда отсутствуют выраженные топографо-анатомические изменения в области начального отдела двенадцатиперстной кишки, а резекция по Бильрот-II – при дуоденальных язвах. Причинами частого завершения резекции с наложением гастроэнтероанастомоза служили:

- выраженные анатомо-морфологические изменения в пилородуоденальном отделе, препятствующие формированию гастродуоденоанастомоза (стеноз, пенетрация, постбульбарная локализация язвы, сочетание различных осложнений);
- «высокая» (атипичная) язва передней или задней стенки желудка, когда технически невозможно выполнение резекции 2/3 органа и, соответственно, наложение гастродуоденоанастомоза;
- подозрение на злокачественное перерождение «высокой» язвы желудка.

Таблица 1. Характер оперативных вмешательств при гастродуоденальных язвах

Характер операции	Рецидивирующая язва	Перфорация	Пенетрация	Стеноз	Кровотечение	Всего
Пилоросохраняющая резекция	76	-	40	-	-	116
Резекция по Бильрот-I	12	8	56	3	11	190
Резекция по Бильрот-II	28	9	64	98	36	235
СтВ+антральная резекция	6	-	1	27	7	41
Стволовая ваготомия с ДЖО	23	56	8	22	23	132
Селективная ваготомия с ДЖО	1	-	3	2	-	6
СПВ с ДЖО	17	-	2	21	6	46
Изолированная СПВ	11	-	1	1	1	14
Ушивание язвы	-	196	-	-	-	196
Гастроэнтероанастомоз	-	-	-	5	-	5
Итого:	174	269	175	179	184	981

Стволовая ваготомия (СтВ) с антрумрезекцией выполнена 41 пациенту с чрезмерно высокой желудочной секрецией при дуоденальной язве. Преимуществом данной операции является патогенетическое воздействие на оба механизма стимуляции кислотопродукции – вагальный и гистаминово-гастриновый путь.

Наиболее часто среди органосохраняющих операций выполнялась стволовая ваготомия с дренирующими желудок операциями (ДЖО) – у 132 больных. Нужно отметить, что этот способ чаще применялся в период внедрения ваготомии. В настоящее время она применяется лишь в ургентной хирургии (перфорация и кровотечение из дуоденальной язвы), когда высок операционный риск, имеется тяжелая интеркуррентная патология со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Селективная желудочная ваготомия с ДЖО выполнена 6 больным с хронической рецидивирующей дуоденальной язвой, пенетрацией, с пилородуоденальным стенозом. В последние годы она применяется исключительно у больных пожилого возраста при неудаляемой язве с выраженным периульцерозным инфильтратом с преобладанием первой фазы секреции. Во всех случаях удалось добиться рубцевания язвы.

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с ДЖО выполнена у 46, а изолированная СПВ – у 14 больных. Наиболее часто она применялась при хронической рецидивирующей дуоденальной язве – у 28 (16,3%) и компенсированном стенозе – у 22 (12,3%) больных. Обязательным условием для ее выполнения мы считаем отсутствие моторно-эвакуаторных нарушений и преобладание вагального механизма кислотопродукции.

Ушивание перфоративной язвы выполнено 196 (72,9%) больным с перфорацией язвы, преимущественно до внедрения ваготомии в клиническую практику, а гастроэнтеростомия – 5 больным с декомпенсированным стенозом и признаками гастрогенной тетании.

Стволовая ваготомия (СтВ) с антрумрезекцией выполнена 41 пациенту с чрезмерно высокой желудочной секрецией при дуоденальной язве. Преимуществом данной операции является патогенетическое воздействие на оба механизма стимуляции кислотопродукции – вагальный и гистаминово-гастриновый путь.

Таким образом, по абсолютным (или условно-абсолютным) показаниям оперированы 807 (82,3%) больных, что свидетельствует о длительном медикаментозном лечении в гастроэнтерологических стационарах. В этих случаях затруднено выполнение органосажающих и органосохраняющих операций. Выполнение вынужденных операций ухудшает качество жизни и результаты хирургического вмешательства.

При язвах малой кривизны резекция по Бильрот-I дает более благоприятные результаты, чем резекция по Бильрот-II. При отсутствии дуодено-гастрального рефлюкса и хронической дуоденальной непроходимости показана резекция с сохранением привратника по А.И.Горбашко, которая выполнена 116 (46,6%) больным (табл. 2). Преимуществом привратникосохраняющей резекции является сохранение замыкательной функции привратника, чем достигается порционное опорожнение желудка. Показания к резекции желудка по Бильрот-I имелись у 109 (43,8%), а к резекции по Бильрот-II – у 21 (8,4%) больных с гигантскими, «высокими» язвами.

При сочетанных язвах (II тип) резекция желудка по Бильрот-I выполнена у 22 (44,9%), а резекция по Бильрот-II – у 27 (55,1%) из 49 больных. Оптимальным вариантом лечения язв III типа считаем резекцию по Бильрот-I, которая выполнена у 31 (36,0%) больного. Стволовая ваготомия с антральной резекцией по Бильрот-I произведена 21 (24,4%) пациенту из 86 с пилорической язвой. Выполнение этой

методики возможно в большинстве случаев. Обязательным условием для наложения гастродуоденоанастомоза является отсутствие клинико-инструментальных данных за хроническую дуоденальную непроходимость. Расширение показаний к выполнению резекции по Бильрот-II нежелательно из-за ряда недостатков: частоты развития демпинг-синдрома, синдрома приводящей петли, щелочного рефлюкс-гастрита и др., поэтому показания к ней были лишь у 34 (39,5%) больных.

Таблица 2. Частота оперативных вмешательств по поводу гастральных и дуоденальных язв

Характер операции	I тип	II тип	III тип	Дуоденальная язва	Всего
Пилоросохраняющая резекция	116	-	-	-	116
Резекция желудка по Бильрот-I	109	22	31	28	190
Резекция желудка по Бильрот-II	21	27	34	153	235
СтВ+ с антрумрезекцией	-	-	21	20	41
Стволовая ваготомия с ДЖО	-	-	-	132	132
Селективная ваготомия с ДЖО	-	-	-	6	6
СПВ с ДЖО	-	-	-	46	46
Изолированная СПВ	-	-	-	14	14
Ушивание язвы	3	-	63	130	196
Гастроэнтероанастомоз	-	-	-	5	5
Итого:	249	49	149	534	981

Таблица 3. Отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни (%)

Результат операции	Язва желудка			Язва двенадцатиперстной кишки	
	Пилоросохраняющая резекция	Резекция желудка по Бильрот-I	Резекция желудка по Бильрот-II	Ваготомия	Резекция желудка
Отличный и хороший	60,0	52,2	33,3	78,5	47,2
Удовлетворительный	32,0	39,1	44,4	15,0	42,5
Неудовлетворительный	8,0	8,7	22,2	6,5	10,3

Отдаленные результаты хирургических вмешательств изучены в сроки от 1 до 15 лет у 594 (60,6%) больных и оценивались с учетом классификации А.Visick (1948). При язве желудка хорошие результаты получены у 55,5%, удовлетворительные - у 36,4%, неудовлетворительные - у 8,1% больных. У больных, оперированных по поводу осложненных и хронических рецидивирующих дуоденальных язв, хороший результат отмечен у 63,1%, удовлетворительный - у 26,7%, неудовлетворительный - у 10,2% больных.

Заслуживают интерес результаты оперативных вмешательств, выполненных по поводу хронических рецидивирующих дуоденальных язв. Органосохраняющие операции сопровождались лучшими результатами по сравнению с резекцией желудка. Так, отличные и хорошие результаты выявлены у 77,8 и 65,7%, удовлетворительные - у 16,7 и 22,9% и неудовлетворительные - у 5,5 и 11,4% больных соответственно после ваготомии и резекции.

Наиболее благоприятные отдаленные результаты в хирургическом лечении гастральных язв отмечены после пилоросохраняющих резекций, а в хирургическом лечении дуоденальных язв - после СПВ (табл. 3). Удовлетворительные результаты чаще отмечены после резекции по Бильрот-II - 44,4% и 42,5% соответственно при

лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты резекции по Бильрот-I были практически аналогичны при различной локализации язвы.

Причиной неудовлетворительных результатов при гастральной локализации язвы были: демпинг-синдром, синдром приводящей петли, переходящий синдром малого желудка, диарея, гипогликемический синдром, рецидив язвы, дуоденогастральный рефлюкс и спазм привратника (после сохранения привратника) (табл. 4). Тяжелые формы демпинг-синдрома, как правило, сочетались с другими органическими патологическими синдромами. Повторные хирургические вмешательства потребовались у 5 больных (2 - по поводу демпинг-синдрома, 1 - синдрома приводящей петли, 1 - стойкого спазма привратника, 1 - рецидива язвы на фоне тяжелого энтерогастрального рефлюкса).

Хирургическое лечение дуоденальных язв также сопровождалось различными патологическими состояниями, спектр которых был более разнообразным, однако они протекали более благоприятно. Плохой результат чаще был после стволовой ваготомии и резекции желудка по Бильрот-II и их сочетании (табл. 5).

Повторные операции выполнены у 5 больных с рецидивом язвы (3 - после ваготомии, 2 - после резекции желудка по Бильрот-II), у 1 - с синдромом мальабсорбции, у 2 - с гастростазом и у 2 - с демпинг-синдромом (после резекции желудка по Бильрот-II). Послеоперационная летальность составила 1,5% (15 из 981 больных).

Таблица 4. Частота послеоперационных патологических синдромов в лечении язв желудка (%)

Синдром	Пилоросохраняющая резекция n = 101	Резекция по Бильрот-I n = 89	Резекция по Бильрот-II n = 18
Демпинг-синдром	6,0	17,6	22,2
Синдром приводящей петли	-	-	33,3
Синдром малого желудка	14,0	-	38,9
Диарея	4,0	-	11,1
Гипогликемический синдром	4,0	5,9	11,1
Гастростаз	4,0	8,6	-
Рецидив язвы	4,0	-	5,5
Спазм привратника	12,0	-	-
Энтерогастральный рефлюкс	4,0	-	До 60%

Таблица 5. Частота послеоперационных патологических синдромов в лечении дуоденальных язв (%)

Синдром	СтВ n = 130	СПВ n = 59	Резекция желудка по Бильрот-I n = 28	Резекция желудка по Бильрот-II n = 153	СтВ с резекцией n = 41
Демпинг-синдром	9,2	6,0	12,9	48,6	15,0
Гипогликемический синдром	5,3	-	-	6,9	5,0
Диарея	9,2	6,0	-	9,7	10,0
Гастростаз	14,5	8,0	7,0	7,1	15,0
Рефлюксная болезнь	10,5	4,0	14,0	7,0	-
Синдром мальабсорбции	1,3	-	0,4	3,2	-
Рецидив язвы	4,6	10,0	2,1	5,6	-
Синдром приводящей петли	-	-	-	12,5	10,0
Анастомозит	-	-	14,3	6,9	-
Панкреатит	-	-	7,1	-	-
Синдром малого желудка	-	-	-	16,7	10,0

Таким образом, проблема хирургического лечения язвенной болезни пока не решена. Оперативные вмешательства производятся в основном в связи с развившимися осложнениями. Щадящие, функционально выгодные операции в этих условиях трудно выполнимы. Это приводит к значительному росту числа послеоперационных осложнений, увеличению летальности и ухудшению отдаленных результатов после оперативных вмешательств.

Одним из основных путей улучшения результатов лечения язвенной болезни мы считаем своевременное выполнение хирургического лечения до развития грозных осложнений. Для улучшения результатов лечения не менее важное значение имеет правильный выбор метода оперативного вмешательства. При язвенной болезни желудка необходимо отдавать предпочтение резекции желудка по Бильрот-I и/или с сохранением привратника. При дуоденальных язвах необходимо тщательное обоснование выбора способа операции (СПВ, резекция желудка по Бильрот-I). В случаях преобладания вагальной гиперстимуляции секреции и отсутствии моторно-эвакуаторных нарушений пилородуоденального отдела показана СПВ. При сочетанных и изолированных осложнениях дуоденальных язв, а также при преобладании гистаминово-гастринового механизма кислотопродукции целесообразно выполнение резекции желудка с формированием гастродуоденоанастомоза. Кроме того, очень важное значение имеют тщательная предоперационная подготовка с целью нормализации функций организма и купирования острых воспалительных изменений в зоне язвы, а также ранние послеоперационные реабилитационные мероприятия, способствующие улучшению исходов оперативного лечения язвенной болезни.

Литература

1. Cavallesco M.G., Morsiani E., Lupi L. et al. Influenza degli anti-H₂-recettori nella chirurgia dell'ulcera peptica // *Minerva chir.* – 1987. – Vol.42, №19. – P.1495-97.
2. Christensen A., Bousfield R., Christiansen J. Incidence of perforated and bleeding peptic ulcer before and after the introduction of H₂-receptor antagonist // *Ann. Surg.* – 1988. – Vol.207, №1. – P.4-6.
3. De Bernardini M. et al. Utilita di un follow-up endoscopico a lungo termine nell'ulcera gastrica: Contributo casistico alla storia naturale dell'ug in rapporto alla terapia con H₂-bloccanti // *Chir. ital.* – 1989. – Vol.41, №1. – P.22-30.
4. Lux G. Peptisches Ulkus – neue Tendenzen // *Fortbchr. Med.* – 1986. – Vol.104, Sonderheft III. – P.891-892.
5. Mansberger J.A. Endoscopic follow-up of the perforated duodenal ulcer // *Amer. Surg.* – 1987. – Vol.53, №1. – P.46-49.
6. Mountford R., Brown P., Devarenga C. Gastric cancer detection in gastric ulcer disease // *Gut.* – 1980. – Vol.21, №1. – P.9-17.
7. Rudzski P. et al. Porownawcze zestawienie czestosci zachorowania na chorobe wrzadowa u leczonych w oddzi ale chirurgicznym przed i go wprowadzenin cymetidyduny // *Pol. przegl. chir.* – 1989. – T.61, №4. – S.258-262.
8. Temellini F., Solazzi L. E., Lamarra M. et al. Discordanze anatomo-radio grafiche ed endoscopiche dell'ulcera gastrica: perche'il trattamento chirurgico di principio // *Minerva chit.* – 1987. – Vol.42, №18. – P.1383-86.

БОЛЕЗНЬ ДЬЕЛАФУА (АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ): ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Е.А.Рагулина, Ю.В.Иванов, Н.А.Соловьев

*ЦМСЧ №21 (г. Электросталь, Московская область) Федерального управления «Медбиоэкстрем» при МЗ РФ
Клиническая больница №83, г. Москва*

Представлено собственное наблюдение артериовенозной мальформации в субкардиальном отделе желудка. Изложены данные о болезни Дьелафуа (артериовенозной мальформации), определяющие проблемы ее диагностики и лечения. Резекцию желудка и гастрэктомию предлагается считать методами выбора в лечении рецидивирующих профузных кровотечений, обусловленных ангиодисплазиями желудка.

Острые массивные гастродуоденальные кровотечения всегда создают сложные, порой – драматичные, ситуации в ургентной абдоминальной хирургии. Среди причин кровотечений наряду с язвенной болезнью, варикозным расширением вен пищевода, эрозивным гастритом и опухолями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) имеются достаточно редкие причины, одной из которых являются пороки развития сосудов подслизистого слоя желудка [1, 4, 6, 7].

Артериовенозная мальформация, или болезнь Дьелафуа, выявляется с частотой 1,5-3% в структуре всех причин желудочных кровотечений. Своевременная диагностика данного заболевания считается крайне трудной.

Собственное наблюдение

Больной Р., 73 лет, находился в отделении пульмонологии с 24.02.2002г. с диагнозом: хронический обструктивный бронхит средней степени тяжести, стадия обострения, эмфизема легких, диффузный пневмофиброз, дыхательная недостаточность 2 степени. Язвенный анамнез у больного отсутствовал. При последней эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) за 2 месяца до настоящего поступления в стационар выявлен атрофический гастрит. 28.02.2002г. после кашля внезапно появились одышка, общая слабость, головокружение, тошнота, а также рвота цвета «кофейной гущи». Больной осмотрен хирургом, которым заподозрено желудочно-кишечное кровотечение. Выполнена экстренная ЭГДС: из просвета желудка эвакуировано до 500 мл крови, выявлена картина продолжающегося профузного кровотечения из язвы субкардиального отдела желудка, эндоскопический гемостаз признан невозможным. Больной срочно доставлен в операционную и оперирован в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом: выполнены лапаротомия, гастротомия. Из желудка удалено до 1 литра крови со сгустками. При ревизии выявлено профузное артериальное кровотечение из язвенного дефекта размером 1х1,5 см, расположенного на задней стенке субкардиального отдела желудка, ближе к малой кривизне. В связи с общим тяжелым состоянием больного решено выполнить ушивание кровоточащего сосуда из язвы, что и было произведено. В условиях реанимационного отделения продолжены лечебные мероприятия: кровозаместительная, инфузионная, антибактериальная, противоязвенная терапия, лечебные бронхоскопии. Однако состояние больного оставалось крайне тяжелым, что объяснялось декомпенсацией сопутствующих заболеваний и возникновением полиорганной недостаточности. С 7.03.2002г. начато кормление больного через назогастральный зонд препаратом «Изокал». Состояние больного оставалось тяжелым, сохранялись явления дыхательной недостаточности, требовалось проведение ИВЛ. Утром 10.03.2002г. отмечен стул с примесью крови темно-вишневого цвета без сгустков. Больной осмотрен дежурным хирургом, установлен назогастральный зонд, по которому эвакуировано до 150 мл старой темной крови. Выполнена ЭГДС: выявлен сгусток крови (объемом до 50-60 мл), находящийся над ранее ушитым участком слизистой желудка, без кровотечения на момент осмотра: ситуация расценена как состоявшееся рецидивное желудочное кровотечение. В связи с крайне тяжелым состоянием больного решено продолжить консервативную терапию. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние больного ухудшалось, что проявлялось

снижением артериального давления - до 90/70 мм рт. ст., брадикардией - до 38 в минуту. Ввиду остановки сердца проводились реанимационные мероприятия, которые эффекта не имели, и в 13 часов 10 минут 10.02.2002г. констатирована смерть больного. На аутопсии не выявлено признаков продолжающегося кровотечения. Заключение гистологического исследования желудка - артериовенозная мальформация (болезнь Дьелафуа).

Обсуждение

Первое упоминание об ангиодисплазии желудка, как источнике кровотечения и причине смерти двух больных, относится к 1884 году, когда Gallard при аутопсии выявил изменения в кардиальном отделе желудка и назвал их «желудочными аневризмами» [5]. Спустя 12 лет, в 1896 году французский хирург Dieulafoy представил на заседании Парижского хирургического общества 10 наблюдений желудочных кровотечений, источник которых локализовался в кардиальном отделе, а макро- и микроскопические изменения, имели вид поверхностной эрозии слизистой, на дне которой обнаруживалась аррозированной артерия; все эти пациенты умерли [3, 5]. Выявленные изменения автор назвал «exulceratio simplex» (простое изъязвление).

В литературе встречается много синонимов болезни Дьелафуа: ранняя пептическая эрозия или язва, вертикальный разрыв слизистой желудка, артериовенозная мальформация и др. [5, 7]. Однако, несмотря на столь широкую номенклатуру заболевания, в 1984 году Juler объединил практически все его морфологические признаки и показал их соответствие болезни Дьелафуа. К этим признакам относятся: язвенный дефект, чаще всего в кардиальном отделе желудка, расширенная и толстостенная артерия в основании язвы, в просвете которой определяется тромб, эктазированные сосуды подслизистого слоя, лимфоцитарная инфильтрация слизистой.

Тромбоз или разрыв эктазированных сосудов подслизистого слоя желудка приводит либо к некротическим изменениям слизистой, либо к ее разрыву и в обоих случаях - к профузному кровотечению.

Несмотря на то, что это заболевание известно уже более века, к настоящему времени в англоязычной литературе описано всего около 200 пациентов с профузными желудочными кровотечениями, причиной которых явилась ангиодисплазия подслизистого слоя желудка - болезнь Дьелафуа. По-видимому, заболевание встречается значительно чаще, но трактуется как острая язва или синдром Маллори-Вейсса.

Большинство авторов встречали в своей практике не более 5-10 пациентов с этим заболеванием. Так, Bech-Knudsen и Toftgaard [2] описали 18 таких больных, Stark и соавт. [9] - 19, Mitru и соавт. [6] - 10. Согласно данным этих авторов, заболевание встречается преимущественно (68%) у лиц мужского пола в возрасте от 16 до 93 лет. Острые изъязвления чаще локализуются на малой (45%), реже - на большой кривизне желудка (6%). Они встречаются на задней стенке желудка в 14%, на передней - в 2% наблюдений. В 22% случаев источник кровотечения находится в кардиальном отделе и области дна желудка, только в 2% - в области тела желудка.

По мнению ряда авторов, локализация эрозий в кардиальном отделе желудка при болезни Дьелафуа закономерна, поскольку именно в этой зоне расположены достаточно крупные сосуды подслизистого слоя, окутанные и фиксированные мышечными волокнами, что создает предпосылки для возникновения «упорных» рецидивирующих кровотечений.

Основное значение в диагностике болезни Дьелафуа имеет эзофагогастродуоденоскопия (49%), второе место по значимости - ангиография (22%). Рентгенологическое исследование является практически неинформативным

при этом заболевании. Следует отметить, что даже после гастротомии правильный диагноз удается установить только в 18% наблюдений.

В лечении острых желудочных кровотечений в настоящее время первостепенная роль принадлежит эндоскопическим методам с использованием электрокоагуляции (моно- и биполярной), инъекционного способа остановки кровотечения или лазерной фотокоагуляции. Частота рецидивов кровотечений после эндоскопического гемостаза варьирует от 10,8 до 100%, и только отдельные авторы утверждают, что надежной остановки кровотечений удастся достигнуть у 85% больных.

Ангиография с эмболизацией сосудов желудка – еще один малотравматичный метод лечения болезни Дьелафуа. Наиболее часто используют гельсодержащие эмболы. Однако в большинстве случаев морфологическая сущность заболевания и выходящая за пределы зоны кровотечения граница изменений стенки сосуда определяют безуспешность эндоскопических и ангиографических методов лечения, которые не могут обеспечить условия для надежного гемостаза. Именно поэтому, даже в условиях достигнутого гемостаза, рекомендуется применять хирургический метод лечения. Вероятность повторного профузного кровотечения после экономной резекции или прошивания стенки желудка, по некоторым данным, превышает 50%. Мы полностью согласны с большинством хирургов, которые при болезни Дьелафуа придерживаются активной хирургической тактики, а показанием к оперативному вмешательству считают рецидивирующие или профузные кровотечения, не поддающиеся эндоскопическим методам гемостаза.

Морфологические исследования болезни Дьелафуа в литературе представлены недостаточно. Следует подчеркнуть, что ввиду неравномерного распространения ангиодисплазии в стенке желудка желательнее при подозрении на это заболевание проводить гистотопографическое изучение всего органа, а не отдельных его участков.

Таким образом, на основании данных изученной литературы и собственного наблюдения, мы считаем, что методом выбора в лечении рецидивирующих профузных кровотечений вследствие ангиодисплазии желудка является резекция желудка или гастрэктомия в зависимости от распространенности заболевания.

Литература

1. Arora A., Mehrttra R., Patnaik P. et al. // Trop. Gastroenterol. - 1991. - №12. - P.25-30.
2. Bech-Knudsen F., Toftgaard C. // Surg. Gynec. Obstet. - 1993. - Vol.176. - P.139-143.
3. Jaspersen D. // Gut. - 1993. - Vol.34. - P.857-858.
4. Kaufman Z., Liverant S., Shiptz B., Dinbar A. // Am. Surg. - 1995. - Vol.61. - P.453-455.
5. Miko T., Thomazy V. // Hum. Pathol. - 1998. - Vol.19. - P.914-921.
6. Mitru N., Csendes A., Burdiles P. et al. // Rev. Med. Chil. - 1990. - Vol.118. - P.988-992.
7. Nishida K., Nojiri L., Kato M. et al. // Nippon. Ronen. Igakkai. Zasshi. - 1992. - Vol.29. - P.829-835.
8. Reilly H., Al-Kawas F. // Dig. Dis. Sc. - 1991. - Vol.36. - P.1702-07.
9. Stark M., Gostout C., Balm R. // Gastrointest. Endosc. - 1992. - Vol.38. - P.545-550.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ СЪЕМНЫМИ ШВАМИ

Ю.П.Савченко, Н.Б.Косинец, А.А.Цымбал

Кубанская государственная медицинская академия

Представлен способ хирургического лечения ректоцеле, включающий кольпоперинеорафию, выделение леваторов и укрепление их трансплантатом, отличающийся тем, что предварительно выкраивают из кожи передней брюшной стенки лоскут, соответствующий длине расхождения леваторов, а по ширине достаточный для укрепления шва и краев состоятельной ткани, лоскут перфорируют. Восстановление анатомических структур промежности осуществляют с помощью фиксации аутодермального лоскута к *m. levator ani* с использованием съемных швов. Концы нитей выводятся через слизистую задней стенки влагалища, кожу промежности и после заживления раны лигатуры из тканей удаляются.

Ректоцеле называют выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище, которое возникает вследствие расхождения передней порции мышц, поднимающих задний проход, ослабления мышечного каркаса таза и тканей ректовагинальной перегородки. Значительный вклад в лечение данного заболевания внесли гинекологами, поскольку ректоцеле считается проявлением опущения органов малого таза у женщин [2]. Вместе с тем возникающий при данной патологии симптомокомплекс, известный как дискомфорт при дефекации, вынуждает женщину обращаться к врачу-проктологу. Нарушение акта дефекации является причиной развития сложных психологических проблем, отражается на моральном и физическом состоянии больных. К основным причинам, приводящим к ректоцеле, относят:

- изменения, возникающие в результате травматических родов;
- врожденную слабость мышц, мышечно-фасциального аппарата, поддерживающего прямую кишку и половые органы;
- упорные запоры;
- тяжелую физическую работу, связанную с повышением внутрибрюшного давления;
- астенизацию и старческую дистрофию.

По классификации, принятой в НИИ проктологии, выделяют 3 степени заболевания в зависимости от выраженности выпячивания передней стенки прямой кишки: **I степень** - выпячивание передней стенки прямой кишки определяется только при пальцевом ректальном исследовании, у больных наблюдаются постоянные затруднения при дефекации; **II степень** - выпячивание передней стенки прямой кишки выявляется при разведении половых губ и натуживании больной, растянутая передняя стенка прямой кишки достигает преддверия влагалища; **III степень** - выпячивание передней стенки прямой кишки распространяется за пределы половой щели при натуживании, а иногда и в покое.

Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют о высокой частоте послеоперационных осложнений при ректоцеле: от 17,3 до 31,6%. Рецидив заболевания составляет до 5% [1, 2, 3]. Проблема лечения этой категории больных до настоящего времени до конца еще не изучена.

Цель исследования: улучшение способа хирургической коррекции ректоцеле, обеспечивающего восстановление анатомических структур задней стенки влагалища и промежности.

Задачи исследования заключались: в обеспечении состоятельности зоны леваторопластики, профилактике образования лигатурных свищей и нагноения раны, уменьшении рецидивов заболзания после проведения операционного лечения, сокращении времени операции.

Результаты исследования

В клиническую практику внедрен новый способ лечения ректоцеле с применением аутодермотрансплантата и съемных швов на леске. Сущность предполагаемого способа состоит в том, что восстановление анатомических структур промежности осуществляется с помощью фиксации аутодермального лоскута к *m. levator ani* с использованием съемных швов. Каждый такой шов выполняется одной нитью в последовательности: край лоскута, сопоставленный с наружной поверхностью леватора и его фасциями, и край аутодермального лоскута с леваторами противоположной стороны. Концы нитей выводятся через слизистую задней стенки влагалища, кожу промежности, и после заживления раны лигатуры из тканей удаляются.

Основные этапы операции выполняются по следующей методике. Операция начинается с выкраивания дермального лоскута на передней брюшной стенке или на внутренней поверхности бедра. Размер лоскута зависит от степени выраженности патологического процесса (степени опущения задней стенки влагалища и выраженности ректоцеле). Раневая поверхность ушивается косметическим швом. После отсепаровки кожа помещается в физиологический раствор, а потом в горячий раствор фурациллина для дезинтелизации. Затем производятся общепринятые этапы операции кольпоперинеорафии с леваторопластикой. Сначала выполняется снятие лоскута, включающее в себя рубцовую ткань в области разрыва и участок задней стенки влагалища. Какова бы ни была конфигурация разрыва, мы всегда придаем удаляемому лоскуту треугольную форму. Основание равнобедренного треугольника соответствует границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и кожей промежности, а вершина находится на задней стенке влагалища. С целью отсепаровки намеченного лоскута нужно растянуть его и провести разрезы на глубину 2-3 миллиметров. Правильное проведение очерчивающих разрезов значительно облегчает отсепаровку. После этого, захватывают зажимом Писана вершину удаляемого лоскута и острым, а отчасти - тупым путем, отсепаровывают его. Необходимо тщательно остановить кровотечение, прежде чем приступить к дальнейшим этапам операции. Кровотечение обычно не является выраженным, но бывает и значительным, особенно при наличии варикозного расширения вен. Для облегчения отсепаровки мы иногда прибегаем к гидропневматике, то есть введению 0,9% физиологического раствора в подслизистый слой. Это значительно облегчает данный этап операции и уменьшает кровотечение. Для восстановления тазового дна нужно, прежде всего, соединить ножки леваторов без их выделения из фасциального окружения. Леваторы очень близко подходят к боковой стенке влагалища, где их можно подхватить иглой. Для наложения швов на леваторы иглу нужно проводить с выколом, сначала - подвести под леватор с одной стороны, с прошиванием края аутодермального лоскута, затем - захватить леватор с фасцией и краем лоскута с другой стороны. При выполнении этого приема нужно опасаться прошивания прямой кишки, которая находится как раз между леваторами, но желательно захватить поверхностно в шов клетчатку впереди кишки, чтобы под швами не осталось пустых пространств и не образовались гематомы. Нити съемных швов (обычно это капрол, лансан) выводятся через перфорационные отверстия в лоскуте, сразу не завязываются, а захватываются (каждая из них отдельно) в зажим Писана. Затем соединяются края влагалища при помощи узловых кетгутовых лигатур или непрерывного кетгутового шва. Нити выводятся через шов на слизистую и по мере

приближения к каждой из лигатур, наложенных на леваторы, эти лигатуры завязываются. Предварительно их подтягивают, сближая при этом сшиваемые ткани до плотного соприкосновения. На клетчатку и поверхностные мышцы промежности накладывается ряд узловых погружных швов из тонкого кетгута. Края кожной раны соединяются узловыми шелковыми лигатурами. Длительность операции составляет 0,5–1,0 час. Швы снимаются на 7–8-е сутки.

Данный способ кольпоперинеорафии с использованием аутодермального лоскута и съемных швов применен у 27 больных в возрасте от 32 до 65 лет. Причинами ректоцеле признаны: у 17 женщин – травматические роды (разрыв промежности и повреждение ректовагинальной перегородки); у 6 – тяжелая физическая работа; у 4 – старческая дистрофия мышц тазового дна. В 15 случаях диагностировано ректоцеле II степени, в 12 – III степени. У больных с ректоцеле III степени обязательно производилась сфинктеропластика. Осложнений в послеоперационном периоде не выявлено. Среднее пребывание на койке после операции составило 13,5 дней. За этот же период в контрольной группе оперировано традиционным способом с послойным ушиванием тканей кетгутowymi швами 20 женщины в возрасте от 30 до 70 лет; 5 из них имели рецидив заболевания; среднее пребывание на койке после операции составило 16,2 дней.

Наряду с оперативными вмешательствами проводилось консервативное лечение, направленное на нормализацию моторики толстой кишки, улучшение функции анального сфинктера и мышечно-фасциального аппарата тазового дна. Это достигалось: 1) назначением лечебной физкультуры, способствующей укреплению мышц тазового дна (с началом занятий через 2–3 месяца после операции); 2) назначением диеты, обладающей послабляющим эффектом (с содержанием растительной клетчатки и чернослива, инжира, свеклы).

В результате проведенных пластических операций описанным способом у всех больных ликвидировано выпячивание передней стенки прямой кишки и восстановлены анатомические взаимоотношения мышц тазового дна. Однако лечение нельзя считать успешным, несмотря на отсутствие рецидива ректоцеле, если сохраняется дисфункция моторной активности толстой кишки, и больные продолжают пользоваться очистительными клизмами и слабительными средствами. Результаты лечения можно оценить как хорошие в случае нормализации акта дефекации; удовлетворительные – при эпизодических затруднениях во время акта дефекации, корригирующихся при помощи диеты и легких послабляющих средств; неудовлетворительные, если больные продолжают пользоваться очистительными клизмами и слабительными средствами.

Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 3 лет изучены у 23 женщины, прооперированных по новой методике. Удовлетворительная состоятельность мышц тазового дна отмечена у 5, хорошая – у 18 женщин.

Выводы

1. Способ кольпоперинеорафии с леваторопластикой и применением аутодермального лоскута и съемных швов позволяет добиться хороших результатов при лечении больных ректоцеле II–III степени.
2. Способ обеспечивает сопоставление однородных тканей, не приводит к образованию лигатурных свищей, нагноению раны и рецидиву заболевания, позволяет сократить длительность пребывания пациента на больничной койке с 16,2 до 13,5 дней.

Литература

1. Зароднюк И.В., Титов А.Ю. Значение рентгенологического метода в диагностике различных вариантов ректоцеле // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 1996. – №4. – С.89.

2. Назаров Л.Х., Аюрян Э.Б., Баяхчианц А.Ю., Парсян Э.Б. Тактика лечения ректоцеле // Клини. хир. – 1991. – №2. – С.30-32.
3. Федоров В.Д. Проктология. – М. 1989. – 383с.

УДК 616.381-072.1-089+616.33-002.44

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.В.Сергеев, А.Ю.Некрасов, Б.А.Покусаев, Н.П.Снытко

Смоленская государственная медицинская академия

В статье представлены исторические аспекты применения лапароскопических методов в лечении перфоративных гастродуоденальных язв, проведен анализ клинического материала о 100 пациентах с данной патологией, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии СГМА.

Началом истории хирургического лечения перфоративных язв принято считать 7 октября 1890 г., когда Микулич выполнил ушивание прободной язвы. Несмотря на высокую смертность (оперативное лечение было успешным только у 30 из первых 103 больных), целесообразность хирургического вмешательства при этой патологии была признана и получила дальнейшее развитие в работах выдающихся хирургов того времени [1].

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости язвенной болезнью, в том числе - у детей и подростков.

Современное лечение прободной язвы неразрывно связано с лечением язвенной болезни как основного заболевания. Новые данные об этиологии и патогенезе этого заболевания, разработка современных высокоэффективных лекарственных препаратов, позволяющих прервать механизмы, характерные для развития язвенной болезни, предопределили появление надежных способов лечения язвенной болезни и позволили отказаться от травматичных хирургических вмешательств. Применяемые в настоящее время операции нельзя признать идеальными и универсальными для всех случаев перфоративной язвы. Они также не исключают возможности рецидива язв и развития как функциональных, так и органических нарушений различной степени выраженности. Однако ушивание прободного отверстия было и остается самой распространенной операцией, а также в большинстве случаев наиболее полно соответствует как принципам ургентной хирургии, так и современным принципам хирургического лечения язвенной болезни [3].

До середины 80-х годов уровень развития лапароскопической техники не позволял производить коррекцию перфоративных язв гастродуоденальной зоны без широкого вскрытия брюшной полости. Лапароскопия применялась только как диагностическая процедура в диагностически сложных случаях, предшествуя лапаротомии.

Первая лапароскопическая операция, завершившаяся закрытием прободной язвы, выполнена в 1989 году P.Mouret [4]. Первая лапароскопическая операция, наиболее полно соответствующая общепринятым хирургическим канонам, выполнена в 1990 году Nathanson [5]. Автор произвел ушивание перфоративного отверстия диаметром 3 мм на передней стенке двенадцатиперстной кишки с дополнительной герметизацией фрагментом большого сальника. Дальнейшая

разработка и применение новых способов закрытия перфоративного отверстия позволили значительно упростить этот технически непростой прием и снизить время оперативного вмешательства. Отличительными особенностями и преимуществом лапароскопических ушиваний перед традиционными операциями являются: возможность комбинирования различными техническими средствами, небольшой операционный доступ, малый травматизм, возможность широкой ревизии органов, щадящая техника операции, кратковременность сроков реабилитации, хороший косметический эффект [2]. В настоящее время лапароскопическое ушивание язв применяется в ряде клиник России и, безусловно, будет внедряться во многих стационарах в дальнейшем.

Особенности операции заключаются в следующем. Она выполняется под общим обезболиванием. Желудок обязательно интубируется назогастральным зондом, внутривенно вводится антибиотик, лечение которым продолжается до 5-6 суток послеоперационного периода. При выполнении лапароскопических ушиваний нужно обеспечить возможность выполнения интраоперационной гастродуоденоскопии.

Пациенты располагаются на операционном столе горизонтально в положении на спине. Хирург становится рядом с больным, что обеспечивает свободное манипулирование двумя руками при ушивании язвы. Ассистент находится с левой или правой стороны стола, в зависимости от локализации патологического процесса. Используются троакары с внутренним диаметром 5-10 мм (рис. 1). Сначала всегда вводится параумбиликальный троакар для оптики и правый подреберный троакар для манипулятора. После уточнения локализации язвы, распространенности перитонита и определения показаний к лапароскопическому доступу размещаются дополнительные троакары.

При распространенном перитоните может потребоваться введение 4-го троакара для санации нижнего этажа брюшной полости. Используемые инструменты: 10-мм пятилопастной ретрактор с изменяемой кривизной, зажим Babcock, иглодержатель, пинцет, 10-мм насадка аспиратора-ирригатора. При таких операциях следует использовать скоростной инсуффлятор газа и мощный аспиратор-ирригатор.

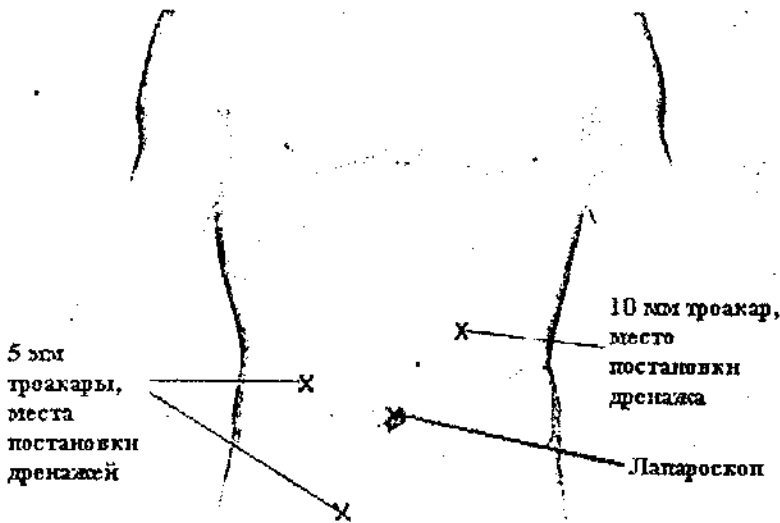


Рис. 1. Схема возможного расположения троакаров при лапароскопическом ушивании перфоративной язвы

Отверстие в желудке или двенадцатиперстной кишке - это причинный фактор развития перитонита, который и представляет основную угрозу для жизни пациентов. Поэтому санация брюшной полости является основным моментом операции и выполняется прежде всего. Максимальная эвакуация выпота производится 10-мм трубкой аспиратора-ирригатора, при помощи ретрактора, мягкого зажима и изменения положения стола. Эта манипуляция, тщательно выполненная, может быть более полноценной (особенно в полости малого таза), чем после верхнесрединной лапаротомии.

Техника ушивания перфорации язвы зависит от ее размеров и выраженности перифокального воспалительного инфильтрата. С этой целью используется синтетический рассасывающийся плетеный шовный материал № 2/0-3/0, который лучше держит узлы при интракорпоральной методике их формирования. Можно применять прямые хирургические иглы, но только в тех случаях, когда ими можно ушить отверстие без промежуточного выкола. Однако большую свободу манипуляций предоставляют изогнутые иглы.

Интракорпоральные швы не могут обеспечить надежный герметизм при диаметре язвенного инфильтрата более 2 см. Поэтому в таких ситуациях желательно применять синтетический нерассасывающийся монофиламентный материал № 1/0-2/0 с экстракорпоральным формированием узлов по Roeder. Монофиламентный материал производит минимальный пилящий эффект, что важно при проведении экстракорпорального шва через инфильтрат. При больших размерах инфильтрата используются только изогнутые иглы. Они позволяют осуществить промежуточный перехват без излишней травматизации области инфильтрата. Линия швов дополнительно перитонизируется пряжкой сальника. Герметичность наложенных швов проверяется путем нагнетания воздуха через назогастральный зонд при заполненном физиологическим раствором подпеченочном пространстве.

Возможность лапароскопического ушивания перфораций передней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки не подлежит сомнению. Доступ к задней стенке желудка также технически возможен, но для этого необходимо рассечение желудочно-ободочной связки. Возможности лапароскопической операции ограничены в случаях расположения язвы на малой кривизне, в области прикрепления малого сальника. Воспалительная инфильтрация сальника, особенно у пациентов с выраженной жировой клетчаткой, и сложность лапароскопического доступа к указанной зоне затрудняют мобилизацию малой кривизны, что необходимо для оценки размеров перфорации и четкой верификации ее краев.

Окончательная санация брюшной полости выполняется с помощью отсоса, ретрактора и атравматичных зажимов при изменении положений операционного стола. Для промывания необходимо использовать 6-8 л изотонического солевого раствора. Дренажное производится всегда. Для этого используются трубчатые силиконовые дренажи. Число и их расположение зависят от распространенности перитонита. Возможны следующие варианты дренирования: подпеченочное пространство; подпеченочное пространство и полость малого таза; подпеченочное пространство, полость малого таза и область латеральных каналов.

Активная декомпрессия желудка через назогастральный зонд продолжается в течение суток после операции. Дренажи удаляются на 2-3-е сутки. Явления перитонита купируются гораздо быстрее после лапароскопической санации, чем после лапаротомии. Обычно через сутки у больных начинает выслушиваться перистальтика кишечника. Активизация больных также происходит существенно раньше.

Травма брюшной стенки при лапаротомном доступе и мануальная санация брюшной полости определяют развитие болевого синдрома и ухудшение микроциркуляции в кишечной стенке.

В клинике госпитальной хирургии СГМА выполнено 100 лапароскопических вмешательств по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В 62 (62%) случаях язвы ушиты лапароскопически. Возраст этих больных варьировал от 17 до 63 лет. Мужчин было 46, женщин – 16. Время с момента перфорации до операции составило от 30 минут до 18 часов. Локализация перфоративной язвы: в двенадцатиперстной кишке – у 48, в желудке – у 14.

В случаях выявления распространенного перитонита операцию заканчивали установлением гильзы для динамического лапароскопического наблюдения и программированной санации брюшной полости. У одного больного в послеоперационном периоде возникла несостоятельность швов, в связи с чем произведены лапаротомия и повторное ушивание перфоративного отверстия. Продолжительность выполнения лапароскопических ушиваний не отличалась от операций лапаротомным доступом, большую часть времени операции занимала санация брюшной полости. В послеоперационном периоде больные получали консервативное лечение, включавшее антибактериальную и противоязвенную терапию.

В 38 случаях диагностическая лапароскопия переведена в лапаротомию. Конверсии в оперативном лечении были обусловлены следующими причинами: расположением язвы на верхней и задней стенках двенадцатиперстной кишки; наличием "старой" язвы с массивным параульцеллярным инфильтратом фиброзной плотности; диаметром перфоративного отверстия более 10 мм; повторной перфорацией язвы желудка через 3 месяца после лапароскопического ушивания.

Мы считаем, что показаниями к лапароскопическому ушиванию перфоративных гастродуоденальных язв являются следующие клинические ситуации: 1) отсутствие разлитого перитонита и паралитической кишечной непроходимости, 2) небольшие размеры перфоративного отверстия (до 1 см), 3) локализация перфорации на передней стенке органа, 4) отсутствие анамнестических, клинических и лапароскопических признаков других осложнений язвенной болезни.

Литература

1. Беккерман Л.С. Исторические заметки о лечении прободной язвы желудка // Сов. мед. – 1938. – №22. – С. 34-37.
2. Кригер А.Г. Лапароскопические операции в неотложной хирургии. – М., 1997. – С.192.
3. Миткин С.Е., Пешехонов С.И., Чистяков Д.Б. Возможности лапароскопических операций у больных с перфорациями язв желудка и 12-перстной кишки // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.30.
4. Mouret P., Francois Y., Vignal J. et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer // Br. J. Surgery. – 1990. – №9. – P.1006.
5. Nathanson L.K., Easter D.W., Cuschier A. Laparoscopic repair/peritoneal toilet of perforated duodenal ulcer // Surgery Endoscopy. – 1990. – №4. – P.232-233.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Н.П.Снытко, С.А.Касумьян, А.Е.Доросевич

Смоленская государственная медицинская академия

Статья посвящена возможности прогнозирования жизни больных раком желудка по результатам исследования регионарного иммунитета. У 25 больных раком желудка проведены иммунологические исследования в артериальной и венозной крови, взятой в зоне опухоли. При динамическом наблюдении впервые установлено, что продолжительность жизни этих больных коррелировала (обратная корреляция) с концентрацией IgG, IgA и IgM, циркулирующих в зоне опухоли.

Одним из принципиально новых этапов развития медицины будущего является разработка способов диагностики и прогноза. Наиболее значимым в прогнозировании является индивидуальный прогноз течения онкологических заболеваний [5, 10, 14, 15, 16].

При этом обычно принимают во внимание степень выраженности патологического процесса (размер опухоли, метастазирование в лимфоузлы и отдаленные органы, степень дифференцировки) [5, 6, 9, 10, 12] и состояние функциональных систем организма [1, 7]. Вследствие развития метастазов при раке желудка в первые 5 лет погибает 27-28,2% больных [4, 8, 14]. Появление современных методов морфологического анализа (гистохимический, иммуноморфологический, морфометрический) позволило создать клинко-морфологическую систему прогноза рака желудка [6, 9, 10]. Этими факторами оказались:

- молодой возраст больного;
- диспротеинемия с гипоглобулинемией;
- снижение свертываемости крови;
- снижение уровня гемоглобина до 90 г/л и менее;
- лейкоцитоз более 12 тыс./мкл, СОЭ более 20-25 мм/ч;
- повышение кислотности желудочного сока;
- наличие сочетанного поражения желез внутренней секреции и репродуктивных органов;
- наличие в строме опухоли большого количества эозинофилов, содержащих альфа1-антитрипсин;
- высокие показатели экспрессии гастрина, раково-эмбрионального антигена;
- наличие в строме опухоли коллагена 5 типа и фибронектина в виде зрелых структур;
- наличие коллагена 4 типа и ламинина в интерстиции;
- особо авторы обращают внимание на влияния эозинофилов стромы опухоли на прогноз при раке желудка.

У больных раком желудка происходит сложнейшая перестройка иммунного гомеостаза и неспецифической резистентности [2, 3, 10, 11, 13]. Так, по мере прогрессирования заболевания количество Т-клеток снижается с одновременным уменьшением соотношения хелперы (CD4)/(CD8) цитотоксические супрессоры [12].

У некоторых больных повышение IgG и IgA предшествуют клиническому проявлению метастазов с высокой степенью корреляции.

Материал и методы

Нами обследовано 37 больных раком желудка (мужчин - 29, женщины - 8). Рак желудка: 3-я стадия - у 30, 4-я стадия - у 7 больных, с 1-й и 2-й стадиями заболевания больных не было.

Объем выполняемых операций: гастрэктомия - 14, резекция по Бильрот-2 - 12, паллиативные резекции - 8, экplorативная лапаротомия - 3.

Кроме общеклинических методов (общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, ЭКГ, рентгеноскопия легких, фиброгастроскопия и др.), применялись иммуноморфологические методы. У всех больных проведено иммунологическое исследование периферической крови и у 25 больных - иммунологическое исследование крови, циркулирующей в зоне опухоли.

Забор крови из артерии, вены и кубитальной вены производили во время оперативного вмешательства. Селективно пунктировали артерию и вену в зоне опухоли, получали 8-10 мл крови, затем смешивали ее с гепарином (20-25 ед. на 1 мл крови).

Гуморальный иммунитет исследовали путем определения концентрации основных классов иммуноглобулинов M, G, A по методу G. Mancini et al. (1965).

Клеточный иммунитет определяли по количеству Т-лимфоцитов и их субпопуляций. Лимфоциты выделяли на градиенте плотности (раствор фиколл-верографина) по методу M.Jondal (1972). Полученную лимфовзвесь дважды отмывали средой 199 и доводили концентрацию лимфоцитов до 2×10^6 кл/мл. Число Е-РОК (Т-клетки) вычисляли в результате подсчета 200 лимфоцитов. Субпопуляции лимфоцитов, обогащенных Т-хелперами и Т-супрессорами, определяли в нагрузочном тесте с теофиллином.

Обсуждение результатов

У всех больных раком желудка отмечено снижение клеточного иммунитета в периферической крови (концентрация Т-лимфоцитов снижена на 10%, в основном за счет Т-хелперов, концентрация которых уменьшилась на 27%). Количество лейкоцитов было повышено на 30% и увеличена концентрация IgA на 12%.

Более выраженные иммунологические изменения обнаружены нами в циркулирующей крови в зоне опухоли. Отмечено достоверное снижение концентрации Т-лимфоцитов (на 34%) у 24 больных из 25 и снижение концентрации Т-супрессоров на 37% в крови, оттекающей от опухоли. В то же время концентрация Т-лимфоцитов в притекающей к опухоли крови (артериальной) и периферической крови были практически идентичны.

Установлено также, что в оттекающей от опухоли крови концентрация иммуноглобулинов G и M была ниже, чем в притекающей (артериальной), соответственно на 33,4% и 28,3%.

Результаты проведенных исследований позволяют предположить, что у больных онкологическими заболеваниями желудка Т-лимфоциты, IgG и IgM покидают артериальное сосудистое русло и выходят в опухолевую ткань.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных прослежены у 20 больных (гастрэктомия - 10, субтотальная резекция по Бильрот-2 - 7, паллиативные операции - 3). Прожили более 5 лет - 6 больных (30%), 1-3 года - 8 (40%) и менее 3 лет - 6 (30%).

У больных с пятилетней выживаемостью наблюдалась тенденция к снижению концентрации Т-клеток в периферической крови ($52,1 \pm 2,7\%$) по сравнению с нормой ($67,3 \pm 1,21\%$). Концентрация IgG ($8,2 \pm 1,5\%$ г/л) и IgM ($0,71 \pm 0,1$ г/л) незначительно

снижена по сравнению с нормой (IgG - $9,85 \pm 0,26$ г/л, IgM - $1,0 \pm 0,09$ г/л). Концентрация IgA в периферической крови ниже нормы ($p < 0,05$) почти в 2 раза.

Более выраженные иммунологические изменения обнаружены нами в крови, циркулирующей в зоне опухоли (табл.1).

Концентрация Т-клеток в притекающей к опухоли крови ($59,5 \pm 3\%$) была выше ($p < 0,05$), чем в оттекающей ($38,6 \pm 3\%$). В притекающей к опухоли крови концентрация Т-клеток была также выше, чем в периферической. Относительно высокое содержание в артериальной крови Т-клеток является одним из хороших прогностических признаков.

Одновременно выявлено снижение иммуноглобулинов «G» (в притекающей крови - $5,33 \pm 0,5$ г/л, в оттекающей - $4,9 \pm 0,3$ г/л), «A» (в притекающей - $1,22 \pm 0,1$ г/л, в оттекающей - $0,7 \pm 0,3$ г/л) и «M» (в притекающей - $0,55 \pm 0,08$ г/л, в оттекающей - $0,65 \pm 0,1$ г/л), циркулирующих в зоне опухоли ($p < 0,05$).

В группе больных, проживших менее 1 года, отмечено высокое содержание лейкоцитов (12660 ± 660 кл./мкл). Концентрация Т-лимфоцитов ($35,8 \pm 3$ г/л) в оттекающей от зоны опухоли крови была ниже ($p < 0,05$), чем в периферической, ($56,3 \pm 4$ г/л) и ниже, чем в притекающей ($49,5 \pm 4$ г/л) (табл. 2).

Достаточно очевидно, что у больных, проживших после операции более 5 лет, наибольшая концентрация Т-клеток определяется в притекающей крови ($59,3 \pm 3\%$), а у больных, проживших менее года, концентрация Т-клеток в зоне патологического очага была значительно снижена (в притекающей - $49,5 \pm 4\%$, в оттекающей - $35,8 \pm 4\%$).

Таблица 1. Иммунологические показатели в артериальной (АК), венозной (ВК) и периферической (ПК) крови у больных раком желудка с 5-летней выживаемостью

Иммунологические показатели	АК	ВК	ПК	Норма (ПК)
Т-лимфоциты (%)	$59,5 \pm 3$	$38,6 \pm 3$	$53,1 \pm 2,7$	$67,3 \pm 1,21$
Ig G (г/л)	$5,33 \pm 0,5$	$4,9 \pm 0,3$	$8,2 \pm 1,5$	$9,85 \pm 0,26$
Ig A (г/л)	$1,22 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,1$	$0,97 \pm 0,2$	$1,86 \pm 0,09$
Ig M (г/л)	$0,55 \pm 0,08$	$0,65 \pm 0,1$	$0,71 \pm 0,1$	$1,00 \pm 0,09$
Лимфоциты (в 1 мкл)			1536 ± 250	1650 ± 110
Лейкоциты (в 1 мкл)			7983 ± 600	5600 ± 210

Таблица 2. Иммунологические показатели в артериальной (АК), венозной (ВК) и периферической (ПК) крови у больных раком желудка, проживших менее 1 года

Иммунологические показатели	АК	ВК	ПК	Норма
Т-лимфоциты (%)	$49,5 \pm 4$	$35,8 \pm 3$	$56,3 \pm 4$	$67,3 \pm 1,21$
IgG (г/л)	$9,5 \pm 1$	$8,9 \pm 1,5$	$10,2 \pm 1,4$	$9,85 \pm 0,26$
IgA (г/л)	$2,0 \pm 0,5$	$1,5 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,4$	$1,86 \pm 0,09$
IgM (г/л)	$1,0 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,1$	$1,00 \pm 0,09$
Лимфоциты (в мкл)			1924 ± 323	1650 ± 110
Лейкоциты (в мкл)			12660 ± 660	5600 ± 210
Индекс (лейк/лимф)			6,63	3,39

Одновременно концентрации иммуноглобулинов как в зоне опухоли, так и в периферической крови больных, проживших менее года, достоверно не различались.

Полученные данные убеждают в отсутствии эффекта привлечения Т-клеток и иммуноглобулинов в патологический очаг у больных, проживших менее года.

Выводы

1. У больных раком желудка существуют механизмы, регулирующие выход Т-лимфоцитов и иммуноглобулинов в зону опухоли.
2. Относительно высокое содержание в артериальной крови Т-клеток (>60%) и низкие концентрации иммуноглобулинов (IgG <6г/л, IgA <1,2г/л, IgM <0,7 г/л) в зоне опухоли являются хорошими прогностическими признаками.

Литература

1. Горелик А.Н., Акберов Р.Ф. Возможности современных методов исследования в диагностике предраковых изменений слизистой оболочки и "малого" эндофитного рака желудка // Вестн. рентгенологии и радиологии. - 1993. - № 6. - С.39-42.
2. Новиков Д.К., Противоопухолевые реакции лейкоцитов. - Минск: Наука и техника, 1988. - 176с.
3. Новиков Д.К., Новикова В.И. Оценка иммунного статуса. - Минск: Витебский медицинский институт, 1996. - 282с.
4. Результаты комбинированного лечения рака кардиального отдела желудка (кооперированное, рандомизированное исследование) / Л.А.Вашакмадзе, Л.А.Бабаян, М.И.Талалаев и др. // Вопросы онкологии. - 1987. - № 3. - С.70-74.
5. Серов В.В. Клиническая морфология и прогноз рака. - М.: Медицина, 1970. - С.178.
6. Серов В.В., Юшков П.В. Прогноз рака желудка клиническим патологом: прошлое и настоящее // Взгляд в прошлое, оценка настоящего и проблемы будущего медикаментозной терапии в гастроэнтерологии. Нетрадиционное решение проблем: Сб. научн. трудов 22-й конф. - Смоленск, 1994. - С.330-333.
7. Функциональная активность цитотоксических субпопуляций лимфоцитов локального и системного иммунитета при раке и язвенной болезни желудка / И.Г.Цой, А.С.Сапаров, М.Г.Булегенова и др. // Иммунология. - 1994. - № 4. - С.43-45.
8. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Роменский Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. - 1996. - №1. - С.5-12.
9. Юшков П.В. Сравнительная клинико-морфологическая характеристика язвенных форм рака желудка: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. - М., 1993. - С.14.
10. Юшков П.В. Клинико-морфологический критерии прогноза рака желудка // Арх. пат. - 1994. - Т.56, №6. - С.53-57.
11. Antonia S.J., Munoz-Antonia T., Soldevila G., Miller J. Flavell-RAB7-1 expression by a non-antigen presenting cell-derived tumor // Cancer Res. - 1995. - Jun 1; Vol.55, №11. - P.2253-56.
12. Kujath P. Carcinoma of the gastric stump. Diagnosis, surgical procedure and prognosis // Langenbecks Arch. Chir. - 1995. - Vol.380, №2. - P.108-114.
13. Lin J.T. Diagnosis of gastric adenocarcinoma using a scoring system: combined assay of serological markers of Helicobacter pylori infection, pepsinogen I and gastrin // J. Gastroenterol. - 1995. - Vol.30, №2. - P.156-161.
14. Martin R.C., Jagues D.P., Brennan M.F. Extended local resection advanced gastric cancer: increased survival versus increased morbidity // Ann. Surg. - 2002. - Aug; Vol.236, №2. - P.159-165.
15. Matsukura N. Gastric ulcer and cancer // Nippon Ika Daigaku Zasshi. - 1997. - Vol.64, №3. - P.207-210.
16. Miyaji. Association between serum gastrin levels, gastric acid secretion and age in early gastric cancer // Tumour Biol. - 1997. - Vol.18, №5. - P.311-320.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО СТАБИЛЬНОГО ПОГРУЖНОГО И ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Д.И.Фаддеев

Смоленская государственная медицинская академия

Проанализированы все инфекционные осложнения после 57 (14,6%) из 390 операций чрескостного (229) и погружного (161) металлоостеосинтеза длинных костей у больных с политравмой. Установлены характерные для каждого метода осложнения, их причины, меры профилактики и способы лечения

Общезвестно, что исход лечения переломов в значительной степени зависит от числа и тяжести осложнений. Частота их при политравме значительно возрастает, превышая в 2-3 раза осложнения при изолированных переломах аналогичной тяжести [11, 12], достигая 33,7-51,0% [2, 6, 7].

Повышение эффективности стабильного металлоостеосинтеза тесно связано с выработкой действенных мер профилактики и лечения осложнений, свойственных этим методам.

Нами изучены и проанализированы осложнения, возникшие после 390 произведенных чрескостных (229) и погружных (161) металлоостеосинтезов у 284 пострадавших с сочетанными (169) и множественными (115) переломами, в возрасте от 4,5 до 89 лет, в основном (76%) мужского пола.

Тяжесть состояния у 118 (45,5%) пациентов усугублялась травматическим шоком, у 75 (26,4%) – алкогольным опьянением. Всего у 284 госпитализированных имелось 557 переломов, преимущественно (422) длинных трубчатых костей (ДТК) – сочетанные переломы одного сегмента были у 70 (25%), нескольких – у 99 (35%). При сочетанной травме преобладала (у 159) черепно-мозговая. Помимо этого у 4-х диагностирован разрыв легкого, а у 28 – повреждение органов брюшной полости.

Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова (ЧОАИ) произведен на 229 сегментах (голени – 148, бедре – 41, плече – 20, предплечье – 20), что составило 59% всех остеосинтезов. Внутрикостный (ВК) произведен на 150 (бедре – 104, предплечье – 28, плече – 16, голени – 2) и лишь изредка на 11 сегментах (плече – 5, бедре – 3, голени – 2, предплечье – 1) применен накостный остеосинтез (НК).

При открытых (167) переломах основным методом фиксации был ЧОАИ (123 операции), применявшийся в основном (104) на голени. При закрытых (255) ЧОАИ применялся несколько реже (106) внутрикостного (116). Большинство (71,3%) операций произведены в первые три недели после травмы, в том числе – 31,2% - в первые сутки.

При анализе возникших осложнений устанавливалась их связь со способом фиксации, локализацией и видом перелома, а также временем выполнения остеосинтеза и тяжестью состояния больного.

Как видно из табл. 1, различные осложнения наблюдались после 94 (24,1%) из 390 остеосинтезов, в том числе 54 (23,6%) чрескостного и 40 (24,8%) погружного. Все осложнения условно были разделены нами на 5 групп:

- 1) инфекционные (нагноение, остеомиелит);
- 2) операционные (переломы отломка, повреждение сосуда);

3) послеоперационные (миграция, деформация, перелом фиксатора, вторичное смещение отломков);

4) местные (токсикодермия, краевой некроз раны);

5) общие (пневмония, эмболия, пролежни).

Большинство (60,6%) осложнений были связаны с развитием инфекции. Из табл.2 видно, что инфекционные осложнения чаще возникали после чрескостного (в 17,5%), чем погружного (в 10,6%) остеосинтеза. При этом следует учесть, что чрескостный применялся при более тяжелых с обширным повреждением мягких тканей, как при открытых (II В, III А, Б, В и IV тип по Каплану-Марковой), так и закрытых переломах и более тяжелом общем состоянии пострадавших. К тому же, при чрескостном они более чем наполовину состояли из нагноения мягких тканей вокруг спиц (23), являющимся, как давно известно [1], наиболее частым осложнением чрескостного остеосинтеза (от 12 до 36%). При политравме оно возникает в два раза чаще, чем при изолированных переломах [5, 9, 10].

Установлено, что у наших больных оно было следствием нарушения режима фиксации (у 9) либо правил асептики (у 12) в основном в период амбулаторного лечения. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволили купировать нагноительный процесс у 18 из них инфильтрацией мягких тканей раствором антибиотиков (у 11) или удалением (у 7) спиц с проведением их заменяющих. Лишь у 5 (2,2%) из них нагноение распространилось на кость, в результате чего развился спицевой остеомиелит, ликвидированный в дальнейшем консервативным (у 3) и его сочетанием с оперативным (у 2) лечением.

Таблица 1. Осложнения после чрескостного и погружного металло-osteосинтеза длинных костей у больных с политравмой

Осложнения	Чрескостный остеосинтез (229 операций)		Погружной остеосинтез (161 операция)		Всего осложнений	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Инфекционные	40	17,5	17	10,6	57	14,6
Операционные	1	0,4	3	1,8	4	1,0
Послеоперационные	-	-	7	4,4	7	1,8
Местные	8	3,5	3	1,8	11	2,8
Общие	5	2,2	10	6,2	15	3,8
Итого:	54	23,6	40	24,8	94	24,1

Таблица 2. Инфекционные осложнения после чрескостного и погружного металлоosteосинтеза длинных костей у больных с политравмой

Осложнения	Чрескостный остеосинтез (229 операций)		Погружной остеосинтез (161 операция)		Всего осложнений	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нагноение раны	10	4,4	9	5,6	19	4,9
Остеомиелит	7	3,0	8	5,0	15	3,8
Нагноение мягких тканей вокруг спиц	18	7,9	-	-	18	4,6
Спицевой остеомиелит	5	2,2	-	-	5	1,3
Итого:	54	23,6	40	24,8	94	24,1

До сих пор бытует мнение [3], что длительная фиксация аппаратом предрасполагает к нагноению вокруг спиц. Однако мы неоднократно при замещении обширных (18-24 см) посттравматических дефектов большеберцовой и бедренной костей осуществляли фиксацию аппаратом Илизарова в течение 2-3 лет, не наблюдая ни малейших признаков нагноения вокруг спиц. Убеждены, что к нагноению ведет не длительность фиксации аппаратом, а нарушение техники остеосинтеза и послеоперационного ведения больного в периоде фиксации. Это, прежде всего, нарушение ее стабильности (режима фиксации). Регулярное (один раз в 8-10 дней) натяжение спиц или работа стержнями при дистракционном остеосинтезе позволяют сохранить абсолютную стабильность фиксации. Профилактикой спицевого остеомиелита является и «фракционное» (прерывистое) проведение спиц на малых оборотах с периодической остановкой электродрели и постоянным охлаждением спицы шариком со спиртом. Это предотвращает ожог кости с последующим некрозом перегретого участка.

Нагноение послеоперационной раны наблюдалось после 34 (8,7%) остеосинтезов. При ЧОАИ оно произошло в 17 (13,8%) из 123 операций, произведенных при открытых переломах (при закрытых переломах репозиция всегда производилась закрыто). В 10 (8,1%) оно ограничилось мягкими тканями, в 7 (5,7%) - распространилось на отломки и перешло в остеомиелит. По данным литературы [8], остеомиелит у больных с политравмой после чрескостного остеосинтеза наблюдался в 2,4-11% случаев. Комплекс лечебных мероприятий, включавший вторичную хирургическую обработку с герметизацией, активным приточно-отточным дренированием раны и ее вакуумированием (у 3 больных), позволил ликвидировать гнойный процесс и добиться сращения у всех 7 пострадавших с остеомиелитом. У двух из них для этого пришлось произвести ЧОАИ (у одного на бедре и одного на голени).

В профилактике гнойных осложнений при открытых переломах наряду с полным удалением нежизнеспособных тканей первостепенное значение придавалось стабильной фиксации точно сопоставленных отломков. ЧОАИ позволяет без введения фиксатора в зону перелома и дополнительной травматизации окружающих тканей закрытым способом точно репозировать и прочно фиксировать отломки на весь период сращения, сохранив при этом функцию смежных суставов. В случае возникновения нагноения это препятствует генерализации инфекции, улучшает трофику поврежденного сегмента, создавая тем самым благоприятные условия для ликвидации нагноения и сращения перелома.

Нагноение послеоперационной раны осложнило 17 (10,6%) операций внутрикостного остеосинтеза. В 9 (5,6%) оно ограничилось пределами мягких тканей, а в 8 (5,0%) перешло в остеомиелит. В результате комплекса консервативных и оперативных мероприятий удалось добиться сращения в правильном положении у 15 пострадавших, не достигнуто сращение у 2 - с открытыми переломами костей предплечья.

Разделяя точку зрения, что развитие инфекции в ране после металлоостеосинтеза прогрессивно снижает стабильность фиксации и надежды на формирование костной ткани, мы считали [4] и продолжаем считать, что стабилизация отломков является необходимым условием для ликвидации уже возникшего нагноения. В то же время до сих пор нет четко сформулированных показаний к удалению или сохранению металлических фиксаторов при возникшей раневой инфекции. Среди практических травматологов и хирургов сохраняется точка зрения о необходимости удаления фиксатора сразу после возникновения нагноения. Последняя тактика, к сожалению, нашла широкое распространение. Неоправданное удаление фиксаторов и переход на консервативные методы

фиксации, не обеспечивающие истинной неподвижности, а часто и сопоставления отломков, нередко способствует обострению нагноительного процесса, что, по нашему мнению, может стать катастрофой для больного. Мы убеждены, что удалению подлежат лишь те фиксаторы, которые не обеспечивают стабильности соединения отломков. Поэтому, при сомнительной стабильности остеосинтеза и развивающемся инфекционном процессе, мы всегда переходили на другой способ оперативной фиксации – закрытый ЧОАИ.

Одной из причин нагноения после погружного остеосинтеза, по нашему мнению, явилась длительность (до 2-х недель и более) пребывания больных в стационаре до операции. При отсрочке остеосинтеза они становились носителями микрофлоры, специфической для нашего лечебного учреждения и нередко устойчивой к антибиотикам. Кроме этого, к нагноению предрасполагает оставшаяся гематома, источником которой являются содержимое костно-мозгового пространства и поврежденные мягкие ткани в области перелома. Поэтому, при обширных повреждениях мышц бедра и голени, нами применялись активное приточно-отточное дренирование и вакуумирование, способствующее полному опорожнению гематомы и предотвращению нагноения.

При анализе частоты инфекционных осложнений в зависимости от сломанного сегмента видно, что чаще они возникли на голени (в 17,8%) и бедре (в 17,6%) и значительно реже на плече (в 9,8%) и предплечье (в 6,1%).

Заключение

Таким образом, при анализе возникших осложнений установлено, что большинство (60,0%) из них связаны с развитием инфекции, чаще на бедре и голени. Наиболее тяжелые из них возникли после погружного металлоosteосинтеза. Осложнения после чрескостного остеосинтеза в виде нагноения мягких тканей вокруг спиц и спицевого остеомиелита не оказали отрицательного влияния на конечный результат лечения ввиду ранней диагностики и адекватной терапии. Соблюдение методик чрескостного остеосинтеза, главным из которых является неукоснительное поддержание режима фиксации, свело эти осложнения к минимуму.

Повышение эффективности методов стабильного металлоosteосинтеза переломов ДТК при полиграмме в значительной степени зависит от тщательного соблюдения методик применяемых видов остеосинтеза, его раннего применения, совершенствования и выработки действенных мер профилактики и лечения осложнений, свойственных этим методам.

Литература

1. Акимов Г.В., Грицапов А.И. Анализ ошибок и осложнений у больных с переломами длинных трубчатых костей конечностей, леченных методом внеочагового остеосинтеза // Ортопед., травматол. – 1976. - № 1. – С.46-50.
2. Бециншор В.К. Множественные переломы костей конечностей и их последствия. – Кишинев: «Штиинца». – 1985. – 207с.
3. Боровский Н.Г. Современные взгляды на лечение переломов длинных трубчатых костей у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой // Тез. докл. Всеросс. научн. конф. «Актуальные проблемы современной тяжелой травмы», посвященной 70-летию кафедры военно-полевой хирургии военно-медицинской академии. – Санкт-Петербург, 2001. – С.19.
4. Девятов А.А., Фаддеев Д.И., Попов П.С. Стабильная фиксация аппаратом Илизарова как профилактика гнойных осложнений при лечении открытых диафизарных переломов // Чрескостный компрессионный, дистракционный и компрессионно-дистракционный остеосинтез в травматологии и ортопедии: Сб. научных трудов. - Вып. 2. – Челябинск, 1976. – С.245.
5. Илизаров Г.А., Швед С.И., Карагодин Г.Е. и др. Чрескостный остеосинтез – новый этап в лечении закрытых диафизарных переломов длинных трубчатых костей // Эксперим.-теоретич. и клинич.

- аспекты разрабатываемого в КНИИЭКОТ метода чрескостного остеосинтеза: Тез. докл. Всесоюзн. симпозиума – Курган, 1983. – С. 74-76.
6. Кашанский Ю.Б. Чрескостный остеосинтез аппаратами Илизарова при множественных и сочетанных механических повреждениях конечностей, сопровождающихся шоком: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1983.
 7. Плахотников Е.А. Осложнения сочетанных травм конечностей // Тез. докл. Всеросс. научн. конф. «Актуальные проблемы современной тяжелой травмы», посвящ. 70-летию кафедры военно-полевой хирургии ВМА – Санкт-Петербург, 2001. – С.94.
 8. Соколов В.В., Бялик Е.И., Бояршинова О.И. Стабильно-функциональный остеосинтез по методам АО при лечении пострадавших с сочетанной травмой // Матер. конгресса травматологов-ортопедов России с международным участием. – Ярославль, 1999. – С.480-483.
 9. Трубников И.Ф., Попов И.Ф., Хименко М.Ф., Малахов А.И. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при переломах длинных трубчатых костей у пострадавших с множественной и сочетанной травмой // Эксперим.-теоретич. и клинич. аспекты разрабатываемого в КНИИЭКОТ метода чрескостного остеосинтеза: Тез. докл. Всесоюзн. симпозиума. – Курган, 1983 – С.90-92.
 10. Фаддеев Д.И., Чукин Е.Г., Михайловский В.В. Осложнения при чрескостном остеосинтезе по Илизарову у пострадавших с множественными, сочетанными и изолированными переломами длинных трубчатых костей // Эксперим.-теоретич. и клинич. аспекты разрабатываемого в КНИИЭКОТ метода чрескостного остеосинтеза: Тез. докл. Всесоюзн. симпозиума. – Курган, 1987. – С.35-40.
 11. Фаддеев Д.И. Ранний металлоостеосинтез закрытых и открытых множественных и сочетанных переломов длинных трубчатых костей. - Смоленск, 1997 – 364с.
 12. Фаддеев Д.И. Осложнения при лечении множественных и сочетанных переломов длинных костей методами раннего стабильного погружного и чрескостного остеосинтеза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 1997. - № 1 – С.18-23.

УДК 616.71-001.5-089.84

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Д.И.Фаддеев

Смоленская государственная медицинская академия

Результаты 408 операций раннего чрескостного остеосинтеза у 265 пострадавших с политравмой положительные у 92,3 % оперированных; снижение больничной летальности - до 3,8%; жировой эмболии – до 1,1%, стойкой инвалидности – до 10,3% и полное восстановление трудоспособности у 74,7% обследованных – свидетельствуют о высокой эффективности метода и целесообразности его широкого применения у этих больных.

О сохраняющейся актуальности проблемы лечения переломов длинных трубчатых костей (ДТК) при политравме свидетельствует целый ряд обстоятельств. Это неуклонно возрастающая частота и тяжесть этих повреждений, значительные трудности и нередкие неудовлетворительные результаты их лечения. Так, при сочетанных повреждениях число осложнений достигает 51%, летальность – 34,6%, а инвалидизация – 40,9% [3].

Являющийся отличительной чертой политравм, особенно сопровождающихся переломами конечностей, синдром взаимного отягощения оказывает отрицательное влияние на диагностику и лечение каждого из повреждений в отдельности и всех вместе. Тяжесть общего состояния пострадавшего до недавнего времени препятствовала проведению их лечения в идеальном варианте, позволяющем «разорвать кольцо синдрома взаимного отягощения» [6], а именно: сразу при госпитализации произвести окончательное специализированное лечение на всех

очагах повреждений в период первичной компенсации, с целью создания оптимальных условий для восстановительных процессов в поврежденных очагах, репаративной регенерации костной ткани. Причиной этого, помимо тяжести повреждений, являются неэффективность консервативных методов фиксации отломков и травматичность методов погружного металлоостеосинтеза. Этим объясняется десятилетиями сохранявшееся мнение о необходимости раннего радикального лечения лишь полостных повреждений, в то время как их окончательное оперативное лечение откладывалось на второй этап, до улучшения общего состояния пострадавшего.

Оперативные вмешательства, связанные с открытым сопоставлением отломков (поэтапно или однократно) в области нескольких поврежденных сегментов у больных с политравмой, в большинстве своем неосуществимы из-за тяжести повреждений, с одной стороны, и их травматичности - с другой. Большинство хирургов из-за опасности вторичного шока от дополнительной травмы, связанной с выполнением остеосинтеза, являются сторонниками отсроченного оперативного лечения. К тому же применение погружного остеосинтеза при открытых переломах сопряжено с опасностью развития инфекции (Девятов А.А., Константинов Б.К. и Фаддеев Д.И., 1977), при которой фиксаторы зачастую подлежат удалению. Нарушение фиксации в таких случаях создает неблагоприятные условия для сращения перелома и ликвидации инфекции [4]. Возникает своеобразный «замкнутый круг». В этом отношении громадными преимуществами обладает чрескостный остеосинтез [5].

Поэтому, отдавая должное методам погружного, в основном внутрикостного, металлоостеосинтеза переломов ДТК при политравме и улучшения, в связи с этим, результатов их лечения [2, 9, 10, 12], не будет преувеличением признать, что лишь внедрение в арсенал методов лечения переломов ДТК при политравме чрескостного остеосинтеза (ЧО) открыло широкие возможности лечения этих повреждений [1, 7, 14].

Опыт целого ряда клиницистов и научных учреждений за последнюю четверть века выявил высокую эффективность и ряд существенных преимуществ чрескостного остеосинтеза перед другими методами лечения переломов конечностей при политравме, особенно в жизнеугрожающем периоде травматической болезни [8, 11, 13, 15, 17, 18].

Нами обобщен и проанализирован опыт 408 чрескостных остеосинтезов аппаратом Илизарова (ЧОАИ) переломов ДТК у 265 пострадавших с сочетанной (63,6%) и множественной (37,4%) травмой в возрасте от 4,5 до 89 лет, лечившихся в травматологических отделениях Смоленской городской КБСМП, являющейся базой кафедры травматологии, ортопедии с ВПХ за период с 1979 по 2000 год включительно.

У большинства (82,1%) причиной повреждений явились дорожно-транспортные происшествия (ДТП). При госпитализации у 93 (34,6%) пострадавших диагностирован травматический шок, в основном II-III степени, у 73 (27,1%) - алкогольное опьянение.

Закрытые переломы были у 79 (29,4%), открытые - у 132 (43,1%) и их сочетание - у 58 (21,5%) пострадавших. Из 408 закрытых ЧОАИ 259 произведено на голени, 68 - бедре, 42 - плече, 35 - предплечье, 4 - стопе. У 231 пострадавшего произведен только ЧОАИ (349), у 34 - сочетание чрескостного (59) с внутрикостным (40) на разных сегментах.

Наибольшее применение ЧОАИ нашел при лечении переломов голени и бедра; гораздо меньше - на плече и предплечье. Его основными преимуществами является: минимальная кровопотеря; создание условий для мобильности

пострадавшего, контроля за операционной раной при открытых переломах, выполнения повторных операций на доминирующем очаге повреждения, а также предупреждения пластических осложнений.

Минимальная травматичность метода исключает необходимость сложных оперативных вмешательств при множественных и сочетанных переломах ДТК и позволяет осуществлять раннюю функциональную нагрузку на поврежденные конечности с первых дней после остеосинтеза. Особое значение это приобретает при открытых сочетанных переломах, когда в остром периоде относительно редко могут быть применены классические способы погружного остеосинтеза.

Именно благодаря минимальной травматичности чрескостного остеосинтеза еще 25 лет назад он начал рассматриваться нами как неотъемлемое слагаемое противошоковых мероприятий [14]. Правда, в то время эта точка зрения не разделялась большинством травматологов, считавших допустимым выполнение чрескостного остеосинтеза только после выведения больного из шока. По мере накопления опыта чрескостного остеосинтеза при политравме в других лечебных учреждениях эта точка зрения стала общепринятой [1, 9].

Это позволило у 101 пострадавшего произвести одновременный (76) и одноэтапный (25) ЧОАИ на 222 сегментах, в основном в периоды первичной (64,4%) и стойкой (30,7%) компенсации. Лишь 4,9% составили операции, вынужденно произведенные в периоды декомпенсации травматической болезни. Это создавало предпосылки для ранней активизации пострадавших, если этому не препятствовали тяжелые полостные повреждения, в основном черепно-мозговые травмы (ЧМТ). Хотя и тогда активизация пострадавших на постельном режиме была значительной, не говоря уже о стабильной фиксации отломков.

Осложнения возникли после 89 (21,8%) из 408 ЧОАИ. Основная масса их связана с развитием инфекции (16,8%), в основном - в мягких тканях вокруг спиц. Жировая эмболия возникла у 4 (1,1%), у которых ЧОАИ был произведен спустя неделю после травмы. Редкость этого осложнения у наших больных мы объясняем тем, что всем им был произведен стабильный закрытый чрескостный остеосинтез, выполнявшийся при обширных и множественных повреждениях костной и мягких тканей в экстренном порядке при госпитализации. Это позволило предотвратить развитие этого грозного осложнения у подавляющего большинства (98,9%) оперированных.

Повторный остеосинтез произведен на 26 сегментах из 378 синтезированных первично. Не достигнуто сращение у 7 (2,6%) из них на 7 сегментах.

Умерли 10 (3,8%) пострадавших с сочетанными повреждениями одной (у 3), двух (у 3) и трех (у 4) полостей с переломами двух (у 6) и трех (у 4) крупных сегментов, доставленных в состоянии травматического шока II (3), III (6) и IV (1) степени.

Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 1 до 15 лет после травмы у 194 (72,2%) оперированных и оценены по 4-балльной системе (табл.1).

Таблица 1. Отдаленные результаты лечения 194 (72,2%) из 265 оперированных с переломами ДТК при политравме

Количество обследованных и % изученных результатов	Результаты				Всего оперировано
	Отличные	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие	
Больных 194	43	99	37	15	265
% 72,2%	22,2	51,0	19,1	7,7	100,0

Отличные результаты, характеризующиеся полным восстановлением анатомии и функций без наличия жалоб и косметических дефектов поврежденных конечностей, отмечены у 22,2% (43) обследованных.

Хорошие результаты (прочное сращение отломков, одинаковая длина и правильная ось конечностей с полным восстановлением движений в суставах и трудоспособности больного с наличием небольшого косметического дефекта) отмечены у 51,0% (99) обследованных.

Удовлетворительные результаты (прочное сращение отломков с некоторым нарушением оси конечности в функционально выгодном положении, с умеренным – до 30° ограничением движений в смежных суставах и укорочением до 2-х см, с частичной утратой трудоспособности у лиц физического труда) отмечены у 19,1% обследованных.

Неудовлетворительные результаты отмечены у 7,7 (15) обследованных, чаще при множественных переломах. Причиной неудовлетворительных результатов явились ампутационные культы (у 7), несращения (у 6) и лишь у 2 - последствия ЧМТ.

Стойкая инвалидность сохранилась у 10,3% (20), полностью восстановлена трудоспособность у 74,7% (145) обследованных.

Выводы

1. Оценка результатов применения раннего ЗЧОАИ ДТК при политравме показала, что отличные результаты получены у 22,2%, хорошие у 51,0%, удовлетворительные – у 19,1%, неудовлетворительные – у 7,7% обследованных.
2. Основным достоинством и преимуществом чрескостного остеосинтеза перед погружным является минимальная травматичность и универсальность, что позволяет выполнять его по принципам неотложной травматической специализированной помощи.
3. Сочетание точной репозиции и стабильной фиксации костных отломков позволяет со 2-3 дня после остеосинтеза максимально активизировать больных (с учетом полостных повреждений, что является эффективным средством профилактики тяжелых осложнений, связанных с гиподинамией).

Литература

1. Бецишор В.К. Множественные переломы костей конечностей и их последствия. – Кишинев, «Штиинца», 1985. – 205с.
2. Власов В.В., Гринев Л.И., Зельцер А.К. Тактика хирурга при лечении переломов длинных трубчатых костей // Актуальные вопросы лечения переломов длинных трубчатых костей: Тез. и рефер. докл. на науч. конф., посвящ. 75-летию кафедры военной травматологии и ортопедии ВМА им. С.М. Кирова. – Л., 1975. – С.26-27.
3. Гуманенко Е.К. Новые направления в лечении тяжелых сочетанных травм // Оказание помощи при сочетанной травме: Сб. науч. трудов. – М., 1997. – С.19-25.
4. Девятков А.А., Фаддеев Д.И., Попов П.С. Значение стабильной фиксации в профилактике гнойных осложнений при лечении открытых диафизарных переломов // Сб. науч. трудов Ленинградск. института усовершенств. врачей. – Л., 1974. – Вып. 127. – С.93-94.
5. Девятков А.А., Фаддеев Д.И., Попов П.С. Стабильная фиксация аппаратом Илизарова как профилактика гнойных осложнений при лечении открытых диафизарных переломов // Чрескостный компрессионный, дистракционный и компресс.-дистракц. остеосинтез в травматол. и ортопедии: Сб. науч. трудов. – Вып. 2. – Челябинск, 1976. – С.245-249.
6. Ерюхин И.А. Травматическая болезнь пари сочетанных механических повреждениях // Патогенез и лечение изолированных и сочетанных травм: Тез. докл. Всесоюз. научн. конф. – Л., 1989. – С.13-14.
7. Илизаров Г.А., Девятков А.А. Фаддеев Д.И. Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова при множественных переломах длинных трубчатых костей // Актуальные вопросы лечения переломов длинных трубчатых костей: Тез. докл. на науч. конф., посвящ. 75-летию кафедры военной травматологии и ортопедии ВМА им. С.М. Кирова. – Л., 1975. – С.29-31.

8. Кестер А.Н., Фролов Г.М., Кашанский Ю.Б., Савоньев М.С. Чрескостный остеосинтез при лечении политравмы, сопровождающейся шоком (прогноз, тактика, новые методы лечения и профилактики, специальное оснащение, новое в конструкции аппаратов и устройств) // Матер. II Междунар. семинара по усовершенствованию аппаратов внешней фиксации. - Т. II. - Рига, 1985. - С.154-159.
9. Никитин Г.Д., Грязнухин Э.Г. Применение аппаратов Илизарова в комплексном лечении полифрактур // Эксперим.-теоретич. и клинич. аспекты разрабатываемого в КНИИЭКОТ метода чрескостного остеосинтеза: Тез. докл. Всесоюзн. симпозиума с участием иностранных специалистов. - Курган, 1983. - С.92-93.
10. Охотский В.П., Суваляя А.Г. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез при множественных и сочетанных травмах // Тез. докл. IV Всеросс. съезда травматол. ортопедов. - Куйбышев, 1984. - С.317-319.
11. Стинский Б.В., Магомедов А.Ю., Масуев И.М., Терентьев И.В., Самосват В.А. Чрескостный остеосинтез в ургентной травматологии // Ортопед., травматол. и протезир. - 1988. - № 8. - С.17-20.
12. Суханов Г.А. Унификация остеосинтеза титановыми стержнями при переломах длинных трубчатых костей. - Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Куйбышев, 1989. - 35с.
13. Трубников В.Ф., Попов И.Ф., Березна Н.И., Гнедушкин Ю.Н. Лечение переломов длинных костей аппаратами внешней фиксации у пострадавших с политравмой // Тез. докл. науч. конф. «Актуальные проблемы множественных и сочетанных травм». - Санкт-Петербург, 1992. - С.143-145.
14. Фаддеев Д.И., Смелышев Н.Н. Лечение множественных переломов длинных трубчатых костей методом чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова // Труды III Всеросс. съезда травматол. ортопедов. - Л., 1977. - С.181-183.
15. Фаддеев Д.И. Результаты применения чрескостного остеосинтеза по Илизарову при сочетанных и множественных переломах длинных трубчатых костей // Актуальные проблемы чрескостного остеосинтеза по Илизарову: Сб. науч. трудов, вып. 12. - Курган, 1987 - С.31-35.
16. Фаддеев Д.И. Отдаленные результаты стабильного металлоостеосинтеза при открытых и закрытых множественных и сочетанных переломах длинных трубчатых костей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1991 - № 2. - С.62-65.
17. Фаддеев Д.И. Ранний металлоостеосинтез закрытых и открытых множественных и сочетанных переломов длинных трубчатых костей. - Смоленск, 1997. - 364с.
18. Швед С.И., Сысенко Ю.М., Савченко С.И. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении диафизарных монотелических переломов нижних конечностей // Тез. докл. междунар. юбил. научно-практической конф. «Гений ортопедии» № 2-3. - 1996. - С.106.

УДК 616.71-001.5-089.84

РАННИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Д.И.Фаддеев, Е.Г.Чукин, В.В.Ковындиков

Смоленская государственная медицинская академия

Анализ опыта 376 операций чрескостного (232) и погружного (144) металлоостеосинтеза ДТК у 302 пострадавших с СЧМТ позволил значительно улучшить результаты лечения, снизить летальность с 18,4% до 4,3% и выявил высокую эффективность раннего, особенно чрескостного стабильного остеосинтеза в периоды компенсации травматической болезни.

Сочетанная травма характеризуется наиболее тяжелыми повреждениями, о чем свидетельствуют показатели летальности: 18,3% [3]; 28,6% [6]; 34,6% [2].

Полостные повреждения оказывают существенное влияние как на тактику лечения переломов длинных трубчатых костей (ДТК), так и на конечный исход всех

повреждений при сочетанной травме. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) занимает в ней доминирующее место, встречаясь у 66,7-94,1% пострадавших с сочетанными повреждениями [5, 9]. О ее тяжести убедительно свидетельствует частота травматического шока, наблюдающаяся у 24,4-58,1% пострадавших с СЧМТ [1, 4]. Об этом же свидетельствует и высокая летальность – 29,0-32,9% [4, 7]. Так, по наблюдениям нашей клиники, при оперативной активности в отношении переломов ДТК в 42,2% до 1985 года летальность у пострадавших с СЧМТ составила 18,4% [8].

Широкое внедрение в арсенал лечения переломов ДТК при СЧМТ методов стабильного остеосинтеза, особенно закрытого чрескостного остеосинтеза (ЗЧО), значительно улучшило результаты лечения этих больных.

Целью настоящего сообщения является всесторонний анализ опыта 376 операций чрескостного (232), внутрикостного (126), накостного (11) и остеосинтеза шурунами (7) ДТК у 302 пострадавших с СЧМТ, полученной в основном (у 90,4%) в результате дорожно-транспортных происшествий. Среди них преобладали (76,0%) лица молодого и трудоспособного (16-50 лет) возраста и мужского (71,0%) пола.

Одна ЧМТ была у 80,1% (242) пострадавших, у 8,9% (27) она сочеталась с повреждением груди, у 8,2% (24) – брюшной полости и у 3,1% (9) – с торако-абдоминальными повреждениями. Тяжесть состояния у 48,8% усугублялась травматическим шоком.

Закрытые переломы были у 53,7% (162), открытые – у 24,8% (75) и их сочетание – у 21,5% (65) пострадавших.

Закрытых переломов бедра (113), голени (68), плеча (31) и предплечья (36) было 248; открытых – бедра (43), голени (95), плеча (13) и предплечья (26) – 177. Взаимоотношения полостных повреждений с характером (открытый, закрытый) перелома были следующими:

1) голова: закрытые – у 129, открытые – у 49 и их сочетание – у 64 пострадавших.

2) голова + грудь: закрытые – у 14, открытые – у 7, их сочетание – у 6.

3) голова + живот: закрытые – у 13, открытые – у 5, их сочетание – у 6.

4) голова + грудь + живот: закрытые – у 5, открытые – у 2, их сочетание – у 2.

Основным требованием к остеосинтезу ДТК при СЧМТ является сочетание максимальной стабильности фиксации отломков с минимальной травматичностью вмешательства.

Выбор метода остеосинтеза, его объема и времени выполнения в значительной степени зависели от общего состояния пострадавшего, которое, в первую очередь, определяется тяжестью черепно-мозговых повреждений.

Последние с практической целью разделены нами на три группы:

1) травму легкой степени (сотрясение головного мозга) – у 66,6% (183) пострадавших;

2) травму средней степени тяжести (ушиб головного мозга легкой и средней степени тяжести) – у 16,9% (51);

3) тяжелую травму (тяжелый ушиб головного мозга, переломы свода и основания черепа, внутричерепные гематомы) – у 22,5% (68).

В силу наименьшей, по сравнению с другими способами остеосинтеза, травматичности и обеспечения в то же время надежной фиксации без выключения функции смежных суставов, наиболее эффективным методом лечения переломов ДТК при СЧМТ является, по нашему убеждению, чрескостный остеосинтез.

Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова (ЧОАИ) составил 61,7% (232), внутрикостный – 33,5% (126), накостный – 2,9% (11) и остеосинтез шурупами – 1,9% (7) всех остеосинтезов.

ЧОАИ чаще всего применялся на голени (149), плече (25). Внутрикостный превалировал (99) над чрескостным (43) лишь на бедре. На предплечье произведено 17 внутрикостных, 15 – чрескостных и 3 накостных остеосинтезов.

При наибольшей тяжести повреждения головного мозга чаще (в 68,4%) применялся чрескостный или его сочетание с внутрикостным (21,1%) и лишь в 11,5% – внутрикостный остеосинтез. При легких повреждениях головного мозга чрескостный остеосинтез применялся реже (в 49,2%).

Большое значение имело время выполнения остеосинтеза. По срокам его выполнения мы условно разделили операции в соответствии с периодами травматической болезни, закономерностями репаративной регенерации костной ткани и характером патологического процесса в центральной нервной системе на 3 группы:

1) срочный остеосинтез (первичный ранний) в первые 2-е суток после травмы (116 или 31% операций);

2) отсроченный остеосинтез (первичный) – с 3-х по 21-е сутки (154 или 41% операций);

3) поздний остеосинтез – позже 21-х суток (106 или 28% операций).

При оперативном лечении переломов обязательно учитывались периоды травматической болезни, так как одни и те же вмешательства значительно легче переносятся в периодах компенсации.

В период первичной или кратковременной компенсации (1–2-е сутки после травмы) произведено 116 (85 чрескостных и 31 внутрикостных) остеосинтезов. Чаще (в 73,3%) применялся чрескостный.

В период первичной декомпенсации (с 3-х по 8-е сутки) остеосинтез производился в исключительных случаях – 22 (15 – чрескостных, 7 – погружных). Здесь тоже преобладал (68,2%) чрескостный.

В период стойкой компенсации (с 9-х по 21-е сутки) произведено 132 остеосинтеза, при этом чрескостный (50,6%) и погружной (в 49,4%) применялись практически с одинаковой частотой.

В период стойкой декомпенсации (позднее 21-х суток после травмы) произведено 106 остеосинтезов, в основном больным, переведенным позже 3-х недель из других лечебных учреждений области. Здесь чаще применялся (в 63,3%) чрескостный остеосинтез.

В период первичной (116) и стойкой (132) компенсации произведено большинство 248 (66%) остеосинтезов. В силу наименьшей травматичности по сравнению с другими методами остеосинтеза, большинство – 61,7% (232) при СЧМТ составил ЗЧОАИ, также производимый значительно чаще (152) в периоды компенсации. Тяжесть состояния и характер повреждения у этих больных требует раннего применения первичного стабильного остеосинтеза с минимальной травматичностью для достижения прочной фиксации отломков на весь период сращения и ранней активизации пострадавших.

Противопоказанием к ЗЧОАИ при госпитализации является лишь нарушение жизненно-важных функций организма (сердечно-сосудистой и дыхательной системы), но никак не отсутствие сознания у пострадавшего.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 до 15 лет после травмы изучены у 76,8% (232) из 302 оперированных и оценены по 4-балльной системе. Умерли 10 (4,3%) оперированных, сменили профессию на более легкую – 36 (15,3%). Большинство же – 172 (73,2%) вернулись к прежнему труду и образу жизни.

Стойкая инвалидность I-й (1), II-й (9) и III (7) группы сохранились у 17 (7,2%) У 3 из них она была связана с последствиями ЧМТ, у 4 - с наличием ампутационных культей, у 3 - с ограничением движений в суставах после внутрисуставных переломов и у 7 - с несращением.

У 18,3% (43) отдаленные результаты лечения были отличными; у 55,7% (131) - хорошими; у 21,3% (50) - удовлетворительными и у 4,7% (11) - неудовлетворительными.

Это свидетельствует об эффективности раннего стабильного остеосинтеза переломов ДТК при СЧМТ.

Выводы

1. При ЧМТ в сочетании с переломами ДТК одновременно с лечением полостных повреждений целесообразно применение стабильного остеосинтеза.
2. Особенности остеосинтеза у этих больных является сочетание минимальной травматичности с максимальной стабильностью фиксации.
3. Тяжесть состояния пострадавшего и синдром взаимного отягощения, резко выраженный при тяжелой СЧМТ с переломами конечностей, требует раннего применения остеосинтеза в периоды компенсации жизненно важных функций.
4. В силу минимальной травматичности до периода стойкой компенсации предпочтителен чрескостный остеосинтез. Внутрикостный - показан (варяду с чрескостным) в период стойкой компенсации.

Литература

1. Алтунин В.Ф. Множественные и сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата // Тез. докл. IV Всеросс. съезда травматол. ортопедов. - Куйбышев, 1984. - С.253-255.
2. Гуманенко Е.К. Новые направления в лечении тяжелых сочетанных травм // Оказание помощи при сочетанной травме: Сб. науч. трудов. - М., 1997. - С.19-25.
3. Колесников В.В., Онищенко С.Н., Душкин О.Ф. Применение противошокового костюма «Каштан» в комплексном лечении тяжелой сочетанной травмы // Тез. докл. Всеросс. науч. конф. «Актуальные проблемы современной тяжелой травмы», посвящ. 70-летию кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии. - Санкт-Петербург, 2001. - С.61-62.
4. Лебедев В.В., Крылов В.В., Сувалян А.Г., Чмелев В.С. Некоторые особенности течения травматического шока у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой // Оказание помощи при сочетанной травме: Сб. науч. трудов. - М., 1997. - С.95-99.
5. Матвеев Р.П. Сидоренков О.К., Медведев Г.М. Опыт оперативного лечения больных с множественной и сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата // Тез. докл. Всеросс. науч. конф. «Актуальные проблемы современной тяжелой травмы», посвящ. 70-летию кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии. - Санкт-Петербург, 2001. - С.80.
6. Охотский В.П. Особенности организации неотложной помощи при сочетанной травме, оценке тяжести состояния, вопросы классификации // Оказание помощи при сочетанной травме: Сб. науч. трудов - М., 1977. - С.103-109.
7. Соколов В.А., Галанкина Е.И., Диденко А.А. Основные особенности сочетанных травм на этапах стационарного лечения // Оказание помощи при сочетанной травме: Сб. науч. трудов - М., 1977. - С.103-109.
8. Фаддеев Д.И., Чукин Е.Г., Михайлопский В.В. Лечение переломов у пострадавших с сочетанной и множественной травмой // Тез. докл. V съезда травматол. ортопедов СССР. - М., 1988. - Ч.1. - С.145-146.
9. Фаддеев Д.И. Ранний металлоостеосинтез закрытых и открытых множественных и сочетанных переломов длинных трубчатых костей. - Смоленск, 1997. - 364с.

ЗНАЧЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

В.С.Якутин, Ю.П.Савченко, М.В.Зозуля

Кубанская государственная медицинская академия

На основании анализа 11701 колоноскопических исследований изложена стратегия профилактики колоректального рака. Основным ее направлением признано проведение мероприятий, позволяющих выявить и удалить аденоматозные полипы толстой кишки, что способствует значительному снижению частоты развития рака. Подтверждается значение эндоскопического метода исследования в диагностике и лечении предопухолевых заболеваний. Показано, что с помощью эндоскопии можно своевременно и с большой достоверностью установить наличие или отсутствие патологических изменений в толстой кишке, получить материал для морфологического исследования, оценить динамику процесса, назначить и провести адекватное лечение.

За последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости и смертности от колоректального рака. Результаты оперативного лечения данной патологии полностью не удовлетворяют врачей. Поэтому в настоящее время уделяется должное внимание мероприятиям по ранней диагностике предопухолевых заболеваний и рака толстой кишки [7]. Развитие колоректального рака характеризуется периодом скрытого течения, что определяет его позднюю диагностику. С учетом этого, усилия врачей должны быть направлены на выявление ранних признаков опухолевого роста в сформированных группах больных с повышенным риском развития новообразований. Заболевание не диагностируется своевременно в 70-80% случаев, у 1/3 больных на момент выявления опухоли устанавливается IV стадия рака [8]. Симптомы отсутствовали у подавляющего большинства больных раком толстой кишки в первой стадии заболевания (93%), у 73% - во второй, у 45% - в третьей и у 29% — в четвертой стадии [7]. Заслуживают внимания данные некоторых авторов [1, 9], согласно которым период удвоения большинства злокачественных опухолей составляет 50-80 дней, и для того, чтобы опухоль достигла диаметра 1 см необходимо не менее 30 удвоений, что соответствует по времени примерно 5 годам. Считается, что колоректальный рак развивается еще медленнее - период удвоения опухоли составляет в среднем 130 дней, поэтому опухоль достигает диаметра 1 см приблизительно через 10 лет [3]. В 2-3% случаев раковые клетки обнаруживают в полипах, выявленных и удаленных во время колоноскопий [3]. Поскольку рак возникает на определенном фоне, важно своевременно диагностировать предопухолевую патологию.

В настоящее время достаточно четко определены факторы риска развития рака ободочной и прямой кишок. Одним из важных факторов риска считается возраст больных старше 40-50 лет, в котором диагностируется 65-95% случаев рака толстой кишки [2]. Среди предопухолевых заболеваний особую значимость имеют аденоматозные полипы: одиночные и множественные, а также ворсинчатые опухоли. Согласно рекомендациям рабочей группы ВОЗ (1976) по классификациям опухолей, различают три варианта аденоматозных полипов: преимущественно тубулярной, преимущественно ворсинчатой и смешанной (тубуловорсинчатой) структуры. Дисплазия эпителия в тубулярных аденомах менее выражена, чем в случаях ворсинчатой трансформации. Установлено, что с увеличением площади

ворсинчатых структур отмечается тенденция к увеличению степени дисплазии эпителия [5], соответственно – повышается вероятность малигнизации полипов. Чем больше размеры полипов, тем также выше вероятность их озлокачествления. Индекс малигнизации равен: при тубулярных аденомах - 5%, тубулярно-ворсинчатых - 23%, ворсинчатых - от 41 до 90%.

Принимая вышеизложенные данные во внимание, стратегия профилактики колоректального рака должна быть направлена на выявление и удаление аденоматозных полипов. Значение эндоскопического метода исследования в диагностике предопухолевых заболеваний и рака толстой кишки не вызывает сомнений. С помощью эндоскопии можно своевременно и с большой достоверностью установить наличие или отсутствие патологических изменений, получить материал для морфологического исследования, оценить динамику процесса, назначить и провести адекватное лечение [4, 6].

За период 1985-2000 гг. в эндоскопическом отделении Краевой клинической больницы проведено 11701 колоноскопических исследований, из них: амбулаторно - 7839 (67%). Рак ободочной кишки выявлен у 438 (3,7%), полипы ободочной кишки - у 1912 (16,3%), семейный полипоз - у 16 (0,13%), дивертикулы и дивертикулез - у 266 (2,2%), неспецифический язвенный колит - у 229 (1,9%), болезнь Крона - у 36 (0,3%) больных. Мужчин было 4213, женщин - 7488 в возрасте от 15 до 83 лет (более 73 % - старше 50 лет).

В группе больных с полипами толстой кишки отмечено, что с увеличением возраста обследуемых повышается частота возникновения полипов. Единичные полипы обнаружены у 634 (33,2%), одиночные (группы полипов от 2 до 5) - у 671 (35,1%), множественные - у 607 (31,7%) больных. В 1416 (74,1%) случаях полипы располагались в левой половине ободочной кишки, из них: у 863 (61%) - в сигмовидной и прямой кишках, а у 197 (10,3 %) - в правой половине ободочной кишки. Полипоз всех отделов ободочной кишки выявлен у 298 (15,6%) больных.

Колоноскопическая полипэктомия произведена в 1636 (85,5%) случаях. Эндоскопически удалялись полипы 0,3 см в диаметре и более. Удаление полипов малых размеров считали обязательным, поскольку в 67% случаев гистологического исследования полипов 0,3 см в диаметре уже выявлялись тубулярные аденомы. По данным гистологического исследования эндоскопически удаленных новообразований диагностированы: аденомы тубулярной структуры - в 1325 (81 %), тубулярно-ворсинчатые - в 219 (13,4%) и ворсинчатые - в 91 (5,6%); признаки злокачественного перерождения - в 116(7,1%) наблюдениях. По результатам исследования можно утверждать, что частота малигнизации аденоматозных полипов зависит от их размеров, локализации, длительности заболевания, наличия ворсинчатой трансформации и степени дисплазии эпителия. Увеличение размера полипа повышает риск озлокачествления. Так, малигнизация в аденомах выявлена при их размерах от 0,5 до 1 см у 3,5 %; от 1 до 2 см - у 28%; при более крупных полипах - у 70% больных. Установлено, что:

- низкая вероятность малигнизации аденом имеется при наличии хорошо определяемой тонкой ножки у полипа;
- если основание полипа продолговатое, а его ширина больше высоты, то вероятность малигнизации увеличивается примерно в такой же степени, как в случае роста полипов с широким основанием;
- наибольший процент малигнизации наблюдался в ворсинчатых полипах.

Рецидивы полипов после их удаления выявлены у 174 (10,6%) больных, чаще - после удаления крупных новообразований на широком основании или малигнизированных аденом.

Несмотря на то, что полипэктомия позволяет снизить заболеваемость раком толстой кишки на 20%, она, к сожалению, не гарантирует от развития доброкачественных и злокачественных опухолей кишечника в дальнейшем. Мы считаем, что все аденоматозные полипы подлежат удалению и гистологическому исследованию.

В группе больных с семейным аденоматозным полипозом в 12 из 16 случаев выявлена аденокарцинома толстой кишки, в 3 — малигнизация в полипах. В 4 наблюдениях с количеством полипов от 120 до 150 их удаление производилось в несколько этапов. Контрольные эндоскопии выполнялись через 6 месяцев. Регулярное проведение таким больным диагностических колоноскопий с полипэктомиями каждые 6 мес позволило отказаться от выполнения тотальных колэктомий.

В группе больных с диагностированным раком ободочной кишки в 64 (14,6%) из 438 наблюдений выявлен так называемый малый рак. Опухоль имела вид ограниченного экзофитного образования или изъязвления, в то время как в остальных случаях опухоль напоминала полип с фестончатой поверхностью или ворсинчатую аденому. Злокачественные новообразования на поздних стадиях развития (389 наблюдений - 89%) частично или полностью обтурировали просвет ободочной кишки. По нашим данным, подавляющее большинство больных поступает в стационар с распространенными формами рака. Поздняя диагностика опухолей отмечается наряду со значительным интервалом между первыми проявлениями заболевания и началом его лечения. В этой связи обращают на себя внимание два обстоятельства:

- несвоевременное обращение больных за медицинской помощью;
- длительный период времени от момента обращения к врачу до выявления злокачественных новообразований.

Несмотря на достаточно яркие симптомы заболевания (примесь крови в кале, боли в животе, нарушение опорожнения кишечника и др.), более половины больных обращаются к врачам в сроки, превышающие 6 месяцев от появления первых признаков заболевания, а 23% нами обследованных обратились за медицинской помощью спустя год и более. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности населения в отношении симптомов онкозаболеваний и сохраняющемся приоритете самолечения.

Основная причина длительного выявления опухолей, по нашему мнению, заключается в недостаточной онкологической настороженности врачей поликлинического звена, в том числе — хирургов и проктологов, которые не назначают пациентам комплекса элементарного диагностического обследования.

Таким образом, фиброколоноскопия является адекватным методом диагностики ранних форм рака и предопухолевых заболеваний толстой кишки. Трудности эндоскопической диагностики относятся в основном к выявлению начальных стадий рака. Частота их выявления определяется, в конечном итоге, степенью ориентации врачей на целенаправленную морфологическую верификацию любых очаговых изменений слизистой оболочки и тщательностью осуществления динамического наблюдения за пациентами из групп повышенного риска заболеваемости раком. Проведение динамической колоноскопии в рамках такого наблюдения повысит процент выявления колоректального рака на ранних стадиях.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.: Триада-х. - 1998.
2. Власов П.В., Сидоров В.С. Пути улучшения диагностики рака толстой кишки // *Вопр. онкол.* - 1987. - Т.33, №2. - С.99-105.

3. Ганс Фромм, Алберт М.Б. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1998. - №4. - С.79-81.
4. Капуллер Л.Л. // Арх. пат. - 1985. - Вып.11. - С.14-20.
5. Картер Р.Л. Предраковые состояния. - М.: Медицина, 1987. - 432с.
6. Классен М. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1997. - №6. - С.12-14.
7. Никифоров П.А. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1997. - №1. - С.27-30.
8. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х. Ошибки клинической онкологии. - М.: Медицина, 1993. - 544с.
9. Bolin S. Carcinoma of the colon and rectum // Cancer. - 1998. - Vol.61, №10. - P.1990-2008.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.329 - 006 - 089

**ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕЗЕКЦИЯ И ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА
ЦЕЛЫМ ЖЕЛУДКОМ. РАСШИРЕННАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ**

Р.А.Алибегов, Д.В.Нарезкин, М.С.Лоскутов, А.Т.Никитенкова

Смоленск, клиническая больница № 1

Формирование надежного пищеводного соустья было наиболее актуальной проблемой хирургии пищевода на протяжении нескольких десятилетий. Это обстоятельство длительное время оставляло в тени вопросы онкологической адекватности уровня резекции органа и, в особенности, объема вмешательств на лимфоколлекторах.

Цель сообщения - показать возможность использования для пластики пищевода целого желудка и расширенной лимфодиссекции. Приводим наблюдение. Больной К., 48 лет, поступил в хирургическую клинику 3.12.01 г. с жалобами на затрудненное глотание, похудание, слабость. Считает себя больным в течение месяца, когда появились нарушения глотания пищи и прохождения пищи. При рентгенологическом исследовании - в легких не обнаружено очаговых изменений, в пищеводе на границе п/3 и с/3 выявлен дефект наполнения с неровными контурами. Эзофагоскопия с биопсией подтвердила диагноз плоскоклеточного рака пищевода. Результаты компьютерной томографии также свидетельствовали о наличии объемного образования пищевода без метастазов в легкие. По данным УЗ-исследования органов брюшной полости, не установлено очаговых изменений в печени.

11.12.01 г. выполнены одномоментная субтотальная резекция и пластика пищевода целым желудком, проведенным в заднем средостении в ложе удаленного пищевода, с формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правой плевральной полости из комбинированного лапаротомного и правостороннего торакотомного доступов. Этот доступ позволяет выполнить операцию, адекватную по уровню резекции пищевода, и создает оптимальные условия для выполнения последовательной расширенной лимфодиссекции. Произведена расширенная двухуровневая лимфодиссекция (внутрибрюшная, внутригрудная). Внутрибрюшная лимфодиссекция включала удаление клетчатки с лимфоузлами и лимфоотводящими путями вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной артерий, а также вокруг чревного ствола. Внутригрудная лимфодиссекция включала удаление всей клетчатки заднего средостения, от купола плевры до диафрагмы, вместе с паратрахеальными, трахеобронхиальными и бифуркационными лимфатическими бассейнами. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 18-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Морфологический диагноз: плоскоклеточный рак пищевода, множественные метастазы в лимфатические узлы, в том числе - в чревные.

Примечание редакции к сообщению Р.А.Алибегова и соавт.

Авторами положительно решен лечебно-технический аспект в приведенном клиническом наблюдении – успешно создан высокий пищевода-желудочный анастомоз. Вместе с тем не представляется адекватным решением лечебно-тактического аспекта – использование для пластики пищевода желудка при наличии распространенного метастазирования, включая поражение чревных лимфоузлов. Нет сведений о состоянии анастомоза желудка через один год после операции. Нет обсуждения возможности использования адъювантной химиолучевой терапии.

УДК 616.37-002-072.5

ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.В.Бельков, А.С.Ефимкин, А.В.Борсуков, А.В.Мамошин

Смоленская государственная медицинская академия

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) неуклонно растет и варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. человек в год. У 15-20% больных развитие ОП носит деструктивный (некротический) характер. При этом гнойно-септические осложнения деструктивного панкреатита остаются основной причиной смерти у этой категории больных и составляют 20-45%.

Существует прямая зависимость между масштабом некроза, объемом поражения паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), распространенностью некротического процесса в парапанкреатической и жировой клетчатке, забрюшинном пространстве, с одной стороны, и вероятностью их инфицирования эндогенной микрофлорой - с другой. По данным литературы, средняя частота инфицирования панкреонекроза после 5 суток с момента заболевания достигает 40-70%. В связи с этим, методом ранней и точной дифференциальной диагностики стерильного панкреонекроза и его септических осложнений является чрезкожная пункция ПЖ под контролем УЗ-исследования с последующими немедленной окраской субстрата по Граму и бактериологическим исследованием для определения вида микроорганизмов и чувствительности к антибиотикам.

Программа пункционно-аспирационной биопсии (ПАБ), предложенная в клинике факультетской хирургии, была мультифокальной. Забор ткани проводился из 4 точек не менее двух отделов ПЖ, режущей иглой типа Chiba или Angiomed (G-22-21). За основу использована оригинальная методика со ступенчатым изменением кратности, длительности и скорости забора клеточного материала из зоны ПЖ без контаминации его флорой желудка.

Данная методика ПАБ применена у 26 больных ОП: 2-кратно - в 15; 3-кратно - в 11 случаях. Манипуляция носила лечебно-диагностический характер у 5 пациентов.

Острый отечный панкреатит выявлен у 17, острый деструктивный панкреатит - у 9 больных. Диагнозы были установлены на основании анамнеза заболевания, клинических проявлений, изменений лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования и лапароскопии.

У 14 больных острым отечным панкреатитом и у 1 больного острым деструктивным панкреатитом по результатам биопсии с последующими бактериологическими посевами не обнаружили инфицирования ПЖ и парапанкреатической клетчатки.

У 8 (30,8%) больных деструктивным панкреатитом и у 3 (11,5%) больных отечным панкреатитом микрофлора была представлена возбудителями грамотрицательного и грамположительного спектра.

Всем больным проводилась комплексная интенсивная терапия, направленная на подавление секреции активных ферментов ПЖ, купирование синдрома токсемии, профилактику и лечение вторичной инфекции, посиндромное лечение органных дисфункций. Это позволило добиться излечения больных в 24 случаях. У 2 пациентов инфицирование некротизированной парапанкреатической клетчатки реализовалось в септическую флегмону. Лечение этих больных основывалось на проведении пункции и дренирования гнойников сальниковой сумки под УЗ-контролем и секвестрэктомий, производимых из минидоступов.

Заключение

На основании проведенного клинико-морфологического анализа можно сделать выводы:

- своевременно начатое комплексное интенсивное лечение некротических форм ОП позволяет добиться позитивных результатов;
- выявление некротических очагов в ПЖ и жидкостных скоплений бессистемного воспалительного ответа не должно являться показанием к операции и требует консервативных методов лечения;
- хирургия осложнений острого деструктивного панкреатита должна быть дифференцированной и преимущественно малоинвазивной;
- большое значение в лечении и прогнозе деструктивного панкреатита имеет ранняя диагностика инфицирования ПЖ, что диктует необходимость более широкого внедрения в клиническую практику метода пункционно-аспирационной биопсии.

УДК 616. 33/34 – 002. 45 – 089

ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПРОБОДНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

А.П.Гарбуз

Сычевская центральная районная больница Смоленской области

В настоящей работе представлен анализ изучения двух групп больных с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся в разное время на лечении в Сычевской ЦРБ Смоленской области в периоды: с 1982 по 1991 гг. (1-я группа - группа сравнения) и с 1992 по 2002 гг. (2-я группа – основная группа).

В Сычевской ЦРБ имеются три штатные должности хирурга и хирургическое отделение на 45 коек. В течение года выполняется до 450 операций, из них: 80% – экстренные, остальные – плановые, преобладают грыжесечения и холецистэктомии. Послеоперационная летальность, согласно годовым отчетам, не превышает 0,6%.

Таблица 1. Распределение больных по полу в изучаемых группах
(в скобках – количество умерших)

Пол больного	Количество больных (абсолютное число)	
	1-я группа (1982 – 1991 гг.)	2-я группа (1992 – 2002 гг.)
Мужчины	25 (1)	49 (1)
Женщины	4	5 (1)
Итого:	29 (1)	54 (2)

В 1992 – 2002 гг. в хирургическом отделении Сычевской ЦРБ оперировано 54 пациента с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки: 49 мужчин и 5 женщин (табл. 1). Из них 16 больных обратились за медицинской помощью позже 24 часов с момента появления первых признаков перфорации. Ушивание перфорации произведено в 53, резекция желудка – в 1 случаях. Умерли 2 пациента (летальность – 3,7%). Причиной смерти признаны: перитонит (1), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1). В группе сравнения выполнено 29 оперативных вмешательств с одним летальным исходом. Таким образом, в сравниваемых группах больных не установлено достоверных различий в уровне летальности.

Во 2-й группе, в отличие от 1-й, были пациенты (5) молодого возраста – от 16 до 24 лет, что свидетельствует о тенденции к увеличению числа прободных гастродуоденальных язв у молодых.

Несмотря на то, что группы больных за исследуемый период были небольшие, при построении «кривой» обращаемости за медицинской помощью удалось установить некоторую цикличность частоты прободения язв у жителей Сычевского района (рис.1). Установлено, что увеличение обращаемости отмечается каждый четвертый год.

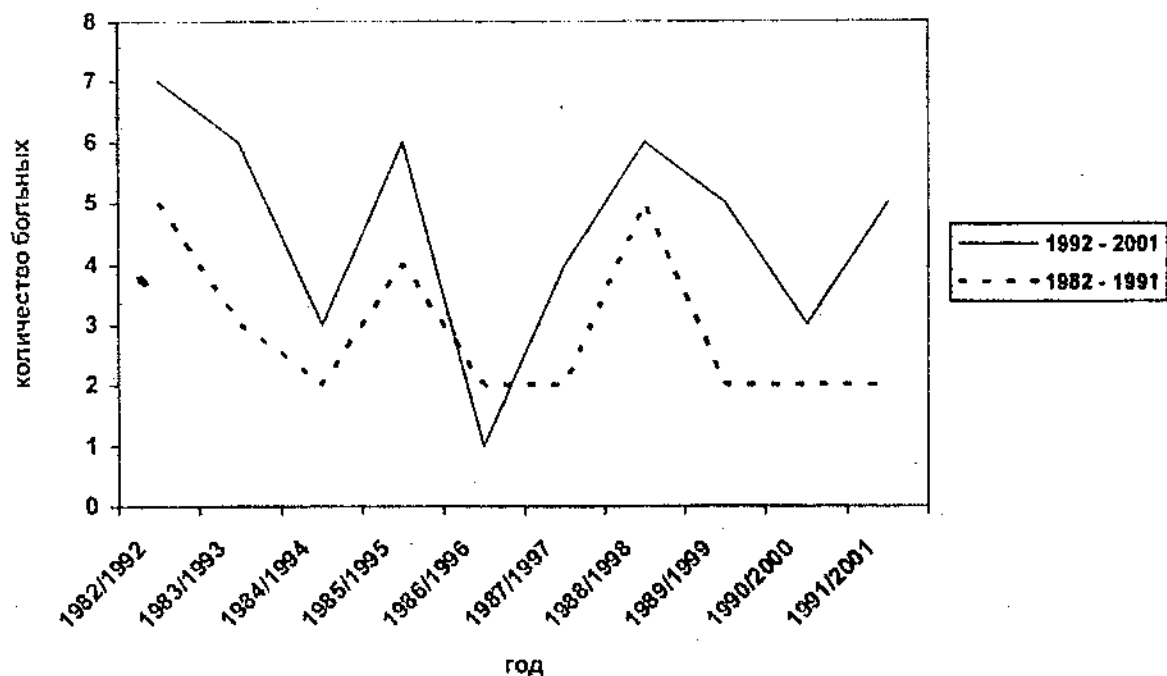


Рис.1. Обращаемость за медицинской помощью населения Сычевского района с прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки

Клиническая картина заболевания в основном характеризовалась наличием классического болевого синдрома («кинжальные боли») и напряжения мышц передней брюшной стенки. У большинства больных (61%) отсутствовал язвенный анамнез. По нашему мнению, это связано с тем, что население сельского региона мало или практически не обследуется на предмет язвенной болезни по разным причинам: в связи с удаленностью деревень от ЦРБ, в ряде случаев — по причине асоциального образа жизни людей, а также — из-за кратковременности предшествующих госпитализаций и отсутствия полноценного клинического обследования.

При экстренном поступлении больных в ЦРБ с жалобами на боли в животе, когда нельзя исключить прободение гастродуоденальной язвы, проводится обследование в объеме: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, обзорная рентгенография органов брюшной полости. В сомнительных случаях для подтверждения диагноза прободения язвы считаем целесообразным выполнение эзофагогастродуоденоскопии, а при сохраняющихся сомнениях в диагнозе — проведение повторной рентгенографии органов брюшной полости с целью выявления свободного газа под «куполами» диафрагмы.

Все операции выполняются под эндотрахеальным наркозом из срединного лапаротомного доступа. Перфорация ушивается двухрядным швом в поперечном направлении по отношению к продольной оси органа желудочно-кишечного тракта с последующей санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, в Сычевском районе Смоленской области отмечается рост числа осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. За последние 10 лет зарегистрировано увеличение количества перфоративных язв в 2 раза. Больные нередко поздно обращаются за медицинской помощью. Основным методом лечения прободных гастродуоденальных язв в условиях ЦРБ является экстренная операция в объеме ушивания перфорации (из срединного лапаротомного доступа), санации и дренирования брюшной полости. Дальнейшее лечение язвенной болезни после устранения осложнения требует привлечения специалистов областных лечебных учреждений.

УДК 617-089.844:616-001+617.576/577-089

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НА КИСТИ И ПАЛЬЦАХ

В.Г.Горохов

Брянская областная больница № 1

Смоленская государственная медицинская академия

Частота сочетанных повреждений кисти и пальцев, тяжесть их последствий, особая значимость органа определяют актуальность проблемы. Больные с сочетанными открытыми повреждениями на кисти и пальцах составляют 55,1-70,7% всех повреждений опорно-двигательного аппарата (Брянцева Л.Н., Ерецкая М.Ф., 1971; Азолов В.В., 1985; Гришин И.Г., 1997).

Нередко эти повреждения сопровождаются обширными разрушениями кожных покровов, открытыми переломами, повреждением сухожилий, сосудов, нервов - 79% (Нельзина З.Ф., 1980).

Несмотря на успехи в современной хирургии кисти и микрохирургии, инвалидность при сочетанной травме кисти составляет до 40% среди всех повреждений опорно-двигательного аппарата (Фоминых А.А., Горячев А.Н., Репин И.Б., 1997).

Целью настоящего сообщения является анализ результатов лечения 141 больного с сочетанными повреждениями сухожилий сгибателей, нервов и переломами костей кисти в отделении микрохирургии кисти Брянской областной больницы №1 с 1997-2000 гг.

Большинство из них (76,6%) составляли лица трудоспособного (от 15 до 45 лет) возраста, преимущественно (95%) - мужчины. Повреждения острыми режущими предметами (стекло, металл) наблюдались у 111 (79%), циркулярными пилами и строгальными инструментами - у 22 (15,5%) больных.

Первичная реконструкция всех поврежденных структур произведена 114 (80,85%) больным в первые 6 часов с момента поступления, спустя сутки - у 13 (9,2%). Первично отсроченные операции до 48 часов выполнены 14 (9,9%) пациентам. Всем оперированным произведено восстановление всех поврежденных структур. Повреждения на кисти и пальцах у 42 (25,9%) больных располагались в I-III зонах (по Кошу). Они, как правило, сочетались с переломами костей или травмами пальцевых нервов. Травмы сухожилий сгибателей у 19 (11,7%) оперированных сопровождалась повреждением общего ствола срединного или локтевого нервов. Обезболивание достигалось у большинства с помощью проводниковой анестезии с обескровливанием конечности эластичным жгутом. Раны обильно промывались хлоргексидином. Отломки при переломах костей у 11 (6,7%) больных фиксировались внутрикостно двумя спицами Киршнера. Внутривенный шов сухожилий сгибателей всегда производился по Кесслеру в наней модификации с применением атравматичной монофильной нити 6/0. При этом в эпинеурый вводился 0,5% раствор новокаина. Перед наложением швов на кожу производилось повторное промывание ран хлоргексидином. Восстановление кожных покровов кисти и пальцев выполнялось как местными тканями, так и с помощью различных способов кожной пластики (2,4%). Для адантации краев ран и профилактики капиллярных кровотечений подкожно и в клетчатку вводился 0,25% или 0,5% раствор новокаина. Большое значение в послеоперационном периоде уделялось восстановительному лечению, методам ранней профилактики послеоперационных рубцов и спаечных процессов на кисти и пальцах, иммобилизации лангетными гипсовыми повязками в положении физиологического сгибания пальцев и кисти в течение 3-х недель.

С первого дня после операции с профилактической целью применялись антибиотики, спазмолитики, дезагреганты. Полный покой конечности сохранялся первые двое суток, в дальнейшем производилось активное дозированное сгибание пальцев под руководством врача. С первого дня после операции назначались последовательно физиотерапевтические процедуры: УВЧ, магнитотерапия. Для уменьшения фиброза в зоне шва проводилось лечение витаминами А и Е. С десятого дня применялся комплекс процедур: электрофорез с лидазой, компрессы с димексидом, втирание в рубцы троксевазинового геля. Медикаментозный курс предусматривал введение витаминов группы В, алоэ, прозерина.

Только 4 (2,4%) больным с тяжелой травмой потребовалось провести дополнительные этапные операции (3 операции - тенолиз и транспозицию сухожилий).

Послеоперационные осложнения, отмеченные в 2,4% наблюдений, не повлияли на сроки восстановления функций и не привели к инвалидности.

Результаты лечения больных с сочетанной травмой кисти позволяют утверждать, что первичный шов сухожилий сгибателей с одновременным восстановлением (по показаниям) кожных покровов, костей и сосудисто-нервных образований сокращает сроки лечения, снижает число восстановительных операций и выход на инвалидность.

Выводы

1. Активная хирургическая тактика с применением микрохирургии привела к снижению осложнений и уменьшению числа дополнительных операций, что свидетельствует о рациональности ее использования.
2. Профилактика послеоперационных рубцов и появления зон фиброза состоит в применении комплекса медикаментозных, электрофизических, механических и химических методов лечебного воздействия.

УДК 616.711-001

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА

Н.И.Ершов, В.С.Куфтов

Городская больница №1, г. Брянск

Большой удельный вес повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга, малая эффективность консервативных методов лечения с высокими показателями летальности и инвалидности больных выделяют этот вид травмы из группы других травматических повреждений.

Под нашим наблюдением находилось 46 больных с повреждениями шейного отдела позвоночника в возрасте от 16 до 60 лет. Все больные оперированы.

По степени повреждения спинного мозга и выраженности неврологических расстройств пострадавшие были разделены на 5 групп в соответствии с международной классификацией ASIA (ISCSI-92):

- группа А (полное повреждение спинного мозга) – 22 больных;
- группа В (неполное повреждение спинного мозга с отсутствием двигательных функций ниже повреждения, но сохранением элементов чувствительности) – 6 больных;
- группа С (повреждения с сохранением двигательных функций, оцененных силой менее 3 баллов) – 11 больных;
- группа Д (травма с сохранением двигательных функций ниже повреждения с силой 3 балла и больше) – 7 больных;
- группа Е (повреждения без неврологических расстройств) – больных не было.

Основная задача хирургического лечения осложнённой травмы шейного отдела позвоночника заключалась в адекватной декомпрессии спинного мозга и надёжной стабилизации позвонков.

Для декомпрессии спинного мозга применяли передние и задние доступы к позвоночному каналу. Пострадавшие с грубыми неврологическими расстройствами (группы А и В) составили 60,9 % среди оперированных. В подавляющем большинстве случаев отмечалась передняя компрессия дурального мешка, что явилось определяющим в выборе хирургической тактики. Более высокая летальность после передней декомпрессии спинного мозга, по нашему мнению, обусловлена

прежде всего тяжестью исходных неврологических расстройств у оперированных. Об этом свидетельствуют данные, представленные в табл.1. Результаты лечения не являются утешительными, но вместе с тем их нельзя рассматривать как повод для отказа от передней декомпрессии спинного мозга.

Важное значение в исходах лечения имеет возраст пострадавших. Так, в возрасте до 30 лет было 18 (39,1%) оперированных, из них: умерли только 4. Распределение оперированных больных по возрасту было равномерным (табл.2).

В первые 3-е суток оперировано 19; на 4-10-е сутки - 6; на 10-30-е сутки - 6; позднее месяца после травмы (больные с травматической болезнью спинного мозга в промежуточном и позднем периодах) - 15 пострадавших. Больные преимущественно оперированы в первые 3 суток. Самые низкие показатели послеоперационной летальности (табл.3) отмечены среди больных группы А, оперированных в более позднем периоде травмы (у больных наступили процессы компенсации функций), и среди оперированных в первые три дня (у больных ещё не развилась декомпенсация).

Таблица 1. Результаты лечения больных с повреждениями шейного отдела позвоночника в зависимости от тяжести неврологических расстройств

Группа больных	Хирургический доступ, избранный для декомпрессии спинного мозга			
	Передний		Задний	
	Общее число больных	Число умерших больных	Общее количество наблюдений	Число умерших больных
А	18	9	4	1
Б	4	2	2	-
С	2	-	9	1
Д	1	-	6	-
Итого:	25	11	21	2

Таблица 2. Результаты лечения больных с повреждениями шейного отдела позвоночника в различных возрастных группах

Группа больных	Возрастная характеристика больных									
	До 20 лет		21-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет	
	Всего	Умерли	Всего	Умерли	Всего	Умерли	Всего	Умерли	Всего	Умерли
А	6	2	5	2	5	2	6	4	-	-
Б	3	-	-	-	2	1	1	1	-	-
С	1	-	-	-	4	-	3	1	3	-
Д	1	-	2	-	2	-	1	-	1	-
Итого:	11	2	7	2	13	3	11	6	4	-

Таблица 3. Результаты лечения больных с повреждениями шейного отдела позвоночника в зависимости от срока выполнения операции

Группа больных	Срок выполнения операции после травмы							
	Первые 3 суток		Через 4-10 суток		Через 11-30 суток		Через 30 суток и более	
	Всего больных	Умерли	Всего больных	Умерли	Всего больных	Умерли	Всего больных	Умерли
А	15	6	2	2	1	1	4	1
Б	3	-	1	1	-	-	2	1
С	-	-	2	-	3	-	6	1
Д	1	-	1	-	2	-	3	-
Итого:	19	6	6	3	6	1	15	3

Характер повреждений шейного отдела позвоночника у погибших больных был следующим: травма C_1 - в 1; C_{IV} - в 2; C_V - в 4 и C_{VI} - в 6 случаях. Среднее время жизни после операции у погибших больных при повреждении C_{IV} составило 19,5 дней; C_V - 12 дней; C_{VI} - 7,2 дней.

Проведенный анализ летальности позволяет заключить, что больных с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой необходимо оперировать в первые 3 суток. Самые тяжелые неврологические расстройства возникают преимущественно при компрессии передних отделов спинного мозга. У больных с этой патологией отмечается самая высокая летальность после передней декомпрессии спинного мозга. Летальность выше в старших возрастных группах. Продолжительность периода жизни после операций в группе умерших меньше в случаях повреждения нижнешейного отдела спинного мозга, в сравнении со случаями повреждения вышележащих сегментов.

УДК 616.366-002+615.849.19

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ОКОЛОПУЗЫРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

С.В.Игнатъев, А.Р.Евстигнеев, А.А.Моторин, С.П.Игнатъев

Смоленская государственная медицинская академия

Как известно, низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает противовоспалительное действие, является стимулятором репаративных процессов, а также повышает местную и общую иммунную резистентность организма.

Лазеротерапия околопузырного инфильтрата осуществлялась с целью купирования острого воспалительного процесса в окружающих желчный пузырь тканях и снижения травматичности холецистэктомии.

Лазеротерапии подверглись 20 больных с рыхлым и 17 больных с плотным воспалительными инфильтратами. При этом чреспузырная лазеротерапия инфильтрата проведена в 16 случаях. Начиная со 2-3 суток после лапароскопической холецистостомии (ЛХС), моноволоконный световод вводился в область шейки желчного пузыря. Полость пузыря санировалась растворами антисептиков. Чреспузырная лазеротерапия околопузырного инфильтрата осуществлялась на аппарате «Узор» курсом лечения от 4 до 6 сеансов (длина волны - 0,89 нм, длительность сеанса - 3 мин, мощность - 4 Вт).

У 21 больного лазеротерапия околопузырного инфильтрата заключалась в чрескожном воздействии на инфильтрат. При этом излучатель устанавливался над областью желчного пузыря и околопузырного инфильтрата на расстоянии 3-5 см от поверхности кожи. Длительность экспозиции составляла от 3-5 минут, общий курс лазеротерапии - 6-8 сеансов.

Эффективность лазеротерапии околопузырного инфильтрата оценивалась по следующим показателям: данным контрольного ультразвукового и лапароскопического исследований, результатам биопсии и гистологическим заключениям.

После лазеротерапии наблюдался существенный анальгетический эффект, заключающийся в уменьшении боли в правом подреберье у 32 больных. Температурная реакция нормализовалась в 31 случае. Уменьшение размеров

воспалительного инфильтрата в области пузыря отмечалось в 34 наблюдениях. Положительный эффект лазеротерапии сопровождался увеличением дебита желчи по холецистостоме у 26 пациентов.

Положительный клинический эффект лазеротерапии околопузырного инфильтрата подтвержден данными контрольных ультразвуковых исследований. Так, динамическое ультразвуковое наблюдение околопузырного инфильтрата показало уменьшение его размеров. При этом представлялось возможным дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки.

После лазеротерапии установлено более быстрое снижение лейкоцитоза с нормализацией лейкоформулы и характерным увеличением абсолютного содержания лимфоцитов в периферической крови.

Таким образом, применение низкоинтенсивной лазеротерапии является эффективным неинвазивным методом лечения воспаления в желчном пузыре и околопузырном инфильтрате, что позволяет ее рекомендовать к применению в клинической практике.

Примечание редакции к сообщению С.В.Игнатьева и соавт.

В работе отсутствует доказательная часть исследования (нет репрезентативной группы сравнения).

УДК 616.37-002-073.418:614

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

И.В.Кудряшова, А.В.Борсуков, Т.И.Ионова, В.А.Шуваев

*Смоленская государственная медицинская академия
Межнациональный центр исследования качества жизни*

Хронический панкреатит (ХП) в настоящее время относится к числу заболеваний, при которых остается сложным и дискуссионным вопрос выбора способа лечения [2, 3, 7]. Значительный арсенал медикаментозных средств, большое количество методов оперативного лечения, насчитывающее более 200 видов операций [3], широко внедряющиеся в медицинскую практику малоинвазивные манипуляции при ХП [1, 4, 7, 10], делают очевидной необходимость систематизации критериев выбора вида лечебного воздействия. В последние годы получил широкое распространение новый критерий оценки эффективности оказания медицинской помощи населению – это критерий «качества жизни» [9, 13]. Качество жизни (КЖ) – это интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [5, 9].

Цель работы: определение оптимального методологического подхода в оценке качества жизни у больных с осложненной формой хронического панкреатита после проведения малоинвазивного вмешательства и консервативного лечения.

Материалы и методы. С января 2001 г. по ноябрь 2002 г. на базе клиники факультетской терапии прошли стационарное лечение 64 больных с некоторыми осложненными формами ХП. Из них – 39 мужчин и 25 женщин в возрасте от 22 до

68 лет. Консервативное лечение осуществлялось согласно стандартам, утвержденным приказом Минздрава РФ [6], малоинвазивные вмешательства проводились при осложнении хронического панкреатита псевдокистами поджелудочной железы. КЖ изучалось с помощью опросника общего здоровья SF-36 и специального опросника КЖ при гастроэнтерологических заболеваниях – GSRS в 6 точках: на момент обострения ХП, на момент наступления клинико-лабораторной ремиссии, через 1, 3, 6, 12 месяцев после госпитализации. Особенностью диагностического алгоритма у больных являлось использование малоинвазивных манипуляций (МИМ) под ультразвуковым контролем как диагностического, так и терапевтического характера [1]. Для объективизации оценки клинических вариантов течения ХП больные были разделены на группу осложненного ХП, в которой проводились МИМ, и группу осложненного ХП, в которой выполнялось консервативное лечение. Расшифровка данных по КЖ осуществлялась с помощью предусмотренных опросниками методик [11, 12]. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета «Статистика 6.0» с использованием параметрических критериев.

Результаты

Трудности оценки КЖ заключались в наличии разнородных групп больных ХП – с часто и редко рецидивирующим течением заболевания, билиарной, алкогольной, лекарственной, генетически обусловленной, идиопатической природой ХП, различной длительностью заболевания. В связи с этим возникла необходимость разработки методологических подходов к оптимальной оценке КЖ. Оценка КЖ в 3-6 точках после проведенного лечения позволила выявить отдаленные результаты малоинвазивных манипуляций. Кроме того, изменение КЖ в эти периоды обследования в некоторых случаях имело прогностическое значение для диагностики обострения заболевания. Отсутствие специфического опросника КЖ больных с ХП не позволяло с помощью GSRS в полном объеме оценить изменения, происходящие при данной патологии.

Выводы

1. Статистических доказательств требует утверждение о сопоставимости КЖ пациентов с различными формами, длительностью, этиологической причиной хронического панкреатита. Для этого необходимо увеличение числа больных в группах.
2. Для оценки эффективности и сравнения различных методов проводимых лечебных вмешательств необходимо определение уровня КЖ в отдаленный период после лечения.
3. Для изучения качества жизни больных хроническим панкреатитом необходимо создание специального опросника, оценивающего изменения в организме при конкретной патологии.

Литература

1. Борсуков А.В. и соавт. Лечение кист поджелудочной железы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 2000. – Т.10, №1 – С. 30.
2. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. – Донецк: «Лебедь», 2000. – 416с.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 1995. – 512с.
4. Лотов А.Н. Малоинвазивная хирургия поджелудочной железы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – №2. – С.80–83.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140с.
6. «Стандарты диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения»: Приказ Министерства здравоохранения РФ №125 от 17.04.98 г.
7. Banks P. Pancreatic pseudocyst // Wockus Gastroenterologi. – 5 ed. – Philadelphia et al., 1995. – Vol.4. – P.2902 – 03.

8. Bowling A. Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales / Open University Press: Philadelphia, 1996. — 208p.
9. Cella D.F. Quality of life: The concept // Journal of Palliative Care. — 1992. — Vol.8, №3. — P.8–13.
10. Gumaste V.V., Pithumoni C.S. Pancreatic pseudocyst // Gastroenterologist. — 1996. — Vol.4, №1. — P.33–43.
11. Salek M.S., Luscombe D.K. Health-related quality of life: a review // J. Drug Dev. — 1992. — Vol.5, №3. — P.137–153.
12. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey // Med. Care. — 1992. — Vol.30, №6. — P.473–483.
13. World Health Organization. Basic Documents. — 26th Ed. — Geneva. 1976. — P.1.

УДК 616.33/34-005.1-072.1

ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ АКТИВНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ФОРРЕСТ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Ю.И.Ломаченко

Смоленская государственная медицинская академия

В настоящее время уже не подлежит дискуссиям заключение о важности использования данных эндоскопического обследования больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, когда решаются вопросы хирургической тактики. Для интерпретации эндоскопической картины предложен ряд классификаций, одной из которых – классификации J.Forrest et al. (1974) – придают все больше значения в отечественных хирургических клиниках. Данная классификация и ее модификации позволяют дать характеристику источнику язвенного кровотечения (табл. 1).

Таблица 1. Эндоскопическая классификация активности кровотечений (по Форрест)

Обозначение	Характеристика активности кровотечения
F-1	Активное кровотечение
F-1A	Активно кровоточащий сосуд в области дна или края язвы
F-1B	Просачивание крови из-под фиксированного кровяного сгустка
F-2	Остановившееся кровотечение
F-2A	Наличие тромбированного сосуда в области дна или края язвы
F-2B	Наличие фиксированного кровяного сгустка без просачивания крови из-под него
F-2C	Наличие гематина в области дна или края язвы
F-3	Отсутствует кровотечение или какие-либо его признаки в язве и осмотренных отделах желудочно-кишечного тракта

Цель настоящего исследования заключалась в изучении результатов лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений в зависимости от их характеристики по классификации Форрест.

В работе анализирован материал клиники госпитальной хирургии СГМА о 206 больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Пациенты разделены на две группы: первая, состоящая из 124 (60,2%) больных с

хроническими язвами, и **вторая**, представленная 82 (39,8%) наблюдениями острых язв.

Активность кровотечений 1А по классификации Форрест (F-1А) выявлена только в 5 (4,0%) случаях хронических и 5 (6,1%) случаях острых язв. Кровотечение у 7 больных удалось остановить методом эндоскопической электрокоагуляции с дополнительным орошением зоны источника кровотечения раствором адреналина, остальные 3 больных оперированы в экстренном порядке. Одному больному с хронической язвой желудка потребовалось оперативное лечение на 2-е сутки нахождения в стационаре в связи с рецидивом кровотечения. Таким образом, группа больных с активностью кровотечения F-1А является небольшой по числу пациентов, но заслуживает особого внимания, поскольку хирург вынужден решать вопросы о необходимости выполнения экстренной операции или оперативного вмешательства в ранние сроки (у больных с хроническими язвами), чтобы хирургическим путем предупредить рецидивное кровотечение.

Активность кровотечений F-1В выявлена у 28 (22,6%) больных 1-й группы и у 15 (18,3%) - 2-й. Эндоскопическое лечение электрокоагуляцией и орошением гемостатическими растворами проведено в 23 (53,5%) случаях. Оперировано 20 (46,5%) больных, из них: экстренно - 10; срочно - 7; планоно - 3. Рецидив кровотечения возник у 5 пациентов с хроническими язвами. С целью предупреждения рецидивов кровотечения оперировано 6 больных (без летальных исходов). Общая летальность составила 9,3% (4 больных: 2 - оперированных; 2 - неоперированных). Наши наблюдения позволяют заключить, что в случаях острых язв с активностью кровотечений F-1В являются целесообразными эндоскопическое лечение и последующий эндоскопический контроль за надежностью гемостаза; в случаях хронических язв - после эндоскопического гемостаза оправданы оперативные вмешательства, в зарубежной литературе называемые ранними избирательными.

Больные с активностью кровотечений F-2А и F-2В составили единую группу. В нее включены 95 (46,0%) пациентов. Рецидивы кровотечений отмечены у 19 (20%) больных, 16 из них экстренно оперированы. Учитывая высокую частоту рецидивных кровотечений, в случаях установления активности кровотечения F-2А и F-2В целесообразно использовать алгоритмы прогнозирования рецидивных кровотечений для того, чтобы у больных с угрозой рецидивов кровотечений своевременно поставить показания к операции (в случаях хронических язв) или повторно провести эндоскопическое лечение (в случаях острых язв). Такая тактика представляется наиболее целесообразной, поскольку, по имеющимся у нас данным, из 16 больных, оперированных по поводу рецидивов кровотечений, умерли 5 (причина смерти: постгеморрагическая анемия - 4; инфаркт миокарда - 1); часто развивались послеоперационные осложнения (у 12 - 35,5% от общего числа оперированных в группе с активностью кровотечений F-2А и F-2В).

Активность кровотечений F-2С выявлена у 14 (6,8%) больных. Рецидивы кровотечений у них не наблюдались, во всех случаях проводилось консервативное лечение, больные выздоровели. Пациенты с хроническими язвами по разным мотивам отказались от плановых операций.

Активность кровотечений F-3 отмечена у 44 (21,4%) больных. Рецидивы кровотечений у них также не наблюдались. В 8 случаях хронических язв выполнены плановые операции без летальных исходов.

Таким образом, анализ клинического материала позволяет заключить, что эндоскопическая классификация активности кровотечений по Форрест даст возможность распределить больных дифференцированно на группы в зависимости от степени устойчивости гемостаза, что является существенным для выбора

последующей хирургической тактики. Активность кровотечений, установленная согласно рассматриваемой классификации, коррелирует с частотой рецидивов язвенных кровотечений и исходами лечения.

УДК 617.58-089.5

КАУДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

В.Н.Минченкова, Ю.И.Артамонов, Д.А.Тимашков

Смоленская государственная медицинская академия

Выбор вида регионарного обезболивания у пациентов старшей возрастной группы, страдающих выраженной сопутствующей патологией, является актуальной проблемой.

Фармакологическая десимпатизация, большой объем инфузионной терапии, применение симпатомиметиков могут увеличивать частоту периоперационных осложнений у данной категории больных. Имеются сообщения (Ростомашвили Е.Т. и соавт., 2001), свидетельствующие о лучшей гемодинамической стабильности при применении каудальной эпидуральной анестезии. Это достигается медленным поступлением местного анестетика из крестцового канала и медленным развитием симпатического блока.

Учитывая указанное достоинство каудальной анестезии, мы использовали данный вид обезболивания у 18 больных в возрасте от 66 до 92 лет при операциях на нижних конечностях - ампутациях конечностей по поводу диабетической и атеросклеротической гангрены (14) и фиксирующих операциях по поводу переломов (4). Длительность операций в среднем составила 74 минуты.

Все больные имели выраженную сопутствующую патологию, соответственно которой 11 из них отнесены к III классу ASA, 7 – к IV классу ASA.

Каудальная анестезия выполнялась 1,5%-раствором лидокаина в объеме от 35 до 40 мл, у 8 больных - с добавлением 0,1 мг фентанила. Все анестезии проводились с сохранением спонтанного дыхания и седацией реланиумом (0,1 мг/кг). Инфузионная терапия предусматривала введение от 400 до 800 мл кристаллоидов.

В каждом случае развился сегментарный блок до T₁₁ с достаточным уровнем сенсорного и моторного блоков. Отмечалось умеренное снижение систолического артериального давления в среднем на 12,6% и снижение частоты сердечных сокращений на 10%. У 3 пациентов наблюдалось снижение артериального давления на 30% от исходного уровня. Функция внешнего дыхания не нарушалась.

Длительность анестезии составила от 1,5 до 2,5 (с фентанилом) часов. В послеоперационном периоде отмечена аналгезия до 4 часов, что позволило уменьшить дозу вводимых наркотических анальгетиков. К побочным действиям каудальной аналгезии следует отнести затруднения мочеиспускания, которые наблюдались у 4 больных.

Таким образом, проведение каудальной анестезии показано с целью обезболивания при операциях на нижних конечностях у больных со сниженными резервами сердечно-сосудистой системы.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

С.Ю.Никуленков, Ю.А.Макаров

Смоленская государственная медицинская академия

В работе проанализированы результаты лечения 307 больных холедохолитиазом и папиллостенозом с использованием различных способов папиллосфинктеротомии.

Холедохолитиаз и папиллостеноз у 84 больных устранены с использованием трансхоледоховой папиллосфинктеротомии (ТХПСТ). В 32 (38,1%) случаях диагностирован острый холецистит, в 49 (58,3%) – хронический. Минилапаротомный доступ использован у 39 больных. Объем оперативного вмешательства заключался в холецистэктомии, холедохотомии или холедохолитотомии, лечебно-диагностической фиброхоледохоскопии, трансхоледоховой папиллосфинктеротомии и холедохостомии. ТХПСТ выполнялась гибким папиллотомом оригинальной конструкции, введенным антеградно через холедохотомическое отверстие или биопсийный канал фиброхоледохоскопа. У 3 больных ТХПСТ произведена через расширенную культю пузырного протока. Адекватность папиллотомии и гемостаз контролировались фиброхоледохоскопией. Холедохотомическое отверстие ушивалось полностью или частично с введенным декомпрессивного дренажа через культю пузырного протока или верхний угол холедохотомического разреза. У 2 (2,4%) больных наблюдались осложнения в послеоперационном периоде: желчный затек из-за неадекватной функции дренажа холедоха и кровотечение из ложа желчного пузыря.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 120 больных. После ЭПСТ в 116 (96,6%) случаях восстановлен пассаж желчи, в 95 (79,2%) - устранены холедохолитиаз и папиллостеноз. Санация холедоха осуществлялась с помощью корзинки Dormia и промывания холедоха. Мелкие конкременты после адекватной ЭПСТ отходили из холедоха самостоятельно, что подтверждалось при контрольном рентгеноконтрастном исследовании. В 2 случаях выявления конкрементов больших размерах и наличии гнойного холангита использована механическая литотрипсия и в 2 – назобилиарное дренирование. ЭПСТ была неадекватна и не имела эффекта в 2 (1,7%) наблюдениях. У 25 (20,8%) больных не удалось достигнуть санации желчных протоков даже после многократных попыток литэкстракции. В 1 (0,8%) случае после ЭПСТ возникло кровотечение, остановленное консервативно, в 2 (1,7%) - ущемление корзинки Dormia, что потребовало экстренной операции.

Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТДПСТ) произведена у 103 больных, из них - в 19 случаях с ущемлением камня в большом дуоденальном сосочке. Осложнения после ТДПСТ отмечены в 9 (8,7%) наблюдениях: острый панкреатит (1), желчный затек из-за неадекватной функции дренажа холедоха (1), нагноение раны (6), ретенноз папиллы (1). В последнем случае потребовалось повторное оперативное вмешательство.

Умерли 3 (2,5%) больных после ЭПСТ в связи с прогрессированием гнойного холангита и образованием внутривнутрипеченочных абсцессов.

Анализ результатов лечения показал, что при остром и хроническом холециститах, осложненных холедохолитиазом и папиллостенозом, целесообразно одномоментное выполнение из минидоступа холецистэктомии, холедохолитотомии

в трансхоледоховой папиллосфинктеротомии. ТХПСТ является минимально-трепантическим, простым и высокоэффективным вмешательством, способствующим сокращению продолжительности операции. ЭПСТ предпочтительна при высоком операционно-анестезиологическом риске у больных с выраженной механической желтухой и холангитом или у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. ЭПСТ в сочетании с эндоскопической облитерацией желчного пузыря становится окончательным методом лечения этого тяжелого контингента больных. При показаниях ЭПСТ является методом выбора в лечении постхолецистэктомического синдрома. Применение ТХПСТ и ЭПСТ позволило значительно ограничить выполнение трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

УДК 616.33-089.87:616.33-009.1

ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА, СОХРАНЯЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫЙ ПАССАЖ

С.Ю.Никуленков, С.Н.Романенков, И.В.Ермолаев

Смоленская государственная медицинская академия

Цель нашего исследования заключалась в изучении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до и после хирургического лечения.

Материал и методы. Объект исследования - 60 больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: у 20 - выполнена дуоденогастральная резекция с сохранением привратника (ДГРСП); у 30 - резекция желудка по способу Бильрот-1 (Б-1); 10 - обследованы до операции (контрольная группа). Большинство больных были возрасте 31-50 лет. Наряду с общеклинической оценкой клинических случаев проводилось сопряженное рентгенологическое и ультразвуковое исследования желчного пузыря и желудка (утром, натощак) до операции и в сроки: 14-30 суток, 3-12 месяцев и 3 года после операций. В контрастную смесь, состоящую из взвеси сернокислого бария, добавлялись два куриных яичных желтка с целью стимуляции сократительной функции желчного пузыря.

Результаты исследований и их обсуждение. Тень желчного пузыря на мониторе аппарата ультразвукового сканирования у всех больных имела ровные контуры и прослеживалась на всём протяжении. Продольная ось тени пузыря имела направление слева направо и сверху вниз, образуя с горизонтальной осью угол, равный $45-50^{\circ}$.

Установлено, что начальные сокращения желчного пузыря у большинства больных, перенесших ДГРСП и резекцию желудка по Б-1, наступают позднее пятой минуты после приёма пищевого раздражителя.

Эвакуаторная активность желчного пузыря быстро нарастает в течение первых 30 - 60 минут. За указанное время в кишечник выводится большая часть пузырной желчи. При обследовании больных в сроки 14-30 суток после ДГРСП объем желчного пузыря составлял: через 30 минут после приема пищевого раздражителя $3,2 \pm 2,4$ мл; через 45 минут - $2,4 \pm 0,9$ мл; через 60 минут - $2,4 \pm 1,1$ мл (в контрольной группе - соответственно $21,9 \pm 4,2$; $19,6 \pm 1,7$; $18,7 \pm 2,1$ мл), по сравнению с начальным объемом ($p < 0,05$).

При аналогичном обследовании пациентов в сроки 14-30 суток после резекции желудка по Б-1 объем желчного пузыря составил: на 30-й минуте исследования – $7,2 \pm 2,7$ мл; на 45-й минуте – $5,8 \pm 2,1$ мл; через 60 минут – $6,9 \pm 3,3$ мл. Объем желчного пузыря у пациентов, перенесших ДГРСП и резекцию желудка по Б-1, на всех этапах исследования был значительно меньше, чем у больных контрольной группы ($p < 0,05$).

У всех больных, обследованных на 14–30-е сутки после ДГРСП, начальный объем желчного пузыря к 30-й минуте исследования уменьшался на $58,7 \pm 6,5\%$, после резекции желудка по Б-1 – на $53,3 \pm 9,5\%$ (в контрольной группе: $32,5 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$); к 45-й минуте – на $58,5 \pm 7,0\%$ после ДГРСП и на $57,5 \pm 6,1\%$ после Б-1 (в контрольной группе: $41,4 \pm 4,2\%$, $p < 0,05$); к 60-й минуте – на $61,8 \pm 6,8\%$ после ДГРСП и на $52,4 \pm 3,5\%$ после резекции желудка по Б-1 (в контрольной группе: $42,6 \pm 1,9\%$, $p < 0,05$). Следовательно, наибольшая моторно-эвакуаторная активность желчного пузыря наблюдалась на 60-й минуте исследования после ДГРСП и на 45-й минуте после резекции желудка по Б-1.

У больных, обследованных в сроки 3-6 месяцев после ДГРСП, начальный объем желчного пузыря к 30-й минуте исследования уменьшился на $47,9 \pm 7,1\%$; к 45-й минуте – на $69,4 \pm 4,9\%$; к 60-й минуте – на $54,5 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$). Очевидно, что моторно-эвакуаторная активность желчного пузыря в данный период достигает максимальных значений к 45-й минуте исследования.

В сроки 3-6 месяцев после резекции желудка по Б-1 желчный пузырь к 30-й минуте исследования опорожнялся на $49,2 \pm 3,6\%$; к 45-й минуте – на $69,7 \pm 3,5\%$ и к 60-й минуте – на $58,3 \pm 7,3\%$ ($p < 0,05$).

Таблица 1. Закономерность между переходом желудочного содержимого в кишечник и периодом сокращения желчного пузыря

Срок обследования	Средняя скорость опорожнения культи желудка		Средняя продолжительность периода сокращения желчного пузыря	
	ДГРСП	Б-1	ДГРСП	Б-1
14-30 суток	$105,0 \pm 9,0$	$49,3 \pm 5,4$	$91,8 \pm 3,0$	$81,5 \pm 3,7$
3-6 месяцев	$93,3 \pm 6,0$	$37,0 \pm 5,6$	$79,7 \pm 8,5$	$68,6 \pm 5,5$

Количество остаточной желчи уменьшается с течением времени, прошедшего после операции, независимо от способа ее выполнения. Так, при обследовании больных в сроки 14-30 суток после ДГРСП и резекции желудка по Б-1 количество остаточной желчи соответственно составляло $32,8 \pm 2,5\%$ и $31,0 \pm 3,7\%$, через 3-6 месяцев – $31,9 \pm 2,5\%$ и $29,4 \pm 4,0\%$ (в контрольной группе: $40,7 \pm 3,2\%$, $p < 0,05$).

Продолжительность периода сокращения желчного пузыря в изучаемые сроки исследования больше по времени у больных, перенесших ДГРСП, чем у пациентов после резекции желудка по Б-1. Так, через 14-30 суток после ДГРСП сокращение желчного пузыря продолжалось $91,8 \pm 3,0$ мин., а после резекции желудка по Б-1 – $81,5 \pm 4,0$ мин; через 3-6 месяцев – соответственно $79,7 \pm 8,5$ и $68,6 \pm 5,5$ минут.

Моторно-эвакуаторная функция желчного пузыря рассмотрена выше вне связи с особенностями опорожнения культи желудка от содержимого у обследованных больных.

Из табл.1 видно, что длительность периода сокращения желчного пузыря зависит от скорости опорожнения культи желудка (прямая взаимосвязь). При наличии существенных различий в скорости опорожнения культи желудка от контрастной смеси через 14-30 суток и 3-6 месяцев после ДГРСП и Б-1 (соответственно – $105 \pm 9,0$; $93,3 \pm 6,0$ мин. и $49,3 \pm 5,4$; $37,0 \pm 5,6$ мин., $p < 0,05$), были

достоверными различия в продолжительности периода сокращения желчного пузыря в эти же сроки (соответственно - $91,8 \pm 3,0$; $79,7 \pm 8,4$ мин. и $81,5 \pm 3,7$; $68,5 \pm 5,5$ мин., $p < 0,05$).

При обследовании больных, перенесших ДГРСП, установлено, что период сокращения желчного пузыря по времени был равен или заканчивался несколько раньше опорожнения культи желудка от содержимого (у 18 из 20 больных через 14-30 суток после операции и у 15 из 16 – через 3-6 месяцев). Напротив, у пациентов, перенесших Б-1, период сокращения желчного пузыря был длительнее времени опорожнения культи желудка от контраста: у 29 из 30 больных через 14-30 суток после операции; у 10 из 12 – через 3-6 месяцев.

Неспособность желчного пузыря обеспечить поступление количества желчи, необходимого для своевременной и полноценной обработки пищевого раздражителя, перешедшего из культи желудка в кишечник, определяется как относительная эвакуаторная недостаточность желчного пузыря. Она является относительной потому, что сократительная функция органа практически не страдает, а ее несостоятельность вторична по причине быстрого опорожнения культи желудка от содержимого.

Относительная моторно-эвакуаторная недостаточность желчного пузыря установлена в 3 наблюдениях после ДГРСП и в большинстве наблюдений после Б-1.

Таким образом, на основании изучения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря у больных, обследованных в различные сроки после ДГРСП, можно считать, что данная операция не приводит к значительному снижению сократительной активности пузыря, сохраняются общие закономерности поступления желчи в кишечник в фазу пищеварения.

УДК 616.381-002+616.24-001]:615.382

ПЯТНАДАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

В.С.Петров, В.В.Демидкин, М.М.Петрова

Смоленская государственная медицинская академия

Проблема лечения больных с распространенным перитонитом не теряет своей актуальности. Летальность при данной патологии остается высокой и составляет 40-65%. В наблюдениях с неудовлетворительными результатами лечения отмечается прогрессирование полиорганной недостаточности, в формировании которой основное значение принадлежит эндотоксикозу. При этом первым «органом-мишенью» повреждения являются легкие.

Исследования последних лет показали, что эндотоксикоз приводит к развитию «порочного круга»: эндотоксикоз – повреждение легких – гипоксемия – увеличение эндотоксикоза. Поэтому в лечении перитонита широкое применение нашли методы экстракорпоральной детоксикации, а среди них - обменный плазмаферез, который считается наиболее эффективным методом детоксикации у больных с перитонитом.

Нами изучено влияние обменного плазмафереза на кислородный режим организма у 36 больных с распространенным перитонитом в фазе перитонеального сепсиса и эндогенной интоксикации 2-3-й степени. Степень эндогенной интоксикации определялась по порозности мембран эритроцитов и сорбционной

способности эритроцитов. Кислородный режим изучался на этапах: легкие, транспорт кислорода и тканевое дыхание.

Обменный плазмаферез проводился по стандартной методике с эксфузией плазмы в объеме 30% объема циркулирующей плазмы. Для объемозамещения использовалась донорская одногруппная свежезамороженная плазма в сочетании с кристаллоидами и коллоидами. Кислородный режим исследовался до операции обменного плазмафереза, через 1, 24 и 48 часов после сеанса плазмафереза.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что сеансы плазмафереза улучшают оксигенацию крови, системный транспорт кислорода и тканевое дыхание в организме больных, у которых перитониту сопутствует острое повреждение легких. Обменный плазмаферез эффективно снижает тяжесть эндотоксикоза и через 24 часа после сеанса уменьшает венозную примесь за счет улучшения вентиляции перфузируемых альвеол. Сеансы обменного плазмафереза при перитоните в фазе абдоминального сепсиса, протекающего у больных с эндогенной интоксикацией 2–3-й степени тяжести, предупреждают и прерывают развитие полиорганной недостаточности. Использование указанного метода экстракорпоральной детоксикации в комплексной интенсивной терапии распространенного перитонита позволяет улучшить результаты лечения и снизить летальность больных.

ОБЗОР

УДК 616.34-007.43-089.844

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

А.Д.Лелянов, С.В.Новиков

Смоленская государственная медицинская академия

Проблема лечения грыж брюшной стенки остается актуальной, так как результаты оперативного лечения далеки от удовлетворительных. Высокий процент (до 10-15% и более) рецидивов заставляет продолжить поиск их причин и совершенствовать способы закрытия грыжевых ворот [10,13].

Особенно плохие результаты наблюдаются при лечении послеоперационных и паховых грыж. Частота рецидивов последних, несмотря на огромное количество предложенных способов операций (более 300), колеблется от 3 до 47% и в настоящее время соответствует уровню 30-х годов прошлого столетия [7, 12].

Основные требования к герниопластике были сформулированы в начале XX века, о чем свидетельствуют работы Н.И. Напалкова, К.М. Сапежко, И.П. Алексинского [1, 8, 11]. В своих исследованиях они сформулировали основные принципы герниопластики: необходимо прочное соединение здоровых однородных тканей краев дефекта брюшной стенки с минимальным натяжением и травматизацией мышц и окружающей жировой клетчатки. Последующие десятилетия не внесли существенных изменений в это требование к оперативной технике при пластике грыжевых ворот.

Вместе с тем причины рецидива грыж многообразны, и на основании данных литературы можно их представить в виде трех основных групп:

НЕСОБЛЮДЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ПЛАСТИКИ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ

1. Выбор неадекватного метода пластики.
2. Сильное натяжение тканей.
3. Сшивание неоднородных тканей.
4. Нарушение техники формирования швов.
5. Интерпозиция тканей между сшиваемыми мышечно-апоневротическими лоскутами (брюшина или жировая ткань).
6. Недостаточный гемостаз.
7. Повреждение мышечных нервов.

ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1. Нагноение послеоперационной раны.
2. Лигатурные свищи.

НЕСОБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

1. Ранняя физическая нагрузка.
2. Игнорирование бандажей в показанных случаях.

Выбор неадекватного метода пластики. Основным принципом оперативного лечения грыж живота является индивидуальный, дифференцированный подход к выбору метода грыжесечения. Для решения этой задачи необходимо учитывать форму грыжи, патогенетические условия ее развития, состояние тканей брюшной стенки и величину грыжевого дефекта. Иногда выбор метода ограничен возрастом и состоянием больного, необходимостью произвести лишь минимальную паллиативную операцию. Такая клиническая ситуация может возникнуть при наличии флегмоны грыжевого мешка на фоне гигантской вентральной грыжи, вправление которой во время операции и сведение швами краев грыжевого дефекта чревато опасностью развития асфиксии.

Операция при грыже живота должна быть максимально простой и наименее травматичной. Этот принцип, однако, должен основываться на уверенности, что выбранное вмешательство обеспечит радикальность лечения. Другими словами, при оценке того или иного способа пластики нужно учитывать степень сложности и травматичности его этапов, которые определяют решение конкретной задачи – надежной ликвидации дефекта брюшной стенки. Если при основной массе неосложненных паховых, бедренных и пупочных грыж можно добиться хороших результатов с помощью довольно простых способов грыжесечений, то при сложных грыжах (послеоперационные, обширные, гигантские, рецидивные, многократно рецидивирующие, скользящие и комбинированные) оперативное лечение часто представляет трудную задачу. В этих случаях следует отдать предпочтение современным безопасным, проверенным клиническим опытом способам операций, вызывающим наименьшее нарушение анатомии брюшной стенки.

Многочисленные способы операций при грыжах систематизируются по принципу преимущественного использования тех или иных тканей брюшной стенки. Существует пять основных методов пластики:

- 1) фасциально-апоневротическая;
- 2) мышечно-апоневротическая;
- 3) мышечная;
- 4) пластика с помощью дополнительных биологических или синтетических материалов (аллопластика, эксплантация);
- 5) комбинированная (использование аутог тканей и чужеродных тканей).

Первые три метода объединяют в группу под общим названием аутопластические методы. Остальные два принято называть аллопластическими. Каждый метод пластики в настоящее время детально изучен. На их основе предложено большое количество способов операций. Однако, если выбор способа имеет патогенетическую сущность, то выбор метода обеспечивает его надежность в аспекте отдаленных результатов [16].

На практике в большинстве стационаров преобладает формальный подход к способам закрытия грыжевого дефекта при паховых грыжах, который заключается в следующем: косая грыжа – пластика передней стенки, прямая грыжа – пластика задней стенки [6]. По данным отечественных хирургов, такой шаблонный подход к выбору способа герниопластики приводит к рецидиву заболевания у 9-16% оперированных [2, 9, 13, 15]. В то же время в клиниках, где проводится квалифицированная индивидуализация методов оперативного лечения и внедрены сложные способы пластики пахового канала, частота рецидивов не превышает 1,5-3% [2, 5, 7, 13, 15].

Исходя из особенностей хирургической анатомии пахового промежутка, при простых косых паховых грыжах у пациентов в возрасте до 35 лет, у которых хорошо выражен апоневроз наружной косой мышцы живота и диаметр глубокого пахового кольца не превышает 1,5 см, выполняется грыжесечение с использованием апоневротической или мышечно-апоневротической пластики передней стенки по А.В.Мартынову или Жирану-Спасокукоцкому.

Необходимо учитывать, что пластика апоневрозом исключительно спереди от семенного канатика не оказывает воздействие на грыжевые ворота. Операции с пластикой грыжевых ворот позади семенного канатика лишены недостатков, присущих вышеуказанным оперативным пособиям. В зависимости от месторасположения семенного канатика после завершения пластики грыжевых ворот их целесообразно разделить на операции типа Bassini, когда канатик помещается в заново реконструированный паховый канал, и операции типа Postemsky, при которых канатик располагается в подкожной клетчатке. Пластика грыжевых ворот позади семенного канатика позволяет укрепить всю заднюю стенку пахового канала, максимально используя глубокие связочно-апоневротические структуры пахового промежутка: серповидный апоневроз, связку Купера, глубокий листок передней стенки влагалища прямой мышцы живота, сухожильную часть поперечной и внутренней косой мышцы живота [14, 15, 17].

Однако даже при применении наиболее распространенной методики пластики задней стенки пахового канала по Бассини при оперативном лечении прямых паховых грыж возникают рецидивы заболевания с частотой от 2,5 до 10% [13, 16, 19]. Некоторые авторы указывают и более высокие цифры рецидивов: до 28% [13, 18]. Известны и причины этих рецидивов. Подшивание мышц к паховой связке приводит в последующем к их разволокнутию или отхождению от паховой связки, что еще более вероятно при чрезмерном натяжении тканей [7, 13, 16].

В то же время особое место среди операций, направленных на укрепление задней стенки пахового канала, занимает более сложная по техническому исполнению операция канадского хирурга E.Shouldice (1945), получившая название «золотого стандарта» в герниологии [23, 24]. Автор отмечает рецидив грыжи лишь в 0,8% случаев на 85 000 операций, выполненных с 1945 по 1974 г. [24]. Последующие наблюдения из его же клиники подтвердили первоначальные выводы. По данным F.Glassow [20, 21], основанных на изучении отдаленных результатов герниопластики по методу E.Shouldice, у 13 108 больных рецидив возник в 0,6%, а при лечении 1 874 пациентов с рецидивными грыжами эта операция была неэффективна лишь у 0,9% больных.

Сильное натяжение тканей. Современный наркоз с использованием миорелаксантов создает условия для максимального расслабления мышц во время операции, что позволяет без особых усилий стянуть края даже очень больших дефектов. В результате этого сразу после операции ткани брюшной стенки оказываются в очень невыгодных условиях чрезмерного напряжения. Это приводит к изменениям в анатомических структурах передней брюшной стенки, разволокнутию или полному разрушению фасциальных влагалищ мышц, рубцовому перерождению апоневроза и атрофии мышц.

Герниопластика с натяжением тканей имеет два явных недостатка. Во-первых, она приводит к более выраженным болям в послеоперационном периоде. Во-вторых, по данным литературы, частота рецидивов при герниопластике с натяжением тканей обычно выше, чем при герниопластике без натяжения тканей.

В последнее десятилетие при герниопластике без натяжения тканей для закрытия грыжевого дефекта все чаще стали применять алло- или аутопластические материалы [3, 4]. Использовались различные методы и виды имплантатов. Естественные ткани, такие как широкая фасция бедра, иссекались и использовались в качестве заплатки. Подкожная вена скатывалась и использовалась в качестве obturatora при бедренных грыжах. Кроме того, для укрепления зоны грыжевого дефекта использовались различные синтетические имплантаты. Ими были металлы, такие как нержавеющая сталь и тантал, а также синтетические ткани, такие как полиэстер, полипропилен и политетрафторэтилен (ПТФЭ).

Идеальный сетчатый эндопротез должен обладать следующими свойствами:

- размер пор должен быть достаточным для врастания тканей;
- стимулировать рост фибробластов;
- быть достаточно инертным (биосовместимым), чтобы уменьшить реакцию отторжения, аллергическую реакцию и инфицирование;
- иметь достаточную механическую прочность и быть резистентным к инфекции;
- быть достаточно гибким, чтобы сохранять свою целостность.

Использование металлических сетчатых имплантатов было прекращено много лет назад в связи с тем, что постоянные движения в паховой области приводили к разрушению имплантатов. Имплантаты из полиэстера обладают многими необходимыми свойствами, однако, нередко вызывают выраженную реакцию со стороны окружающих тканей. ПТФЭ вызывает очень умеренную реакцию со стороны окружающих тканей, но его порозность крайне низка, что сильно замедляет врастание тканей. Полипропиленовые сетчатые имплантаты изготавливаются из монофиламентных нитей и более устойчивы к развитию инфекций, чем имплантаты из полиэтилена или ПТФЭ. Кроме того, в связи с формой плетения, полипропилен обладает всеми свойствами идеального сетчатого имплантата; полипропиленовые сетчатые имплантаты стали стандартным материалом, используемым в настоящее время при герниопластике без натяжения тканей.

Наиболее часто используемая в настоящее время техника герниопластики без натяжения тканей называется пластикой по Lichtenstein (1970), хотя сам Lichtenstein приписывает разработку этой методики Newmap. Эта техника используется как при косых, так и при прямых паховых грыжах. Производится диссекция грыжевого мешка, отсечение и вправление его культи через внутреннее паховое кольцо. Хирурги, не отсекающие грыжевой мешок, полагают, что пациенты испытывают меньше неприятных ощущений, если грыжевой мешок вправлен. Затем стенка пахового канала закрывается сетчатым имплантатом, который разрезается с целью вмещения структур семенного канатика. Сетка может подшиваться или не подшиваться к внутренней косой мышце с медиальной стороны и паховой связке с латеральной. Сетка укрепляет стенку пахового канала, чтобы предотвратить развитие прямых рецидивных грыж, а также для того, чтобы предотвратить протрузию органов через внутреннее паховое кольцо.

Большинство рецидивных грыж являются прямыми, при них грыжевые ворота фиброзированы и утолщены. Такие грыжи легче закрыть obtурирующим имплантатом, также разработанным Lichtenstein [22]. Автор описал obtурирующий имплантат, изготовленный из полипропиленовой сетки, которую вначале складывают в форме треугольника, а затем скатывают в цилиндр. После небольшой диссекции obtуратор вводится в фасциальное отверстие и фиксируется несколькими швами. Данная методика обеспечивает быстрое врастание тканей в имплантат, частоту рецидивов менее 1%, в сочетании с минимальной диссекцией тканей и почти полное отсутствие неприятных ощущений у пациентов.

Все методики хирургического лечения грыж без натяжения тканей имеют три общих элемента:

- поиск и высокое лигирование или отсечение, или вправление через внутреннее паховое кольцо грыжевого мешка;
- формирование внутреннего пахового кольца;
- укрепление задней стенки пахового канала пластикой без натяжения тканей для предупреждения формирования прямых рецидивных грыж (которые являются наиболее распространенным типом рецидивных грыж).

Одним из видов пластики без натяжения является и лапароскопическая герниопластика. Суть оперативного вмешательства заключается в обнаружении при лапароскопии дефекта брюшной стенки с последующим закрытием его специальной

сеткой, которая укрепляется по периметру грыжевых ворот скрепками. Лапароскопическая герниопластика также широко применяется при хирургическом лечении рецидивных грыж, возникших после традиционного грыжесечений.

Также применяется и герниопластика аутодермальным лоскутом, предусматривающая в зависимости от вида грыжи применение для пластики грыжевых ворот аутодермальной полоски, лоскута или их сочетания. Однако рецидив при данной пластике отмечается у 6,2%, а нагноение раны – у 4,3% пациентов.

Сшивание неоднородных тканей. Важнейшим принципом операции при грыже является сопоставление швами однородных тканей, так как при этом наблюдается более быстрое и надежное сращение. Этот принцип реализуется не во всех способах операций, что и является, как правило, их слабым местом. Например, крупным недостатком способа Сапежко является то, что сведенные в дубликатуру мышечно-апоневротические стенки по линии соприкосновения разделены листком париетальной брюшины, а это способствует образованию неполноценного по прочности рубца. А.П.Крымов (1929) с целью усовершенствования способа Сапежко предложил отдельно сшивать брюшину и затем производить удвоение мышечно-апоневротического слоя. Этому нередко препятствуют рубцовые изменения в тканях. Проще полосу брюшины по линии будущего соприкосновения иссечь или скарифицировать [16].

Ошибочно думать, что мышцы с апоневрозом вообще не срастаются. Речь идет о качестве рубца, его функциональной полноценности. В экспериментальных исследованиях Н.И. Кукуджанова (1969) и других хирургов доказана возможность сращения разнородных тканей брюшной стенки. Для этого необходимо избежать натяжения тканей и предотвратить попадание жировой клетчатки между соприкасающимися поверхностями. Однако сращение разнородных тканей происходит более медленно, путем образования широкого ригидного рубца. А.П. Лешко (1955) провел сравнительную экспериментально-морфологическую оценку способов Жирара и Кимбаровского. Гистологические исследования, проведенные в разные сроки (от 7 до 60 сут), подтвердили правильность принципа соединения однородных тканей. После операции по способу Жирара от широкого слоя новообразованной соединительной ткани в мышцу прорастали тяжи, вызывавшие атрофию и дегенерацию части ее волокон. Автор полагает, что основной причиной рецидива после грыжесечения по способу Жирара являются патологические процессы в мышцах. После же операции по способу Кимбаровского однородные апоневротические ткани срастались узкой полосой новообразованной соединительной ткани, сравнительно быстрее дифференцировавшейся. Апоневроз наружной косой мышцы как барьер предохранял мышцу от перерастяжения и проникновения в нее соединительной ткани, способствуя этим сохранению ее структуры.

Нарушение техники формирования швов. Важнейшим принципом операции при грыже является безукоризненное техническое выполнение. Плохая хирургическая техника, по меткому замечанию В.И. Добротворского, «может дискредитировать любой даже наилучший способ». Грыжесечение – операция деликатная. Ее выполнение не требует вершин оперативного мастерства и многолетнего опыта. Однако именно здесь проявляется умение хирурга бережно относиться к тканям, легко ориентироваться в их топографо-анатомических взаимоотношениях, обеспечить максимальную асептичность операции и тщательный гемостаз. Глубоко осмысленная и хорошо выполненная операция приносит огромное удовлетворение и при хорошем исходе утверждает веру хирурга в свою профессию.

При интерпозиции жировой ткани или брюшины между сшиваемыми мышечно-апоневротическими лоскутами формирование соединительной ткани, ее дифференцировка и сращение лоскутов происходит более медленно, и рубец

образовывается неполноценный по прочности. Кроме того, при сдавлении жировой ткани между швами возможен ее некроз и инфицирование.

Недостаточный гемостаз во время операции приводит к образованию гематомы в послеоперационном периоде, которая нередко инфицируется. Нагноение послеоперационной раны способствует рецидиву грыжи.

Повреждение мышечных нервов во время операции может привести к атрофии и дегенерации мышечных волокон в послеоперационном периоде, что, по мнению ряда авторов, является одной из основных причин рецидива грыж (особенно при мышечно-апоневротических методах пластик) [16].

Осложнения в послеоперационном периоде. Опасным осложнением грыжесечения, которое приводит к рецидивам грыжи, является развитие инфекции в ране. Нагноению способствуют небрежный гемостаз, излишняя травматизация тканей руками и инструментами, неумение хирурга предохранять ткани от высыхания и случайного загрязнения в момент вскрытия грыжевого мешка (при ущемленной грыже, при ранении органа во время выделения грыжевого мешка). При рецидивных и многократно рецидивирующих грыжах нужно помнить о возможности наличия в толще рубцов очагов дремлющей инфекции (например, лигатурные свищи).

К осложнениям, встречающимся при аллопластике грыжевых ворот, относят нагноение ран, образование скоплений серозного транссудата, свищей и инфильтратов. Такие осложнения требуют частых пункций, применения дренажей, антибиотиков, а иногда повторного вмешательства для удаления имплантата.

Несоблюдение пациентом врачебных рекомендаций. Необходимо помнить, что в возникновении рецидивов грыжи огромное значение имеет ранняя и неадекватная физическая нагрузка на еще не сформировавшийся рубец. Необходимо избегать тяжелого физического труда в среднем в течение 3-4 мес, а при рецидивных и послеоперационных грыжах – 8-10 мес. Пребывание на больничном листе обычно составляет 4-6 нед, а затем больного переводят на легкую работу или временную инвалидность. Определение трудоспособности больного, перенесшего операцию при грыже, является неотъемлемой задачей лечащего врача [16].

Причиной рецидива грыжи также может быть игнорирование пациентом бандажей в показанных случаях, а также сильный кашель или запор после операции.

Литература

1. Алексинский И.П. К технике закрытия пупочных и послеоперационных грыж // Труды 8-го съезда российских хирургов. – М., 1908. – С.43-48.
2. Гринев М.В., Стойко Ю.М., Силищев С.Н., Тарасенко М.Ю. Анализ хирургического лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1986. – №12. – С.88-91.
3. Гузев А.И. Пластика при грыжах брюшной стенки с использованием синтетических материалов // Хирургия. – 2001. – С.38-40.
4. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Сватковский М.В. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. – 2000. – №6. – С.18-22.
5. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Пометун В.В. Герниопластика при прямой паховой грыже без вскрытия и иссечения грыжевого мешка // Вестн. хир. – 1993. – №1-2. – С.126-129.
6. Кузнецов В.И. О принципах и технике пахового грыжесечения // Хирургия. – 1989. – № 10. – С.30-34.
7. Мариев А.И., Ушаков Н.Д. Наружные грыжи живота. – Петрозаводск, 1998. – 196с.
8. Напалков Н.И. О грыжах белой линии // Труды 8-го съезда российских хирургов. – М., 1908. – С.28-29.
9. Нестеренко Ю.А., Серочкин Г.Г. Причины рецидивирования паховых грыж // Хирургия. – 1980. – №7. – С.24-29.
10. Нестеренко Ю.А., Шовский О.Л. Результаты лечения ущемленных грыж // Хирургия. – 1993. – №9. – С.26-30.
11. Сапезко К.М. Способ радикальной операции больших пупочных грыж с расхождением прямых мышц // Летопись русской хирургии. – 1900. – №5., p.1. – С.71-89.

12. Седов В.М., Лебедев Л.В., Тарбаев С.Д., Аль-Ахмад Р.М. Операции при паховых грыжах из преперитонеального доступа с протезированием брюшной стенки эксплантатами // Вестн. хир. – 1996. – №2. – С.33-34.
13. Стойко Ю.М., Вашетко Р.В., Ромашкин-Тиманов М.В. Многослойная глубокая герниопластика способом E.Shouldice при паховых грыжах // Вестн. хир. – 2002. – №4. – С.91-94.
14. Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Ошибки и осложнения при оперативном лечении паховых грыж // Вестн. хир. – 1991. – №5. – С.122-126.
15. Стойко Ю.М., Силищев С.Н. Сравнительная оценка некоторых методов оперативного лечения паховых грыж // Вестн. хир. – 1989. – №8. – С.137-139.
16. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. – 270с.
17. Федоров В.Д., Андреев С.Д., Адамян А.А. Принципы хирургического лечения паховых грыж // Хирургия. – 1991. – №1. – С.59-64.
18. Хазиме Б.М. Зависимость результатов лечения паховых и бедренных грыж от способа герниопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 28с.
19. Chevalley J.P., Richter A. et al. Le proeede de Bassini modifie dans le traitement de la hernia inguinale. Resultats a 10 ans // Her. Chir. Acta. – 1986. – Vol.53. – P.703-706.
20. Glassow F. Recurrent inguinal and femoral hernia // Brit. Med. J. – 1970. – Vol.120, №1. – P.215-219.
21. Glassow F. Femoral hernia // Amer. J. Surg. – 1985. – Vol.150, №9. – P.353-356.
22. Lichtenstein J.L. Hernia Repair without Disability // St. Lois: CV Mosby, 1970.
23. Shouldice E.E. Surgical treatment of hernia // Out. Med. Rev. – 1945. - Vol.4. – P.43-46.
24. Shouldice E.E. The treatment of hernia // Out. Med. Rev. – 1953. – Vol.5. – P.1-5.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ	3
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПАНКРЕАТОГАСТРОСТОМИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ Р.А.Алибегов, О.А.Сергеев, А.С.Ефимкин, О.Д.Варчук, В.В.Шеметов.....	3
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АДЕНОМ ПРЯМОЙ КИШКИ А.В.Бычков.....	5
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В.И.Давыдкин, Л.В.Квашнина	9
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ Ю.В.Иванов, Н.А.Соловьев, Е.А.Рагулина	13
ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЛИМФОСАРКОМЫ ЖЕЛУДКА С.А.Касумьян, А.А.Бескосный, А.Е.Доросевич, Е.В.Иванова.....	17
НАРУЖНОЕ УПРАВЛЯЕМОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В.В.Катульский, С.А.Касумьян.....	21
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Т.П.Коршунова, Е.П.Колеватых, Н.А.Никитин.....	24
ОЗОНОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ А.Д.Лелянов, С.А.Касумьян, В.А.Будрин, А.В.Сергеев, Б.А.Покусаев, Е.Д.Гусева	26
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ Ю.И.Ломаченко, А.А.Безалтынных.....	29
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ Ю.И.Ломаченко, С.Г.Никитин	34
ВОЗМОЖНОСТИ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПОМОЩЬЮ ИММУНОХИМИЧЕСКИХ ОНКОМАРКЕРОВ Н.А.Майстренко, Ал.А.Курыгин, Г.Н.Хрыков.....	38
СПОСОБ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С.Ю.Никуленков, С.Н.Романенков.....	42

КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА КАК ОТРАЖЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОСЛЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА С.Ю.Никуленков, С.Н.Романенков, В.Б.Воскресенский.....	44
РОЛЬ СКРИНИНГ – ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ И.В.Павличенко, А.В.Овсянкин, И.В.Гришанов, И.Н.Силкин.....	48
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ И.Н.Пиксин, В.И.Давыдкин.....	50
БОЛЕЗНЬ ДЪБЕЛАФУА (АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ): ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Е.А.Рагулина, Ю.В.Иванов, Н.А.Соловьёв.....	56
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ СЪЕМНЫМИ ШВАМИ Ю.П.Савченко, Н.Б.Косинец, А.А.Цымбал.....	59
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ А.В.Сергеев, А.Ю.Некрасов, Б.А.Покусаев, Н.П.Снытко.....	62
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА Н.П.Снытко, С.А.Касумьян, А.Е.Доросевич.....	66
ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО СТАБИЛЬНОГО ПОГРУЖНОГО И ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА Д.И.Фаддеев.....	70
РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ Д.И.Фаддеев.....	74
РАННИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Д.И.Фаддеев, Е.Г.Чукин, В.В.Ковындиков.....	78
ЗНАЧЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В.С.Якутин, Ю.П.Савченко, М.В.Зозуля.....	82
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	86
ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕЗЕКЦИЯ И ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ЦЕЛЫМ ЖЕЛУДКОМ. РАСШИРЕННАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ Р.А.Алибегов, Д.В.Нарезкин, М.С.Лоскутов, А.Т.Никитенкова.....	86
ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА А.В.Бельков, А.С.Ефимкин, А.В.Борсуков, А.В.Мамошин.....	87
ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПРОБОДНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ А.П.Гарбуз.....	88

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НА КИСТИ И ПАЛЬЦАХ В.Г.Горохов.....	90
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПОЗВОНОЧНО- СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА Н.И.Ершов, В.С.Куфтов.....	92
ЛАЗЕРОТЕРПИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ОКОЛОПУЗЫРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ С.В.Игнатъев, А.Р.Евстигнеев, А.А.Моторин, С.П.Игнатъев.....	94
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И.В.Кудряшова, А.В.Борсуков, Т.И.Ионова, В.А.Шуваев.....	95
ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ АКТИВНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ФОРРЕСТ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Ю.И.Ломаченко.....	97
КАУДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В.Н.Минченкова, Ю.И.Артамонов, Д.А.Тимашков.....	99
ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА С.Ю.Никуленков, Ю.А.Макаров.....	100
ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА, СОХРАНЯЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫЙ ПАССАЖ С.Ю.Никуленков, С.Н.Романенков, И.В.Ермолаев.....	101
ПЯТНАДИТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ В.С.Петров, В.В.Демидкин, М.М.Петрова.....	103
ОБЗОР	105
К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ А.Д.Лебянов, С.В.Новиков.....	105
ОГЛАВЛЕНИЕ	112