

ВЕСТНИК

НАЦИОНАЛЬНОГО
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
ИМ. Н. И. ПИРОГОВА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
издается с 2006 г. выходит 4 раза в год

Главный редактор
Ю.Л. Шевченко

Заместитель
главного редактора
С.А. Матвеев

Редакционная коллегия
К.Г. Апостолиди, В.Н. Балин, С.А. Бойцов,
Г.Г. Борщев (гла. секретарь),
П.С. Ветшев, М.Н. Замятин, Е.Б. Жибурт,
О.Э. Карпов, Е.Ф. Кира, В.М. Китаев,
М.Н. Козовенко, А.Н. Кузнецов, А.Л. Левчук,
С.Н. Нестеров, Л.В. Попов, Ю.М. Стойко,
В.Л. Тюрин, В.Ю. Ханалиев,
Л.Д. Шалыгин, М.М. Шишкин

Редакционный совет
С.Ф. Багненко, Ю.В. Белов, Е.А. Войновский,
Н.А. Ефименко, А.М. Караськов, И.Б. Максимов,
Ф.Г. Назыров, А.Ш. Равишвили, Р.М. Тихилов,
А.М. Шулуток, Е.В. Шлякто, Н.А. Яицкий

В журнале освещаются результаты научных исследований, проблемы клинической и теоретической медицины, применение новых технологий, проблемы медицинского образования, случаи из клинической практики, вопросы истории медицины. Публикуются официальные информация, мини-обзоры научной медицинской литературы, справочные материалы, хроника. Является рецензируемым изданием.

Журнал рекомендован ВАК министерства образования и науки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук.

Все статьи публикуются бесплатно.

Учредитель



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМ. Н. И. ПИРОГОВА

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия.
Reg. свид. ПИ №ФС77-34981 от 05 июля 2006 г.

Все права защищены. Никакая часть этого издания не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения издателя.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.
© НМХЦ им. Н.И. Пирогова, 2016 г.

Адрес редакции
108203, Москва, ул. Нижняя Переславская, 70
тел./факс (495) 484-1054
e-mail: info@pirogov-center.ru
www.pirogov-center.ru

Тираж 1000 экз. Отпечатано в ЦПУ «Радуга»
Россия, Москва, ул. Автозаводская, 25

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКЦИОННЫЕ СТАТЬИ

- 3 ШЕВЧЕНКО Ю.Л., КАРПОВ О.Э., ШАЛЫГИН Л.Д., МАТВЕЕВ С.А.
ГЕНИАЛЬНОЕ ИЗОБРЕТЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ВОЕННОГО ВРАЧА
(К 110 ЛЕТИЮ ОТКРЫТИЯ ЗВУКОВОГО ФЕНОМЕНА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КОРОТКОВА)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 9 МУХАРЛЯМОВ Ф.Ю., СЫЧЕВА М.Г., РАССУЛОВА М.А.
ТРЕНИРОВКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПО МЕТОДУ НОРМОКАПНИЧЕСКОЙ
ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
- 14 САРВАНОВ И.А., РАПОВКА В.Г.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
И СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
- 18 ШАЙДАКОВ Е.В., ГРИГОРЯН А.Г., КОРЖЕВСКИЙ Д.Э.,
ИЛЮХИН Е.А., РОСУХОВСКИЙ Д.А., БУЛАТОВ В.Л.
ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕНОЗНОЙ СТЕНКИ
ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ IN VIVO
- 24 КУЧЕРЕНКО А.Д., БЕБИЯ Н.В.
ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
- 32 МАЛАХОВ Ю.С., БАТРАШОВ В.А., ФЕРЕНЕЦ М.В., ГОНЧАРОВ Е.А., КОСТИНА Е.В.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧРЕСКОЖНОГО
НАРУЖНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ
С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
- 36 МАСАЛИМОВ А.Р., БАУТИН А.Е., ГОРДЕЕВ М.Д., МАЛАЯ Е.Я., БАКАНОВ А.Ю.
ВЛИЯНИЕ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСЖАМОВОЙ КИСЛОТЫ
НА КРОВОПOTЕРЮ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
- 40 ФЕДОРОВА Н.И., КРАНИН Д.Л., ФЕДОРОВ А.Ю., НАЗАРОВ Д.А.
ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА
- 43 КАРСАНОВ А.М., МАСКИН С.С., СЛЕПУШКИН В.Д., КАРСАНОВА Ф.Д.,
ДЕРБЕНЦЕВА Т.В., ХУДИЕВА З.М.
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ
- 48 КУЧЕРЕНКО А.Д., УРСОЛ Г.Н., ЛИШЕНКО В.В., КОЛЕСОВ Е.В., ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н.
ПЕРИКАРДИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА
- 54 ТАРАСЕНКО С.В., КОПЕЙКИН А.А., ЗАЙЦЕВ О.В., АХМЕДОВ ШИ., ВИНОГРАДОВ Р.А.
ПРИЧИНЫ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ
ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ
- 56 СЕЛИВАНОВ А.В., БУТЬРСКИЙ А.Г., ЛЕОНЕНКО С.Н., ТАГАЕВА А.С.
КЛИНИКО-ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ ВЫБОРА
МЕТОДА ГЕМОРОИДЭКТОМИИ
- 60 ГРИНИН В.М., АБАЕВ З.М., АФАНАСЬЕВА С.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВ
- ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ
- 66 ЯКОВЛЕВ В.В., КОРОЛЕВ Б.Е.
КАЛЬЦИНИРОВАННЫЕ ПОРОКИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: ПАТОГЕНЕЗ,
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
- 71 ГАРДАШОВ Н.Т., ЗУБРИЦКИЙ В.Ф., МАТВЕЕВ С.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ НЕОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
- 76 АБЛИНА К.Н., КАКОРИН С.В., МКРТУМЯН А.М.
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
АВТОНОМНОЙ КАРДИОИЕРОПАТИИ

BULLETIN

of PIROGOV
NATIONAL MEDICAL & SURGICAL
CENTER

THEORETICAL & PRACTICAL JOURNAL
PUBLISHED SINCE 2004 4 ISSUES PER YEAR

Editor-in-Chief

Yury L. Shevchenko

Deputy Editor-in-Chief

Sergey A. Matveev

Editorial Board

K.G. Apostolidi, V.N. Balin, S.A. Boytsov,
G.G. Borshhev (*Executive Secretary*),
P.S. Vetshev, M.N. Zamyatin, E.B. Zhiburt,
O.E. Karpov, E.F. Kira, V.M. Kitaev,
M.N. Kozovenko, A.N. Kuznetsov, A.L. Lavchuk,
S.N. Nesterov, L.V. Popov, Yu.M. Stoyko,
V.P. Tyurin, V.Yu. Khanaliev,
L.D. Shalygin, M.M. Shishkin

Editorial Council

S.F. Bagnenko, Yu.V. Belov, E.A. Voinovsky,
N.A. Efimenko, A.M. Karaskov, I.B. Maximov,
F.G. Nazarov, A.Sh. Revishvili, R.M. Tikhilov,
A.M. Shulutko, E.V. Shlyakhto, N.A. Yaitsky

This Journal is focused on publishing the results of scientific researches in the field of clinical and theoretical medicine, application of new technologies, problems of medical education, cases from clinical practice, questions of history of medicine. The official information, mini-reviews of the scientific medical literature, reference information, current events are also published.

Publisher



PIROGOV NATIONAL
MEDICAL & SURGICAL
CENTER

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced in any form or by any means without permission in writing of the publisher.

Publisher does not bear the responsibility for content of advertisement materials.

© Pirogov National Medical & Surgical Center, 2015

Editorial Board Address

70, Nakhnaya Pervomayskaya St., 105203 Moscow Russia
tel/fax +7 (495) 484-1054
e-mail: info@pirogov-center.ru
www.pirogov-center.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- НИШАНОВ Ф.Н., ТУРСУНОВ Б.К., НИШАНОВ М.Ф., ШЕРМАТОВ А.А.**
79 ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ИЗМЕНЕНИИ ФЕРМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
- НИШАНОВ М.Ф., АБДУЛЛАЖАНОВ Б.Р., ОТАКУЗИЕВ А.З., РУСТАМОВ Ж.А., ХОДЖИМЕТОВ Д.Ш.**
83 ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
- НИШАНОВ Ф.Н., НИШАНОВ М.Ф., АБДУЛЛАЖАНОВ Б.Р., ГАФУРОВ У.А., РУСТАМЖАНОВ А.Б.**
86 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА
- ПРОТОПОПОВА Е.Б., БУРКИТБАЕВ Ж.К., КУЗЬМИН Н.С., ВЕРГОПУЛО А.А., ЖИБУРТ Е.Б.**
91 СРОК ХРАНЕНИЯ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ НЕ ВЛИЯЕТ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ПЕРЕЛИВАНИЯ
- ПРОНИН А.Г., ТЮРИН В.Л., КАРТАШЕВА Е.Д.**
94 ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗМБОЛИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
- РЫБАЛКО Н.В., БОРЩЕВ Г.Г., ВИНОГРАДОВ О.И., КУЗНЕЦОВ А.Н.**
98 ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ МИКРОЭМБОЛИ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКИМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА
- ВАГНЕР В.Д., РЕВАЗОВА З.З.**
102 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
- БЫКОВ М.И., ПОРХАНОВ В.А.**
110 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

- ФЕДОРОВ В.Г.**
116 К 70-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ: АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ – ВЗГЛЯД В ИСТОРИЮ
- СЕРЕДА Н.Н., КАЛЯГИН А.Н.**
120 НИКОЛАЙ АНДРЕЕВИЧ БЕЛОГОЛОВЫЙ – ЕГО ЖИЗНЬ И ВРАЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (К 180-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ И 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ КОНЧИНЫ)
- СОЛОВЬЕВ И.А., УТОЧКИН А.Л., СМИРНОВ С.Л., ГАЛАКА А.А.**
124 ПРОФЕССОР В.И. ПЕТРОВ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВОЕННО-МОРСКОЙ ХИРУРГ, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

- СТОЙКО Ю.М., ЛЕВЧУК А.Л., НАЗАРОВ В.А., ПИХУТА Д.А., ТИХОНОВ К.В., АЛТЫЕВА А.Ф.**
127 ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ДИАФРАГМЫ

**ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ АСПИРАЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ,
ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ИЗМЕНЕНИИ ФЕРМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**Нишанов Ф.Н., Турсунов Б.К., Нишанов М.Ф., Шерматов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

УДК: 616.33/342-002-089.816/161.1

**GASTRO-DUODENAL ASPIRATION IN THE POSTOPERATIVE
PERIOD, IT'S IMPORTANCE IN CHANGING HOMEOSTASIS
OF DIGESTIVE ENZYMES IN THE DUODENAL ULCER**

Nishanov F.N., Tursunov B.K., Nishanov M.F., Shermatov A.A.

Изменение гомеостаза пищеварительных ферментов и методы его коррекции представляют интерес при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в послеоперационном периоде после различных методов резекции желудка. Так как в этот период организм человека находится под влиянием многих факторов, нарушающих гомеостаз организма. Особый интерес при этом представляют факторы, влияющие на изменение гомеостаза пищеварительных гидролаз крови [2, 3, 7]. Одним из таких факторов является операционная травма, оказывающая стрессорное воздействие на организм в целом и приводящая к увеличению содержания ферментов в крови [1, 3, 4, 8]. Также, во время операции травмируется стенка желудка, двенадцатиперстной кишки и ткани поджелудочной железы, что способствует увеличению отека тканей этих органов, затруднению экзосекреции и увеличению инкреции, проявляющимся в повышении содержания пищеварительных ферментов в крови и моче [1, 3, 6, 9]. Еще одним фактором является нарушение моторно-эвакуаторной деятельности желудка и тонкой кишки [9]. Угнетение, в той или иной степени, сократительной активности эвакуаторной функции кишечника является закономерным и временным процессом. По мнению Ю.М. Гальперина в развитии кишечного пареза, помимо непосредственного повреждения органов, важнейшую роль играют энтеро-энтеральные тормозные рефлексы, реализуемые через брюшечные нервы. Значение имеет и симпатикотония, которая всегда развивается в ответ на хирургическую агрессию. Расстройства моторно-эвакуаторной функции культи желудка обусловлены функциональными нарушениями, реже механическими. Возникающий гастростаз носит временный характер. Все это способствует увеличению внутриполостного давления, что также оказывает содействие затруднению экзосекреции и увеличению инкреции проявляющейся в повышении содержания пищеварительных гидролаз в крови и моче [4, 5, 10, 13]. Нарушение кровообращения и поступления питательных веществ приводит к изменению метаболических процессов, а также общего

гомеостаза организма и ферментного гомеостаза в частности [1, 3, 4, 8]. Все эти факторы приводят к изменению ферментного гомеостаза крови, проявляющемуся в форме гиперферментемии, которая, как мы отметили выше, безразлична для организма, так как приводит к нарушению регуляторных механизмов различных систем и, в частности, стимуляции пищеварительных желез, что нежелательно в раннем послеоперационном периоде [1, 3, 11, 12].

Аспирация желудочного и дуоденального содержимого является одним из наиболее физиологичных способов коррекции нарушений гомеостатических показателей и в частности ферментного гомеостаза крови. Периодическая аспирация желудочного и дуоденального содержимого содействует уменьшению гидростатического давления в желудке и двенадцатиперстной кишке и более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной деятельности желудка, двенадцатиперстной кишки и тонкой кишки, способствует восстановлению кровообращения и метаболических процессов в травмированных оперативной травмой участках, слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, тем самым ускоряет восстановительные процессы, приводящие к уменьшению отека и воспаления. Все это также способствует восстановлению секреторной функции пищеварительных желез и усилению экзосекреции, уменьшению инкреции и снижению содержания пищеварительных гидролаз в крови и моче, а также восстановлению ферментного гомеостаза в крови [1, 2, 3, 10].

В имеющейся к настоящему времени литературе нет достаточно данных, показывающих влияние различных фазок гастродуоденальной аспирации в послеоперационном периоде при различных видах резекции желудка на изменение гомеостаза пищеварительных гидролаз крови. На данный момент имеются разные подходы в выборе метода резекции желудка и в сроках проведения аспирации.

Ряд хирургов предпочитают резекцию желудка по Бильрот I, обосновывая этот метод операции, как более

физиологичный и не нарушающий нормальный пассаж пищи и моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки. Другие являются сторонниками резекции желудка по Бильрот II, обосновывая этот метод операции, как более физиологичный и технически легко выполнимый, имеющий больше показаний, чем Бильрот I, так как ее можно выполнять при язвах любой локализации.

Целью настоящего исследования является изучение влияния различных сроков гастродуоденальной аспирации на гомеостаз пищеварительных ферментов при различных видах резекции желудка.

Материал и методы

Исследованию подвергнуты 72 больных. Основную группу составили 48 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Контрольную группу составили 24 больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), которым была проведена холецистэктомия, а также 10 здоровых людей без патологии органов брюшной полости.

В основной группе у 32 больных ЯБДПК была проведена резекция желудка по методу Бильрот I, а у 16 больных – резекция желудка по Бильрот II. Каждая группа оперированных была разделена на две подгруппы по срокам аспирации: 3 и 6 суточная аспирация.

Зондирование и аспирация осуществлялись двухканальным стандартным зондом, который устанавливался во время операции, в момент наложения гастроэзофагеального или гастродуоденального анастомоза до ушивания передней стенки анастомоза. Дистальный конец назоинтестинального зонда проводили за желудочно-кишечный анастомоз до связки Трейтца, проксимальный конец вывели наружу и фиксировали к носовой перегородке.

В первые сутки после операции проводили инфузионную терапию. Начиная со вторых суток применяли энтеральное зондовое питание.

Определение плазмопепсиногена в крови в условиях тощакowej секреции производилось по методу Хиршовитца, амилазы по Смит-Рою. Исследования проводились до операции и после операции с 1 по 6 сутки.

Обсуждение полученных результатов

У больных с ЯБДПК уровень пепсиногена в крови до операции был достоверно выше (75,8 ± 3,2 титр.ед/мл), чем у больных хроническим калькулезным холециститом (64,4 ± 2,9 титр.ед/мл) и тем более выше, чем у здоровых (56,6 ± 2,6 титр.ед/мл). В первые сутки после холецистэктомии у всех больных отмечалось достоверное увеличение показателей пепсиногена (86,1 ± 3,4 титр.ед/мл – в группе с 6 суточной аспирацией и 84,8 ± 3,9 титр.ед/мл – при 3 суточной), которое неуклонно снижалось в последующие сутки. Однако, в подгруппе с 6 суточной аспирацией это снижение имело устойчивую тенденцию и к шестому дню (после удаления зонда) уровень пепсиногена был приближен к исходному – 65,4 ± 2,7 титр.ед/мл. В группе же с трехсуточной аспирацией, после удаления зонда (4 сутки после операции), отмечен подъем показателей и дальнейшее их снижение было менее выраженным, достигнув к 6 дню (72,5 ± 2,8 титр.ед/мл) без достоверных различий с первой группой (65,4 ± 2,7 титр.ед/мл) (таблица 1).

В контрольной группе выделение уропепсиногена до операции отмечалось на уровне 43,8 ± 2,8 титр.ед/час*10³, что было не достоверно выше показателей у здоровых людей – 39,5 ± 2,3 титр.ед/час*10³ (таблица 2).

Динамика уропепсиногена после операции имела те же тенденции, что и плазмопепсиноген: повышение в 1 день после операции до 78,2 ± 6,1 титр.ед/час*10³ в группе с 6-суточной аспирацией и 82,4 ± 7,3 титр.ед/час*10³ в группе с 3-суточной аспирацией, и дальнейшее их снижение. В группе с 3-суточной аспирацией, после удаления зонда, на 4 сутки после операции отмечался подъем показателей уропепсиногена до 75,6 ± 4,5 титр.ед/час*10³ с последующим снижением, но менее интенсивно и к 6 суткам были достоверно выше (61,9 ± 3,2 титр.ед/час*10³), чем в группе с 6-суточной аспирацией (49,5 ± 2,8 титр.ед/час*10³).

В нашем исследовании исходный уровень амилазы в крови до операции был достоверно выше у больных ХКХ (21,4 ± 1,2 ед/мл) и ЯБДПК, оперированных по методу Бильрот-II (19,3 ± 0,81 ед/мл), чем у здоровых (14,2 ± 0,64 ед/мл), однако, достоверных различий между больными ХКХ и ЯБДПК нет (рис. 1). На рисунке 1 наглядно показано, что уровень амилазы у больных ХКХ

Табл. 1. Изменение показателей пепсиногена (титр.ед/мл) крови натощак в исследованных группах при 6 и 3 суточной аспирации

Сроки исследования	Здоровые	Холецистэктомия		Резекция желудка по Бильрот I		Резекция желудка по Бильрот II	
		6-суточная аспирация (n-12) 3-суточная аспирация (n-12)	6-суточная аспирация (n-12) 3-суточная аспирация (n-12)	6-суточная аспирация (n-16) 3-суточная аспирация (n-16)	6-суточная аспирация (n-8) 3-суточная аспирация (n-8)		
До операции	56,6 ± 2,6	64,4 ± 2,9		75,8 ± 3,2**		75,8 ± 3,2**	
1 сутки п/опер.	-	86,1 ± 3,4*	84,8 ± 3,9*	122,5 ± 7,3*	123,7 ± 8,2*	134,3 ± 8,1*	131,8 ± 7,6*
2 сутки п/опер.	-	79,5 ± 2,9*	81,9 ± 2,8*	120,3 ± 7,5*	117,1 ± 6,9*	127,5 ± 7,8*	129,1 ± 6,2*
3 сутки п/опер.	-	75,6 ± 2,7*	73,2 ± 3,2	116,1 ± 6,6*	114,5 ± 5,7*	125,3 ± 6,3*	123,2 ± 5,5*
4 сутки п/опер.	-	72,8 ± 2,5	76,6 ± 3,1*	104,4 ± 4,5*	118,9 ± 4,0**	113,6 ± 3,9*	126,7 ± 4,4*
5 сутки п/опер.	-	67,3 ± 2,2	75,7 ± 2,8*	95,2 ± 3,7*	113,8 ± 4,8**	111,2 ± 3,1*	124,1 ± 4,1**
6 сутки п/опер.	-	65,4 ± 2,7	72,5 ± 2,8	86,7 ± 2,8*	98,5 ± 3,0**	102,5 ± 3,2*	115,4 ± 3,7**

Примечание: * – достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям группы с 6-суточной аспирацией; ** – достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям у здоровых людей; * – достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям до операции.

Табл. 2. Изменение показателей выделения уропепсинагена (титр.ед/час*10⁴) натощак в исследованных группах при 6 и 3-суточной аспирации

Сроки исследования	Здоровые	Холецистэктомия		Резекция желудка по Бильрот I		Резекция желудка по Бильрот II	
		6-суточная аспирация (n-12)	3-суточная аспирация (n-12)	6-суточная аспирация (n-16)	3-суточная аспирация (n-16)	6-суточная аспирация (n-8)	3-суточная аспирация (n-8)
До операции	39,5 ± 2,3	43,8 ± 2,8		48,2 ± 3,1		48,2 ± 3,1	
1 сутки п/опер.	-	78,2 ± 6,1*	82,4 ± 7,3*	115,8 ± 9,3*	117,3 ± 10,1*	124,2 ± 10,9*	122,8 ± 11,3*
2 сутки п/опер.	-	72,4 ± 5,8*	74,3 ± 6,4*	108,2 ± 8,7*	102,4 ± 7,9*	115,1 ± 9,4*	114,6 ± 10,1*
3 сутки п/опер.	-	68,4 ± 5,3*	67,3 ± 4,8*	96,3 ± 7,4*	100,5 ± 6,8*	107,2 ± 8,2*	109,8 ± 7,8*
4 сутки п/опер.	-	62,2 ± 4,1*	75,6 ± 4,5*	84,2 ± 5,9*	103,7 ± 6,3*	92,5 ± 6,7*	108,5 ± 7,3*
5 сутки п/опер.	-	56,3 ± 3,7*	69,8 ± 3,4**	73,1 ± 4,2*	98,6 ± 5,1**	80,7 ± 5,4*	103,4 ± 6,0**
6 сутки п/опер.	-	49,5 ± 2,8	61,9 ± 3,2**	62,5 ± 3,7*	80,9 ± 4,2**	73,1 ± 4,2*	91,1 ± 5,3**

Примечание: * – достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям группы с 6-суточной аспирацией; ** – достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям у здоровых людей; * – достоверно отличающиеся величины по отношению к показателям до операции.

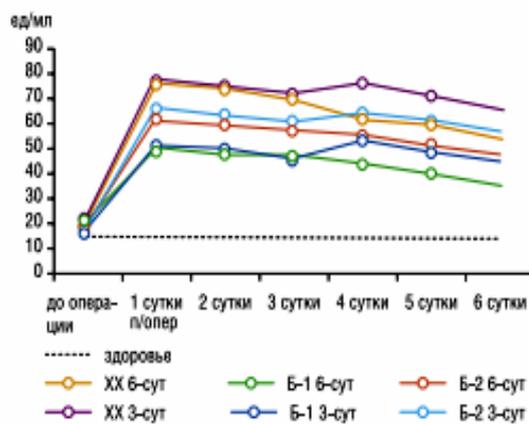


Рис. 1. Изменение показателей амилазы у больных хроническим калькулезным холециститом и ЯБДПК до и после операции с длительностью аспирации до 3 и 6 суток

после операции значительно возрастает (75,7 ± 3,1 при 6-суточной аспирации и 77,5 ± 3,5 ед/мл при 3-суточной аспирации) и достоверно превышает уровень амилазы у больных ЯБДПК. В группах с 3-суточной аспирацией после удаления зонда, на 4 сутки, отмечается кратковременное повышение показателей амилазы с плавным снижением в последующие дни. Однако, к 6 суткам уровень амилазы в группах с 6-суточной аспирацией был статистически достоверно ниже, чем в группах с 3-суточной аспирацией. К исходному уровню показатели не возвращались, они были в пределах от 35,6 ± 1,0 ед/мл в группе оперированных по Бильрот I с 6-суточной аспирацией и до 65,8 ед/мл в группе ХКХ с 3-суточной аспирацией.

В группе больных, оперированных по Бильрот- II, показатели амилазы были выше, чем у больных, оперированных по Бильрот- I, что можно объяснить наличием пенетрации язвы 12-перстной кишки в поджелудочную железу у 25% больных этой группы. У этих больных присоединяются эффекты реактивного панкреатита, что приводит к увеличению средних показателей амилазы в этой группе. Более выраженный подъем амилазы в крови

после операции связан с высокой ее мобильностью и реакцией на операционную травму.

Уровень амилазы в крови до операции был достоверно выше у больных ХКХ (21,4 ± 1,2 ед/мл) и ЯБДПК, оперированных по методу Бильрот-II (19,3 ± 0,81 ед/мл), чем у здоровых (14,2 ± 0,64 ед/мл), однако, достоверных различий между больными ХКХ и ЯБДПК нет (рис. 1).

На рисунке 1 показано, что уровень амилазы у больных ХКХ после операции значительно возрастает (75,7 ± 3,1 при 6-суточной аспирации и 77,5 ± 3,5 ед/мл при 3-суточной аспирации) и достоверно превышает уровень амилазы у больных ЯБДПК. В группах с 3-суточной аспирацией после извлечения зонда, на 4 сутки, отмечается кратковременное повышение показателей амилазы с плавным снижением в последующие дни. Однако, к 6 суткам уровень амилазы в группах с 6-суточной аспирацией был статистически достоверно ниже, чем в группах с 3-суточной аспирацией. К исходному уровню показатели не возвращались, они были в пределах от 35,6 ± 1,0 ед/мл в группе оперированных по Бильрот I с 6-суточной аспирацией, до 65,8 ед/мл в группе ХКХ с 3-суточной аспирацией.

Выводы

В раннем периоде после резекции желудка гомеостаз пищеварительных гидролаз изменяется в сторону увеличения их показателей. Как за счет влияния на организм в целом операционной травмы и неспецифического увеличения инкреции, так и за счет специфического увеличения инкреции, обусловленного посттравматическим отеком и воспалением слизистой желудка и 12-перстной кишки, а также нарушением моторной функции желудка и 12-перстной кишки. При этом в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка факторы, направленные на уменьшение секреторной деятельности желудка, связанные с денервацией и ослаблением действия ЦНС и пептидергических – гастриновых механизмов оказывают отрицательное влияние на эти процессы.

В то же время применение гастро-дуоденальной аспирации после резекции желудка за счет понижения внутрижелудочного и внутридуоденального давления

способствует увеличению экзосекреции и уменьшению инкретции, а также более быстрому уменьшению отека и восстановления моторно-эвакуаторной деятельности желудка и 12 перстной кишки и более быстрому восстановлению гомеостаза пищеварительных ферментов крови.

Более длительная аспирация – до 6-х суток – в сравнении с 3-суточной способствует более быстрому восстановлению гомеостаза ферментов после резекции желудка по Бильрот I. Этот факт говорит о преимуществе 6-суточной послеоперационной аспирации в сравнении с 3-суточной.

Сочетание до операции более высоких показателей пепсиногена и низких показателей амилазы свойственно больным ЯБДПК, тогда как сочетание обратного характера, т.е. более высокие уровни амилазы и относительно низкие уровни пепсиногена характерны для больных ХКХ. Этот факт можно использовать до операции в качестве дифференциальной диагностики ХКХ.

Литература

1. Королько Г.Ф. Желудочное пищеварение. - Краснодар: Изд. ООО ВК «Группы Б» 2007. – 256 с.
2. Королько Г.Ф. Секрция поджелудочной железы. Изд 2-е дополн. – Краснодар: Изд Кубгосмед ун-вер. 2005. – 312 с.
3. Королько Г.Ф. Уропепсиноген. - Ташкент: Изд. «Медицина» 1974. С. 77–85.
4. Королько Г.Ф. Интрация и выделение пепсиногена. - Ташкент: Изд. «Медицина» 1965. – С. 70–104.
5. Королько Г.Ф. Введение в физиологию желудочно-кишечного тракта. - Ташкент: Изд. «Медицина», 1987. – С. 93–149.
6. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадуллин Н.В. Пилорумоделирующие и тилорусоукоряющие резекции желудка. – Москва, 2000. – С. 100–145.
7. Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина 2002. – 784 с.
8. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - Москва, 1995. – С. 32–68.
9. Курбанов А.Н. Метод определения литолитической активности биологических жидкостей // Лаб дело - 1975 - № 12 – С. 746–747.
10. Амиров Н.Ш., Трубицына И.Е. Ферментативные механизмы в этиопатогенезе желудочного хазаобразования. Обзор экспериментальных исследований // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2005 – № 1. – С. 46–65.
11. Гальперин Ю.М., Лазарев П.И. Пищеварение и гомеостаз. – М.: Наука, 1986. – 304 с.
12. Геллер Л.И. Желудочная секреция и механизмы ее регуляции у здорового человека – Л.: Наука, 1975. – 129 с.
13. Hirschowitz B.J. Pepsinogen in the blood // J. a Med. - 1955. – Vol. 45, № 4. – С. 568.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

e-mail: muradmed@inbox.ru

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИНишанов М.Ф., Абдуллажанов Б.Р., Отакузиев А.З.,
Рустамов Ж.А., Ходжиметов Д.Ш.Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

УДК: 616.33/342-002.44-089

WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCERNishanov M.F., Abdullazhanov B.R., Otakuziev A.Z., Rustamov J.A.,
Hodzhimetov D.Sh.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является одним из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний, нередко сопровождается осложнениями опасных для жизни, такими как кровотечения, перфорация и т.д. [1, 2, 8].

Хирургический метод лечения при осложненных ЯБДПК сегодня общепризнан, и многие хирурги отдают предпочтение пропагандируют резекцию желудка (РЖ) как наиболее радикальную операцию [3, 4].

Анализ литературы показывает, что главными недостатками традиционной РЖ является высокая послеоперационная летальность, достигающая и в настоящее время 5–12,9% [5, 6, 9], удаление пилорического жома и нарушения порционной эвакуации пищи, встречающиеся у 18–58,6% пациентов [2, 7].

К наиболее частым ранним осложнениям операций на желудке относятся моторно-эвакуаторные расстройства оперированного желудка и кишечника, такие как анастомозит, гастростаз, панкреатит и т.д. Однако до сих пор не сложилось единого представления об их характере и закономерностях развития [9].

Если учесть, что частота данных осложнений все еще остается на сравнительно высоком уровне, эта проблема приобретает особую остроту и актуальность в настоящее время. Однако многие стороны этих осложнений с позиций профилактики до сих пор не изучены с достаточной полнотой, как в отечественной, так и в зарубежной литературе [5, 8].

Цель работы

Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных ЯБДПК путем разработки и внедрения, совершенствования методов декомпрессии и выявить роль и место их в профилактике ранних послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования

За период с 2009 года по 2014 год на базе кафедры хирургических болезней Андижанского Государственного медицинского института по поводу язвенной болезни

двенадцатиперстной кишки оперировано 277 больных. Все пациенты перенесли различные варианты первичных и повторных оперативных вмешательств.

Характер первичных и повторных оперативных вмешательств выполненных больным язвенной болезнью, у которых были использованы различные методики декомпрессии, оказался следующим: из общего числа наибольшую часть составили операции РЖ с сохранением дуоденального пассажа у 256 или 92,4% пациентов. Из них РЖ по Бильрот I в модификации Габера-161 (58,1%), а РЖ по Бильрот I в модификации Габера-Финкель-95 (34,3%).

Операции, направленные на выключение 12 перстной кишки из акта пищеварения, составили 5,1% (14 больных), то есть значительно меньше, чем в группе больных с сохранением дуоденального пассажа. Реконструктивная РЖ по Ру – Ибадову в различных ее вариантах произведена у 7 пациентов или 2,5% случаев.

Распределение больных мы произвели по возрастной классификации, принятой ВОЗ (1963), согласно этой классификации выделили четыре возрастные группы.

Таким образом, наибольшее число больных 146 (52,7%), было во второй возрастной группе, а 35 (12,6%) пациентов составили первую возрастную группу, в третьей возрастной группе оказалось 75 (27,1%) и лишь 21 (7,6%) – в четвертой возрастной группе. Из обследованных больных: мужчин – 213 (76,9%), а женщин – 64 (23%).

Распределение больных по длительности язвенного анамнеза показало, что наибольшее количество больных оперировались в 3–5 годы (184 больных, что составило 66,4%). Через 6–10 лет – 40 (14,4%), свыше 10 лет – 53 (19,1%) больных.

Необходимо отметить, что в наших наблюдениях основную часть составили пациенты молодого и среднего возраста, т.е. наиболее трудоспособный возраст населения. Именно в этом возрасте выбор правильного первичного метода хирургического вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки решается неоднозначно.

Для получения по возможности более полного и детального представления о локализации и распространенности патологического процесса помимо тщательного изучения анамнеза, подробного выяснения клинической симптоматики, проведения общеклинических анализов, больным проводилось комплексное обследование.

В комплекс дооперационного обследования включали как общепринятые, так и специальные методы исследования, такие как изучение моторно-эвакуаторной функции желудка или его культи методом контрастной рентгенографии с компьютерной поддержкой; эндоскопическое исследование; изучение кислотопродуцирующей функции желудка аспирационно-титрационным методом и внутрижелудочной рН-метрии; по показаниям производилось УЗИ органов брюшной полости.

При рентгенологическом исследовании луковицы и постбульбарного отдела 12-перстной кишки проводилось тугое заполнение с последующим применением дозированной компрессии. Обычно исследование проводилось в вертикальном положении больного, при необходимости применяли полипозиционный, а для выявления недостаточности кардии с желудочно-пищеводным рефлюксом исследование проводилось в положении Транделенбурга. Все это позволило в значительной степени уменьшить частоту диагностических ошибок.

Для оценки эвакуаторной деятельности желудка, рентгенографию дополняли рентгенографией. Исследование выполняли при тугом наполнении, через 60, 90 минут, 2, 4, 6, 12, и 24 часа после приема контрастной массы. Если через 24 часа в желудке определялся барий, то исследование повторяли через 48 и 72 часа.

Во всех случаях, независимо от вида оперативного вмешательства, мы считаем обязательным применение того или иного способа декомпрессии, особенно при выполнении повторной или реконструктивной операции, тем более, если планируется резекционный вид хирургической коррекции.

Выполнение первичных или реконструктивных резекционных операций, наложение новых анастомозов в условиях, когда имеется массивный спаечный или рубцовый процесс, отсутствие в большинстве случаев нормальной топографии и анатомии повышает вероятность возникновения ранних послеоперационных осложнений. Поэтому декомпрессия, ее использование при первичных и повторных операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, в особенности в области гастродуодено-, или гастронтероанастомозов считается обязательной.

До операции подготавливается зонд. Для этого на тонкий хлорвиниловый зонд (длиной до 1,5 м, шириной 4–6 мм, в качестве зонда используется одноразовая система для внутривенных вливаний). Производим микроперфорацию по боковой стенке (диаметр 2–3 мм) на расстоянии 30–35 см (дистальный конец) в количестве 14–18.

Расстояние и количество микроперфорации может меняться в зависимости от вида и количества анасто-

мозов и корректируется по ходу операции. До операции в желудок вводится толстый желудочный зонд. После формирования задней губы анастомоза в просвет двенадцатиперстной кишки вводится дистальный конец стерильного зонда с боковыми отверстиями длиной до 20–25 см, доводя ее до тощей кишки.

Проксимальный конец зонда привязывается к концу желудочного зонда заранее введенного в желудок. Желудочный зонд извлекается вместе с проксимальным концом декомпрессионного зонда на нужном для нас расстоянии и фиксируется на заднюю губу анастомоза тонким кетгуттовым швом, а наружный конец зонда выводится через нос и прошивается к крыльям носа. Микроперфоративные отверстия должны располагаться одновременно выше и ниже наложенного анастомоза на расстоянии 10–8 см (рис. 1).

Контроль проходимости, герметичности гастродуоденоанастомоза и гемостаза достигается путем промывания желудка и 12-перстной кишки раствором фурацилина. Оператор контролирует область анастомоза и цвет промывной жидкости.

Окончательный вид поставленного декомпрессионного зонда после резекции желудка по принципу Бильрот I в области анастомоза (рис. 2). Контроль гемостаза

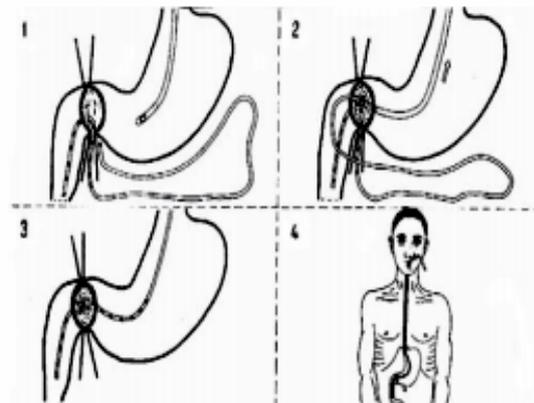


Рис. 1. Схематический рисунок этапов введения декомпрессионного зонда



Рис. 2. Схематичное положение декомпрессионного зонда

герметичности области анастомозов.

Благодаря этой методике, нам удалось значительно снизить процент ранних послеоперационных осложнений.

Результаты

Послеоперационное рентгенологическое исследование после оперативного вмешательства проводилось в зависимости от показаний, но в среднем на 6-7 сутки, т.к. именно в эти сроки чаще проявляется большинство осложнений. После проведенного оперативного вмешательства при рентгенологическом исследовании изучали время начало опорожнения контраста из культи желудка, рельеф слизистой оболочки, скорости характер эвакуации контрастной массы.

Распределение и анализ осложнений у обследованных больных в раннем послеоперационном периоде показал, что у 20 пациентов или 7,2 % больных отмечались осложнения в раннем послеоперационном периоде. Из них наибольшее число составило явления анастомозита-8 (2,9%) больных. Нарушение моторно-эвакуаторной функции наблюдалось у 6 (2,2%), а кровотечения в просвет ЖКТ составило 1,4 %, то есть, отмечено у 4 пациента. Такое грозное осложнение как несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки имело место у 2 или 0,7% больных.

Выводы

1. Используемые нами методики декомпрессии культи желудка, области анастомоза и кишечника просты в технике исполнения, легко переносятся пациентами, для выполнения этих методик необходимость в специальных навыках и приемах, инструментах отсутствует.
2. Способы декомпрессии могут быть широко применены с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений, предупреждая развитие в раннем послеоперационном периоде явления гипертонии и эти преимущества и достоинства методики декомпрессии способствуют обратному развитию воспалительных изменений в «зоне интереса», и создаются условия для лучшего заживления.
3. Кроме того, постоянная декомпрессия в условиях оперированного желудка и двенадцатиперстной кишки способствует более быстрому восстановлению моторно-эвакуаторной функции этих органов, что является профилактикой застойных явлений.

Литература

1. Аталиев А.Е., Ходжибаев М.Х., Арифжанов Э.Ш. и др. Анализ результатов ранней лапаротомии // Материалы конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи», Ташкент-Фергана, 2001. – С. 148–150.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хир. – 2006. – № 5. – С. 26–30.
3. Белоногов Н.И., Куринный А.В., Смолькина А.В. Профилактика пострезекционных анастомозитов // Материалы научно-практической конференции «Хирургия-2000», Москва 2000. С. 46–47.
4. Булгаков Г.А., Кубышкин В.А. Современные проблемы хирургического лечения несложной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 5. – С. 34–37.
5. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике - М.: Анта-Эко. – 2005. – 352 с.
6. Мустац А.П., Залорожец В.К., Ходырев В.Н. и др. Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка в раннем послеоперационном периоде // Материалы научно-практической конференции «Хирургия-2000», Москва, 2000 г., С. 227–229.
7. Шалкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Капранов С.В., Матвеева Е.Н. Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения // Хир. – 2002. – № 11. – С. 32–34.
8. Kang J.Y., Elders A., Majeed A. et al. Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002 // Aliment Pharmacol Ther. 2006. – Vol 24. – № 1. – P. 65–79.
9. Zapata-Colindres J.C., Zapata-Gomez S., Montano-Loza A. et al. The association of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease // Can. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol 20. – № 4. – P. 277–280.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

e-mail: muradmed@inbox.ru

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажанов Б.Р.,
Гафуров У.А., Рустамжанов А.Б.

УДК: 616.33/342-002.44-005.1-089.15

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

SURGICAL TACTICS IN DUODENAL BLEEDING PEPTIC GENESIS

Nishanov F.N., Nishanov M.F., Abdullazhanov B.R., Gafurov U.A.,
Rustamzhanov A.B.

Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из дуоденальных язв являются наиболее тяжелым осложнением этого заболевания и по данным литературы составляют 15–20% больных с данной патологией. Высокая общая (10,8–13,5%) и послеоперационная летальность (14,7–19,3%) при ЖКК у этих больных не имеют тенденции к снижению, а при рецидивной кровопотери и выполнении «операции отчаяния», летальность достигает 30–40% и более [1, 6, 7, 10].

Существенно расширились и возможности современной желудочной хирургии, имеющей в арсенале, в том числе и «щадящие» методы оперативных вмешательств при язвенных кровотечениях.

В тоже время фармацевтический рынок пополнился большим количеством различных препаратов, надежно блокирующих агрессивные факторы желудочной секреции. В комплексе с антихеликобактерной терапией появилась возможность заживления язв, ранее казавшихся бесперспективными в рамках консервативного лечения. В далекой, но обозримой перспективе видится победа консервативных методов лечения язвенных дуоденальных кровотечений, когда оперативные вмешательства будут проводиться только в отсроченном периоде по строгим показаниям и после серьезной подготовки [3, 4, 8, 9].

Однако на сегодняшний день эта перспектива ещё далека, а появившиеся новые технологии и достижения в этой области хирургии диктуют необходимость знакомства с ними широкого круга практических врачей.

Как ни странно, при обсуждении вопроса хирургического лечения кровоточащих язв относительно мало уделяется внимания предоперационной подготовке больного к urgentному вмешательству абсолютно открытым остается вопрос о возможном объеме и содержании комплекса предоперационного обследования, направленного, в первую очередь, на определение оптимального вида операции, выполняемой в срочном порядке [2, 5, 9].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза путем совершенствования диагностики, оптимизации консервативного и хирургического компонентов лечения.

Материалы и методы исследования

На базе кафедры хирургических болезней Андижанского медицинского института за период с 2009 по 2014-е годы по поводу ЯБДПК с осложнениями кровотечения находились на стационарном лечении 163 больных.

С целью определения особенностей ЯБДПК у больных исследованы особенности клинического течения болезни, половые различия, тяжесть кровопотери, устойчивость гемостаза, частота сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии. Также длительность язвенного анамнеза, особенности локализации и диаметр язв, а также характер выполненных операций.

При поступлении пациента с острым язвенным кровотечением в наше хирургическое отделение, начиная с приемного покоя, проводилась оценка тяжести кровопотери (В.Г. Вебрицкий и соавт., 2004).

1 степень (легкая степень кровопотери). В эту группу входили пациенты с удовлетворительным состоянием, без потери сознания, легкой бледностью кожных покровов. АД – не ниже 100 мм рт.ст. Пульс – не чаще 100 в минуту. Уровень гемоглобина не ниже 100 г/л, число эритроцитов не ниже $3,5 \cdot 10^{12}$ г/л.

2 степень (кровопотеря средней тяжести). В эту группу входили пациенты с повторной рвотой типа кофейной гущи, меленой. АД – 90–100 мм рт.ст. Пульс – до 120 в минуту. Уровень гемоглобина не ниже 80 г/л, число эритроцитов не ниже $2,5 \cdot 10^{12}$ г/л.

3 степень (тяжелая кровопотеря). В эту группу входили пациенты с тяжелым состоянием, резкой бледностью кожных покровов, покрытый холодным потом, жаждой, с обморочными состояниями. АД – 60 мм рт.ст. Пульс – 120 в минуту. Уровень гемоглобина 50 г/л, число эритроцитов до $1,5 \cdot 10^{12}$ г/л.

4 степень (крайне тяжелая кровопотеря). В эту группу входили пациенты с геморрагическим шоком, угнетением сознания. АД – ниже 60 мм рт.ст. Пульс – слабый, выше 120 в минуту. Уровень гемоглобина ниже 50 г/л, число эритроцитов ниже $1,5 \cdot 10^{12}$ г/л.

Характеристика больных с язвенными кровотечениями по тяжести кровопотери представлены в таблице 1.

Табл. 1. Характеристика больных связанными кровотечениями по тяжести кровопотери

Степень кровопотери	Пациенты
Легкая	58 (35,5%)
Средняя	72 (44,2%)
Тяжелая	27 (16,6%)
Крайне тяжелая	6 (3,7%)
Всего	163 (100%)

Как видно из таблицы 1, больных легкой степенью кровопотери было 58 (35,5%), с средней степенью кровопотери было 72 (44,2%), с тяжелой степенью кровопотери было 27 (16,6%) и больных с крайне тяжелой степенью кровопотери было 6 (3,7%). Пациентам легкой и средней степенью кровопотери эзофагогастродуоденоскопическое исследование (ЭФГДС) проводили сразу после поступления в приемное отделение, при более тяжелой кровопотери вначале после госпитализации в хирургическое отделение осуществляли инфузионную, гемостатическую терапию, вливали кровозаменители и по показаниям проводили гемотрансфузию. После стабилизации состояния пациентов проводили ЭФГДС.

Всем больным с клинко-эндоскопической картиной продолжающегося кровотечения проводилась системная гемостатическая терапия, в том числе инфузии 5% раствора эпислон-аминокапроновой кислоты, раствор дицинона (до 1,0 г/сутки), раствор 10% кальция хлорида.

Кроме того, всем пациентам в качестве средства достижения окончательного гемостаза проводилась эррадикационная терапия ЯБ с применением препаратов блокаторов H2 – рецепторов, спарентеральным введением препаратов ингибиторов протонной помпы (ИПП), введением метронидазола.

Устойчивость гемостаза кроме стабилизации гемодинамики и показателей крови оценивали по эндоскопическим критериям. Признаками устойчивого гемостаза считали: отсутствие малоизмененной крови в желудке и ДПК; наличие в области источника кровотечения плотного фиксированного сгустка белого цвета; отсутствие видимой пульсации сосуда в этом месте.

К эндоскопическим признакам неустойчивого гемостаза отнесены: присутствие малоизмененной крови в желудке и ДПК, наличие в язвенном кратере пульсирующего сосуда, в просвете которого виден тромб красного или коричневого цвета; наличие в язвенном кратере рыхлого свёртка красного цвета; активное струйное или диффузное кровотечение.

Тактика ведения больных с язвенными кровотечениями дифференцировалась в зависимости от активности кровотечения по классификации Forrest:

- I. Активное язвенное кровотечение. 1а. Артериальное, 1b. Венозное.
- II. Неактивное кровотечение из язвы. 2а. Некровотокающий видимый сосуд, 2б. Тромб в дне язвы, 2с. Язва с красными или темно-синими пятнами.
- III. Язва с чистым дном.

Активность кровотечения у пациентов с осложненной язвенной болезнью ДПК, поступивших в хирургическое отделение по классификации Forrest, представлены в таблице 2.

Течение ЯБДПК с осложненным кровотечением в зависимости от обращения больных с начала кровотечения, длительности язвенного анамнеза, кровотечений в прошлом и признаков геморрагического шока представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, при ЯБДПК с осложненной кровотечением обращении в стационар в ранние сроки от начала кровотечения были, т.е., в первые 6 часов составило 12 (7,4%), до 12 часов 18 (11,1%), до 24 часов 36 (22,0%) и позднее 24 часов 97 (59,5%).

Этот показатель свидетельствует о слабой осведомленности пациентов о возможном осложнении кровотечения ЯБДПК, а также попыткой самостоятельно справиться с возникшим осложнением язвенной болезни, надеясь на благоприятный исход.

Во время оперативного вмешательства по поводу ЯБДПК с осложненным кровотечением хирурги нередко сталкиваются со значительными техническими

Табл. 2. Активность кровотечения у пациентов с осложненной язвенной болезнью ДПК по классификации Forrest

Активность язвенного Кровотечения	Пациенты n = 163	
	абс	%
Forrest 1a	15	9,2
Forrest 1b	31	19,0
Forrest 2a	20	12,3
Forrest 2b	36	22,1
Forrest 2c	43	26,4
Forrest 3	18	11,0
Всего	163	100

Табл. 3. Течение ЯБДПК с осложненным кровотечением

Течение ЯБДПК с осложненным кровотечением	n-163	
	абс	%
1. кровотечение до госпитализации		
– до 6 ч	12	7,4
– 6-12 ч	18	11,1
– 12-24 ч	36	22,0
– более 24 ч	97	59,5
1. длительность язвенного анамнеза		
– «немое» течение	18	11,1
– до 5 лет	32	19,6
– 6-10 лет	45	27,6
– свыше 10 лет	68	41,7
2. кровотечение в прошлом		
– не было	113	69,3
– 1-2 раза	32	19,6
– 3 и более раза	18	11,1
3. признаки геморрагического шока		
– а	4	2,5
– Нет	159	97,5

трудностями, связанными с удалением язвы. Такие язвы исследователи именуют «трудноудаляемыми», «неудобными» или «трудными». На наш взгляд наиболее удачное определение «трудным» ДЯ дали Ю.И. Калиш с соавт. (1996) и А.И. Тухтакулов (2001).

Поэтому мы сочли целесообразным провести анализ диаметра и локализации язв ДПК. Диаметры локализация ДЯ отражены в таблице 4.

Табл. 4. Диаметр и локализация ДЯ

Диаметр и локализация ДЯ	контрольная (n=70)	
	абс	%
Диаметр язв ДПК		
– до 2 см	112	68,7
– более 2 см	51	31,3
1. В луковице ДПК:	120 (73,6%)	
– передняя	92	56,4
– задняя	21	12,8
– «зеркальные»	7	4,4
2. Постбульбарный отдел	43 (26,4%)	
– передне-боковые	26	15,9
– «зеркальные»	8	4,9
– задняя	9	5,6
Всего	163	100%

Как видно из таблицы 4 при локализации язв в ДПК язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» были диагностированы у 51 (31,3%) пациентов. Кровотечение язвы в 120 (73,6%) случаев локализовались в луковице ДПК, а в 43 (26,4%) – в постбульбарном отделе.

С первых часов поступления в стационар больные получали интенсивную терапию, включающую инфузионную, гемостатическую терапию, направленную на восстановление ОЦК, нарушений гемостаза, антисекреторные препараты. Вливали кровозаменители и по показаниям проводили гемотрансфузию.

Консервативные мероприятия в предоперационном периоде

Важное значение придавали гемостатическим препаратам: 5% эпислон-аминокапроновая кислота (до 30 г/сутки внутривенно), дицинон (по 2 мл 12,5% раствора 3 раза в день внутримышечно или внутривенно), викасол (по 1 мл 1% раствора внутримышечно 1–2 раза в день), кальция хлорид (по 10 мл 10% раствора внутривенно), лиофилизированная плазма (500 мл).

Местная гипотермия достигалась употреблением мелких кусочков льда в сочетании с приемом гемостатических препаратов местного воздействия (питье каждые 15–20 мин. 1% раствора -аминокапроновой кислоты в количестве 100–150 мл или тромбина, растворенного в стакане холодной воды).

Для подавления желудочной секреции применяли антациды (альмагель, фасфагель, альмацид), ганглиоблокаторы (атропин), современных антисекреторных пре-

паратов (блокаторов H₂-гистамино блокаторы –рантак, ультран-ранитидин, квамател), протон помпы блокаторы (омез, омепразол, пантопрозол).

Лекарственная терапия и щадящая диета обеспечивали достижение следующих целей (при устойчивом гемостазе): обеспечение стойкого гемостаза, ликвидацию болевого синдрома и диспептических проявлений, снятие периульцерозной воспалительной инфильтрации и по мере возможности уменьшение размеров самой язвы, устранение признаков гастрита и дуоденита.

В этой связи, мы применяли «квадротерапию». Для этого нами успешно использованы омепразол 20 мг 3 раза в день, клион по 500 мг 3 раза в день, рокситромицин по 150 мг 3 раза в день и викалин или викаир по 2 таблетки 3 раза в день. Курс «квадротерапии» составлял 7–10 дней.

При отсутствии ожидаемого эффекта консервативных методов лечения переходили к оперативным методам лечения.

Показаниям к оперативному лечению явились:

- Активное артериальное или венозное кровотечения, нестабильный гемостаз;
- Стабильность гемодинамических показателей;
- Возраст пациентов не старше 60 лет;
- Отсутствие сопутствующих заболеваний;
- Начало или рецидив кровотечения в госпитальных условиях.

Выбор способа операции и технические приемы его выполнения

К выбору метода операции у каждого конкретного больного мы подходили индивидуально. При этом учитывали сложившуюся ситуацию во время операции, т.е. операционную находку. При «трудности» удаления язвы и для выхода из сложившейся ситуации производили мобилизацию ДПК по Кохеру. Для этого освобождали начальную часть 12-перстной кишки, разделив сращения и рубцово-измененные ткани вокруг язвы, что обеспечивало её мобильность.

Обращали внимание на локализацию ДЯ, её диаметр, а также наличие сочетанных осложнений и хирургической патологии.

Метод и объем РЖ выбирали в зависимости от локализации язвы, характера осложнений ЯБ, топографо-анатомических условий в зоне операции. В тех случаях, когда ДПК не деформирована грубым рубцовым или воспалительным процессом, имеет достаточный диаметр, накладывали прямой ГДА. Если по каким-либо причинам (рубцовое сужение начального отдела ДПК вследствие ПДС протяженностью более 3 см или ранее ушитой перфоративной язвы, опасность натяжения линии швов и т.д.) наложить прямой ГДА не представлялось возможным, прибегали к формированию терминолатерального анастомоза. РЖ в модификации Габерер-Финнея в вышеперечисленных ситуациях являются незаменимыми,

расширяя показания к наложению анастомоза с сохранением естественного пассажа пищи.

При локализации язвы на передней и боковых стенках луковицы ДПК, когда имеется возможность последующего удаления дистальной части желудка вместе с язвой, на заднюю стенку начальной части ДПК предварительно накладывается первый ряд швов шелком. При наложении швов на заднюю губу анастомоза вкол иглы должен производиться отступя 0,8–1,0 см от края желудка, а в ДПК вкол и выкол иглы должен быть до 0,5–0,6 см от края кишки. При этом расстояние между швами в желудке должен быть 0,6–0,8 см, а в ДПК 0,5–0,6 см. Затем резецируется дистальная часть желудка вместе с язвой и накладывается второй ряд швов кетгуттом. Затем накладывается исследуемый ряд слизисто-мышечных кетгуттовых швов без излишнего натяжения тканей, количеством 4–5. Тем самым формируется задняя губа анастомоза. До закрытия передней губы анастомоза следующим этапом обязательно оставляем декомпрессионный зонд. Затем формируем переднюю губу анастомоза.

Передняя губа анастомоза ушивается однорядным, вворачивающимся швом с захватом серозно-мышечно-подслизистого слоя, начиная с стороны малой кривизны. Вкол начинается отступя 0,5–0,6 см от края культи желудка и ДПК, а выкол – отступя 0,2 см. Расстояние между швами должно быть 0,8 см, количеством – 4–5.

Но надо помнить, что есть обстоятельства, которые не всегда позволяют выполнить РЖ в модификациях Б-1. Это, на наш взгляд, в основном наличие ХНДП, постбульбарные пенетрирующие язвы, дуоденальный стеноз на протяжении 3–5 см в сочетании с гигантскими и пенетрирующими язвами ДПК. В таких случаях мы отдавали предпочтение модификациям РЖ по Бильрот-II.

Для укрытия культи ДПК накладываются два полукишечных шва. При этом, вкол иглы должен находиться 0,1–0,2 см отступя от края стенки ДПК, а выкол на расстоянии 0,5–0,7 см от края стенки кишки. Это позволяет вернуть стенку ДПК кнутри вместе с ее слизистой. Расстояние между вколом и выколом иглы при затягивании швов должно соответствовать также 0,5–0,7 см. Этим самым обеспечивается надежность швов культи ДПК.

При выполнении РЖ на «выключение» язвы ДПК, мы, как и другие авторы, выделяем ряд обязательных этапов операции. Среди них важнейшими являются: демукотизация, сохранение хорошего питания культи ДПК, тщательный гемостаз при формировании серозно-мышечной манжетки, скрупулезное соблюдение асептики и надежное ушивание дуоденальной культи. Этим требованиям в наибольшей степени отвечает способ укрытия культи ДПК, после формирования культи желудка по «методике клиники».

Небрежная работа хирурга, захват тканей поджелудочной железы в зажимы или грубое прошивание, неред-

ко чревато развитием послеоперационного панкреатита с активацией желудочного сока и развитием несостоятельности швов культи ДПК или анастомоза. Поэтому, при манипуляциях на пенетрирующей язве задней стенки ДПК иссекали ее лишь края язвы до дна и на это место перемещали дистальный конец культи желудка или же стенки кишки сопоставляли пришиванием однорядными шелковыми швами над дном язвы.

В результате дно язвы оставалось за пределами пищеварительного тракта. Дно язвы, непосредственно прилежащее к смежным органам, от них не отделяли. Мукозэктомия несколько усложняла технику операции, но позволяла предотвратить травму поджелудочной железы и желчных протоков.

ГДА по Габерер накладывался лишь при локализации ДЯ в луковице ДПК, а также при наличии 4–5 мм ткани задней стенки кишки и отсутствии опасности натяжения швов линии анастомоза. В результате сохраняется значительная часть желудка со стороны большой кривизны, что способствует сопоставлению тканей ГДА без натяжения швов линии анастомоза. При опасности натяжения линии швов ГДА, отсутствии тканей задней стенки луковицы ДПК, после иссечения ДЯ и выраженной деформации начальной части кишки, мы использовали ТЛА по Габерер-Финнею или Л.Г. Хачиеву.

Выбор того или иного вида ТЛА зависел от локализации язвы, её диаметра, топографо-анатомических изменений и деформации луковицы ДПК. Если после РЖ вместе с язвой оставалась свободной начальная часть передней стенки ДПК, то накладывали поперечный ТЛА по Л.Г. Хачиеву, а если свободным оставалась боковая стенка – то накладывали продольный ТЛА по Габерер-Финнею. Наложение ТЛА в аналогичных ситуациях было predetermined, также, отсутствием ХНДП. При диагностировании ХДН, низком расположении язв с пенетрацией в окружающие ткани и в тех случаях, когда не удавалось удалить язву и отсутствовала свободная ткань задней стенки ДПК мы использовали модификации РЖ по Бильрот-II. При постбульбарных язвах нами использовалась РЖ для «выключения» ДЯ в модификации Гофмейстер-Финстерер. При этом ДЯ иссекалась лишь до дистального края, т.е. производилась мукозэктомия, что предотвращало травму поджелудочной железы и желчных протоков. Следует отметить, что у больных с высокой степенью риска, находящихся в крайне тяжелом состоянии, допускались паллиативные операции в виде иссечения или прошивания кровотокающей язвы. При локализации кровотокающей язвы в ДПК, иссечение язвы с ДП производили при интактности пилорического жома, отсутствии суб- и декомпенсированного ПДС, а также отсутствии «трудных» ДЯ. При технических затруднениях иссечения кровотокающей язвы ограничивались прошиванием кровотокающего сосуда. При прошивании язвы считаем целесообразным накладывать Z-образного шва.

Выводы

Таким образом, в процессе работы, было выявлено что, оперативные методы лечения по поводу ЯБДПК осложненных кровотечением являются радикальным методом лечения.

Выбор метода хирургического лечения зависит от локализации язв, характера сочетанных осложнений, возраста больных, от анатомических изменений вокруг ДЯ, обнаруженных во время операции.

Литература

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв // Хирургия. 2002. – №11. – С. 63–65.
2. Астахов В.Л. Хирургическое лечение хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечениями: ближайшие и отдаленные результаты // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. – №5 (13). – С. 18.
3. Бабалин А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1999. – №7. – С. 19–22.
4. Будашев В.Л. Прогнозирование кровотечения при язвенной болезни гастродуоденальной зоны // Бюллетень ВОЦ СО РАМН. 2005. – №3. – С. 266–267.
5. Гостищев В.К. Редко диагностируемое гастродуоденальное язвенное кровотечение // Хирургия. 2003. – №7. – С. 43–49.
6. Жерлов Г.К. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Вестник хирургии. 2001. – №2. – С. 18–22.
7. Мартов Ю.Б. Хирургия язвенной болезни. – Мед. Лит., 2001. – 264 с.
8. Стойко Ю.М. Тактика лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии // – СПб: ВМедА, 2000. 30 с.
9. Harjn E. Metabolic problems after gastric surgery // Jng. surg. 1990. – Vo 175. – №1. – P. 27–35.
10. Kantorova J., Svoboda P., Ochmann J. Stress ulcer after «major surgery» // 10-th World Congress of gastroenterology. Abstr. 2. Los Angeles, California. – Hollywood – 1994. – № 1317 p.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

e-mail: muradmed@inbox.ru