

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи
УДК 616.34 - 002. 44 - 005.1

ГАФУРОВ УМЕД АБДУСАМАДОВИЧ
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА
Хирургия 5А510112

Диссертация для получения степени магистра

Научный руководитель:
кандидат медицинских наук
Хамидов Ф.Ш.

Андижан - 2015

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

ФАКУЛЬТЕТ: лечебный

Студент магистратуры:

КАФЕДРА: Хирургии урологии,
анестезиологии- реаниматологии.

Гафуров Умед Абдусаматович

Год обучения: 2012-2015 гг.

Научный руководитель:

к.м.н. Хамидов Ф.Ш.

Специальность: общая хирургия

АННОТАЦИЯ К МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность. Желудочно-кишечной кровотечения (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 тенденцию к снижению, а при рецидивной кровопотери и выполнения «операции отчаяния», летальность достигает 30-40% и более [2, 5, 6, 56, 58, 75, 76, 102].

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 агрессивных факторов желудочную секрецию. В комплексе с антихеликобактерной терапией появилась возможность заживления язв, ранее казавшихся бесперспективной 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 [8, 9, 10, 11, 57, 80, 84, 105].

Однако, на сегодняшний день это 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 внимание предоперационной подготовке больного к urgentному вмешательству и абсолютно открытым остается вопрос о возможном объеме и содержании комплекса предоперационного обследования, направленного, в первую очередь, на определении оптимального вида операции, выполняемой в срочном порядке [1, 3, 4, 41, 67, 69, 70].

На наш взгляд, значительное варьирование исходов лечения кровоточащих дуоденальных язв связано с разногласиями в выборе той или иной хирургической тактики.

Один из основоположников и пропагандистов активного хирургического подхода С.С. Юдин писал: «Операции в ранние периоды начавшегося кровотечения могут спасти 95-96% больных, а Н. Finsterer предлагал «оперировать в первые сутки начавшегося кровотечения».

Логичные возражения против активной тактики продиктованы следующими основными моментами: во первых, большинство язвенных кровотечений поддается консервативной остановке; во вторых, летальность после экстренных операций гораздо выше, чем после оперативных вмешательств в «холодном» периоде, и достигает 21,6 –32%. Своего рода обще признанным компромиссом между консервативным лечением и активным хирургическим вмешательством является так называемая активно-выжидательная тактика, или тактика «вооруженного нейтралитета», сущность которой заключается в том, что лечение начинают с консервативных мероприятий, а оперируют только при его безуспешности или в случае рецидива кровотечения [13, 17, 19, 59, 60, 71, 72, 96, 99].

Бурное развитие эндоскопической техники позволяет в 93,4- 99% случаев правильно определить источник кровотечения и у 90-95% пациентов обеспечивает временный гемостаз в язве. Однако, при этом, рецидив геморрагии достигает 14-55%. С развитием эндоскопической техники неизмеримо возросли диагностические возможности в распознавании, локализации источника кровотечения и определения темпа кровопотери.

Располагая определенным клиническим материалом и опытом лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, мы сочли целесообразным остановиться на данной проблеме. Вышеперечисленные вопросы в целом и составили предмет настоящего исследования.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, путём совершенствования диагностики, оптимизации консервативного и хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Исследовать структуру, частоту и некоторые типологические особенности дуоденальных кровотечений язвенного генеза.
2. Провести комплексную оценку лечения больных, с осложнением кровотечения придерживаясь традиционных подходов на всех этапах лечения. Выявить упущения, и недостатки.
3. Обосновать эффективность активной индивидуализированной тактики с учетом типологии язв и течения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, путем применения модифицированных методик и технических приемов операций.
4. Провести сравнительную оценку результатов лечения больных с традиционной и активной – индивидуализированной тактики, с учётом особенностей течения дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Научная новизна:

1. В сравнительном аспекте представлена комплексная оценка особенностей течения ЯБДПК с осложнением кровотечения. Дана объективная оценка течения и тяжести дуоденальных кровотечений.

2. Установлено, что к течению дуоденальных кровотечений и мер консервативных методов лечения не мало важное значение имеет пол больных, наличие сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, и расположение язвенного дефекта в стенке ДПК.

3. Доказана «недостаточность» активно-выжидательной тактики лечения дуоденальных кровотечения язвенного генеза.

4. Показано эффективность «квартотерапии» в сочетании с иссечением дуоденальных язв в плане профилактики рецидива кровотечения, уточнены выбор, техника и показания к оперативным вмешательствам.

Практическая значимость:

1. Определение особенности течения ЯБДПК с осложнением кровотечения с внесением корректив в диагностическую программу, предоперационной подготовке и послеоперационное ведение, а также уточнение показаний к выбору сроков и методов операций, с использованием модифицированных методик и технических приемов операций, применяемых нами, позволили оптимизировать активную индивидуализированную тактику.

2. Применение эридикационной «квартотерапии» с применением препаратов блокаторов H_2 – рецепторов, с парентеральным введением препаратов ингибиторов протонной помпы позволили снизить частоту рецидива кровотечения и достичь стойкого эффекта «медикаментозной ваготомии».

3. Применение эридикационной «квартотерапии» с иссечением дуоденальных язв привело к радикальному лечению дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

4. Переход от активно-выжидательной (стандартной) тактики лечения к активной индивидуализированной позволили в основной группе, снизить частоту рецидива от 31,4% (контрольная группа) до 12,9% (основная группа). Улучшение на 18,5%.

Методы исследования:

1. Общеклинические методы исследования (общий анализ крови, мочи, ЭКГ, биохимические показатели крови).
2. Фиброгастродуоденоскопия.
3. Рентгеноскопия ЖКТ.
4. УЗИ (по показаниям).

Научный руководитель:

Хамидов Ф.Ш.

Студент магистратуры:

Гафуров У.А.

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

MAGISTRLIK DISSERTATSIYASI UCHUN ANNOTATSIYA

Dolzarbliqi. Duodenal oshqozon yarasi oshqozon-ichak qon kasallikning eng jiddiy asorati bo'lib, adabiyolarga ko'ra, bu patologiya 15-20% bemorlarda uchraydi. Umumiy (10,8-13,5%) va operatsiyadan keying yuqori o'lim miqdori (14,7-19,3%), kamayish moyilligi past, qayta qon yo'qotishda va "operatsiya noumidlik" qo'llanilganda ham o'lim miqdori 30-40% yoki undan ko'pni tashkil qiladi [2, 5, 6, 56, 58, 75, 76, 102].

Shu jumladan oshqozon jarrohligi imkoniyatlari kengayib, oshqozon yarasidagi qon ketishlarida qo'llaniladigan "operatsiya" usullari soni ham ko'paygan. Shu bilan birga, farmatsevtika bozori agressiv oshqozon sekretsiyani bloklovchi havfsiz dori turlari juda ko'p. Antixelikobakter terapiya bilan bir kompleksda, ilgari konservativ davolashda befoйда bo'lgan, yaralarni bitirish imkoniyati paydo bo'ldi. Yaqin kelajakda duodenal yara qon ketishlarida konservativ terapiya ustun turadi va operativ-jarrohlik usullari faqat uzoq meddatli davrda jiddiy tayyorgarliklardan so'ngina o'tkaziladi [8, 9, 10, 11, 57, 80, 84, 105].

Ammo bunday kelajakkacha, jarrohlik sohasida mavjud yangi texnologiyalar va erishilgan yutuqlar keng doirali amaliyot shifokorlar oldiga bu muammo bilan tanishish talabini qo'yadi. Ajablanarlisi shuki, qonayotgan yaralarni davolash muhokamasi jarayonida bemorning urgent operatsiyadan oldingi tayyorgarligiga kam e'tibor qaratilmoqda va birinchi navbatda, optimal operatsiya turini tanlashga qaratilgan operatsiya oldin tekshiruvlar kompleksi hajmi va tarkibini jamlovchi muammo ochiq qolyapti. [1, 3, 4, 41, 67,69, 70].

Bizningcha, qonayotgan duodenal yaralar davosidagi turli hil tugashlar jarrohlik yondashuvdagi ziddiyatlar tufayli bo'ladi.

Faol jarrohlik yondashuv asoschi va targ'ibotchi olimlarning biri Yudin yozgan edi: "Qonash erta davrlarida boshlangan operatsiyalar bemorlarning 95-96% saqlashi mumkin" va H. Finsterer taklifi esa "qon ketish boshlandimi - birinchi kundayoq faoliyat ko'rsatish kerak.

Faol taktikaga qarshi mantiqiy e'tirozlar quyidagilar bilan ifodalangan: birinchidan, ko'pincha qonayotgan yaralar konservativ to'htashga moyil, ikkinchidan, favqulodda operatsiyalar keyin o'lim darajasi "sovuq" davrdan ko'ra ancha yuqori 21,6 -32% ni tashkil qiladi. Jarrohlik aralashuvlar va konservativ terapiya o'rtasidagi kelishuv - "qurolli betaraflik" deb atalmish kutish taktikasidir, uning mazmuni shundaki, avval faol konservativ terapiya qo'llanilib, uning muvaffaqiyatsizligida yoki qon oqishi qaytalanganda jarrohlik aralashuvlar qo'llaniladi. Endoskopik texnikaning jadal rivojlanishi qon manbaini 93,4- 99% hollarda to'g'ri aniqlash imkoniyatini berib, 90-95% bemorlarda yara vaqtinchalik gemostazini ta'minlaydi. Biroq, bu holda, qayta qon ketishi 14-55% tashkil etadi. Endoskopik texnik rivojlanishi bilan qon ketish manbasini topish va qon yo'qotish tezligini aniqlash imkoniyatlari ham oshdi [13, 17, 19, 59, 60, 71, 72, 96, 99].

Duodenal oshqozon yarasidan qon ketishi bilan bemorlarni davolashda klinik material va olingan tajribaga asoslanib, shu muammoda to'htashni maqsadga muvofiq ko'rdik. Yuqorida keltirilgan masalalar bu tadqiqot asosini tashkil qiladi.

Tadqiqot maqsadi: Duodenal oshqozon yarasi qon ketishi bilan kasallangan bemorlarni davolash natijalarini diagnostikani takomillashtirish, konservativ va jarrohlik davolashni optimizatsiyalashtirish orqali yaxshilash.

Tadqiqot vazifalari:

1. Yara genezida duodenal qon ketishlarining struktura, umumiy va tipologik xususiyatlarini o'rganish.

2. Qon ketishi asorati bo'lgan bemorlarni davolashga, barcha etapda an'anaviy yondashuvlarni qo'llagan holda, kompleks baho berish. Xato va kamchiliklarni topish.

3. Faol individuallashtirilgan taktikaning yaralar tipologiyasi va yara genezida duodenal qon ketishli bemorlar ahvolini hisobga olib, modifikatsiyalangan usullar va operatsiyaning texnikaviy usullarini qo'llagan holda asoslab berish.

4. An'anaviy va faol individuallashtirilgan metodlarga yara genezidagi duodenal qon ketishlar xususiyatlarining asosida qiyosiy baho berish.

Ilmiy yangiligi:

1. Qiyosiy aspektda qon ketish asoratli o'nikki barmoqli ichak yara kasalligi xususiyatlariga kompleks baxo berilgan..
2. Shu ta'kidlanganki, duodenal qon ketishlarida va uning davolov konservativ usullariga bemorlarning jinsi, birgalikda ketayotgan terapevtik yoki jarrohlik patologiyasi va yaraning o'nikki barmoq ichakdagi joylashuvi muhim o'rin tutadi.
3. Yara genezidagi duodenal qon ketishlarni davolashda "faol-kutuv" taktikasi yetishmovchiligi isbotlangan.
4. Qayta qonash oldini olish nuqtai nazaridan duodenal oshqozon yarasini kesish bilan birgalikda "kvadratoterapiya" metodikasi samaradorligi qon ketishi qaytarilishini profilaktikasida isbotlangan, operativ aralashuvlarga ko'rsatma va texnikalar aniqlashtirilgan.

Amaliy ahamiyati:

1. Diagnostik dastur, operatsiyadan oldindi tayyorlov va operatsiyadan keying davrga korrekativlar kiritish bilan qon ketish bilan asoratlangan o'nikki barmoq ichak yara kasalligi xususiyatlarini aniqlash, hamda operatsiya turi va muddatiga ko'rsatmalarni aniqlash bizga aktiv individuallashtirilgan taktikani optimallashtirish imkonini berdi.
1. H₂-retseptorlarini bloklovchi preparatlar, parenteral yuborilovchi proton pompa ingibitorlarini erradikatsion "kvadratoterapiya" bilan qo'llash qon ketish qaytalanish chastotasini kamaytirish va barqaror "medikamentoz vagotomiya" effektini erishishga imkonini berdi.

2. Duodenal yaralarni kesish bilan ketuvchi erradikatsion “kvadratoterapiya” usulini qo’llash yara genezidagi duodenal qon ketishini radikal davolanishiga olib keldi.

4. Faol-kutuv (standart) davolov taktikasidan faol individuallashtirilgan taktikaga o’tish qon ketish qaytalanishi chastotasini 31,4% dan (nazorat guruhi) 12,9% gacha (asosiy guruh) tushirish imkonini berdi.

Tadqiqot usullari:

1. Umumiy klinik tadqiqot usullari (umumiy qon tahlili, siydik tahlili, EKG, qon biokimyo).
2. Fibrogastroduodenoskopiya
3. Oshqozon-ichak yo’llari rentgenoskopiyasi
4. UTT (ko’rsatma bo’yicha)

Ilmiy rahbar:

Hamidov F.Sh.

Magistratura studenti:

Gafurov U.A.

MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED EDUCATION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

Faculty: Therapeutic

Chair: Surgery, urology

Anesthesiology and reanimatology

Educational period: 2012-2015

Master's degree student:

Gafurov U. A.

Scientific advisor: c.m.s., doc.

Hamidov F.Sh.

Specialty: surgery

Urgency. Bleeding from duodenal ulcers is the most serious complications of the disease and according to the literature comprise 15-20% of patients with this pathology. High overall (10,8-13,5%) and postoperative mortality (14,7-19,3%) of these patients do not tend to decrease, while recurrent hemorrhage and perform the "operation of despair," lethality 30-40 % and more; Bachev I.I - 1991; Kurygin AA et al., 2001.

In our view, a significant variation in outcomes bleeding duodenal ulcers associated with differences in choosing a surgical approach.

One of the founders and promoters of the active surgical approach S.S. Yudin said: "Operations in the early period began bleeding can save 95-96% of patients, and H. Finsterer proposed" to operate in the first day started bleeding. "

The logical objection to the active tactics dictated by the following main points: first, the majority of ulcer bleeding amenable to conservative stop; secondly, the mortality rate after emergency operations is much higher than after surgical interventions in the "cold" period, reaching 21.6 -32%. Kinda generally accepted compromise between conservative treatment and surgical intervention is active so-called active and expectant management, or the tactics of "armed neutrality", the

essence of which is that the treatment begins with conservative measures, and operate only when the failure or in case of relapse bleeding; Amirov AM, 1993; Zatyahin I.I.s soavt.2005.

The rapid development of endoscopic techniques allows 93,4- 99% of the cases correctly identify the source of the bleeding, and in 90-95% of patients provides temporary hemostasis ulcer. However, in this case, recurrent hemorrhage reaches 14-55%. With the development of endoscopic techniques is immeasurably increased diagnostic capabilities in detecting, locating the source of bleeding and to determine the rate of blood loss.

Significantly expand the capabilities of modern and gastric surgery, which has in the arsenal, including "sparing" techniques of surgical interventions in ulcer bleeding.

At the same time, the pharmaceutical market increased by a lot of different drugs that safely prevents gastric secretion. Together with H. pylori therapy the opportunity to heal ulcers that once seemed hopeless in the framework of medical treatment. In a distant, but the foreseeable future seems a victory of conservative treatment of duodenal ulcer bleeding when surgery will be carried out only in the delayed period, on strict conditions and after extensive training.

However, today it is the prospect is still far, and there are new technologies and achievements in the field of surgery necessitate acquaintance with them a wide range of practitioners.

Oddly enough, when discussing the surgical treatment of bleeding ulcers relatively little attention is paid to the preoperative preparation of the patient for urgent intervention and completely open question about the possible scope and content of the complex preoperative examination directed primarily at determining the optimal type of operation carried out promptly order.

Having defined clinical material and experience in treating patients with bleeding duodenal ulcer genesis, we have seen fit to stop this problem. The above-mentioned issues in general and made the subject of this study.

Objective: Improve the immediate results of surgical treatment of PUD with bleeding complications by optimizing the conservative and surgical treatment of the components, as well as by an adjustment in all stages of specialized surgical care adhering to an active individualized tactics.

Objectives of the study:

1. The structure, frequency and some typological features DU complication with gastrointestinal bleeding.
2. Provide a comprehensive assessment of the surgical treatment of PUD bleeding complication with active-expectant management adhering to traditional approaches at all stages of treatment. Identify gaps and weaknesses.
3. The efficiency of the active individualized tactics based on the typology of ulcers and the flow of patients with PUD bleeding complications, as well as using modified methods and techniques used by our operations.
4. Carry out a comparative assessment of the active - individualized tactics, taking into account peculiarities of PUD with bleeding complications and consistent observance of the principles set forth in all its phases with active-expectant management.

Scientific novelty:

1. For the first time in a comparative aspect, a comprehensive assessment of the flow characteristics of PUD with bleeding complication. An objective assessment of outcomes of surgical treatment, including radical (resection and CB + AP) and palliative (suturing and dissection ulcers without vagotomy) operation.
2. It is established that the PUD with bleeding complication is the growth in the ratio of men to women, the frequency of patients with hemorrhagic shock, concomitant therapy and combined surgical pathology, "difficult" ulcers, moderate and severe bleeding, as well as unstable hemostasis and bleeding " go. "
3. prove the "failure" of active - watchful waiting to treat PUD bleeding complications in connection with the implementation of its emergency operations in the "desperation" due to the ongoing bleeding or a recurrence, with failure of conservative measures, and the lack of it at the possibility of the deferred transactions.

4. The efficiency of the "quadruple" in the prevention of early rebleeding and its role and place in the performance of palliative surgery (excision and suturing without vagotomy) patients with PUD bleeding complications, specified indications for surgery, as well as in severe initial state reasonably possible use of palliative surgery : excision of ulcers without vagotomy.

5. Accounting peculiarities of PUD with complications of bleeding, with consistent observance of the principles set out in the framework of the active treatment individualized tactics, coupled with the use of advanced methods and techniques of operations allowed in the study group, to reduce the frequency of operations at 18.5% in the control group (31.4%), respectively, and in the test group (12.9%).

The practical significance:

1. Determination of peculiarities of PUD with bleeding complications with making adjustments to the diagnostic program, preoperative preparation and postoperative management, as well as clarification of the indications for the timing and method of operation, using modified methods and techniques of operations that we have allowed to optimize the active personalized tactics .

2. The use of "quadruple" scheme omeprazole + Vikair (or vikalin) + + roxithromycin Clione, reduced the incidence of rebleeding and achieve lasting effect "medical vagotomy" after palliative surgery (excision of ulcers without vagotomy), which reduced invasiveness, duration of the operation and to facilitate their technical execution.

3. The transition from active treatment, watchful waiting PUD bleeding complication with an active individualized allowed operations allowed in the study group, to reduce the frequency of operations at 18.5% in the control group (31.4%), respectively, and in the study group (12.9 %).

Research methods:

1. General clinical research methods - a general analysis of blood, urine, ECG, blood biochemistry.

2. Fibrogastroduodenoscopy.

3. Fluoroscopy gastrointestinal (indication, in patients subject to surgical treatment in an emergency and a planned order).

4. Ultrasound (by indication).

Scientific advisor,

Candidate of medical sciences,

docent:

Hamidov F.Sh.

Author,

3rd year master's degree student

At chair of Surgery:

Gafurov U.A.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

| | |
|---------|--|
| АД | - артериальное давление |
| БЛО | - бронхолегочные осложнения; |
| ГДА | - гастродуоденоанастомоз |
| ГДЯ | - гастродуоденальные язвы |
| ГЭА | - гастроэнтероанастомоз |
| ДВС | - диссеминированное внутрисосудистое свертывание |
| ДПК | - двенадцатиперстная кишка |
| ДЯ | - дуоденальная язва |
| ЖКТ | - желудочно-кишечный тракт; |
| И/Б | - история болезни; |
| ИБС | - ишемическая болезнь сердца; |
| ИТТ | - инфузионно-трансфузионная терапия; |
| МЭФЖ | - моторно-эвакуаторная функция желудка |
| ОСО | - органосохраняющие операции |
| ОЦК | - объем циркулирующей крови |
| ПДС | - пилородуоденальный стеноз |
| РЖ по Б | - резекция желудка по Бильрот; |
| СВ | - селективная ваготомия; |
| СВ+АР | - селективная ваготомия и антрумрезекция; |
| ТЛА | - термино-латеральный анастомоз; |
| ТЭО | - тромбоэмболические осложнения; |
| ФГДС | - фиброгастродуоденоскопия |
| ЯБ | - язвенная болезнь |
| ЯБДПК | - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки |
| ЯБЖ | - язвенная болезнь желудка |
| ЯГДК | - язвенные гастродуоденальные кровотечения |
| ЯДК | - язвенное дуоденальное кровотечение |
| ЯЖК | - язвенное желудочное кровотечение |

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|------------|
| Введение..... | 5-9 |
| ГЛАВА I. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА..... | 10 |
| 1.1. Современное состояние проблемы дуоденальных кровотечений язвенного генеза..... | 10-11 |
| 1.2. Современное состояние проблемы, хирургического лечения дуоденальных кровотечений язвенного генеза | 12-14 |
| 1.3. Хирургическая тактика при лечении дуоденальных кровотечений язвенного генеза..... | 15-18 |
| Заключение по первой главе..... | 19 |
| ГЛАВА II. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 21 |
| 2.1. Клиническая характеристика больных..... | 21-29 |
| 2.2. Методы исследования..... | 30-33 |
| Заключение по второй главе | 33 |
| ГЛАВА III. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДУОДЕ- НАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗВА..... | 35 |
| 3.1. Хирургическая тактика в контрольной группе больных с применением активно-выжидательной тактики..... | 35-39 |
| 3.2. Хирургическая тактика в основной группе больных с применением активно-индивидуализированной тактики..... | 39-44 |
| 3.3. Выбор способа операции и технические приемы его выполнения..... | 44-58 |
| 3.4. Послеоперационное ведение больных..... | 58-60 |

| | |
|--|--------------|
| 3.5. Современные принципы активной-индивидуализированной тактики лечения дуоденальных кровотечений язвенного генеза..... | 60-66 |
| Заключение по третьей главе..... | 66 |
| ГЛАВА IV. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА | 71-72 |
| 4.1. Сравнительная оценка ближайших результатов | 67 |
| 4.1.1. Ближайшие результаты у больных контрольной группы..... | 67-71 |
| 4.1.2. Ближайшие результаты у больных основной группы..... | 71-78 |
| Заключение по четвертой главе..... | 78-79 |
| Заключение | 80-88 |
| Выводы. Практические рекомендации..... | 88-89 |
| Список литературы | 90-99 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Желудочно-кишечной кровотечения (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 тенденцию к снижению, а при рецидивной кровопотери и выполнения «операции отчаяния», летальность достигает 30-40% и более [2, 5, 6, 56, 58, 75, 76, 102].

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 агрессивных факторов желудочную секрецию. В комплексе с антихеликобактерной терапией появилась возможность заживления язв, ранее казавшихся бесперспективной 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 [8, 9, 10, 11, 57, 80, 84, 105].

Однако, на сегодняшний день это 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 внимание предоперационной подготовке больного к urgentному вмешательству и абсолютно открытым остается вопрос о возможном объеме и содержании комплекса предоперационного обследования, направленного, в первую очередь, на определении оптимального вида операции, выполняемой в срочном порядке [1, 3, 4, 41, 67,69, 70].

На наш взгляд, значительное варьирование исходов лечения кровоточащих дуоденальных язв связано с разногласиями в выборе той или иной хирургической тактики.

Один из основоположников и пропагандистов активного хирургического подхода С.С. Юдин писал: «Операции в ранние периоды начавшегося кровотечения могут спасти 95-96% больных, а Н. Finsterer предлагал «оперировать в первые сутки начавшегося кровотечения».

Логичные возражения против активной тактики продиктованы следующими основными моментами: во первых, большинство язвенных кровотечений поддается консервативной остановке; во вторых, летальность после экстренных операций гораздо выше, чем после оперативных вмешательств в «холодном» периоде, и достигает 21,6 –32%. Своего рода обще признанным компромиссом между консервативным лечением и активным хирургическим вмешательством является так называемая активно-выжидательная тактика, или тактика «вооруженного нейтралитета», сущность которой заключается в том, что лечение начинают с консервативных мероприятий, а оперируют только при его безуспешности или в случае рецидива кровотечения [13, 17, 19, 59, 60, 71, 72, 96, 99].

Бурное развитие эндоскопической техники позволяет в 93,4- 99% случаев правильно определить источник кровотечения и у 90-95% пациентов обеспечивает временный гемостаз в язве. Однако, при этом, рецидив геморрагии достигает 14-55%. С развитием эндоскопической техники неизмеримо возросли диагностические возможности в распознавании, локализации источника кровотечения и определения темпа кровопотери.

Располагая определенным клиническим материалом и опытом лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, мы сочли целесообразным остановиться на данной проблеме. Вышеперечисленные вопросы в целом и составили предмет настоящего исследования.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, путём совершенствования диагностики, оптимизации консервативного и хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Исследовать структуру, частоту и некоторые типологические особенности дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

2. Провести комплексную оценку лечения больных, с осложнением кровотечения придерживаясь традиционных подходов на всех этапах лечения. Выявить упущения, и недостатки.

3. Обосновать эффективность активной индивидуализированной тактики с учетом типологии язв и течения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, путем применения модифицированных методик и технических приемов операций.

4. Провести сравнительную оценку результатов лечения больных с традиционной и активной – индивидуализированной тактики, с учётом особенностей течения дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Научная новизна:

1. В сравнительном аспекте представлена комплексная оценка особенностей течения ЯБДПК с осложнением кровотечения. Дана объективная оценка течения и тяжести дуоденальных кровотечений.

2. Установлено, что к течению дуоденальных кровотечений и мер консервативных методов лечения не мало важное значение имеет пол больных, наличие сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, и расположение язвенного дефекта в стенке ДПК.

3. Доказана «недостаточность» активно-выжидательной тактики лечения дуоденальных кровотечения язвенного генеза.

4. Показано эффективность «квартотерапии» в сочетании с иссечением дуоденальных язв в плане профилактики рецидива кровотечения, уточнены выбор, техника и показания к оперативным вмешательствам.

Практическая значимость:

1. Определение особенности течения ЯБДПК с осложнением кровотечения с внесением корректив в диагностическую программу, предоперационной подготовке и послеоперационное ведение, а также уточнение показаний к выбору сроков и методов операций, с использованием модифицированных методик и технических приемов операций, применяемых нами, позволили оптимизировать активную индивидуализированную тактику.

2. Применение эридикационной «квартотерапии» с применением препаратов блокаторов H_2 – рецепторов, с парентеральным введением препаратов ингибиторов протонной помпы позволили снизить частоту рецидива кровотечения и достичь стойкого эффекта «медикаментозной ваготомии».

3. Применение эридикационной «квартотерапии» с иссечением дуоденальных язв привело к радикальному лечению дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

4. Переход от активно-выжидательной (стандартной) тактики лечения к активной индивидуализированной позволили в основной группе, снизить частоту рецидива от 31,4% (контрольная группа) до 12,9% (основная группа). Улучшение на 18,5%.

Методы исследования:

5. Общеклинические методы исследования (общий анализ крови, мочи, ЭКГ, биохимические показатели крови).
6. Фиброгастродуоденоскопия.
7. Рентгеноскопия ЖКТ.
8. УЗИ (по показаниям).

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 108 страницах, состоит из оглавления, введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы (68 отечественных и 37 иностранных авторов). Иллюстрирована 6 рисунками, и содержит 17 таблиц.

ГЛАВА I

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1. Современное состояние проблемы дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Проблемы острых дуоденальных кровотечений являются наиболее грозными осложнениями язвенной болезни. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии - реаниматологии, расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению осложнений и летальности при данном заболевании. В то же время следует отметить, что послеоперационные осложнения и летальность при рецидиве острых дуоденальных кровотечений возрастают в 1,5-2 раза [3, 16, 17, 43, 46, 73, 74].

Несмотря на общепризнанную эффективность современных противоязвенных средств, число осложнений язвенной болезни в последние годы не имеет тенденции к снижению. Более того, за последние 10 лет произошли и качественные изменения в структуре осложнений, вместо пилородуоденального стеноза отмечен существенный рост числа дуоденальных кровотечений [25, 27, 29, 77, 81, 98].

Кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки составляют 35% -53% всех острых гастроинтестинальных кровотечений [2, 5, 6] и занимают первое место в структуре смертности от язвенной болезни, намного превышая по этому показателю перфоративную язву [17, 28, 48, 61, 78, 103].

Первым обобщающим трудом по этой проблеме являются «Академические чтения о хронических болезнях» Фёдора Удена (1816). В 1829 г. Крювелье описал патологоанатомическую картину и симптомы язвы желудка. Развитие желудочной хирургии (В.А.Басов, 1842; Merrem, 1810; Rydygier, 1881 и др.) послужило основанием для первых попыток остановить профузное кровотечение оперативным путём. Так в 1880 году Eiselsberg впервые выполнил оперативное вмешательство при продолжающемся кровотечении из язвы желудка. Была иссечена кровоточащая язва и ушито образовавшееся отверстие.

Хотя эта операция имела неблагоприятный исход, ее следует считать началом нового периода в лечении острых ЖКК. Эта идея была поддержана Rydygier (1881), определившим показания к РЖ, среди которых были стеноз привратника, рак желудка и кровотечение из язвы (цит. из монографии Горбашко А.И., 1974).

В литературе подход различных авторов к выбору тактики и метода лечения больных хронической язвой ДПК, осложненной кровотечением неоднозначен [11, 13, 22, 30, 31, 79, 82].

По данным В.П. Харченко и соавт.(2003), Н.А. Ефименко и соавт. (2004); А.М. Хаджибаева и соавт. (2005) эндоскопические методы остановки кровотечения в сочетании с медикаментозной и гемостатической терапией в настоящее время эффективны в 70% - 95% наблюдений, а рецидивы кровотечения возникают в среднем у 5% - 30% больных. Однако, Р.З.Лосев (2003), И.И. А.А.Курьгин и соавт.(1998) неоперативные методики гемостаза рассматривали как временный этап подготовки пациента к операции в более благоприятных условиях.

M.Z. Panos et al. (1993), С.А. Совцов и соавт. (2001), А.С.Балалыкин и соавт. (2002) отмечали, что высокая частота рецидивов кровотечений и неудач гемостаза, диктует необходимость активной хирургической тактики - проведение экстренных и отсроченных операций, результаты которых значительно лучше, чем при рецидивных кровотечениях (летальность составила 2,6% - 5%).

По мнению Г.К.Жерлова и соавт. (2001) внедрение в широкую клиническую практику современной эндоскопической техники, позволяющей проводить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, появление новых поколений противоязвенных и гемостатических средств, совершенствование методов консервативного лечения пациентов с язвенной болезнью склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики. По данным А.А.Крылова и соавт. (2001), С.А.Совцова и соавт.(2001) при активно-выжидательной тактике летальность составила 17,8% - 29%.

Острые дуоденальные кровотечения являются наиболее грозными осложнениями язвенной болезни. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии - реаниматологии, расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению.

Установлено, что одной из причин развития острых дуоденальных кровотечений язвенного генеза, является нарушение гемостаза в тканях желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что при «низких» дуоденальных язвах наблюдается более частое развитие тяжелых профузных кровотечений, что при этом эффективность консервативных и эндоскопических методов гемостаза являются низкими. Доказано высокая эффективность эндоскопического гемостаза при дуоденальных кровотечениях из язв луковицы двенадцатиперстной кишки. Разработаны прогностические критерии риска развития кровотечений и показания к срочной операции.

1.2. Современное состояние проблемы, хирургического лечения дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Первую успешную операцию при ЯБ, осложненной профузным кровотечением, выполнил в 1882 году Van Kleeef. Он произвел 16-летнему юноше резекцию пилорического отдела желудка с иссечением кровоточащей язвы (цит. из монографии Розанов Б.С., 1960). В 1886 году Hacker также успешно выполнил клиновидное иссечение кровоточащей язвы и рекомендовал этот тип вмешательства у ослабленных больных (цит. из монографии Братусь В.Д., 1971). Однако, большинство попыток хирургического лечения дуоденальных кровотечений в то время оканчивались неблагоприятными исходами.

Mikulicz в 1888 году предложил выполнять при кровоточащих язвах задней стенки желудка, а также при других трудных локализациях – гастротомию, прижигание язвы и пилоропластику. Хотя и эта операция, выполненная у 70-летней женщины, закончилась неблагоприятным исходом, однако она

также вошла в арсенал хирургических вмешательств, применяемых при острых дуоденальных кровотечениях (Mikulicz Y., 1888). Эти операции легли в основу и современных органосохраняющих методов хирургического лечения ЯБ, осложненной кровотечением, дополненных современными методами ваготомии.

О том, насколько актуальна еще в то время была проблема хирургического лечения профузных язвенных кровотечений, свидетельствует тот факт, что в 1906 году проводятся 2 подряд съезда хирургов, посвященных этим вопросам. На VI съезде российский хирургов, с докладом «о кровотечениях и перфорациях желудка» выступил О.А.Юцевич и подверг эти вопросы специальному обсуждению. При этом И.К.Спижарный высказался за срочное оперативное вмешательство, однако, отдавалось предпочтение паллиативным методам, в виде прижигания язвы и наложения ГЭА.

XXXV съезд немецких хирургов в том же году также обсуждал вопросы острых желудочных и дуоденальных кровотечений. Однако, выступивший с основным докладом Kronlein предложил производить оперативное вмешательство лишь после остановки профузного кровотечения и выведения больного из тяжелого состояния. Срочная операция на высоте кровотечения из-за высокой летальности не рекомендовалась.

Такие сдержанные рекомендации обоих съездов объяснялись тем, что ни отечественные, ни западноевропейские хирурги в то время не имели еще какого-либо значительного опыта в хирургии язвенных кровотечений, а результаты первых попыток хирургического лечения были малоуспешными.

Взгляды хирургов на выбор способа оперативного вмешательства у больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением разноречивы. Ю.К.Мартиросов (1997), С.Г.Григорьев и соавт. (1999), В.Н.Чернов и соавт. (1999) считают, что единственно радикальным способом лечения больных с хронической язвой ДПК, осложненной кровотечением является резекция желудка.

Подавляющее число хирургов при лечении больных с хронической язвой ДПК, осложненной кровотечением считают обязательным выполнение ваготомии [20, 32, 39, 44, 54, 83, 87].

По данным литературы последних лет летальность при острых дуоденальных кровотечениях составляет 10-14%, а при кровотечениях из «низких» дуоденальных язв до 20-30% [42, 48, 49, 85, 86]. В то же время следует отметить, что послеоперационные осложнения и летальность при рецидиве острых дуоденальных кровотечениях возрастают в 1,5-2 раза [45, 55, 62, 60, 92].

Более того, за последние годы произошли и качественные изменения в структуре оперативных вмешательств, при дуоденальных кровотечениях [4, 17, 29, 88].

В частности, число кровотечений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки за последние 15 лет возросло с 15 до 30% [8, 9, 10, 11, 15, 51, 85]. Отмечено преобладание в этой структуре числа мужчин над женским полом, правда, с незначительным уменьшением этого соотношения в старших возрастных группах.

И, наконец, уровень летальности при хирургическом лечении больных с язвенным дуоденальным кровотечением даже в лучших клиниках, остается в пределах 10%.

Казалось что, подлинный переворот в улучшении результатов лечения больных с дуоденальным кровотечением должен был произойти в связи с широким внедрением в клиническую практику фиброгастродуоденоскопии.

Последнее позволило хирургам перейти от активной и активно-выжидательной к активно-индивидуализированной тактике, которая основывается на данных ФГДС. Однако до настоящего времени нет единого мнения при определении критериев устойчивого или неустойчивого гемостаза и как следствие определение риска рецидива кровотечения основополагающего понятия, определяющего тактические решения. Возникает необходимость в поисках более совершенных методик и установления критериев, направленных на формирование устойчивого местного гемостаза [11, 13, 30, 79, 82].

Современные методы гемостатической терапии к применению эффективных антисекреторных (H_2 - блокаторы, блокаторы протоновой помпы) и антихеликобактерных средств, позволяют многим хирургам надеяться на исключительно консервативный вариант гемостаза и передачу данной категории больных на лечение в терапевтические клиники. Однако возникновение рецидива язвенного кровотечения у 12-35% больных с луковичной локализацией и, более чем у 40% больных, при «низкой» постбульбарной язве делают такие надежды весьма призрачными [8, 24, 33, 50, 65, 68, 91, 101].

1.3. Хирургическая тактика при лечении дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

К середине 20 века окончательно сформировались три основных тактических направления в лечении острых дуоденальных кровотечениях.

Выжидательная тактика, исторически сформировалась в 50-60-х годах прошлого столетия, когда выполнение его на «высоте» кровотечения как «операции отчаяния», в данной ситуации, сопровождались крайне высокой летальностью, достигающей 34,2-73%, а у пациентов старше 60 лет она превышает 80%. Сторонники этой тактики рекомендовали максимально использовать консервативную терапию и операцию проводить в «межуточном периоде» после остановки кровотечения и восполнения кровопотери [11, 13 34, 38, 47, 904, 104]. Однако неутешительные результаты консервативного лечения т.е. опасность развития повторных кровотечений, частота которых достигает 11,2-34%, а в случаях желудочной локализации язвы - 40% послужили причиной отказа от этого тактического направления и давно оставлены хирургами [1, 2, 10, 75, 89].

Своего рода общепризнанным компромиссом между консервативным лечением и активным хирургическим вмешательством является так называемая активно-выжидательная тактика, или тактика «вооруженного нейтралитета», сущность которой заключается в том, что лечение начинают с консервативных мероприятий, а оперируют только при безуспешности консерва-

тивной терапии или в случае рецидива кровотечения.

Активная тактика, как контраргумент тактике выжидательной предполагает выполнение срочных (ранних) операций всем больным с клиникой желудочно-кишечного кровотечения сразу же после госпитализации - в первые 24-48 часов. Стремление как можно раньше и обязательно оперировать таких больных является основным принципом данной тактики, при этом оперативная активность составляет 38,4%-43,9% [35, 59, 64, 93, 97]. Активная хирургическая тактика, пропагандирующая лечение любого язвенного кровотечения исключительно хирургическим путем, также не приобрела за долгое время своего существования большого числа сторонников [3, 7, 9, 36, 37, 52]. Недостатком данного тактического подхода является отсутствие четких критериев для определения показаний к оперативному лечению и сроков его выполнения в зависимости от возраста больного, тяжести кровопотери, сроков от начала заболевания, интенсивности кровотечения и других важных клинико-лабораторных и инструментальных показателей.

Активно-выжидательная тактика, сформировалась с учетом опыта двух предыдущих взглядов и первоначально базировалась на необходимости выполнения резекция желудка, но со временем была подкреплена большим потенциалом возможностей экстренной эндоскопии и значительно расширившимся арсеналом способов хирургического лечения. Это, в первую очередь – различные варианты ваготомии с иссечением язвы, прошиванием кровоточащего сосуда на дне язвы и т.д. Его сторонники, которые рекомендовали начинать лечение острых дуоденальных кровотечений с консервативных мероприятий, однако при наличии признаков продолжения или рецидива кровотечения ставить вопрос о срочном оперативном вмешательстве [8, 19, 27].

В рамках активно-выжидательной тактики в середине 80-х годов были разработаны и также внедрены в клиническую практику эндоваскулярные методы гемостаза. Они нашли применение у больных, оперативное лечение которых сопряжено с крайней степенью риска или невыполнимо из-за тяжести состояния, причем наиболее эффективным оказалось применение мето-

дик, заключающихся в суперселективной катетеризации левой желудочной или желудочно-двенадцатиперстной артерии с последующей эмболизацией кровоснабжающих язву сосудов синтетическими эмболами или инфузией вазоконстрикторов, позволяющих остановить кровотечение у 50-80% больных. Несмотря на определенные технические сложности манипуляции, связанные с необходимостью наличия специального оборудования и квалифицированного персонала, возможностью развития специфических осложнений и наличием у ряда больных противопоказаний к исследованию, основной причиной неудач остается временный характер гемостаза, так как рецидивы кровотечения после вмешательства составляют 12-46% [12, 16, 21, 26, 53, 95].

Считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что несмотря на внедрение органосохраняющих операций, эндоскопических и эндоваскулярных методов гемостаза, использование современных противоязвенных лекарственных средств, активно-выжидательная тактика не смогла привести к существенному снижению летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, которая, в рамках данного тактического подхода, продолжает составлять 8-26% всех клинических наблюдений, достигая 60-70% у пациентов пожилого и старческого возраста.

Обобщение и критическое осмысление такой тактики при острокровотокающих язвах двенадцатиперстной кишки выявило ряд особенностей, послужившим основанием для отказа от ее дальнейшей реализации. Прежде всего, это высокий риск рецидива кровотечения (А.В.Телиа, 1984), колеблющийся от 12,5 до 25% и даже до 52,2% [14, 18, 40, 66, 100]. Более того, стало очевидным, что риск возобновления кровотечения в немалой степени зависит от возраста больных, локализации и размеров самой дуоденальной язвы, сопутствующих заболеваний.

Главной причиной неудач в лечении язвенных кровотечений является рецидив геморрагии в ранние сроки пребывания больного в стационаре в связи с невозможностью в рамках активно-выжидательной тактики решить эту проблему.

Литературные данные, при поступлении в клинику больного язвенным дуоденальным кровотечением, выделить две основные ситуации:

1. У больного продолжается активное кровотечение, не поддающееся консервативной терапии, включая попытку диатермо- или фотокоагуляции и другие методы остановки кровотечения при гастродуоденоскопии, а также при использовании различных методик эндоваскулярного гемостаза. Такой больной подлежит экстренной операции по жизненным показаниям, так же, как любое кровотечение при ранении или другой исходной причине. Летальность в этой группе больных, по данным многих авторов, остается стабильно высокой, достигая 35-45%, и не имеет, по-видимому, реальных предпосылок к снижению.

2. Кровотечение остановлено эндоскопически либо прекратилось самостоятельно.

В зависимости от дальнейшего естественного течения заболевания этих больных можно разделить еще на две группы. Первая - пациенты, у которых кровотечение больше не возобновляется. Тактически эти больные особых проблем не представляют: после завершения полноценного курса противоязвенного и гемостатического консервативного лечения большинство из них подвергается плановому оперативному вмешательству; показатели летальности и процент послеоперационных осложнений практически не отличаются от результатов хирургического лечения неосложненной язвы.

Вторая, наиболее грозная группа состоит из пациентов, у которых происходит рецидив кровотечения. Еще раз подчеркнем, что именно эта группа больных формирует основное количество летальных исходов и послеоперационных осложнений в общей структуре результатов лечения язвенных дуоденальных кровотечений. Итак, если угроза рецидива кровотечения велика, то такой больной должен быть оперирован в срочном порядке, а временная остановка кровотечения создает условия для подготовки к срочному оперативному вмешательству. Поэтому правильный прогноз рецидива геморрагии может помочь хирургу избежать как неоправданного выжидания, которое

может привести к экстренной операции на высоте рецидива кровотечения, так и необоснованного оперативного вмешательства.

В литературе описаны различные признаки, угрожающие рецидивом кровотечения. Условно их можно разделить на клинические, лабораторные и эндоскопические. Среди клинических и лабораторных признаков наиболее часто указывают на возраст больных старше 60 лет, наличие геморрагического шока при госпитализации, либо тяжелой анемии с уровнем гемоглобина ниже 5-7 г/л и гематокрита менее 30% .

Главный и до сих пор окончательно не решенный вопрос в лечении больных с язвенными кровотечениями касается не первичного гемостаза, а выбора алгоритма дальнейших действий: нужно ли оперировать после остановки кровотечения и если нужно - то когда и по каким показаниям?.

Отсутствие общепринятой концепции лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, сохраняющиеся трудности диагностики локализации и источника кровотечения, противоречия в оценке эффективности временной остановки кровотечения эндоскопическим способом, разногласия в отношении показаний и оптимальных сроков операции, объема оперативного вмешательства, во многом определяют высокий уровень послеоперационных осложнений и летальности. Все эти данные побудили нас еще раз пересмотреть данную патологию.

Таким образом, анализ иностранных и отечественных литератур показали что, исследования посвящённые хирургическому лечению дуоденальных кровотечений язвенного генеза, многочисленны. Но исследователей результаты удовлетворяют не до конца. Анализ данных литературы показывает, что на сегодняшний день существуют перспективы улучшения результатов хирургического лечения язвенных дуоденальных кровотечений. Прежде всего, это разработка доступного для практических хирургов критериев по прогнозированию вероятности рецидива кровотечения с одновременным определением степени риска того или иного оперативного вмешательства.

Важным аспектом решения проблемы лечения дуоденальных кровотечений язвенного генеза является совершенствование предоперационной подготовки, позволяющей предотвратить повторное кровотечение на этапах коррекции постгеморрагической анемии и сопутствующей патологии, что особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста. Далее эта модификация имеющихся и разработка собственных методик малотравматичных операций, применимых как при дуоденальной, так и при желудочной язве.

ГЛАВА II

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клиническая характеристика больных.

На базе кафедры хирургии, урологии и анестезиологии-реаниматологии Андиганского медицинского института за период с 2009 по 2014-е годы по поводу ЯБДПК, с осложненным кровотечением находились на стационарном лечении в экстренном порядке 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.

Следует отметить, что в контрольной группе (2009 по 2011гг.) и в основной группе (с 2012 по 2014гг.) хирургическая тактика отличалась. В этой связи возникла необходимость выделения 2 условных групп.

Распределение контрольной категории больных на группы:

I группа – 70 (42,9%) больных контрольной группы находившиеся в стационарном лечении с 2009 по 2011 годы, по поводу ЯБДПК с осложненным кровотечением, которым было проведена **активно-выжидательная тактика**.

II группа - 93 (57,1%) больных основной группы находившихся в стационарном лечении с 2012 по 2014 годы, по поводу ЯБДПК с осложненным кровотечением, которым было проведено **активно-индивидуализированная тактика** с проведением оперированных вмешательств с учетом особенностей течения, локализации язвы и общего состояния больных с ЯБДПК.

Общеизвестно, что в выборе метода лечения или оперативного вмешательства и в исходах лечения немаловажное значение имеет возраст пациента.

Распределение больных по полу и возрасту в обеих группах представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1

Распределение больных по полу и возрасту.

| Пол | Возраст (по годам) | | | | | | Всего | |
|---------------------------|--------------------|------|-------|------|-----------------|------|-------|------|
| | 20-44 | | 45-59 | | 60 лет и старше | | | |
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Контрольная группа | | | | | | | | |
| Муж | 13 | 18,6 | 25 | 35,7 | 9 | 12,8 | 47 | 67,2 |
| Жен | 9 | 12,8 | 8 | 11,4 | 6 | 8,6 | 23 | 32,8 |
| Итого | 22 | 31,4 | 33 | 47,1 | 15 | 21,4 | 70 | 100 |
| Основная группа | | | | | | | | |
| Муж | 19 | 20,4 | 37 | 39,7 | 12 | 12,9 | 68 | 73,1 |
| Жен | 7 | 7,5 | 11 | 11,8 | 7 | 7,5 | 25 | 26,9 |
| Итого | 26 | 27,9 | 48 | 51,6 | 19 | 20,4 | 93 | 100 |

Как видно из таблицы 2.1., в контрольной группе мужчины составили 47 (67,2%) больных, женщины – 23 (32,8%). В основной группе мужчины составили 68 (73,1%), женщины – 25 (26,9%). При этом, в контрольной группе в возрасте 20-44 года было 22 (31,4%) больных, в возрасте 45-59 лет – 33 (47,1%) и в возрасте 60 лет и старше 15 (21,4%) больных. Возраст пациентов колеблется от 21 до 79 лет, в среднем составив 53 года.

В основной группе больных в возрасте 20-44 года было 26 (27,9%), в возрасте 45-59 лет – 48 (51,6%) и в возрасте 60 лет и старше 19 (20,4%) больных. Возраст пациентов колеблется от 20 до 87 лет, в среднем составив 49 лет.

Итак, основной контингент больных составили лица молодого и зрелого возраста.

При поступлении всем пациентам с острым язвенным кровотечением в нашем 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.

В таблице 2.2., представлено характеристика больных с язвенными кровотечениями по тяжести кровопотери. Так в контрольной группе больных с легкой степенью кровопотери было 21 (30,1%), с средней степенью кровопотери было 25 (35,7%), с тяжелой степенью кровопотери было 16 (22,8%) и больных с крайне тяжелой степенью кровопотери было 8 (11,4%). Тогда как в основной группе больных с легкой степенью кровопотери было 26 (27,9%), с средней степенью кровопотери было 38 (40,8%), с тяжелой степенью кровопотери было 19 (20,5%) и больных с крайне тяжелой степенью кровопотери было 10 (10,8%).

Характеристика больных с язвенными кровотечениями по тяжести кровопотери представлены в таблице №2.2.

Таблица №2.2.

| Степень кровопотери | Контрольная группа | | Основная группа | |
|---------------------|--------------------|------------|-----------------|------------|
| | Абс | % | абс | % |
| Легкая | 21 | 30,1 | 26 | 27,9 |
| Средняя | 25 | 35,7 | 38 | 40,8 |
| Тяжелая | 16 | 22,8 | 19 | 20,5 |
| Крайне тяжелая | 8 | 11,4 | 10 | 10,8 |
| Всего: | 70 | 100 | 93 | 100 |

Пациентам с легкой и средней степенью кровопотери эзофагогастроудоденоскопическое исследование (ЭФГДС) проводили сразу после поступления в приемном отделении, 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 клинико-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, больным основной группы в качестве средства достижения окончательного гемостаза проводилась эрадикационная терапия ЯБ с применением препаратов блокаторов H_2 – рецепторов, с парентеральным введением препаратов ингибиторов протоновой 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 видимого 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 сгустка 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, 1б. Венозное

II. Неактивное кровотечение из язвы. 2а. Некровоточащий видимый сосуд, 2б. Тромб в дне язвы, 2с. Язва с красными или темно-синими пятнами.

III. Язва с чистым дном.

Активность кровотечения у пациентов контрольной и основной группы осложненной язвенной ДПК поступивших в хирургическое отделение по классификации Forrest представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3

| Активность язвенного кровотечения | Пациенты n=163 | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|------------|----------------------|------------|
| | Контрольная группа n=70 | | Основная группа n=93 | |
| | Абс | % | абс | % |
| Forrest 1a | 13 | 18,6 | 19 | 20,4 |
| Forrest 1b | 19 | 27,2 | 25 | 26,9 |
| Forrest 2a | 16 | 22,8 | 16 | 17,2 |
| Forrest 2b | 6 | 8,6 | 9 | 9,8 |
| Forrest 2c | 9 | 12,8 | 13 | 13,9 |
| Forrest 3 | 7 | 10,0 | 11 | 11,8 |
| Всего: | 70 | 100 | 93 | 100 |

Течение ЯБДПК с осложненным кровотечением в обеих группах в зависимости от обращения больных с начала кровотечения, длительности язвенного анамнеза, кровотечений в прошлом и признаков геморрагического шока представлены в таблице №2.4.

Таблица 2.4.

Течение ЯБДПК осложненным кровотечением в контрольной и основной группах.

| Течение ЯБДПК с осложненным кровотечением | Контрольная (n-70) | | Основная (n-93) | |
|---|--------------------|------|-----------------|------|
| | абс | % | абс | % |
| Сроки кровотечений до госпитализации | | | | |
| – до 6 ч | 10 | 14,3 | 18 | 19,4 |
| – 6-12 ч | 12 | 17,1 | 16 | 17,2 |
| – 12-24 ч | 13 | 18,6 | 14 | 15,1 |
| – более 24 ч | 35 | 50,0 | 45 | 48,4 |
| Наличие признаков геморрагического шока | | | | |
| – Да | 4 | 5,8 | 3 | 3,2 |
| – Нет | 66 | 94,2 | 90 | 96,8 |

Как видно из таблицы 2.4., в контрольной группе больных при ЯБДПК осложненной кровотечением обращение в стационар в ранние сроки от начала кровотечения, т.е., в первые 6 часов составило 14,3% а в основной группе 19,4%, в сроки до 12 часов в контрольной группе составило 17,1%, а в основной группе больных составило 17,2%, в сроки до 24 часов в контрольной группе составило 18,6%, а в основной группе 15,1%. Обращение в стационар в поздние сроки т.е., по истечении суток и более от начала кровотечения в контрольной группе было 35 (50,0%), а в основной – 45 (48,4%).

В контрольной группе с наличием геморрагического шока в стационар поступили 4 (5,8%) пациентов, тогда как в основной группе больных с геморрагическим шоком составила 3 (3,2%) больных.

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

На исходы лечения больных не мало важное значение имеет также длительность заболевания. Нами изучены длительность основного заболевания которые способствовали к госпитализации больных в стационар. Течение ЯБДПК с осложненным кровотечением в обеих группах в зависимости от длительности язвенного анамнеза представлены в таблице 2.5.

Таблица 2.5.

Течение ЯБДПК осложненным кровотечением в контрольной и основной группах.

| Длительность язвенного Анамнеза | Контрольная (n-70) | | Основная (n-93) | |
|---------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|
| | абс | % | абс | % |
| – «немое» течение | 11 | 15,7 | 17 | 18,3 |
| – до 5 лет | 28 | 40,0 | 16 | 17,2 |
| – 6-10 лет | 9 | 12,9 | 12 | 12,9 |
| – свыше 10 лет | 22 | 31,4 | 48 | 51,6 |
| Наличие кровотечения в прошлом | | | | |
| – не было | 55 | 78,6 | 61 | 65,6 |
| – 1-2 раза | 6 | 8,6 | 14 | 15,0 |
| – 3 и более раза | 9 | 12,8 | 18 | 19,4 |

Как видно в таблице 2.5., в контрольной группе у больных 11 (15,7%) случаев ЯБДПК впервые проявилась в виде кровотечения из язвы – «немое» течение, а в основной группе у больных - 17 (18,3%). В контрольной группе язвенный анамнез более 10 лет в составил лишь 22 (31,4%) случаев, тогда как в основной – в 48 (51,6%) случаев. У больных с кровотечением в прошлом

наблюдалось в контрольной группе в анамнезе 3 и более раз отмечено в 12,8% случаев, тогда как у пациентов основной группы – в 19,4% случаев.

В сравнительном аспекте, нами также изучена частота сочетанной хирургической и сопутствующей терапевтической патологии при ЯБДПК с осложненным кровотечением. Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии в контрольной и основной группах представлены в таблице 2.6.

Таблица 2.6.

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии.

| Сопутствующая терапевтическая патология | Контрольная группа (n-70) | | Основная группа (n-93) | |
|---|---------------------------|------|------------------------|------|
| | Абс | % | абс | % |
| Гипертонич.Болезнь(ИБС) | 4 | 5,7 | 6 | 6,5 |
| Цирроз печени | 2 | 2,8 | 1 | 1,1 |
| Хр. Холецистит | 2 | 2,8 | 3 | 3,2 |
| Хр. Пиелонефрит | 1 | 1,4 | 2 | 2,2 |
| Ревматоидный артрит | 3 | 4,2 | 3 | 3,2 |
| Всего | 12 | 16,9 | 15 | 16,2 |

Как видно из таблицы 2.6., сопутствующая терапевтическая патология у больных основной группы с ЯБДПК диагностирована в 15 (16,2%) случаев, тогда как в контрольной – в 12 (16,9%).

Наличие сопутствующей терапевтической патологии играло определенную роль на исходы в лечении данной категории больных. Поэтому при поступлении больных, в последующем, проводилась их коррекция, что также способствовало улучшению результатов хирургического лечения.

Во время оперативного вмешательства по поводу ЯБДПК с осложненным кровотечением хирурги нередко сталкиваются со значительными техническими 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. Диаметр и локализация ДЯ в обеих группах отражены в таблице 2.7.

Таблица 2.7.

Диаметр и локализация ДЯ в контрольной и основной группах.

| Диаметр и локализация ДЯ | Контрольная (n-70) | | Основная (n-93) | |
|--------------------------|-----------------------|------------|--------------------|------------|
| | Абс | % | абс | % |
| Диаметр язв ДПК | | | | |
| – до 2 см | 52 | 74,3 | 77 | 82,8 |
| – более 2 см | 18 | 25,7 | 16 | 17,2 |
| В луковице ДПК | | | | |
| – передняя | 28 | 40,0 | 33 | 35,5 |
| – задняя | 4 | 5,8 | 7 | 7,5 |
| – «зеркальные» | 1 | 1,4 | 2 | 2,1 |
| Всего: | 33 | 47,2 | 42 | 45,1 |
| Постбульбарном отделе | | | | |
| – переднее-боковые | 25 | 35,7 | 41 | 44,1 |
| – «зеркальные» | 2 | 2,8 | 4 | 4,3 |
| – Задняя | 10 | 14,3 | 6 | 6,5 |
| Всего: | 37 | 52,8 | 51 | 54,9 |
| Итого: | 70 | 100 | 93 | 100 |

Как видно из таблицы 2.7., при локализации язв в ДПК язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» в основной группе диагностированы в 16 (17,2%) случаев, а в контрольной – в 18 (25,7%).

В контрольной группе больных кровотечение язвы наблюдалось в 33 (47,2%) случаях в луковице ДПК, в 37 (52,8%) случаях в постбульбарном от-

деле ДПК. В основной группе кровотечение язвы наблюдалось в 42 (45,1%) случаях в луковице ДПК и в 51 (54,9%) случаях в постбульбарном отделе ДПК.

2.2. Методы исследования.

Исследование больных с ЯБДПК, как до операции, так и после нее включало:

1. Фиброэндоскопическое исследование.
2. Определение степени тяжести кровопотери по Н.Н.Велигоцкому.
3. Исследование свертывающей и антисвертывающей системы крови.
4. Исследование кала на скрытую кровь.
5. Ультразвуковое исследование (УЗИ).

Эзофагогастродуоденоскопия

Эндоскопия современными моделями фиброэндоскопов в настоящее время является наиболее информативным методом диагностики ЯГДК. Исследование проводили по общепринятой фиброгастродуоденоскопом японских фирм «Olympus» «Asti». При тяжелом состоянии больных исследование выполняли в реанимационном отделении или при необходимости непосредственно на операционном столе.

Эндоскопическое исследование позволяет решить целый ряд диагностических вопросов, таких как характеристика источника кровотечения, оценка его тяжести, при остановившемся кровотечении – оценка угрозы его рецидива и наметить тактику лечения.

Основным критерием, определяющим срочность оперативного вмешательства у больных с кровоточащими язвами, являются данные визуального исследования; оценка диаметра кровоточащего или тромбированного сосуда, размеров и глубины язвы.

Эндоскопическая классификация язвенных кровотечений предложена J.Forrest, и соавт. (1987г.). Приводим ее в связи с тем, что она имеет определенное значение для выработки лечебной тактики:

F-I-A -струйное (артериальное) кровотечение из язвы;

F-I-B - капельное (венозное) кровотечение из язвы;

F-II-A -тромбированные сосуды в дне язвы;

F-II-B - сгусток крови, закрывающий язву;

F-II-C -язва без признаков кровотечения;

F-III - источников кровотечения не обнаружено.

Среди эндоскопических признаков угрозы рецидива выделяют случаи артериального (струйного) кровотечения из язвы (Forrest-I-A) в момент эндоскопического осмотра, так как обычно такие кровотечения после эндоскопической остановки рецидивируют у 80-100% больных. При эндоскопическом исследовании определялись локализация язвенного поражения, его размеры и фаза гемостаза. При продолжающемся кровотечении выполнялась его эндоскопическая остановка, при наличии неустойчивого гемостаза осуществлялись эндоскопические мероприятия по профилактике рецидива геморрагии.

Эндоскопические манипуляции по остановке кровотечения не дали эффекта у 34 больных, которые были оперированы в экстренном порядке. В остальных наблюдениях, в зависимости от тактических подходов, проводилась консервативное лечение, либо прогнозирование вероятности рецидива кровотечения с выполнением срочных операций при его высоком риске.

При осмотре отделов желудка оценивали тонус и эластичность его стенок, состояние складок слизистой оболочки, наличие в просвете и на стенках жидкости и слизи, состояние привратника (деформация, зияние) и ДПК.

Через 10 дней после операции оценивали состояние слизистой желудка и ДПК, МЭФЖ. При оценке анастомоза отмечали его проходимость, степень воспалительных изменений и интенсивность заброса желчи в желудок.

У больных с ЯБДПК выполнена эндоскопическое исследование выполнено в 87 случаях. У 76 больных с ЯБДПК провести эндоскопическое иссле-

дование не удалось (в контрольной – 11; в основной – 65), что было связано с выраженным рвотным рефлексом, а также с ишемической болезнью сердца.

Определение степени тяжести кровопотери

При определении хирургической тактики у больных с ЯГДК важное значение имеет оценка исходного состояния организма больного и степени тяжести кровопотери, которая проводилась согласно методике В.Г.Вебрицкий с соавт. (2004).

Как известно, у больных с ЯГДК значимый клинический дефицит ОЦК развивается постепенно, включаются, механизмы перераспределения внеклеточной жидкости из интерстициального во внутрисосудистый сектор и снижение ОЦК происходит на фоне гемодилюции. Поэтому клиническая картина гиповолемии в этих случаях сочетается со значительной анемией, является подтверждением тяжести кровопотери и позволяет достаточно точно оценивать величину кровопотери.

Исследование свертывающей и антисвертывающей системы крови

Для характеристики свертывающей активности крови были использованы следующие показатели: время свертывания крови, толерантность плазмы к гепарину, время рекальцификации плазмы, фибриноген, тромботест, протромбин, проакцелерин (V фактор), проконвертин (VII фактор), ретракция сгустка, тромбоциты, кальций в сыворотке крови, время кровотечения.

Характер антисвертывающей системы крови определяли по фибринолитической активности, гепариновому времени, содержанию свободного гепарина в крови.

Кровь для исследования брали утром натощак, между 9 - 10 часами иглой без шприца, в количестве 20 мл в градуированные пробирки. Взятие крови производилось со всеми предосторожностями, предупреждающими попадания в нее тканевого сока, ее вспенивание, свертывание и гемолиз. Каждая реакция повторялась 2 - 3 раза.

Определение: времени свертывания крови по Бюркеру, толерантности плазмы к гепарину по Поллеру в модификации В.П.Белуды, времени рекальцификации плазмы по Беркергоф и Рока в модификации В.П.Белуды, гепаринового времени по Н.З.Абросимову, фибриногена в плазме по Р.А.Рутберг, протромбинового индекса по Квику-Туголукову, концентрации проакцелерина по Деви и Вейр, концентрации проконвертина по Оврону и Аас, ретракции сгустка по М.А.Котовщиковой и Б.И.Кузнику, время кровотечения по Дюке, гепаринового числа по Пиптеа, фибринолитической активности крови по М.А.Котовщиковой и Б.И.Кузнику, кальций в сыворотке по Де-Ваарду, степени тромботеста по Нита в модификации М.А.Котовщиковой, количество тромбоцитов по Фолио.

Ультразвуковое исследование (УЗИ).

УЗИ осуществляли на аппарате японской фирмы «TOSHIBA-Sal 35 A» с линейным датчиком. При сочетании ЯБДПК с заболеваниями печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, по показаниям, производили и холецистографию.

Заключение по второй главе.

Использование вышеперечисленных методов исследования, помогли нам в ходе нашей работы в диагностике, в определении расположения язвы её размеров, степени тяжести кровопотери, помогли нам в выборе хирургической тактики.

Немаловажное значение методы исследования сыграли в наблюдении за изменением организма больного в динамике.

Результаты специальных исследований были обработаны методом вариационной статистики по Стьюденту, приведенным в монографии Д.Сепетлиева (Сепетлиев Д. 1968).

Статистическую обработку полученных данных материала проводили с помощью прикладных программ (Microsoft-Windows – 2003) на компьютерах Pentium-IV Intel.

ГЛАВА III

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

3.1. Хирургическая тактика в контрольной группе больных с применением активно-выжидательной тактики.

В хирургическом лечении ЯБДПК, мы, как и подавляющее большинство хирургов учитывали исходное состояние, локализации язвы и её осложнение с кровотечением, клинические варианты дуоденальной язвы, что связано существующим разногласием между сторонниками активно-выжидательной и активно-индивидуализированной тактики.

Как отмечено ранее (см. главу II) предметом нашего исследования явились лишь больные с ЯБДПК осложнениям кровотечения, поступившие в клинику АГМИ в экстренном порядке исследованию консервативному лечению.

В рамках активно-выжидательной тактики, которая использовалось в клиники АГМИ с 2009 по 2011 годы, всем пациентам (контрольная группа) – 70 (42,9%), при поступлении выполняли экстренную эндоскопию в эндоскопическом кабинете приемного отделения. Одновременно определяли клиническую картину болезни: рвота кофейной гущей, наличие дегтеобразного стула, коллапса. Измеряли пульс, АД, частоту дыхания, t тела. Уточняли давность кровотечения, язвенный анамнез и кровотечение в анамнезе, а также, приём аспирина, нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя (амбулаторное или стационарное лечение по поводу ЯБДПК с осложнениям кровотечения – со слов больного и родственников или выписки из И/Б). Физикально оценивали степень шока и кровопотери (ортостатическая проба).

Проводили ЭКГ и лабораторно: Hb, Ht, время свертывания, группа крови и резус - фактор, анализ мочи и R-графию грудной клетки. При активном продолжающемся кровотечении, нарушении сознания, геморрагическом шо-

ке, а также, при острой дыхательной и СС недостаточности больных переводили в отделение реанимации или в палату ИТ.

У больных с контрольной группы ЭФГДС удалось провести у 69 пациентов. Эндоскопическое исследование проводили после зондирования желудка, аспирации и промывания его содержимого до чистых вод.

Оценка источника кровотечения осуществлялась по J.Forrest (1987). Распределение контрольной группы в зависимости от характера кровотечения и способа лечения представлены в таблице № 3.1.

Таблица № 3.1.

Больные контрольной группы с ЯБДПК в зависимости от характера кровотечения и способа лечения.

| Активность язвенного кровотечения | Контрольная группа n=70 | |
|-----------------------------------|----------------------------|------|
| | абс | % |
| Forrest 1a | 13 | 18,6 |
| Forrest 1b | 19 | 27,2 |
| Forrest 2a | 16 | 22,8 |
| Forrest 2b | 6 | 8,6 |
| Forrest 2c | 9 | 12,8 |
| Forrest 3 | 7 | 10,0 |
| Всего: | 70 | 100 |

Как видно из таблицы № 3.1., у 13 (18,6%) больных контрольной группы наблюдалось струйное артериальное кровотечение, у 19 (27,2%) больных наблюдалось венозное кровотечение, у остальных 38 (54,2%) больных признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Во время эндоскопического исследования в контрольной группе больных было проведено анализ диаметра и локализации язв ДПК. Диаметр и локализация ДЯ в контрольной группе представлен в таблице №3.2.

Диаметр и локализация ДЯ в контрольной группе.

| Диаметр и локализация ДЯ | Контрольная (n-70) | |
|--------------------------|-----------------------|-------------|
| | Абс | % |
| Диаметр язв ДПК | | |
| – до 2 см | 52 | 74,3 |
| – более 2 см | 18 | 25,7 |
| В луковице ДПК | | |
| – передняя | 28 | 40,0 |
| – задняя | 4 | 5,8 |
| – «зеркальные» | 1 | 1,4 |
| Всего: | 33 | 47,2 |
| Постбульбарном отделе | | |
| – переднее-боковые | 25 | 35,7 |
| – «зеркальные» | 2 | 2,8 |
| – Задняя | 10 | 14,3 |
| Всего: | 37 | 52,8 |

Как видно из таблицы №3.2., при локализации язв в ДПК язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» диагностированы у 18 (25,7%) пациентов контрольной группы.

В контрольной группе больных кровотечение язвы наблюдалось в 33 (47,2%) случаях в луковице ДПК, в 37 (52,8%) случаях в постбульбарном отделе ДПК.

В контрольной группе всем больным с клинико-эндоскопической картиной продолжающегося кровотечения на фоне инфузионной терапии проводилась системная гемостатическая терапия, в том числе инфузии 5% раствора эpsilon-аминокапроновой кислоты, раствор дицинона (до 1,0 г/сутки), раствор 10% кальция хлорида.

Из 38 больных без признаков продолжающегося кровотечения в ближайшем периоде после проведения консервативных мероприятий у 13 пациентов было выявлено рецидив кровотечения.

Только при неэффективности консервативных методов лечения и при рецидивах кровотечения по жизненным показаниям переходили к оперативным методам лечения. В контрольной группе из 70 больных в 27 (38,5%) случаях было проведено оперативное лечение.

Распределение контрольной группы в зависимости от метода операции представлено в таблице №3.3.

Таблица №3.3.

Контрольная группа в зависимости от срочности и метода операции.

| Характер операции при ЯБДПК | Общее количество операции |
|--|----------------------------------|
| Иссечение язвы+Пилородилятация+Дуоденопластика | 5 (7,2%) |
| СВ+АР ГДА по Б-I по Габереру | 11 (15,7%) |
| СВ+АР ГДА по Б-I по Габереру-Финнею | 7 (10,0%) |
| СВ+АР ГДА по Б-I по Габереру Хачиеву | 2 (2,8%) |
| СВ+АР ГЭА по Б-II по Гофмейтеру Финстреру | 2 (2,8%) |
| Всего | 27 (38,5%) |

Как видно из таблицы №3.3., в рамках активно-выжидательной тактики при ЯБДПК с осложненным кровотечением безуспешности консервативных мероприятий проведенных традиционными способами на фоне продолжающегося кровотечения у 5 (7,2%) пациентов было проведено иссечение язвы+Пилородилятация+Дуоденопластика, в 20 (28,5%) случаях были проведены селективная ваготомия (СВ) + антрум резекция (АР) по Б-I с формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в различных модификациях. И в 2 (2,8%) случаях было проведено СВ+АР ГЭА по Б-II по Гофмейтеру Финстреру.

3.2. Хирургическая тактика в основной группе больных с применением активно-индивидуализированной тактики.

В рамках активно-индивидуализированной тактики, которая использовалась в клинике АГМИ с 2012 по 2014 годы, всем пациентам (основная группа) – 93 (57,1%), при поступлении выполняли экстренную эндоскопию в эндоскопическом кабинете приемного отделения. Одновременно определяли клиническую картину болезни: рвота кофейной гущей, наличие дегтеобразного стула, коллапса. Измеряли пульс, АД, частоту дыхания, t тела. Уточняли давность кровотечения, язвенный анамнез и кровотечение в анамнезе, а также, приём аспирина, нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя (амбулаторное или стационарное лечение по поводу ЯБДПК с осложнениям кровотечения – со слов больного и родственников или выписки из И/Б). Физикально оценивали степень шока и кровопотери (ортостатическая проба).

Проводили ЭКГ и лабораторно: Hb, Ht, время свертывания, группа крови и резус - фактор, анализ мочи и R-графию грудной клетки. При активном продолжающемся кровотечении, нарушении сознания, геморрагическом шоке, а также, при острой дыхательной и СС недостаточности больных переводили в отделение реанимации или в палату ИТ.

У больных с основной группы ЭФГДС удалось провести у 91 пациентов. Эндоскопическое исследование проводили после зондирования желудка, аспирации и промывания его содержимого до чистых вод.

Оценка источника кровотечения осуществлялось по J.Forrest (1987). Распределение контрольной группы в зависимости от характера кровотечения и способа лечения представлены в таблице № 3.4.

У 19 (20,4%) больных основной группы наблюдалось струйное артериальное кровотечение, у 25 (26,9%) больных наблюдалось венозное кровотечение, у остальных 49 (52,7%) больных признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Таблица № 3.4.

Больные основной группы с ЯБДПК в зависимости от характера кровотечения и способа лечения.

| Активность язвенного кровотечения | Основная группа n=93 | |
|-----------------------------------|-------------------------|------|
| | абс | % |
| Forrest 1a | 19 | 20,4 |
| Forrest 1b | 25 | 26,9 |
| Forrest 2a | 16 | 17,2 |
| Forrest 2b | 9 | 9,8 |
| Forrest 2c | 13 | 13,9 |
| Forrest 3 | 11 | 11,8 |
| Всего: | 93 | 100 |

Во время эндоскопического исследования в основной группе больных было проведено анализ диаметра и локализации язв ДПК. Диаметр и локализация ДЯ в основной группе представлен в таблице №3.5.

Таблица №3.5.

| Диаметр и локализация ДЯ | Контрольная (n-70) | |
|--------------------------|-----------------------|------|
| | абс | % |
| Диаметр язв ДПК | | |
| – до 2 см | 77 | 82,8 |
| – более 2 см | 16 | 17,2 |
| В луковице ДПК | | |
| – передняя | 33 | 35,5 |
| – задняя | 7 | 7,5 |
| – «зеркальные» | 2 | 2,1 |
| Всего: | 42 | 45,1 |
| Постбульбарном отделе | | |
| – переднее-боковые | 41 | 44,1 |
| – «зеркальные» | 4 | 4,3 |
| – Задняя | 6 | 6,5 |
| Всего: | 51 | 54,9 |

Как видно из таблицы №3.5., при локализации язв в ДПК язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» диагностированы у 16 (17,2%) пациентов основной группы.

В основной группе больных кровотечение язвы наблюдалось в 42 (45,1%) случаях в луковице ДПК, в 51 (54,9%) случаях в постбульбарном отделе ДПК.

В отличие от контрольной группы в основной группе больных нами пересмотрено консервативные методы лечения.

Консервативные мероприятия в основной группе больных.

Для облегчения выполнения операции и улучшения её исходов, в основной группе нами проводилась целенаправленная комплексная предоперационная подготовка. Первая врачебная помощь заключалась в назначении строго постельного режима, в запрещении приема пищи, в помещении пузыря со льдом или холодной водой на живот, внутримышечном введении 5 мл 1% раствора викасола, в/в медленном введении 10 мл 10% раствора кальция хлорида или глюконата.

При коллапсе больному придавали положение Тренделенбурга и осуществляли в/в вливание плазмозамещающих растворов вначале струйно, а при подъеме АД выше 80 мм.рт.ст.- капельно. Помимо указанных выше мероприятий, особое внимание уделяли ИТТ - (инфузионно-трансфузионная терапия), направленной на восполнение объема циркулирующей жидкости и крови.

Нормализация гемодинамики достигалась умеренной гемодилуцией - поддержание гематокритного числа в пределах 30 и содержания гемоглобина около 100 г/л. ИТТ начинали с устранения дефицита объема циркулирующей жидкости за счет коллоидных среднмолекулярных растворов, улучшающих реологические свойства крови. Реологические среды (реополиглюкин, 5% раствор альбумина и др.) применялись в сочетании с солевыми и глюкозированными растворами. При снижении концентрации гемоглобина ниже 80 г/л

и гематокритного числа до 25 на фоне искусственной гемодилюции проводилось вливание эритроцитарной массы.

Важное значение придавали гемостатическим препаратам: 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 препаратов (блокаторов H_2 -гистамино блокаторы –рантак, ультран-ранитидин, кваматель), препараты блокаторов протоновой помпы (омез, омепразол, пантопрозол).

Лечение постгеморрагической анемии, если кровотечение продолжается, проводили одновременно с его остановкой. Пациента помещали в отделение интенсивной терапии. Срочно катетеризировали центральную вену, быстро оценивали общее состояние и основные клинические признаки кровопотери. Немедленно начинали ИТТ для выведения больного из геморрагического шока, одновременно определяли ЦВД. Выполняли общий анализ крови. Оценивали содержание гемоглобина и гематокрита, а также белков плазмы крови в динамике. Потерю эритроцитов восполняли на 1/3; первоочередная задача – восстановление ОЦК путем переливания плазмы крови и коллоидных растворов (полиглюкин, желатиноль), альбумина и протеина.

При кровопотери более 1 л, сохранение бледности кожи и слизистых оболочек, тахикардии и одышки, несмотря на восполнение ОЦК, переливали эритроцитарную массу.

После улучшения состояния, выведения его из шока выполняли экстренную фиброгастродуоденоскопию. При успешной эндоскопической остановке

кровотечения устанавливали назогастральный зонд для контроля (возможность возобновления кровотечения).

При полноценно восстановленном ОЦК в плане дальнейшего лечения использованы ежедневные очистительные клизмы для скорейшего удаления из кишечника токсичных продуктов распада излившейся крови. Клизму при продолжающемся кровотечении или не восполненном дефиците ОЦК не производили, так как легко можно ввести больного в коллапс.

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 общеизвестную «квадротерапию». «Квадротерапии» нами успешно использованы омепразол 20 мг 2 раза в день, клион по 500 мг 3 раза в день, рокситромицин по 150 мг 2 раза в день и викалин или викаир по 2 таблетки 3 раза в день. Курс «квадротерапии» составлял 7-10 дней.

В основной группе больных из 49 больных без признаков продолжающегося кровотечения в ближайшем периоде после проведения консервативных мероприятий у 9 пациентов было выявлено рецидив кровотечения.

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

В основной группе из 93 больных в 23 (32,8%) случаях было проведено оперативное лечение.

Распределение основной группы в зависимости от метода операции представлено в таблице №3.6.

Таблица №3.6.

Основная группа в зависимости от срочности и метода операции.

| Характер операции при ЯБДПК | Общее количество операции |
|--|---------------------------------|
| Иссечение язвы+Пилородилятация+Дуоденопластика | 12 (12,9%) |
| СВ+АР ГДА по Б-І по Габереру | 7 (7,5%) |
| СВ+АР ГДА по Б-І по Габереру-Финнею | 4 (4,3%) |
| СВ+АР ГДА по Б-І по Габереру Хачиеву | - |
| СВ+АР ГЭА по Б-II по Гофмейтеру Финстреру | - |
| Всего | 23 (32,8%) |

Как видно из таблицы №3.6., у 12 (12,9%) пациентов основной группы было проведено иссечение язвы+Пилородилятация+Дуоденопластика, в 11 (11,8%) случаях были проведены селективная ваготомия (СВ) + антрум резекция (АР) по Б-І с формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в различных модификациях.

3.3. 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. Дуоденоеюнальный переход за счёт выраженности рубцовой или язвенно-рубцовой деформации находится выше, чем в норме. Поэтому, в этих случаях возникает

необходимость выполнения операции Стронга. При этом, надо избегать повреждения поперечно-ободочной кишки, а также верхней брыжеечной артерии и вены.

Иссечение язвы передней стенки ДПК.

Иссечение язвы передней стенки ДПК производится следующим образом: На передней стенке ДПК край язвенного инфильтрата берется на две держалки с боковых краев (Рис. 1а).

Подтягиванием держалок кверху, поднимая переднюю стенку ДПК вместе с язвой производится не клиновидное иссечение, а два полуокруглых разреза строго в поперечном направлении с максимальным сохранением циркулярных мышц ДПК (Рис. 1б).

Через образованные поперечные дефекты насквозь проводится диссектор, которым дополнительно приподнимают боковую стенку кишки вместе с язвой. Производят боковой разрез над инструментом, что предохраняет от повреждений заднюю стенку ДПК.

Пинцетом приподнимается иссеченная часть стенки ДПК вместе с язвой и со стороны слизистой оболочки производят второй боковой разрез. Тем самым иссекается язвенно-кровоточащая измененная передняя стенка ДПК. Производится ревизия задней стенки, дистальной и проксимальной части ДПК на наличие «зеркальной» язвы и определяется состояние пилорического жома (Рис. 1в).

Критерием достаточности иссечения язвы (язвенного рубца) является полное расправление складок луковицы ДПК, конвергированной за счет рубцов, обнажение подслизистых слоев и кровотечение из пересеченной стенки ДПК.

В случаях выявления функционального стеноза до операции, выражающегося во время операции в виде спазма пилорического жома, за счет перифокального воспаления, производят пилородилатацию, при этом доводят диаметр пилорического жома до 22-24 мм (Рис. 1г).

Пилородилататор извлекают после смыкания его концов. После пилородилатации пилорический жом остается в расширенном состоянии, что связано с атонией его мышц.

Следующим этапом операции является обязательное оставление декомпрессионного зонда (Рис. 1д).

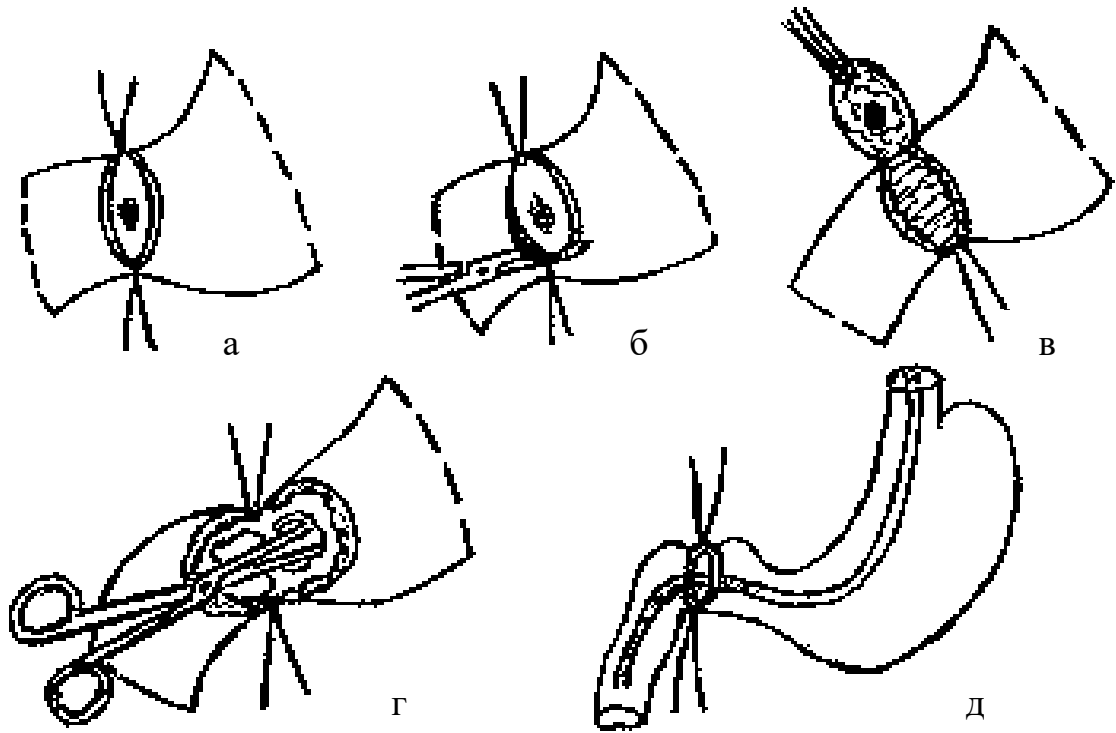


Рис. 1. Этапы иссечения язвы передней стенки ДПК. а- две держалки с боковых краев, б- не клиновидное полукруглое иссечение, в- пилородилатацию, с помощью пилорического жома диаметром до 22-24 мм, д- оставление декомпрессионного зонда.

Дуоденопластика. Дефект на передней стенке ДПК ушивают отдельными серозно-мышечно-подслизистыми внутриузелковыми кетгутовыми швами в поперечном направлении, поверх которого накладывают «П» - образные капроновые швы.

Наряду с неосложненной дуоденальной язвой аналогичным образом иссекаются кровоточащие язвы передней стенки ДПК.

Иссечение язвы задней стенки ДПК.

На переднюю стенку ДПК накладывают две держалки с боковых краев (Рис. 2а). Подтягиванием держалок кверху поднимают стенку ДПК и производят дуоденотомию в поперечном направлении, которая открывает прямой и широкий доступ к задней стенке ДПК (Рис. 2б). Рана расширяется крючками Фарабефа. Производят ревизию дистальной и проксимальной части кишечника, а также пилорический сфинктер (Рис. 2в).

Язва задней стенки ДПК иссекается, окаймляющим разрезом в поперечном направлении до дистального края. Такой прием позволяет избежать травмы поджелудочной железы.

Дефект задней стенки кишки ушивают однорядными узловыми швами (Рис. 2 г). По аналогичной методике иссекаются пенетрирующие и кровоточащие «зеркальные» язвы. Выделение пенетрирующей язвы может привести к травме поджелудочной железы. Поэтому, задняя стенка ДПК и дистальная часть желудка, интимно связанные при данном заболевании с поджелудочной железой, не подлежат мобилизации. Язва иссекается до дистального края т.е. до дна и ушивается однорядными узловыми швами. При этом швы завязывают после их полного наложения, предварительно затянув и сблизив края кишки. Такой прием позволяет избежать травму поджелудочной железы. Далее на переднюю стенку ДПК ставится первый ряд внутриузловых и второй узловые швы (Рис. 2 д, е).

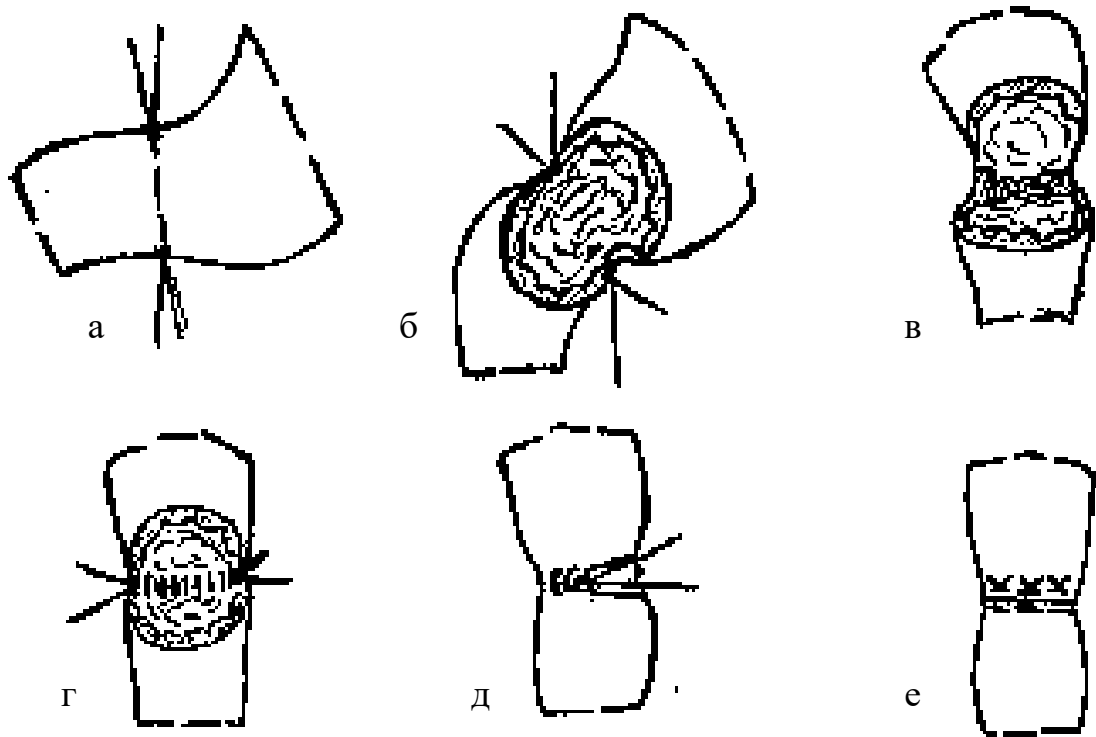


Рис. 2. Этапы иссечения язв задней стенки ДПК. а- две держалки с боковых краев, б- дуоденотомию в поперечном направлении, в- расширение раны, иссечение язвы окаймляющим разрезом в поперечном направлении до дистального края, г- ушивание дефекта задней стенки однорядными узловыми швами, д, е- ушивание передней стенки ДПК первым внутриузловым и вторым узловыми швами.

Данная методика операции, являясь разновидностью мостовидной дуоденопластики, на наш взгляд, имеет следующие преимущества: 1) позволяет сохранить целостность желудка и сфинктер привратника как единое целое, с их нейрососудистыми взаимосвязями, что обеспечивает порционную эвакуацию пищи сохраняя при этом естественный пассаж пищи по желудочно-кишечному тракту; 2) после иссечения язвы с ДП без ваготомии, у больных в ранние сроки после операции восстанавливается пищеварение; 3) пилородилатация приводит к расправлению внутренней стенки и восстановлению просвета пилорического сфинктера, что расширяет показания к данной методике операции; 4) оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию пилородуоденальной области и ДП, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов; 5) техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК, тем самым не нарушая ее дренажную

функцию; б) иссечение в сочетании с «квадротерапией» при тяжелом состоянии больных является радикальным выбором метода лечения дуоденального кровотечения язвенного генеза.

Усовершенствованные методы и технические приемы оперативных вмешательств по поводу дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Разработанные и усовершенствованные технические приемы операции позволили значительно расширить показания к резекционным методам операций и к наложению прямого ГДА по Б-І в модификации Габерера. При невозможности ее наложения формировали терминолатеральный ГДА по Габерер-Финнею и Л.Г.Хачиеву.

Мобилизацию желудка начинаем с большой кривизны, оставляя 2/3 для будущей культы, на границе планируемой резекции накладываем держалки.

Мобилизация производится строго пристеночно с пересечением только терминальных боковых ветвей правой желудочно-сальниковой артерии, тем самым, сохраняя целостность основного ствола. Со стороны большой кривизны на удаляемую часть желудка накладываем зажим перпендикулярно оси желудка протяженностью до 5-6 см, т.е. в 2 раза больше просвета будущего соустья (Рис. 3).

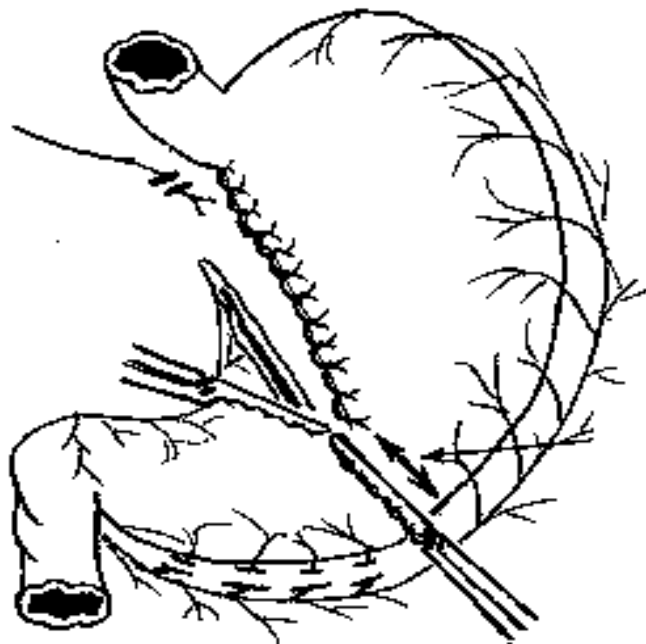


Рис. 3. Схема денервации и деваскуляризации при безжомном способе формирования культи желудка.

После перевязки и пересечения нисходящей ветви левой желудочной артерии со стороны малой кривизны, навстречу первому накладываем второй зажим, над которым поэтапно производится пересечение малой кривизны с наложением узловых кетгутовых швов до кончика инструмента наложенного со стороны большой кривизны желудка.

Перитонизация малой кривизны производится «П» - образными швами капроном или шелком. Накладываем вторую держалку. Над зажимом, наложенным со стороны большой кривизны, рассекается серозная оболочка, и накладываются слизисто-мышечные «гофрирующие» однорядные кетгутовые швы, после которых диаметр отверстия культи желудка уменьшается с 5-6 см. до 2,5 см. Затем резецируется желудок (Рис. 4).

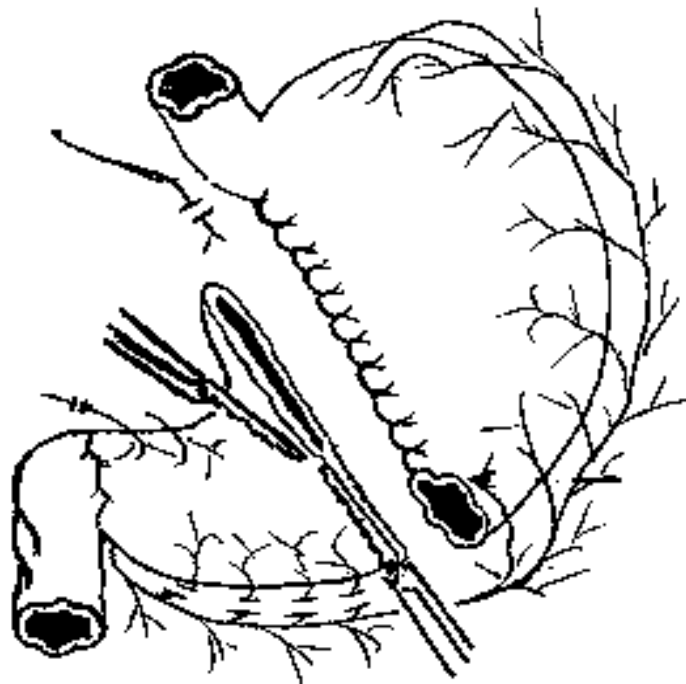


Рис. 4. Внешний вид культи желудка после ее безжомного формирования.

После этого проверяем салфеткой надежность гемостаза «киля» культи желудка и оставляем декомпрессионный зонд.

Предложенный способ РЖ с безжонным формированием культи желудка, на наш взгляд, имеет следующие преимущества: 1) упрощается техника операции, сокращается время ее проведения, уменьшается травматизация тканей культи желудка; 2) сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение сохраненных частей желудка; 3) иссечением малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии и удаляется зона наибольшего расположения обкладочных клеток; 4) адекватно корректируется нервно-рефлекторная и гуморальная фазы желудочной секреции, что обеспечивает надежность оперативного вмешательства; 5) сохраняется значительная часть желудка со стороны большой кривизны, обеспечивая ее резервуарную функцию; 6) наложение «гофрирующих» слизисто-мышечных швов обеспечивает надежный гемостаз и способствует дополнительной механической задержке пищи; 7) сохранение значительной части желудка со стороны ее большей кривизны расширяет показания к наложению анастомоза по принципу Бильрот-I.

При резекции желудка по Бильрот-I в модификациях Габерер, Габерер Финней и Хачиева с формированием ГДА производится мобилизация дистальной части желудка, подлежащего удалению. При локализации язвы на передней и/или боковых стенках луковиц ДПК, когда имеется возможность последующего удаления дистальной части желудка вместе с язвой, на заднюю стенку начальной части ДПК предварительно накладывается первый ряд швов из не рассасывающегося шовного материала.

После этого резецируется дистальная часть желудка вместе с язвой и накладывается второй ряд кетгутовых швов. Тем самым формируется задняя губа анастомоза. До закрытия передней губы анастомоза следующим этапом мы обязательно оставляем декомпрессионный зонд. Затем формируем переднюю губу анастомоза (Рис. 5).

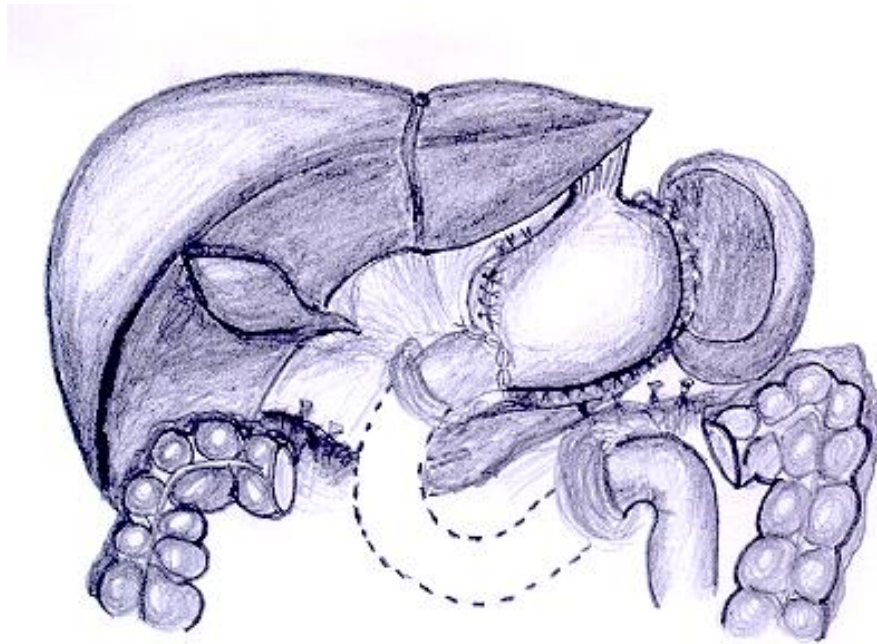


Рис. 5. Окончательный вид резекции желудка по Бильрот-I с ГДА.

При резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гомейстера Финстрера с формированием ГЭА производится мобилизация дистальной части желудка, подлежащего удалению. После этого резецируется дистальная часть желудка вместе с язвой.

Для укрытия культи ДПК накладываются два полукисетных 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. Далее формируется ГЭА по Гофмейтеру финстреру (Рис. 6).

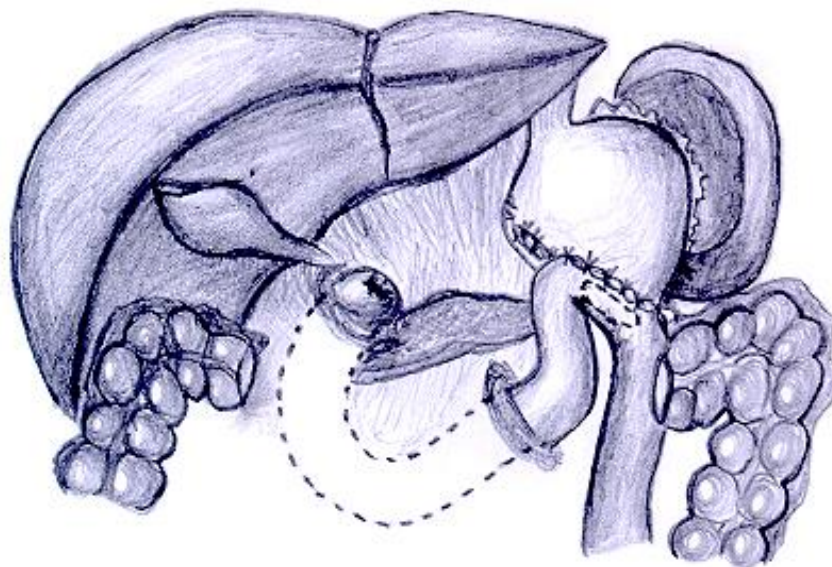


Рис. 6. Окончательный вид после резекции желудка в с формированием ГЭА по Бильрот-II Гофмейтеру Финстреру.

При операциях с сохранением дуоденального пассажа пищи считаем обязательным оставление декомпрессионного зонда.

Методика введения. До операции в желудок вводится толстый желудочный зонд. После формирования задней губы анастомоза (при операции по принципу Б-I) или после иссечения язвы ДПК в ее просвет на 5-10 см ниже связки Трейтца вводится дистальный конец заранее приготовленного зонда. При РЖ по Б-II дистальный конец зонда устанавливается в приводящей петле. Проксимальный конец хлорвинильного зонда привязывается к желудочному зонду, извлекается вместе с ним и фиксируется к носу пациента.

После формирования анастомоза начинали аспирацию содержимое желудка и кишечника. Физиологическим раствором или раствором фурацилина промывали желудок до «чистых» вод. Обычно, через 1,5-2 часа после наркоза с помощью декомпрессионного зонда начинали активную аспирацию, что предотвращало растяжение желудка, рвоту или срыгивание.

Все это создавало благоприятные условия для заживления линии швов анастомозов и дуоденопластики. Уменьшались воспалительные явления в пилородуоденальной области, т.к. активно удалялись разлагающие органиче-

ские вещества (кровь, слизь, мокрота и желудочный сок). В результате этого предупреждались парез культи желудка и кишечника, так как в кишечник не поступали вещества, при разложении которых образуются ферменты и токсины. Это способствовало уменьшению ранних послеоперационных осложнений и сокращению сроков постельного режима и послеоперационного пребывания больного в стационаре.

Оставление хлорвинильного зонда имеет следующие преимущества: 1) методика малотравматична, исключается повторное зондирование, что облегчает течение послеоперационного периода для больного и работу медицинского персонала; 2) создается постоянная декомпрессия области анастомозов и культи ДПК, а также происходит раннее восстановление МЭФЖ, что является профилактикой застойных явлений и несостоятельности швов; 3) непосредственно за операционным столом, до окончания операции, удаляется излившаяся кровь как источник интоксикации; 4) имеется возможность контроля гемостаза и герметичности анастомозов до пластики передней брюшной стенки.

При выполнении операций по поводу «трудных» ДЯ возникают сложности с ушиванием дуоденальной культи. Вот здесь то и таится угроза ее несостоятельности. Весьма многочисленные предложения по профилактике несостоятельности дуоденальной культи при «трудных» язвах, на наш взгляд, сложнее, чем наложение ГДА. Вместе с тем, его наложение возможно лишь при наличии 4-5 мм ткани задней стенки ДПК, даже если эта часть стенки представляет собой рубцовую ткань.

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 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 ТЛА. РЖ в модификации Габерер-Финнея в вышеперечисленных ситуациях являются незаменимыми, расширяя показания к наложению анастомоза с сохранением естественного пассажа пищи. Более широкое применение РЖ по Б-I связано не только с желанием сохранить естественный пассаж, сколько с преимуществами такого анастомоза, при трудностях ушивания культи ДПК.

Однако, в практической хирургии применение «традиционного» варианта формирования культи желудка в 70-80% случаев не позволяет накладывать анастомоз по первому принципу Бильрот. Из них основным недостатком является то, что при «традиционной» РЖ её культи значительно теряет резервуарную способность, что часто ведет к вынужденному формированию анастомоза по принципу Бильрот-II. В этой связи сотрудниками нашего отделения разработан ряд методик и технических приёмов операций при РЖ.

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 должно 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 кетгутом. Затем накладывается исследуемый ряд слизисто-мышечных кетгутовых 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.

Перед наложением швов на переднюю губу анастомоза по обеим сторонам необходимо обязательно наложить «П» - образные швы – «замки» основанием кнутри анастомоза. Так как они технически облегчают сопоставление сшиваемых краев и выдерживают основную нагрузку, приходящую на об-

ласть анастомоза в раннем послеоперационном периоде, что также является одной из мер в профилактике несостоятельности их швов.

Передняя губа анастомоза ушивается однорядным, вворачивающимся швом с захватом серозно-мышечно-подслизистого слоя, начиная со 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. Второй ряд серозно-мышечных швов устанавливается в промежутке между первым рядом швов. Следует отметить, что при завязывании швов передней губы анастомоза узлы должны находиться на передней стенке культи желудка, т.к. ее стенка прочнее, чем ДПК. Этим самым дополнительно увеличивается прочность анастомоза.

Пересечение дистальной части желудка после формирования её культи позволило нам рассекать спайки и сращения его с прилежащими органами, что сводило к минимуму травму поджелудочной железы и начальной части ДПК. Вместе с тем, создавались благоприятные условия для формирования анастомозов по Б-І. При разъединении дистальной части желудка, подлежащей удалению, от ДПК раздавливающий зажим накладывается на 0,5-1,0 см выше границы кишки. На ДПК с боковых краев предварительно накладываются швы-держалки. Разъединение желудка от ДПК целесообразно начинать со стороны её задней стенки. Для профилактики загрязнения за счёт истечения содержимого ДПК до рассечения передней стенки кишки через отверстие образованное в задней стенке, необходимо ввести марлевую салфетку.

Но надо помнить, что есть обстоятельства, которые не всегда позволяют выполнить РЖ в модификациях Б-І. 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-ІІ.

При выполнении РЖ на «выключение» язвы ДПК, мы, как и другие авторы выделяем ряд обязательных этапов операции. Среди них важнейшими

является: демукотизация, сохранение хорошего питания культуры ДПК, тщательный гемостаз при формировании серозно-мышечной манжетки, скрупулезное соблюдение асептики и надежное ушивание дуоденальной культуры. Этим требованиям в наибольшей степени отвечает способ укрытия культуры ДПК, после формирования культуры желудка по «методике клиники».

Небрежная работа хирурга, захват тканей поджелудочной железы в зажимы или грубое прошивание, нередко чревато развитием послеоперационного панкреатита с активацией желудочного сока и развитием несостоятельности швов культуры ДПК или анастомоза. Поэтому, при манипуляциях на язве задней стенки ДПК иссекали ее лишь до дна и на это место перемещали дистальный конец культуры 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 предохра-

делено, 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 подозрении на злокачественный характер кровоточащей язвы желудка РЖ производили с соблюдением онкологических принципов. При постбульбарных язвах нами использовалась РЖ для «выключения» ДЯ в модификации Гофмейстер-Финстерер. При этом ДЯ иссекалась лишь до дистального края, т.е. производилась мукоэктомия, что предотвращало травму поджелудочной железы и желчных протоков.

При локализации кровоточащей 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 кровоточащей язвы ограничивались прошиванием кровоточащего сосуда. При прошивании язвы считаем целесообразным накладывание Z-образного шва.

3.4. Послеоперационное ведение больных.

Ведение послеоперационного периода у больных, основной группы в отличие от контрольной был сугубо индивидуальным. При этом было внесено ряд корректив и поправок. К тому же все этапы: диагностика, предоперационная подготовка, выбор метода операции и послеоперационное ведение нами рассматривались как единое целое. Ни один из этих этапов второстепенного значения не имел.

После операции рекомендовали как можно более раннее вставание с постели, но не против желания больного. Клинические дыхательные, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, метаболические, эндокринные и другие нарушения быстрее нормализовались при активном ведении послеоперационного периода. Также проводили контроль состояния послеоперационного шва. Сухие повязки лучше влажных, меняли их по мере промокания или загрязнения либо при отклеивании. Принципиальная ежедневная смена повязок

излишня. Необычно болезненная или чувствительная рана обычно была инфицированной. Они появлялись раньше, чем классические симптомы воспаления. Для предупреждения осложнений со стороны дыхательной системы послеоперационное лечение начинали с интратрахеальной аспирации до окончания анестезии. Интубационную трубку (анестезиологами) не удаляли до тех пор, пока не убеждались в адекватности самостоятельной легочной вентиляции.

Начиная с первых суток проводили дыхательную гимнастику (глубокий вдох и выдох с откашливанием, надувание резиновых мешочков), инъекции сульфокамфокаина (10% по 2 мл подкожно 2-3 раза в сутки), массаж грудной клетки, частое поворачивание в постели и раннее вставание, полноценное откашливание мокроты и глубокое дыхание, а также и симптоматическую терапию (при сопутствующей терапевтической патологии). Для профилактики ТЭО важны поддержание оптимального ОЦК и применение средств, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин), лечебная гимнастика, эластическое бинтование голеней и др.

С целью специфической профилактики от ТЭЛА под контролем свёртывающей системы крови в течении в первые 4-5 суток после операции нами применялся фраксипарин (клексан) по 0,4 мл подкожно 1 раз в сутки. Затем в течении 4 – 5 суток назначали фенилин, а с 6-7 суток никотиновую кислоту, папаверин и др. Относительным показанием, к использованию антикоагулянтов, является пожилой возраст, выраженные атеросклеротические изменения, ожирение, указания на перенесенный ранее инфаркт миокарда, наличие хронического тромбоза нижних конечностей. В этих случаях с первых суток назначали антикоагулянты непрямого действия (фенилин по 0,1x2 раза в день) под контролем ПТИ.

На 2-3-и сутки обычно восстанавливалась перистальтика ЖКТ. На 5–7 сутки после контрольной контрастной рентгенографии удаляли назогастральный зонд (количество отделяемого, часто интенсивно окрашенного желчью, составляет по нему обычно от 100 до 300 мл за сутки) и разрешали

больному пить. Сначала 1 стакан на сутки (кипяченая или минеральная вода без газа, несладкий жидкий чай с лимоном мелкими глотками по мере возникновения жажды), затем 3-4 стакана жидкости (на следующие сутки, состав жидкости тот же). В следующие сутки при отсутствии осложнений разрешали пить без ограничения, но малыми порциями. В это время рекомендовали принимать нежирный бульон, кисель, морс, молочно-кислые продукты, несладкие соки. Внутривенные вливания, как правило, прекращали. На вторые сутки стимулировали функцию кишечника путем внутримышечного введения церукала, реглана (по 2 мл 2-3 раза) или прозерина (по 1 мл п/к), вводили бискодиловые свечи в анус каждые 3-4 часа.

Далее (5-6-е сутки) назначали более плотную, но щадящую диету - слизистые супы, жидкие каши и пюре, вареную нежирную рыбу, сыр, мясо в виде паровых рубленых котлет, тефтелей и др. На 7-8-е сутки снимали швы с раны, выполняли контрольные анализы крови и мочи. Ко времени выписки (9-11-е сутки) пациент питался в пределах диеты № 1, вполне активен и практически не предъявлял никаких жалоб. Без каких-либо специальных показаний ни рентгенологическое, ни эндоскопическое исследование в это время ему не проводились.

При выписке рекомендовалось ограничение физической нагрузки, соблюдение режима питания и постепенного расширения диеты, а также санаторно-курортного лечения.

3.5. Современные принципы активной-индивидуализированной тактики лечения дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Неудовлетворенность результатами лечения больных контрольной группы при ЯБДПК побудила нас переосмыслить эти упущения. Для этого потребовалось определенное время. В последующем, с 2009 по 2012 года при лечении ЯБДПК с осложнением кровотечения мы пересмотрели хирургическую тактику.

По нашему мнению, необходим строгий индивидуальный подход к выбору показаний, сроков и методов оперативных вмешательств, с учетом всех

основных факторов: тяжести, объема, темпа кровопотери; локализации и «трудности» язвы; размеров и визуальной оценки язвенного субстрата и аррозированного сосуда; возраста, сопутствующей патологии и анамнеза; длительности кровотечения и наличия постгеморрагического шока.

Комплексная оценка этих факторов позволяет сформулировать лечебно-диагностическую тактику при острых язвенных кровотечениях как активную - индивидуализированную. Она складывается из: 1– активной диагностической, 2– индивидуально-активной хирургической тактики и 3- ранние плановые операции.

1. Активная диагностическая тактика предусматривает срочное определение объема кровопотери и экстренное эндоскопическое исследование с установлением локализации, размеров и характера язвы, характера и размеров аррозированного сосуда или тромба, с прогностической оценкой характера, темпа и возможности рецидива кровотечения после его остановки. Также определяли сроки от начала кровотечения до поступления в стационар и его клинические проявления, отражающие темп, интенсивность кровотечения, а также оценить: кровотечение продолжающееся или остановившееся.

Одновременно изучали анамнез жизни на предмет наличия сопутствующей терапевтической патологии, а также наличия сочетанной хирургической патологии. Проводилось клиническое и лабораторное исследование позволяющая определить исходное состояние больного.

В желудок вводили назогастроуденальный зонд, посредством которого проводилась аспирация и промывание холодной водой до чистых вод с проведением криолаважа с норадреналином. Этим самым мы подготавливали больного для проведения эндоскопического исследования.

После проведения вышеизложенных процедур мы оценивали состояние больного на наличие у него постгеморрагического шока, о котором свидетельствовали систолическое АД ниже 90 мм.рт.ст. пульс чаще 100 уд/мин. При его диагностировании мы выводили больного из этого состояния, затем проводили экстренную эндоскопию.

Одновременно определяли клиническую картину болезни: рвота кофейной гущей, наличие дегтеобразного стула, коллапса. Измеряли пульс, АД, частоту дыхания, температуру тела. Уточняли давность кровотечения, язвенный анамнез и кровотечение в анамнезе, а также, приём аспирина, нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя (амбулаторное или стационарное лечение по поводу ЯБ – со слов больного и родственников или выписки из И/Б). Физикально оценивали степень шока и кровопотери (ортостатическая проба). Проводили ЭКГ и лабораторную диагностику (Hb, Ht, время свертывания крови, группа крови и резус - фактор, показатели свертывающей и антисвертывающей системы, анализ мочи и рентгенографию грудной клетки). При диагностировании активного продолжающегося кровотечения, нарушения сознания, геморрагического шока, а также, при острой дыхательной и СС недостаточности больных переводили в отделение реанимации или в палату интенсивной терапии и даже в операционную.

В таких случаях диагностическая эндоскопия должна проводится под защитой инфузии кровезаменителей, крови и препаратов крови под наблюдением врача врача-анестезиолога. В urgentных случаях мы проводили эндоскопию непосредственно на операционном столе после интубации и введения больного в наркоз. В таких ситуациях эндоскопия входило в состав реанимационно-диагностических мероприятий. Одновременно с диагностикой, эндоскопия преследовала лечебные цели по остановке кровотечения путем локального орошения гемостатическими препаратами, коагуляции кровоточащего сосуда.

2. Активная-индивидуализированная хирургическая тактика предусматривает на основании учета объема кровопотери, данных эндоскопии и всех указанных выше факторов, установление показаний и проведение оперативных вмешательств, которые по срокам выполнения необходимо распределить на следующие группы: 1 – экстренные операции или операции «на высоте» кровотечения – выполняются по жизненным показателям, к которым относятся: а – продолжающееся профузное кровотечение; б – ранний реци-

див профузного кровотечения в стационаре; 2 – отсроченные операции – вмешательства которые выполняются после остановки кровотечения, однако их выполнение не должно затягиваться на срок, превышающий 2-3 суток. Это положение касается больных, имеющих в большинстве случаев абсолютные показания для оперативного лечения язвенной болезни, когда остается очень реальная угроза рецидива профузного кровотечения.

Попытки во что бы то ни стало добиться остановки кровотечения и затяжки с операцией, приводят часто к рецидиву профузного кровотечения, резко ухудшающего и без того тяжелое состояние больного. Особенно не следует затягивать с операцией у лиц старше 60 лет, крайне плохо переносящих рецидивы профузного кровотечения. Так как именно в пожилом возрасте при многолетнем анамнезе, обнаруживаются наиболее грубые морфологические изменения со стороны желудка и ДПК, а также со стороны аррозированных сосудов, имеющих выраженное склеротические поражения, что также увеличивает угрозу рецидива кровотечения. Поэтому их лучше оперировать в первые 2-3 суток с момента поступления, проведя вышеперечисленные обследования и начальное восполнение кровопотери, продолжив его во время операции в послеоперационном периоде.

3. Ранние плановые операции выполняется у больных, имеющих большей частью относительные показания для хирургического лечения ЯБ, при условии достижения стабильного гемостаза. К ним относятся следующие: а - наличие длительного язвенного анамнеза; б – неэффективность предшествовавшего кровотечению курса терапевтического лечения (даже одного); в – повторное кровотечение; г – наличие хронической каллѐзной язвы (эндоскопически или рентгенологически подтвержденной), хотя и впервые выявленной. Им можно проводить полное клиническое обследование и предоперационную подготовку с восполнением кровопотери. Операции выполняются не выписывая больного из стационара. Хирургическое лечение у лиц пожилых может не выполняться при наличии противопоказаний за счет крайне тяжелой сопутствующей патологии, как правило, при декомпенсации

Если итог сложения всех интегральных показателей достигает 2 или 3 баллов, это даёт основание прогнозировать развитие рецидива кровотечения.

Таким образом, суммируя изложенное выше появляется возможность выделить три категории больных язвенными кровотечениями:

первая - кровотечение состоялось, остановилось и возобновление его не предвидится в данный госпитальный период. Они подлежат сугубо консервативному лечению, показания к операции, как выбор объема и метода её выполнения решаются так же, как и при хронической ЯБДПК;

вторая - кровотечение продолжается и не поддается остановке. Они подлежат оперативному лечению в не зависимости от того, поступил ли больной с продолжающимся кровотечением или возник рецидив кровотечения в стационаре. Если кровотечение, невозможно остановить никакими другими методами, кроме хирургического, следует немедленно оперировать;

третья - кровотечение остановилось само или было остановлено специальными мероприятиями, но в соответствии с оценочными критериями прогнозируется его рецидив. Они подлежат оперативному лечению в срочном порядке после короткой предоперационной подготовки в течение первых 24 часов.

Такой временной интервал выбран тем, чтобы исключить операции «по дежурству» с одной стороны, иметь время для адекватной короткой подготовки с другой и выполнить вмешательство до развития рецидива с третьей.

Такое разделение даёт возможность чётко выстроить тактику лечения, которая основывается на жестких принципах, а не на интуитивной оценке ситуации хирургом, что естественно, всегда субъективно. Выделение 3 групп в зависимости от клинических, лабораторных и эндоскопических признаков позволяет четко сформулировать тактический подход.

В рамках активной – индивидуализированной тактики больным основной группы с ЯБДПК осложнением кровотечения на фоне хирургической активно-индивидуализированной тактики мероприятий при кровотечении из язвы ДПК у 23 (32,8%) случаях произведены оперативные вмешательства.

В отличие от больных контрольной группы придерживаясь активно-индивидуализированной тактики во всех 23 случаях произведены оперативные вмешательства в срочном порядке. Так при иссечении ДЯ, дуоденопластика пилородилятация в 12 случаях произведена, СВ+АР ГДА по Б-І в различных модификациях 11 случаев, СВ+АР+ГЭА по Гофмейстеру в нашем случае не наблюдалось. Послеоперационное течение у всех больных гладкое, без осложнений.

Следует отметить, что в 12 случаях произведено иссечение ДЯ с ДП без ваготомии. Хотя эта операция не воздействует на кислотопродуцирующую функцию желудка, при ней удаляется сам патологический субстрат как источник болевых импульсаций и осложнения ЯБ, сохраняется многогранная функция пилорического жома, пилородилятацией восстанавливается проходимость кишечной трубки. Этим больным назначали «квадротерапию» и данный курс рекомендовали в течении 2 лет в осенний - весенний периоды в амбулаторном порядке. Этим самым достигался эффект медикаментозной ваготомии.

Заключение по третьей главе.

В целом, хирургическая тактика должна основываться на данных эндоскопических критериев с учетом тяжести, и темпа кровопотери, диаметра и локализации источника кровотечения; осложнений ЯБ, а также сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, т.е. должна быть активной диагностической и индивидуальной при выборе сроков и методов операции. Предложенная тактика, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода. При этом мы старались исключить операции «по дежурству». В рамках сформулированной декларации необходимо подчеркнуть, что использованный в данном исследовании алгоритм прогноза рецидива является достаточно простым и достоверным.

При ЯБДПК, обязательным условием успешной профилактики рецидива кровотечения и подавления кислотно-пептического фактора должно быть использование «квадротерапии» по схеме омепразол + викаир (или викалин) + рокситромицин + клион. Применение в программе вынужденного консервативного лечения при высокой степени риска рецидива кровотечения «квадротерапии» позволяет в значительном проценте случаев избежать его.

К тому же, «квадротерапию» с успехом назначали в виде «медикаментозной ваготомии у больных перенесших иссечение без ваготомии.

ГЛАВА IV

Ближайшие результаты хирургического лечения при дуоденальных кровотечениях язвенного генеза.

4.1. Сравнительная оценка ближайших результатов.

Одностороннее решение проблемы снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности не дают должного эффекта. Только комплексное решение всех сторон данной проблемы во время дооперационной подготовки, во время операции и послеоперационном ведении позволит свести к минимуму число послеоперационных осложнений и летальности.

При изучении результатов хирургического лечения исследуемого контингента больных мы обращали внимание на срочность и выбор оперативного вмешательства, характер заболевания, способ формирования анастомоза, на ошибки и упущения, допущенные во время предоперационной подготовки, во время операции и в послеоперационном ведении больных.

Возникшие осложнения в контрольной и основной группе мы разделили на две группы. Такое подразделение было проведено на основании оценки характера осложнений, возникших у наших больных, и на наш взгляд, оно в полном объеме позволило провести анализ результатов выполненных операций.

1. Осложнение связанные с оперативным вмешательством: несостоятельность швов, анастомозит, кровотечение.
2. Осложнения общего характера, бронхолегочные, сердечно-сосудистые и раневые осложнения.

4.1.1. Ближайшие результаты у больных контрольной группы.

В контрольной группе больных из 70 пациентов к оперативному вмешательству были подвергнуты 27 (38,5%) больных. Из них иссечение язвы+Пилородилатация+Дуоденопластика было проведена у 5 (7,2%) больных, селективная ваготомия (СВ) + антрум резекция (АР) с формированием га-

стродуоденоанастомоза (ГДА) по Б-I по Габереру было проведена у 11 (15,7%), СВ+АР с формированием ГДА по Б-I по Габереру-Финнею было проведена у 7 (10,0%) больных, СВ+АР формирование ГДА по Б-I по Габереру Хачиеву было проведена у 2 (2,8%) больных и СВ+АР формирование гастроэнтероанастомоза (ГЭА) по Б-II по Гофмейтеру Финстреру было проведена у 2 (2,8%) больных.

Число осложнений, связанных с этими видами оперативных вмешательств и осложнения общего характера, а также связанная с ними послеоперационная летальность в контрольной группе приведены в таблице 4.1.

Таблица 4.1.

Частота и характер послеоперационных осложнений и летальности в контрольной группе в зависимости от вида операций.

| Характер осложнений | Вид анастомоза | | | Всего | Релапаротомии | Летальность |
|---|----------------|------|-----|----------|---------------|-------------|
| | А | Б | В | | | |
| | n-5 | n-20 | n-2 | n-27 | | |
| I - Осложнения характерные для операций: | | | | | | |
| 1. Несостоятельность швов | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Анастомозит | - | 1 | - | 1 | - | - |
| 3. Кровотечение | 1 | 1 | - | 2 | - | - |
| Всего: абс/% | 1 | 2 | 1 | 4 (14,8) | 1 (3,7) | 1 (3,7) |
| II – осложнения общего характера: | | | | | | |
| 1. Бронхолегочные | 1 | 1 | - | 2 | - | - |
| 2. Сердечно-сосудистые | 1 | 2 | 1 | 4 | - | - |
| 3. Раневые осложнения | 1 | 1 | 1 | 3 | - | - |
| Всего: абс/% | 3 | 4 | 2 | 9 (33,3) | - | - |

Примечание:

А- больные перенесшие иссечение дуоденальной язвы;

Б- больные перенесшие РЖ с формированием ГДА в модификациях по Бильроту I;

В- больные перенесшие РЖ с формированием ГЭА в модификации по Бильроту II.

Как видно из таблицы 4.1. в контрольной группе из 27 больных оперированных по поводу дуоденального кровотечения язвенного генеза осложнения характерные для операции наблюдалось в 4 (14,8%) случаях. Из них несостоятельность швов культи ДПК при РЖ по Бильроту II в модификации

Гофмейтера Финстрера наблюдался у 1 (3,7%) больного, анастомозит зоны анастомоза наблюдался у 1 (3,7%) больного при РЖ по Бильроту I в модификации Габерера, кровотечение из зоны анастомозов наблюдался у 2 (7,4%) больных (при иссечении язвы 1 случае и при РЖ Бильроту I в модификации Габерера - 1). Релапаротомия в дальнейшем с летальным исходом наблюдался в 1 (3,7%) случае, что было связано с несостоятельностью швов культи ДПК при РЖ по Бильроту II в модификации Гофмейстера Финстрера.

В контрольной группе больных осложнения общего характера встречались в 9 (33,3%) случаях. Так бронхолегочные осложнения было выявлено в 2 случаях, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдался в 4 случаях и осложнение со стороны послеоперационной раны наблюдался в 3 случаях.

Анализ осложнений раннего послеоперационного периода связанных с оперативным вмешательством у больных контрольной группы показал, что в отдельных случаях имело место чрез мерного увеличения объема операции, что явилось причиной летального исхода. Приводим пример.

Больной М., И/Б №7627/637. 1958 г. р. Поступил в 3 хирургическое отделение с диагнозом «Хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Осложнения: Кровотечения».

Жалобы: на рвоту типа кофейной гущи, кал черного стула, отсутствие аппетита, слабость.

Из анамнеза: считает себя больным 3 дней.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное. Сер- тоны приглушены, ритмичные. АД 100/60 мм. рт. ст. пульс 96 в мин. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Газы и стул отходят. Стул черного цвета. Мочевыделение регулярное.

Обследован: общий анализ крови Нв- 76 г/л; Эр- 3,2; ЦП- 0,6; L- 6,8; п/я- 9; с/я- 55; эоз- 1; лимф-32; мон- 4; СОЭ- 18.

Биохимия крови- билирубин 5,5; общ- 13,9; АСТ- 0,16; АЛТ- 1,21; креатинин- 86,5; глюкоза- 5,6.

ЭКГ- Синусовая тахикардия; ишемия миокарда.

УЗИ- патологии органов брюшной полости не обнаружено.

Рентген- патологии органов грудной клетки и органов брюшной полости не обнаружено.

ЭФГДС- в задней стенке ДПК определяется язва диаметром 0,5 см покрытый тромбом.

5.05.2009 года произведена операция №203. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии желудка было выявлено язва ДПК. Больному произведена селективная ваготомия + антрум резекция желудка с формированием ГЭА по принципу Бильрот II в модификации Гофмейтера Финстрера. Подпеченочное пространство дренирована дренажными трубками, санирована и зашита послойно.

Послеоперационный диагноз: Хроническая язвенная болезнь ДПК. Осложнения: кровотечение.

10.05.2009 года состояние больного в динамике стало резко ухудшаться, из дренажной рубки установленной в подпеченочном пространстве начала выходить желч и в 18⁰⁰ часов решено произвести релапаротомию по поводу перитонита на почве несостоятельности швов культы ДПК.

10.05.2009 в 19⁰⁰ –21⁰⁰ произведена релапаротомия, операция №204.

Во время ревизии в подпеченочном пространстве, в правом боковом канале и в малом тазу было выявлено 400-500 мл желч. В культе ДПК обнаружен несостоятельность швов.

Наложены дополнительные швы на культю ДПК. Произведена санация брюшной полости.

12.05.2009 г. в 21³⁰ состояние больного стало вновь ухудшаться. Несмотря на комплексные интенсивные реанимационные мероприятия 14.05.2009 года наступил летальный исход от явлений продолжающегося перитонита, интоксикации организма, сердечно-сосудистой и легочной недостаточности.

Анализ данного случая показал, что на фоне кровотечения из язвы ДПК и истощения организма имелась чрезмерное увеличение объема операции.

Необходимо отметить, что развитию летального исхода способствовал несостоятельность швов культю ДПК, что способствовало добавлению перитонита, глубокой интоксикации организма, обострению сопутствующих заболеваний.

По мере накопления опыта работы с данным контингентом больных мы выделили наиболее часто встречающиеся и возможные технические ошибки операции. В частности, это: превышение объема операции; проводить оперативные вмешательства без учета ОЦК; не восстановление потерянной крови.

В ближайшем послеоперационном периоде у данного контингента больных наряду с техническими могут быть допущены следующие тактические

ошибки: запоздалая активация больного в постели; недостаточный контроль за гемодинамическими нарушениями; неполноценная профилактика послеоперационных легочных, сердечно-сосудистых и тромбоэмболических осложнений; неполноценное проведение стимуляции кишечника при парезе; недостаточный контроль диуреза; недостаточное проведение трансфузионной терапии; недостаточный контроль за раной.

4.1.2. Ближайшие результаты у больных основной группы.

Неудовлетворительность результатами хирургического лечения больных контрольной группы вызвало настоятельную необходимость пересмотра хирургической тактики у больных основной группы.

В основной группе больных из 93 пациентов к оперативному вмешательству были подвергнуты 23 (32,8%) больных. Из них иссечение язвы+Пилородилатация+Дуоденопластика было проведена у 12 (12,9%) больных, селективная ваготомия (СВ) + антрум резекция (АР) с формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) по Б-І по Габереру было проведена у 7 (7,5%), СВ+АР с формированием ГДА по Б-І по Габереру-Финнею было проведена у 4 (4,3%) больных, по сравнению с контрольной группой в основной группе больных СВ+АР формирование ГДА по Б-І по Габереру Хачиеву и СВ+АР формирование гастроэнтероанастомоза (ГЭА) по Б-ІІ по Гофмейтеру Финстреру не выявлено.

Число осложнений, связанных с этими видами оперативных вмешательств и осложнения общего характера, а также связанная с ними послеоперационная летальность в основной группе приведены в таблице 4.2.

В основной группе (таблица 4.2.) из 23 больных оперированных по поводу дуоденального кровотечения язвенного генеза осложнения характерные для операции наблюдалось в 1 (4,4%) случае т.е., кровотечение из зоны анастомоза при РЖ по Бильроту І в модификации Габерера. В основной группе больных осложнения такие как, несостоятельность швов, анастомозит не наблюдались.

Таблица 4.2.

Частота и характер послеоперационных осложнений и летальности в основной группе в зависимости от вида операций.

| Характер осложнений | Вид анастомоза | | | Всего | Релапаротомии | Летальность |
|--|----------------|------|-----|---------|---------------|-------------|
| | А | Б | В | | | |
| | n-12 | n-11 | n-0 | n-23 | | |
| I - Осложнения характерные для операций: | | | | | | |
| 1. Несостоя/ность швов | - | - | - | - | - | - |
| 2. Анастомозит | - | - | - | - | - | - |
| 3. Кровотечение | - | 1 | - | 1 | - | - |
| Всего: абс/% | - | 1 | - | 1 (4,4) | - | - |
| II – осложнения общего характера: | | | | | | |
| 1. Бронхолегочные | - | - | - | - | - | - |
| 2. Сердечно-сосудистые | 1 | 1 | - | 2 | - | - |
| 3. Раневые осложнения | - | - | - | - | - | - |
| Всего: абс/% | 1 | 1 | - | 2 (8,8) | - | - |

Примечание:

А- больные перенесшие иссечение дуоденальной язвы;

Б- больные перенесшие РЖ с формированием ГДА в модификациях по Бильроту I;

В- больные перенесшие РЖ с формированием ГЭА в модификации по Бильроту II.

В основной группе больных осложнения в виде кровотечения наблюдались у 1 больного при РЖ по принципу Бильрота I. Которая была ликвидирована консервативными методами лечения. Осложнения общего характера встречались в 2 (8,8%) случаях. Так обеих случаях наблюдались осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. В данной группе больных осложнения со стороны дыхательной системы и со стороны послеоперационной раны мы не наблюдали.

Анализ ранних послеоперационных осложнений у больных основной группы показал, что и у данного контингента во многих случаях уменьшение объема ОЦК, продолжающаяся кровотечения, интоксикации организма, наличия сопутствующих патологий не повлияла первичному заживлению швов анастомоза. Приводим пример.

Больная А., И/Б 15047/909, 1956 г. р. Поступила в 3 хирургическое отделение 15.06.2011 года с диагнозом: «Хроническая язвенная болезнь ДПК. кровотечение. Постгеморрагическая анемия».

Жалобы: не однократную рвоту с кофейной гущей, на дектеобразный стул черного света, на общую слабость.

Из анамнеза: больна в течение 5-6 лет. За 1 день до поступления в хирургическое отделение наблюдалось многократное рвота с примесью крови и кофейной гущи, два раза было дектеобразный стул черного света.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледноватые. Дыхание везикулярное, 20 в минуту. Систоны приглушены, тахикардия. АД 90/60 мм. рт. ст. пульс 96 в минуту. Язык сухой, чистый. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, без болезненный.

ЭКГ: синусовая тахикардия.

Общий анализ крови Нв- 68 г/л; Эр- 2.48; ЦП- 0,6; L- 10.4; п/я-5; с/я- 87; лимф-15; СОЭ- 25.

Биохимия крови- бил. общ- 3,4, пр- abs, непр- 3,4, К-4,5; Са-2,37; Na-145; общ белок-72,9.

Анализ мочи белок- abs; Эн- ед; L-3-4-5.

Р-скопия: без изменений.

УЗИ: без изменений.

*ЭФГДС: на передней стенке ДПК имеется кровоточащая язва размером 0,5*0,5 см.*

Заключение: Язва передней стенки ДПК. Кровотечения по Forest 1b.

17.06.2011 г. В экстренном порядке по жизненным показаниям проведена операция №375: Лапаротомия. Иссечение язвы ДПК ПД+ДП.

В послеоперационном периоде больная получала инфузионную, дезинтоксикационную, гемостатическую терапию и «квадротерапию». Кроме этого больной было назначено сердечные гликозиды, витаминотерапия.

На 7 сутки после операции состояние больной намного улучшилась. Больная выписана на 10 сутки после операции.

Анализ данного случая показал что, даже наличия постгеморрагической и продолжающей анемии не повлияла на первичную заживлению швов анастомоза. А операция «иссечения язвы» с проведением «квадротерапии» позволило на много ускорить время оперативного вмешательства.

В ближайшем послеоперационном периоде всем исследуемым больным, наряду с общепринятыми клиническими исследованиями, по проведены рентгеноконтрастные исследования с прицельной рентгенографией, рентген-исследование с компьютерной поддержкой, а также эндоскопия по показаниям.

Рентгенологическое исследование

Нами проведено исследование 26 больных контрольной группы.

В контрольной группе больных из 5 больных которым было проведена иссечение дуоденальной язвы рентгенологическая картина была без изменения и желудок был свободным от контрастного вещества в течении одного часа.

Из 19 больных с резекцией желудка по принципу Бильрота I с формированием ГДА в 1 случае было выявлено нарушение (замедления) пассажа контраста за счет анстомозита зоны анастомоза.

У остальных всех больных контрольной группы при рентгенологическом исследовании патологических изменений не выявлено.

Нами проведено рентгенологическое исследование у 23 больных основной группы.

В основной группе больных из 12 больных которым было проведена иссечение дуоденальной язвы рентгенологическая картина была без изменения и желудок был свободным от контрастного вещества в течении одного часа.

У всех 11 больных с резекцией желудка по принципу Бильрота I с формированием ГДА рентгенологическая картина была без изменений.

Эндоскопические исследования

Первое эндоскопическое исследование проводилась через 20 дней после операции. В контрольной группе больных нам удалось исследовать 11 больных (3 больных которым было проведена иссечение дуоденальной язвы и 8 которым было проведено РЖ с формированием ГДА).

Из 3 больных с иссечением дуоденальной язвы только в одном случае было выявлено картина воспалительных изменений зоны швов. А из 11 больных которым было проведено РЖ с формированием ГДА в одном случае было выявлено явления анстомозита по воспалительному типу т.е., в зоне анастомоза сохранялось значительное воспаление, анастомоз имел вид деформированной складки высотой 15-20 мм, толщиной около 15-20 мм, с чет-

ко выраженной межгубной анастомотической бороздкой, слизистая оболочка была значительно отечна, зона анастомоза была ригидна при инсуффляции воздухом, отмечалась умеренная гиперемия вокруг лигатур, ширина анастомоза не превышала 10-15 мм. Такое течение послеоперационного периода нами оценено как осложнение анастомозитом.

На 30-й день воспалительные явления уменьшались, но сохранялась отечность, определялось уменьшение ширины складки анастомоза до 10-15 мм, высота складки была 10-15 мм, часть лигатур к этому времени уже отторглась в просвет кишки. Межгубная анастомотическая бороздка была полностью эпителизирована. Ширина просвета в зоне анастомоза увеличивалась до 15-18 мм.

Через 2 месяца после операции воспалительные явления в зоне анастомоза полностью проходили. Анастомотическое кольцо было более эластичным, ширина складки была 7-8 мм, высота складки составляла не более 10-12 мм, к этому сроку определялась незначительная гиперемия области анастомоза.

Через 3 месяца воспалительные изменения слизистой оболочки в зоне анастомоза полностью проходили. Высота складки анастомоза была не более 7-8 мм, а его ширина около 5-7 мм.

У больных основной группы эндоскопические исследования проводились у 9 больных (7 больных которым было проведена иссечение дуоденальной язвы и 2 которым было проведено РЖ с формированием ГДА).

Данные эндоскопических исследований показывают, в раннем послеоперационном периоде заживление по линии шва анастомоза протекает преимущественно по типу первичного натяжения, без выраженных явлений анастомозита.

Функциональная активность анастомоза у всех больных была вполне удовлетворительной. Принятая перорально контрастная взвесь обычно начинала порционно, ритмично поступать в ДПК

Итак, данные эндоскопических и рентгенологических методов диагностики с компьютерной поддержкой позволяли определить адекватный и рациональный выбор оперативного доступа, что в каждом конкретном случае имеет большую роль при исследовании больных как ближайшие сроки после оперативного вмешательства.

Сравнительный анализ ближайших результатов больных контрольной и основной группы представлены в таблице 4.2.

Таблице 4.2.

Сравнительный анализ ближайших результатов больных контрольной и основной группы.

| Характер осложнений | Всего | Релапаротомии | Летальность |
|--------------------------|----------|---------------|-------------|
| Контрольная группа n-27 | | | |
| Характерные для операции | 4 (14,8) | 1 (3,7) | 1 (3,7) |
| Общего характера | 9 (33,3) | - | - |
| Основная группа n-23 | | | |
| Характерные для операции | 1 (4,4) | - | - |
| Общего характера | 2 (8,8) | - | - |

Сравнительный анализ ближайших результатов оперативных вмешательств у больных контрольной и основной группы показал, что в контрольной группе больных осложнения характерные для операций было выявлено у 4 (14,8%) больных. Из них в 1 (3,7%) случае произведена релапаротомия и летальность наступила у 1 (3,7%) больного. Осложнения общего характера было выявлено у 9 (33,3%) больных.

Тогда как, у больных основной группы осложнения характерные для операций было выявлено у 1 (4,4%) больных, релапаротомии и летальных исходов в данной группе не наблюдался.

Осложнения общего характера у больных основной группы было выявлено у 2 (8,8%) больных.

В процессе проделанной работы частота осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, в основной группе уменьшилась на 10,4% - с 14,8 до 4,4% ($P < 0,001$), частота осложнений общего характера уменьшилась на 24,5% - с 33,3 до 8,8% ($P > 0,05$).

Таким образом, в процессе проделанной работы, в основной группе по сравнению с контрольной при выполнении оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК с осложнением кровотечение, частота операций снизилась на 5,7% в контрольной группе (38,5%) а в основной группе (32,8%).

В контрольной группе из 27 больных в 5 (7,2%) случаях было проведена иссечение язвы и в 22 (31,3%) случаях было проведено РЖ с формированием ГДА и ГЭА. В основной группе с использованием «квадротерапии» из 23 больных в 12 (12,9%) случаях было проведена иссечение язвы и в 11 (11,8%) случаях было проведено РЖ с формированием ГДА.

Большинство авторов приводит средние показатели летальности, включая в статистический анализ больных с различной тяжестью кровопотери, оперированных при продолжающемся кровотечении, а также в отсроченном и в плановом порядке. К тому же в зачастую не учитывается возрастной состав больных.

Ошибки, опасности и осложнения, возникающие при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости, являются наиболее сложной проблемой клинической хирургии.

Особая важность данной проблемы обусловлена тем, что именно эти факторы дают неудовлетворительные результаты оперативного лечения и нередко приводят к летальному исходу.

Таким образом, при анализе результатов активно-выжидательной тактики лечения ЯБДПК с осложнением кровотечения нами получены неутешительные результаты. Главной причиной неудач является рецидив кровотечения в ранние сроки пребывания больного в стационаре, в связи с невозможностью в рамках активно-выжидательного подхода решить эту проблему.

При этом, хирургические методы остановки геморрагии, чаще так называемые «операции отчаяния», сопровождаются крайне высокой летальностью.

Несмотря на то, что данное утверждение весьма спорно, так как любое хирургическое вмешательство у больных ЯБДПК с осложненным кровотечением, тем более выполненное в условиях острой кровопотери, может привести к тяжелым послеоперационным осложнениям и летальному исходу. Тем не менее решение данной проблемы, можно реализовать выполнением срочных операций, что предусматривает активная - индивидуализированная тактика лечения.

Несомненно, выделяется группа пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, срочное хирургическое вмешательство у которых, тем не менее, будет неприемлемо в связи с крайне высоким риском оперативного вмешательства.

Проведенный нами ретроспективный анализ результатов активно-выжидательной тактики в контрольной группе показал, что также допущены ряд тактических и технических ошибок. В частности: 1) не уделялось должного внимания предоперационной подготовке и послеоперационному ведению больных; 2) РЖ выполнялись независимо от характера осложнений от локализации, диаметра язвы и осложнений ЯБ; 3) Не соблюдение схему квадротерапии.

Практическое применение данных предложений было реализовано в рамках активной - индивидуализированной тактики лечения, у пациентов ЯБДПК осложненным кровотечением.

Заключение по четвертой главе.

Таким образом, при анализе результатов активно-выжидательной тактики лечения ЯБДПК с осложнением кровотечения, нами получены неутешительные результаты. Главной причиной неудач явилось несостоятельность данной тактики, обусловленное выполнением экстренных операций «отчаяния» в связи безуспешностью консервативных мероприятий или при рецидиве кровотечения, в связи с невозможностью в рамках данного подхода решить эту проблему. Полученные результаты в контрольной группе свидетельствовали о необходимости пересмотра хирургической тактики.

В связи с этим, при ЯБДПК, хирургическая тактика в основной группе основывалась на данных эндоскопических критериев с учетом тяжести, и темпа кровопотери, диаметра и локализации источника кровотечения; сопутствующих осложнений данного заболевания, а также сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, т.е. была активной диагностической и индивидуальной при выборе метода операции. Предложенная тактика, позволяет провести рациональную перегруппировку в рамках неотложных хирургических вмешательств, чего невозможно добиться при использовании традиционного активно-выжидательного подхода. В рамках сформулированной декларации необходимо подчеркнуть, что использованный в данном исследовании алгоритм прогноза рецидива является достаточно простым и достоверным.

При ЯБДПК, обязательным условием успешной профилактики рецидива кровотечения и подавления кислотно-пептического фактора должно быть использование «квадротерапии» по схеме омепразол + викаир (или викалин) + рокситромицин + клион. Применение в программе вынужденного консервативного лечения при высокой степени риска рецидива кровотечения «квадротерапии» позволяет в значительном проценте случаев избежать его. К тому же, «квадротерапию» с успехом назначали в виде «медикаментозной ваготомии у больных перенесших иссечение или прошивание без ваготомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на многолетний опыт лечения язвенной болезни и постоянное совершенствование его методов, до сих пор много вопросов остаются спорными и нерешёнными [2, 5, 6, 58, 75]. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения ЯБДПК с осложнениям кровотечения, в основном связана с относительно высокой частотой осложнений и летальности. Так, в плановой хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, послеоперационная летальность достигала 4-6% [8, 9, 10, 11, 57, 80, 84].

При этом у больных с ЯБДПК с осложнениям кровотечения, что связано с упущениями на догоспитальном этапе в плане диагностики, предоперационной подготовки, разногласиями хирургов при определении хирургической тактики, выборе метода и объема операции, а также послеоперационного ведения больных. К тому же, у них не уделяется должного внимания особенностям течения данного заболевания. Определение основных путей их преодоления, своевременное решение встающих перед хирургами новых, подчас неожиданных и весьма сложных задач невозможен дальнейший прогресс. Между тем, без их решения, рекомендации практической медицине в отношении выбора той или иной хирургической тактики являются не до конца обоснованными. Всё это и послужило поводом к проведению данного исследования.

Целью нашей работы: Улучшение результатов лечения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, путём совершенствования диагностики, оптимизации консервативного и хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Исследовать структуру, частоту и некоторые типологические особенности дуоденальных кровотечений язвенного генеза.
2. Провести комплексную оценку лечения больных, с осложнением кровотечения придерживаясь традиционных подходов на всех этапах лечения. Выявить упущения, и недостатки.

3. Обосновать эффективность активной индивидуализированной тактики с учетом типологии язв и течения больных с дуоденальными кровотечениями язвенного генеза, путем применения модифицированных методик и технических приемов операций.

4. Провести сравнительную оценку результатов лечения больных с традиционной и активной – индивидуализированной тактики, с учётом особенностей течения дуоденальных кровотечений язвенного генеза.

На базе кафедры хирургии, урологии и анестезиологии-реаниматологии Андиганского медицинского института за период с 2009 по 2014-е годы по поводу ЯБДПК, с осложнениями кровотечениями находились на стационарном лечении в экстренном порядке 163 больных.

Следует отметить, что в контрольной группе (2009 по 2011гг.) и в основной группе (с 2012 по 2014гг.) хирургическая тактика отличалась. В этой связи возникла необходимость выделения 2 условных групп.

Распределение контрольной категории больных на группы:

I группа – 70 (42,9%) больных контрольной группы находившиеся в стационарном лечении с 2009 по 2011 годы, по поводу ЯБДПК с осложненным кровотечением, которым было проведена **активно-выжидательная тактика**.

II группа - 93 (57,1%) больных основной группы находившихся в стационарном лечении с 2012 по 2014 годы, по поводу ЯБДПК с осложненным кровотечением, которым было проведено **активно-индивидуализированная тактика** с проведением оперированных вмешательств с учетом особенностей течения, локализации язвы и общего состояния больных с ЯБДПК.

Методы исследования включали стандартные лабораторные анализы, эндоскопию, по показаниям УЗИ.

Исследованием особенностей ЯБДПК с осложнениями кровотечения, нами установлено, что с возрастом имеется тенденция к росту числа ЯБДПК с осложнениями кровотечения у женщин.

При ЯБДПК с осложнениям кровотечения обращение в стационар в поздние сроки т.е., по истечении суток и более от начала кровотечения с язвенным анамнезом более 10 лет и кровотечением в анамнезе 3 раз, а также с признаками постгеморрагического шока.

Также, рост частоты сопутствующей терапевтической патологии, заболевания ССС, и сочетанной хирургической. Та же закономерность отмечена по отношению к сочетанной хирургической патологии диагностированной до- и во время операции.

В контрольной группе больных с легкой степенью кровопотери было 21 (30,1%), с средней степенью кровопотери было 25 (35,7%), с тяжелой степенью кровопотери было 16 (22,8%) и больных с крайне тяжелой степенью кровопотери было 8 (11,4%). Тогда как в основной группе больных с легкой степенью кровопотери было 26 (27,9%), с средней степенью кровопотери было 38 (40,8%), с тяжелой степенью кровопотери было 19 (20,5%) и больных с крайне тяжелой степенью кровопотери было 10 (10,8%).

В контрольной группе больных при ЯБДПК осложненной кровотечением обращение в стационар в ранние сроки от начала кровотечения, т.е., в первые 6 часов составило 14,3% а в основной группе 19,4%, в сроки до 12 часов в контрольной группе составило 17,1%, а в основной группе больных составило 17,2%, в сроки до 24 часов в контрольной группе составило 18,6%, а в основной группе 15,1%. Обращение в стационар в поздние сроки т.е., по истечении суток и более от начала кровотечения в контрольной группе было 35 (50,0%), а в основной – 45 (48,4%).

В контрольной группе у больных 11 (15,7%) случаев ЯБДПК впервые проявилась в виде кровотечения из язвы – «немое» течение, а в основной группе у больных - 17 (18,3%). В контрольной группе язвенный анамнез более 10 лет в составил лишь 22 (31,4%) случаев, тогда как в основной – в 48 (51,6%) случаев. У больных с кровотечением в прошлом наблюдалось в контрольной группе в анамнезе 3 и более раз отмечено в 12,8% случаев, тогда как у пациентов основной группы – в 19,4% случаев.

В рамках активно-выжидательной тактики, которая использовалась в клинике АГМИ с 2009 по 2011 годы, всем пациентам (контрольная группа) – 70 (42,9%), при поступлении выполняли экстренную эндоскопию в эндоскопическом кабинете приемного отделения. Одновременно определяли клиническую картину болезни: рвота кофейной гущей, наличие дегтеобразного стула, коллапса. Измеряли пульс, АД, частоту дыхания, t тела. Уточняли давность кровотечения, язвенный анамнез и кровотечение в анамнезе, а также, приём аспирина, нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя (амбулаторное или стационарное лечение по поводу ЯБДПК с осложнениями кровотечения – со слов больного и родственников или выписки из И/Б). Физикально оценивали степень шока и кровопотери (ортостатическая проба).

У 13 (18,6%) больных контрольной группы наблюдалось струйное артериальное кровотечение, у 19 (27,2%) больных наблюдалось венозное кровотечение, у остальных 38 (54,2%) больных признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

При локализации язв в ДПК язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» диагностированы у 18 (25,7%) пациентов контрольной группы.

В контрольной группе больных кровотечение язвы наблюдалось в 33 (47,2%) случаях в луковице ДПК, в 37 (52,8%) случаях в постбульбарном отделе ДПК.

При безуспешности консервативных мероприятий проведенных традиционными способами на фоне продолжающегося кровотечения у 5 (7,2%) пациентов было проведено иссечение язвы+Пилородилатация+Дуоденопластика, в 20 (28,5%) случаях были проведены селективная ваготомия (СВ) + антрум резекция (АР) по Б-І с формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в различных модификациях. И в 2 (2,8%) случаях было проведено СВ+АР ГЭА по Б-ІІ по Гофмейтеру Финстреру.

В рамках активно-индивидуализированной тактики, которая использовалась в клинике АГМИ с 2012 по 2014 годы, всем пациентам (основная груп-

па) – 93 (57,1%), при поступлении выполняли экстренную эндоскопию в эндоскопическом кабинете приемного отделения. Одновременно определяли клиническую картину болезни: рвота кофейной гущей, наличие дегтеобразного стула, коллапса. Измеряли пульс, АД, частоту дыхания, t тела. Уточняли давность кровотечения, язвенный анамнез и кровотечение в анамнезе, а также, приём аспирина, нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя (амбулаторное или стационарное лечение по поводу ЯБДПК с осложнениям кровотечения – со слов больного и родственников или выписки из И/Б). Физикально оценивали степень шока и кровопотери (ортостатическая проба).

У 19 (20,4%) больных основной группы наблюдалось струйное артериальное кровотечение, у 25 (26,9%) больных наблюдалось венозное кровотечение, у остальных 49 (52,7%) больных признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

При локализации язв в ДПК язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» диагностированы у 16 (17,2%) пациентов основной группы.

В основной группе больных кровотечение язвы наблюдалось в 42 (45,1%) случаях в луковице ДПК, в 51 (54,9%) случаях в постбульбарном отделе ДПК.

В отличии от контрольной группы в основной группе больных нами пересмотрено консервативные методы лечения.

Важное значение придавали гемостатическим препаратам: 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 антисекре-

торных препаратов (блокаторов H_2 -гистамино блокаторы –рантак, ультран-ранитидин, кваматель), препараты блокаторов протоновой помпы (омез, омепразол, пантопрозол).

Кроме всех стандартных консервативных мероприятий в основной группе больных мы применяли «квадротерапию». Для этой цели использованы омепразол 20 мг 2 раза в день, клион по 500 мг 3 раза в день, рокситромицин по 150 мг 2 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.

У 12 (12,9%) пациентов основной группы было проведено иссечение язвы+Пилородилатация+Дуоденопластика, в 11 (11,8%) случаях были проведены селективная ваготомия (СВ) + антрум резекция (АР) по Б-И с формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в различных модификациях.

В контрольной группе из 27 больных оперированных по поводу дуоденального кровотечения язвенного генеза ближайшие осложнения характерные для операции наблюдалось в 4 (14,8%) случаях. Из них несостоятельность швов культи ДПК при РЖ по Бильроту II в модификации Гофмейстера Финстрера наблюдался у 1 (3,7%) больного, анастомозит зоны анастомоза наблюдался у 1 (3,7%) больного при РЖ по Бильроту I в модификации Габерера, кровотечение из зоны анастомозов наблюдался у 2 (7,4%) больных (при иссечении язвы 1 случае и при РЖ Бильроту I в модификации Габерера - 1). Релапаротомия в дальнейшем с летальным исходом наблюдался в 1 (3,7%) случае, что было связано с несостоятельностью швов культи ДПК при РЖ по Бильроту II в модификации Гофместера Финстрера.

В контрольной группе больных ближайшие осложнения общего характера встречались в 9 (33,3%) случаях. Так бронхолегочные осложнения было выявлено в 2 случаях, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдался в 4 случаях и осложнение со стороны послеоперационной раны наблюдался в 3 случаях.

В основной группе из 23 больных оперированных по поводу дуоденального кровотечения язвенного генеза ближайшие осложнения характерные для операции наблюдалось в 1 (4,4%) случае т.е., кровотечение из зоны анастомоза при РЖ по Бильроту I в модификации Габерера. В основной группе больных осложнениями такие как, несостоятельность швов, анастомозит не наблюдались.

В основной группе больных осложнения общего характера встречались в 2 (8,8%) случаях. Так, в обоих случаях наблюдались осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. В данной группе больных осложнения со стороны дыхательной системы и со стороны послеоперационной раны мы не наблюдали.

Сравнительный анализ ближайших результатов оперативных вмешательств у больных контрольной и основной группы показал, что в контрольной группе больных осложнения характерные для операций было выявлено у 4 (14,8%) больных. Из них в 1 (3,7%) случае произведена релапаротомия и летальность наступила у 1 (3,7%) больного. Осложнения общего характера было выявлено у 9 (33,3%) больных.

Тогда как, у больных основной группы осложнения характерные для операций было выявлено у 1 (4,4%) больных, релапаротомии и летальных исходов в данной группе не наблюдался.

Осложнения общего характера у больных основной группы было выявлено у 2 (8,8%) больных.

В процессе проделанной работы частота осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, в основной группе уменьшилась на 10,4% - с 14,8 до 4,4% ($P < 0,001$), частота осложнений общего характера уменьшилась на 24,5% - с 33,3 до 8,8% ($P > 0,05$).

Таким образом, в процессе проделанной работы, в основной группе по сравнению с контрольной при выполнении оперативных вмешательств по поводу ЯБДПК с осложнением кровотечения, частота операций снизилась на 5,7% в контрольной группе (38,5%) а в основной группе (32,8%).

В контрольной группе из 27 больных в 5 (7,2%) случаях было проведена иссечение язвы и в 22 (31,3%) случаях было проведено РЖ с формированием ГДА и ГЭА. В основной группе с использованием «квадротерапии» из 23 больных в 12 (12,9%) случаях было проведена иссечение язвы и в 11 (11,8%) случаях было проведено РЖ с формированием ГДА.

ВЫВОДЫ

1. Исследованием особенностей течения дуоденальных кровотечений язвенного генеза, путем сравнительной оценки, установлен рост соотношения числа женщин к мужчинам в 1,5 раза. Позднее обращение в стационар т.е., по истечении суток и более от начала кровотечения, с язвенным анамнезом более 10 лет и кровотечением в анамнезе 3 раз, а также с признаками постгеморрагического шока.

2. При дуоденальных кровотечениях язвенного генеза, установлена частота оперативных вмешательств в основной группе по сравнению с контрольной при выполнении оперативных вмешательств снизилась на 5,7%, с 38,5% (контрольная группа) до 32,8% (основная группа).

3. В основной группе с использованием «квадротерапии» из 23 больных в 12 (12,9%) случаях было проведена иссечение язвы и только в 11 (11,8%) случаях было проведено РЖ с формированием ГДА. В контрольной группе из 27 больных в 5 (7,2%) случаях было проведена иссечение язвы и в 22 (31,3%) случаях было проведено РЖ с формированием ГДА и ГЭА.

4. Частота осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, в основной группе уменьшилась на 10,4% - с 14,8 до 4,4% ($P < 0,001$), частота осложнений общего характера уменьшилась на 24,5% - с 33,3 до 8,8% ($P > 0,05$).

Практические рекомендации

1. Выявленные типологические особенности язв и течения дуоденальных кровотечений требует активизировать тактику, которая складывается из: активной диагностической и индивидуально - активной при определении сроков и выборе методов оперативного вмешательства.

2. У больных с ЯБДПК при тяжелом исходном состоянии рекомендуем выполнять операции иссечение дуоденальной язвы с последующей «квартальной терапией» по нашей схеме.

3. При диагностировании «трудных» ДЯ, особенно постбульбарных рекомендуем более сдержанно относиться к обязательному стремлению их иссечения.

4. Неутешительные результаты активно-выжидательной тактики, позволяет рекомендовать следующую тактику: активную диагностическую и индивидуальную при выборе сроков и методов операций, с учётом особенностей течения ЯБДПК с осложнением кровотечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айсханов С.К. Активная индивидуализированная тактика лечения больных с кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. 2007. -№4.-С. 21-23.
2. Алекберзаде А.В. *Helicobacter pylori* в кровотечении из пептических язв // Анналы хирургии. -2004. -№ 1.-С. 19-22.
3. Алимов А.В., Касумян С.А., Буцик И.В. Пути совершенствования комбинированного гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях// Росс, симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». М., 2009. - С. 105-106.
4. Андреев А.Л., Дмитриев Н.В. Первый опыт лапароскопических вмешательств в лечении дуоденальной язвы: Материалы междунар. симпозиума лапароскопическая хирургия// Москва, 1994.-С. 83-85.
5. Асадов, С.А. Хирургическое лечение "трудных" и осложненных гастродуоденальных язв// Хирургия. 2002. - №11. - С. 63 - 65.
6. Асташов В.Л. Хирургическое лечение хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением: ближайшие и отдаленные результаты// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. - №5 (13). - 18 с.
7. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки//Хирургия. 1999. - № 7. - С. 19-22.
8. Баранская Е.К. Явенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori*// Рус. мед. журн. 2000. - №1. - С. 8 - 14.
9. Белобородова Э.И., Жерлов Г.К., Гибадулина И.О. Комплекс лечебных мероприятий в терапии больных с осложненным течением пилоробульбарных язв// Клин. мед. 2009. - № 2. - С. 31-33.
10. Брискин Б.С., Брискин Б.С., Возможность кваматела при лечении кровоточащих дуоденальных язв// Врач. - 2004. -№5. С. 4 - 5.
11. Брискин Б.С. Лечебная тактика при язвенных кровотечениях// Врач. - 2004. -№ 6. -С. 7- 10.

12. Будашеев В.П., Содномов Ч.В., Цыбиков Е.Н. Прогнозирование кровотечения при язвенной болезни гастродуоденальной зоны// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2005. - №3.- С.286-287.
13. Велигоцкий Н.Н., Зайцев В.Т., Дерман А.И. Индивидуально-активная хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза// Хирургия. 2007.-№ 8. - С. 84-88.
14. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. дис.д-ра мед. наук. СПб. Петербург, 1999. - 36 с.
15. Вовк Е.И. Фармакотерапия кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта// Русский медицинский журнал. 2003. - Т.5., № 1. - С.1-5.
16. Галлингер Ю.И., Годжелло Э.А., Хрусталева М.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия при гастродуоденальных кровотечениях после операций на сердце и аорте// Эндоскопическая хирургия. 2004. - №6. - С. 39 - 43.
17. Горбунов В.Н., Наумов Б.А., Гордеев С.А. Показания к операции и выбор ее метода при кровоточащих гастродуоденальных язвах// Хирургия. -2006 .-№ 6.- С.164-170.
18. Гостищев В. К. Рецидив острого гастродуоденального язвенного кровотечения// Хирургия. 2003. - №7. - С. 43 - 49.
19. Григорьев С.Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях// Хирургия. - 1999. № 6. - С. 20-23.
20. Евтихов Р.М. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею// Хирургия. - 1999. - № 4. - С. 22-24.
21. Ефименко Н.А. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения// Хирургия. 2004. - № 3. - С. 56-60.

22. Жанталинова Н.А. Хирургическая тактика при кровотечениях язвенной этиологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. - №5(13). -29с.
23. Жерлов Г.К. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, Н.В. Гибадулин и др. // Вестник хирургии. 2001. - №2. - С. 18-22
24. Ивашкин В.Т. *Helicobacter pylori*: биологические характеристики, патогенез, перспективы эрадикации// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997. - Т.7., № 1. - С. 21-23.
25. Катаев А. Ю., Герасимов, А. Н. Математическая модель прогнозирования риска рецидива кровотечения у больных с пептическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Актуальные вопросы хирургии. Москва, 1999.-С 10-14.
26. Королев М.П. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений// Вестник хирургии. 1999. - №3. - С. 16 -20.
27. Короткевич А.Г. Сравнительная оценка эндоскопического гемостаза при состоявшемся язвенном кровотечении// Эндоскопическая хирургия . -2004. №4.-С. 41 -44.
28. Корытцев В.И. Оптимизация хирургической тактики при язвенных дуоденальных кровотечениях: Автореф.дис. канд. мед. наук.-Самара, 1998. -21 с.
29. Крапивин Б.В. Определение показаний к методу лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки// Эндоскопическая хирургия. 2004. - №1. - С.88-89.
30. Кузин М.И. Экономическая эффективность консервативного и хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста// Хирургия-1991-№ 3- С. 14-18.
31. Кукош М.В. Выбор метода лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста: Тез. докл. VIII Всерос. съезда хирургов// - Краснодар, 1995. С. 146 - 147. 69.

32. Кутяков М.Г. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки// Хирургия.-2000.-№ 4.-С. 9-12.
33. Липницкий Е.М. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением// Вестник Росс, академии мед. наук. -2004. №6. - С. 21 - 23.
34. Лосев Р.З. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв// Вестн. хир.-2003.-№ 6. - С. 28-31.
35. Луцевич Э.В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений// под ред. В.С. Савельева . М.: Медиа Медика, 2003. - С. 260 - 263.
36. Маев И.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: современные подходы к лечению// Врач. 2003. - №5. - С. 6 - 8.
37. Мамедов Р.А. Значение показателей системного иммунитета в прогнозировании осложнений язвенной болезни желудка// Анналы хирургии. 2002. - №6. - С. 48 - 50.
38. Мартов Ю.Б. Хирургия язвенной болезни// М.: Мед. Лит., 2001. - 264 с.
39. Марфин Б.И. Отдаленные результаты стволовой ваготомии при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки// Вестн. хир-1988.-№ 3.-С. 121-122.
40. Миколюк В.В. Хирургическое лечение больных с осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки// Клин. хир. 1996. - № 4. - С. 10-12.
41. Миронычев Г.Н. Психосоматические аспекты язвенной язвенной болезни// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006. - Т.6., № 3. - С. 39-40.
42. Мовчан К.Н. Влияние операционной травмы на послеоперационное течение у больных язвой двенадцатиперстной кишки// Хирургия. 2008. - №2. - С. 39-42.

43. Московченко И.В. Сочетанный эндоскопический гемостаз у больных с острым язвенным кровотечением // Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, 6-й: Сборник тезисов, 2002. С. 230-231.
44. Нуритдинов А.Т. Роль и место ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки// Хирургия. 2002. - №2. - С. 18-20.
45. Опарин С.О. Оперативное лечение осложненных пилорических и дуоденальных язв// Клин. Хир. 2000. - №11. - С. 20-22.
46. Орлов Д.А. Отдаленные результаты лапароскопической ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки// Эндоскопическая хирургия. -2005. №1. - С.96-97.
47. Панцырев Ю.М. Методы исследования моторной функции желудка в хирургической клинике// Москва, 1974. - 53с.- С.14-31.
48. Петров В.П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта// -М.: Медицина, 1987. С. 8586, 120-159.
49. Петров В.П. О хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии// Вестн.хир.-1990 .-№ 9.-С. 120-123.
50. Поташов Л.В. Особенности геликобактериоза при гастродуоденальных язвах и их осложнениях// Вестник хирургии. 1999. - №4. - С. 22 - 24.
51. Прудков М.И. Эндоскопический гемостаз и мониторинг в комплексной терапии язвенных гастродуоденальных кровотечений// Эндоскопическая хирургия. 2003. - №1. - С. 126-127.
52. Пучков К.В. Мини-инвазивные технологии в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки// Тихоокеанский медицинский журнал.-2002- № 2.- С. 75.
53. Ратнер Г.Л. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе// Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 23-24.

54. Румянцев В.В. Острые гастродуоденальные кровотечения и значение ваготомии в их комплексном лечении: Автореф.дис. . д-ра мед. наук. - Л., 1980. -42 с.
55. Сацукевич В. Н. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв// М.: Либерия. -1999.- 416 с.
56. Серова С. Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений в пожилом и старческом возрасте// Вестн. хир.- 2006.-№ 1 .-С. 30-33.
57. Скрыбин О.Н. Роль эндоскопии в определении показаний к оперативному лечению синдрома Маллори-Вейса и кровоточащих острых гастродуоденальных язв// Вестн. хир.- 1997. № 2. - С. 35-37.
58. Совцов С.А. Принципы оказания хирургической помощи больным с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями// Хирургия. -2001. -№ 12.-С. 63-64.
59. Стойко Ю.М. Тактика лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии// - СПб.: ВМедА, 2000. 30 с.
60. Топузов Э.Г. Острое кровотечение из хронической язвы ДПК у больных пожилого и старческого возраста: Тез. докл. VIII Всерос. съезда хирургов// - Краснодар, 1995. - С. 279 281.
61. Хаджибаев А. М. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений// Хирургия. 2005. - №4. - С. 24 -27.
62. Харченко В.П. Сравнительная оценка физических методов эндоскопического гемостаза при остановке язвенных гастродуоденальных кровотечений// Эндоскопическая хирургия. 2003. - №4. - С. 32 - 35.
63. Хачиев Л.Г. Хирургическая тактика при язвенном гастродуоденальном кровотечении// Клин. хир. - 1993. - №4. - С. 8-11.
64. Чернов В.Н. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны// Хирургия. 1999. - №6. - С. 10-14.
65. Шапкин Ю.Г. Кровотокающая дуоденальная язва: Уч - метод, пособие. Саратов: изд- во СГМУ. - 1996. - 29 с.

66. Шапкин Ю.Г. Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения// Хирургия. -2002.-№ 11.-С. 32-33.
67. Шугаев А. И. Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста// Вестн. хир. 2001. - №160(3). - С. 114 - 118.
68. Шуневич А.Н. Helicobacter pylori и язвенная болезнь: за и против// "Горячие точки" в гастроэнтерологии. - Смоленск. - М.: Медицина. - 1995. - С. 278-280.
69. Aiello D., Baldi A., Virzi S et al. Nutrizione parenterale totale. Analisi dei risultati su 144 casi trattati // Minerva chir. 2005. - V. 44. - № 2. - P. 2333-2336.
70. Bass C. Life events and gastrointestinal symptoms / Gut. 2006. - V.-27. - № 2. - P. 123-126.
71. Bianchio Porro et al. Parenteral F. Antacids for duodenal ulcer: Current role // Scand j. gastroenterol. Suppl. - 2008. - V. 174. - P. 48-53.
72. Bostman L., Bostman O., Leppaniemi A et al. Primary duodenorrhaphy and nasogastric decompression in the treatment of duodenal injury // Acta chir. scand. 2008. -V. 155. -№ 6-7. - P. 333-335.
73. Branicri J., Fok P.J. - P.ritchetto C.J. et al. Emergency surgery for bleeding duodenal ulcer // The 33-rd World Congress of surgery. Abstract book.- Toronto. 2007. - P. 73-73.
74. Bumm R., Holscher A.Y., Siewert J. Bleeding from gastroduodenal ulcer: Definition of risk group and surgical management // The 33-rd World Congress of surgery. Abstract book.- Toronto. 2004. - P. 169-169.
75. De Heer K., Reinmann B., Schlosser A. et al. Perforation des, gastroduodenal en ulcus. Risikofaktoren und verfahrenswahe // Zbl. Chir. 2012. - Bd.III.-№11.-S. 714-721.
76. Herrington J.L., Sauyers J.L. Gastric ulcer. Curr. Probl. Surg. 2009. - V. 24.- №12.-P. 759-845.

77. Ininder R. A., von Ritter C., Svensson L., Stein H. Damage to the gastric mucosa by free radicals // *S. Aft. med. j.* 2000 - 74, Suppl. 2. - P. 36-37.
78. Harowitz J., Kukora J.S., Ritchie W. All perforated ulcers are not alike // *Ann. surg.* 2009. -V. 209. -№ 6. - P. 393-397.
79. Hummer-Sigiel M., Jacquer A., Girard A. et. al. Ranitidine pour la prophylaxie de l'ulcere de stress chez les traumatisés crâniens graves // *Ann. med. Nancy.*- 2006.-V. 112.-№2.-P. 101-104.
80. Cadiere J.B., Bruyins J., Verroken R. et al. Laparoscopic treatment of perforated gastric ulcers // *World Congress of gastroenterology. Los Angeles, California. Hollywood.* - 2001. - Abstr. 2. - № 3070 p.
81. Cataldo M.G., D'Ainto A., Bongiorno A. De-No-Lnelle lesioni gastro-duodenali indotte da FANS // *Minerva dietal. gastroenteral.* 2007. - V.36. - № 1. -P. 27-30.
82. Di Cosmo L., Roviello F., Piccolomini A. La nutrizione enterale (N.E.) nel gastrectomizzato total // *Acta clib.* 2013. - V. 46. - № 2. - P. 141-148.
83. Curley P., Ambrose N.S. Management of perforated peptic ulcer in a Single Teaching hospital // *World Congress of gastroenterology. Los Angeles, California. Hollywood.* - 2007. - Abstr. 2. - № 1313 p.
84. Filaretova J.P. Stress-induced gastric ulceration: antiulcerogenic action of glucocorticoids // *10-th Congress of gastroenterology. Abstr. 2. Los Angeles, California. - Hollywood.* - 2001. - 1972 p.
85. Fuessl H.S. Den Gastrointestinaltrakt ein endokrines Organ // *Med. Msehr. pharm.* - 2001. - V. 11. - № 8. - P. 270-276.
86. Geissler N. Mlasowsky B., Meffert O. et al. Neue Aspekte der chirurgischen Therapie der akuten gastroduodenalen Blutung // *Lbl. Chir.* 1999. - Bd. 114.- № 16.-S. 1059-1063.
87. Ginlicani G., Mazzon D., Dal Ferro M. et al. Nutrizione parenterale totale in sacca. Metodiche di applicazione in un reparto di chirurgia generale // *Minerva chir.* 2010. -V. 44. -№ 12. -P. 1673-1676.

88. Gitchlow J.F. Comparative efficacy of acid suppression for the prevention of stress ulceration // *Amer. J. Med.* 2011. - V. 83. - № 6A. - P. 23-28.
89. Kang J.V., Wee A., Choong H.L. et al. Erosive prepyloric changes in patients with end-stage renal failure undergoing maintenance dialysis treatment // *Scand. J. Gastroenterol.* 2004. - V. 25. - № 7. - P. 746-750.
90. Kantorova J., Svoboda P., Ochmann J. Stress ulcer after "major surgery" // 10-th World Congress of gastroenterology. Abstr. 2. Los Angeles, California. - Hollywood. - 2006. - № 1317 p.
91. Knodel R.G., Garjian P.L., Schreiber J.B. New agents available for treatment of stress-related upper gastrointestinal tract mucosal damage // *Amer. J. Med.* 1999. - V. 83. - № 6A. - P. 36-40.
92. Kohler B., Riemann J.F. Der endoskopische Doppler-Beurteilung in der Klassifizierung gastroduodenaler Ulcera nach akuter GI-Blutung // *Z. Gastroenterol.* 2012. - Bd. 27. - № 9. - S. 474-474.
93. Ostro M.G. Pharmacodynamics and pharmacokinetics of parenteral histamine (H₂)-receptor antagonists // *Amer. J. Med.* 2009. - V. 83. - № 6A. - P. 15-22.
94. Petermann C.H., Jung M., Lorenz B. Bleeding peptic ulcer: decision making and endoscopic surgical management // *The 33-rd World Congress of surgery. Abstract book, Toronto.* 2013. - P. 184-184.
95. Pichan G., Rogers C., Szabo S. Vascular injury in acute gastric mucosal damage. Mediator role of leukotrienes // *Digest. Dis. Sci.* 2011. - V. 33. - № 5. - P. 625-632.
96. Panos M., Angioy F., Scattoni S et al. Ulcera acuta da stress e cluzuregia de'lesione. Esiste indicazione alla profilassi con anti H₂? // *Minerva dietol. gastroenterol.* - 2006. - V. 35. - № 4. - P. 215-217.
97. Radovanovic D., Calaba J., Stojanovic D. et al. Risk factors for the cause of duodenal and gastric ulcer bleeding // *World Congress of gastroenterology. - Los Angeles, California. Abstr. 2. - Hollywood. - 2012. - № 1836 p.*

98. Sambin P. Motricite digestive: de la physiologie a la pathologie. Le primp-eran a la pointe des dicoubertes // Sam. hop. 2008. - V. 64. - № 44. -P. 3437-3438.
99. Suryaatmadja D.M., Azlina J.A., Sumadibrata M. Gastrointestinal complications on stroke cases //10-th World Congress of gastroenterology. -Los Angeles, California. Hollywood. - 2001. - № 1106 p.
100. Tryba M., Zevounou F., Wruck G. Streptlutongen und posroperative Pneu- vonien bei Intendvpatienten unter Ranitidine oder Pirezepin // Dtscih. med. Wsihr. - 2010. V. 113.-№23.-P. 85-93.
101. Veerkamp J. H., Zevenbergen J.Z. Effect of dietary frat on total and peroxi- somal fatty acid oxydation in rat tissyes // Biochim. biopliys. acta, 2003. -V. 878.-№ 1.-P. 102-109.
102. Verdejo A.P., Cernuda B.R., Alonso M.M., et al. Efecto de la prostoglandine E2 sobre las ulceras de estres en la rata // Res.esp. Enterm. Appar. digest. 2007. - V. 70. - № 4. - P. 293-296.
103. Winkeltan G., Arlt G., Treutner K.-H. et al. Endoscopic therapy and early elective operation as a therapeutic regimen in ulcus bleeding // Hepatogas- tro-enterologic. 2004. -V. 37. -№ 1. - P. 121-123.
104. Wojcik L., Szczygiel B. Powiclania i przyczyny zgonow u chorych na ostre zapalenie trzustki // Pol. Przegl. chir. 2009. - T. 61. -№ 7. - S. 552-559.
105. Yaban T., Yachi A. Stress-induced vascular damage and ulcer // Digest. Dis. Sci. 2012. - V. 33. - № 6. - P. 751-760.