МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

ISSN 1029-743 X

Volume 11 No 2

2007

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ

Керівник проєкту з 1996 року
Данчин А. О.

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"
(Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір.) — рецензуємий науково-практичний журнал.

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" цитується та індексується у "Index Medicus", "Current Contents", "Science Citation Index".

Заснований у 1996 р.

Видається 4 рази на рік.

Затверджено ВАК України 1997/1999 р.

Затверджено Міжнародним Центром ISSN 5.VII.1998 р.

"Ukrains'kij żurnal maloinvazivnoї ta endoskopićnoї hirurgii"
(Ukr. ž. maloinvazivnoї endosc. hir.)

"Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery"
(Ukr. J. Minimally Invasive Endosc. Sur.)

Established in 1996.

Published quarterly.

Засновник
Український фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії

Видавник
Київський клінічний госпіталь

Мова видання
українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження
загальнодержавна, зарубіжна.

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ #2301, 23.XII.1996

Підписано до друку 01.III.2007

Особиста подяка за сприяння

Демехіну В. А.

Сканування, дизайн та комп'ютерна верстка
Куценко С. О.

Друк
(050) 443-09-72

Головний редактор
Данчин О. Г.

Заступник головного редактора
Бойчак М. П.

Редактори
Голік Л. А., Лурін І. А.

Редакційна колегія
Возіанов О. Ф.
Венцковський Б. М.
Білий В. Я.
Bauer B. L. (Germany)
Бурий О. М.
Cohen A. R. (USA)
Заболотний Д. І.
Запорожан В. М.
Зозуля Ю. О.
Зубарев П. М. (Росія)
Grotenhuis J. A. (Netherlands)
Fukushima T. (USA)
Мамчич В. І.
Нікішаєв В. І.
Ничитайло М. Ю.
Orljansky V. (Austria)
Пасько В. В.
Педаченко Є. Г.
Perneczky A. (Germany)
Поліщук М. Є.
Радіонов Б. В.
Рубцов М. Л.
Руденко А. Ю.
Саєнко В. Ф.
Samii M. (Germany)
Shabus R. (Austria)
Sosna A. (Чехія)
Teo Ch. (USA)
Тімофеєв О. О.
Тофан А. В.
Цімбалюк В. І.
Щеглов В. І.

Шеф-редактор
Алхазян А. А.

Адреса редакції
01133, Київ, вул. Госпітальна, 18
тел./факс: (044) 522-8379

www.endoscopy.com.ua

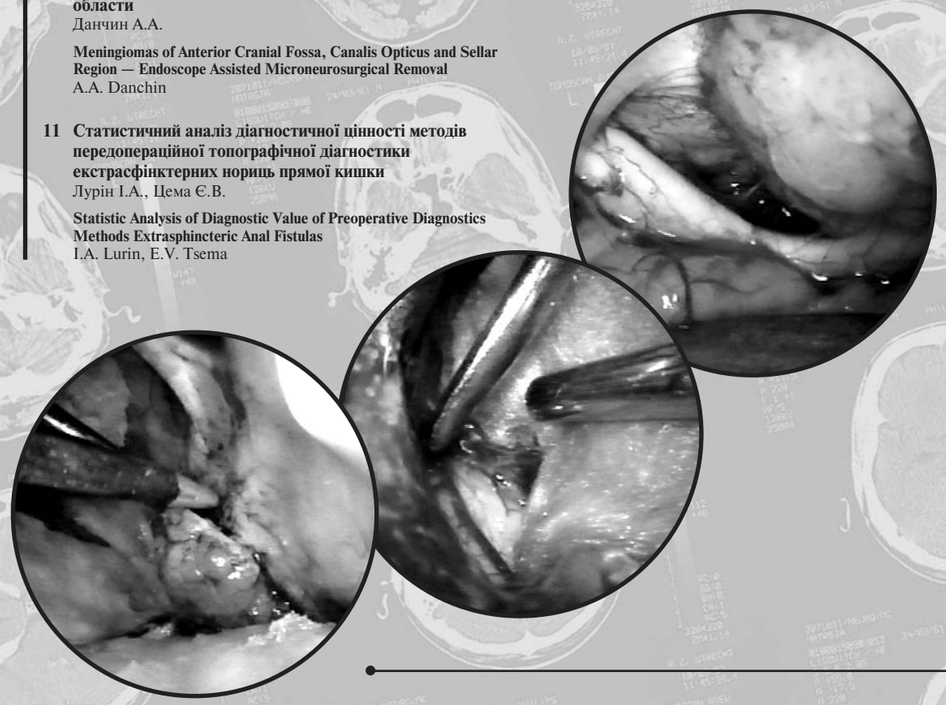
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

3 **Эндоскопическая ассистирующая микрохирургия в удалении менингиом основания передней черепной ямки, канала зрительно нерва и хиазмально-селлярной области**
Данчин А.А.

Meningiomas of Anterior Cranial Fossa, Canalis Opticus and Sellar Region — Endoscope Assisted Microneurosurgical Removal
A.A. Danchin

11 **Статистичний аналіз діагностичної цінності методів передопераційної топографічної діагностики екстрасфінктерних нориць прямої кишки**
Лурін І.А., Цема Є.В.

Statistic Analysis of Diagnostic Value of Preoperative Diagnostics Methods Extrasphincteric Anal Fistulas
I.A. Lurin, E.V. Tsema



стор. 3-10

ЮВІЛЕЇ

43 **До Ювілею Василя Дмитровича Братуся**

СИМПОЗІУМИ

17 **Матеріали симпозіуму "Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч"**
Україна, Київ, 16 березня 2007 р.

18 • **Интенсивная терапия при желудочно-кишечных кровотечениях**
22 • **Хирургическое лечение острых желудочно-кишечных кровотечений**
37 • **Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений**

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

44 **Інструкції для авторів**

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2007
© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2007
© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2007
Все права защищены. Перепечатка материалов либо их частей в любом виде без письменного согласия держателя авторских прав будет преследоваться в судебном порядке.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, 2007
© Ukrainian Fund of the Support and Development of Neuro-endoscopy and Endoscopic Neurosurgery. All rights reserved.
© Kiev's Clinical Hospital, Medical Corp.

All right reserved.

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2007) Vol. 11; 2: 3-10

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТИРУЮЩАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В УДАЛЕНИИ МЕНИНГИОМ ОСНОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ, КАНАЛА ЗРИТЕЛЬНО НЕРВА И ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Данчин А.А.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного Военного Клинического Госпиталя МО Украины, Киев

Meningiomas of Anterior Cranial Fossa, Canalis Opticus and Sellar Region — Endoscope Assisted Microneurosurgical Removal

A.A. Danchin

Clinic of Neurosurgery and Neurology, Main Military Clinical Hospital of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Received: December 25, 2006
Accepted: February 2, 2007

Адреса для кореспонденції:
Клініка нейрохірургії та неврології
Головного військового клінічного госпіталю
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел./факс.: + 38 (044) 522-83-79
e-mail: bomartin@yandex.ru

Summary

There were operated with use of endoscope assisted microneurosurgery (EAM) 32 patients with meningiomas. We used bifrontal subfrontal approach for midline lesions and fronto-temporal approaches for lateral lesions. In one case we observed meningiomas of canalis opticus, which was around internal carotid artery, middle carotid artery and anterior carotid artery. The application of EAM and microsurgery allowed to radically removing this lesion without intraoperative complications. Endoscopic visualization of meningiomas-mass around carotid arteries could help to make its removal without direct microsurgical control.

So, combinative endoscope assisted techniques has more preferences than pure microsurgery in cases of anterior cranial fossa meningiomas with extension to middle cranial fossa.

Key words: meningiomas of anterior cranial fossa, endoscope assisted microneurosurgery.

Введение

К одним из доброкачественных новообразования основания передней черепной ямки, канала зрительного нерва и хиазмально-селлярной области относятся базальные арахноидэндотелиомы (менингиомы) различной локализации и зоны роста.

Основная масса этих новообразований лечится оперативными методами, при этом с хирургической точки зрения доброкачественные опухоли основания передней черепной ямки (ПЧЯ) объединяют общие доступы [1, 3]. Выбор оптимального хирургического подхода, рациональной тактики операции во многом определяет исходы лечения больных с

Рис. 1 (a-d). МРТ картина менингиомы бугорка турецкого седла (a, b — сагиттальная проекция; c, d — аксиальная проекция).

этой патологией и зависит как от полноты диагностических данных, так и технического оснащения операционной [7, 14].

Известно, что арахноидэндотелиомы основания передней черепной ямки длительное время протекают бессимптомно. Триаду первичных клинических проявлений этих новообразований, детально описанные в 1966 г. Арутюновым А.И. и Филатовым Ю.М., составляют нарушения обоняния, психики и зрения [3]. При этом отмечено — менингиомы бугорка турецкого седла и канала зрительного нерва первое и продолжительное время проявляются лишь односторонними нарушениями зрения [3]. Поэтому своевременная диагностика этих образований на ранних стадиях имеет принципиальное значение, как для объема оперативного вмешательства, так и возможного сохранения зрения на пораженной стороне.

Локализация вышеуказанных опухолей в непосредственной близости от сосудов артериального круга большого мозга, черепных нервов, большое разнообразие анатомо-топографических взаимоотношений обуславливает высокую степень сложности их хирургического лечения. При этом сложность операции возрастает по мере вовлечения в него сосудов Виллизиева круга.

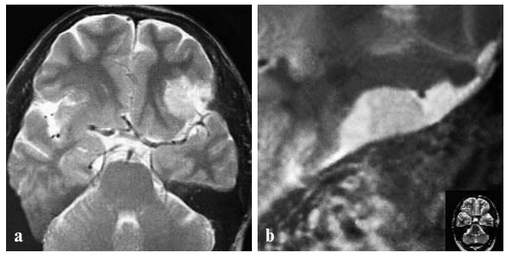


Рис. 2 (a, b). МРТ пациента Г., 53 лет: менингиома большого крыла основной кости слева, локализующаяся в задне-латеральных отделах основания передней черепной ямки (a — аксиальная проекция; b — коронарная проекция).

С внедрением в середине 90-х годов XX века в повседневную нейрохирургическую практику эндоскопических технологий возникли и развились в отдельные направления эндоскопическая контролирующая и эндоскопическая ассистирующая микронейрохирургия [11, 12]. Эти малотравматичные визуализирующие технологии позволяют проводить обзор интраоперационных структур и образований в областях, находящихся вне прямой видимости операционного микроскопа.

Эндоскопическая контролирующая микрохирургия образований передней и средней черепной ямки применяется при удалении доброкачественных новообразований гипофизарно-хиазмальной области [2, 6]. Приемы эндоскопической ассистирующей микрохирургии используются, в основном, при выделении и клипировании сосудистых аневризм передней мозговой и передней соединительной артерий [5, 9]. В то же время, в литературе имеются лишь единичные описания применения эндоскопической ассистирующей микрохирургии при удалении менингиом, исходящих из канала зрительного нерва [13].

Таблица 1. *Локализация и характеристика видов доступов к менингиомам основания передней черепной ямки и гипоталамо-гипофизарно-хиазмальной области*

	Вид доступа (n=32) при комбинированном применении микрохирургической и эндоскопической ассистирующей технологий		
	Односторонний субфронтальный доступ (n=9)	Бифронтальный доступ (n=11)	Лобно-височный доступ (n=12)
Менингиома крыши глазницы	8		
Менингиома обонятельной ямки		9	
Менингиома малого крыла клиновидной кости			12
Менингиома бугорка турецкого седла	1	1	
Менингиома канала зрительного нерва		1	

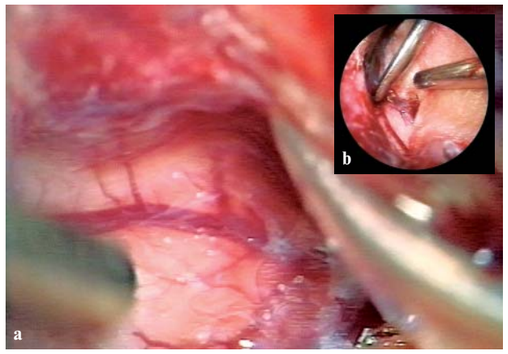


Рис. 3 (a, b). Микрохирургическая картина при удалении менингиомы большого крыла основной кости — этап отделения капсулы менингиомы от корковых сосудов (a). Эндоскопический контроль этапа микрохирургического отделения капсулы менингиомы от корковых сосудов (b).

С появлением новых интраоперационных технических методик, стремление исследователей улучшить результаты лечения больных с арахноидэндотелиомами является актуальным вопросом современной нейрохирургии. Этим обусловлены работы по оптимизации методов радикального удаления опухолей передней черепной ямки и хиазмально-селлярной области.

Материалы и методы

В нейрохирургическом отделении клиники нейрохирургии и неврологии Главного Военного Клинического госпиталя МО Украины проведено хирургическое лечение 32 пациентов с менингиомами, исходящими из основания передней черепной ямки и хиазмально-селлярной области.

В наших наблюдениях превалировали женщины — 20 (63%), мужчин было 12 (37%). Средний возраст пациентов составил 42±0,5 года.

Всем пациентам проводился общеклинический и неврологический осмотр, офтальмологические исследования, краниография в 2-х проекциях, КТ и МРТ головного мозга (рис. 1). 22 пациентам исследования были дополнены МРТ ангиографией. Данные о локализации менингиом представлены в таблице 1.

Хирургическое лечение и техническое оснащение

Всем пациентам проводились оперативные вмешательства с комбинированием микрохирургической и эндоскопической технологий. Характеристика видов доступов к менингиомам основания передней черепной ямки, хиазмально-селлярной области представлена в таблице 1.

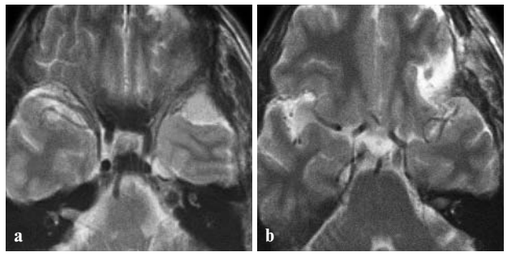


Рис. 4 (a, b). Контрольная МРТ пациента Г., 53 лет: менингиома большого крыла основной кости слева удалена радикально.

Для проведения эндоскопических манипуляций использовались:

- жесткие нейроэндоскопы "Karl Storz" и "Linvatec" диаметром 2,8 мм и 4,0 мм, длиной 120 мм и 180 мм, с углом обзора 0°, 30°, 70°, 120°;
- камера и осветитель "Zimmer";
- видеосистема цифровой записи "Sony";
- микрохирургические инструменты.

Выполнявшиеся нами приемы комбинирования микрохирургической и эндоскопической ассистирующей техник продемонстрированы на рис. 2-4.

Приводим клиническое наблюдение над пациенткой с менингиомой редкой локализации — канала зрительного нерва с ростом в переднюю и среднюю черепные ямки и прорастанием супраклиноидной части правой внутренней сонной артерии, правого зрительного нерва, правых отделов хиазмы, начальных отделов передней и средней мозговых артерий (области их бифуркации) для детальной характеристики возможностей комбинирования микрохирургической и эндоскопической ассистирующей технологий.

Клинический пример

Общеклинические данные

Пациентка Ш., 33 лет, поступила в нейрохирургическое отделение клиники нейрохирургии и невропатологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины с жалобами на полную потерю зрения на правый глаз, выраженные головные боли.

Со слов больной, заболевание развивалось постепенно на протяжении 18 месяцев. Больная стала отмечать прогрессивное снижение остроты зрения на правый глаз, в последние 3 месяца возникла полная потеря зрения на правый глаз. Стали беспокоить постоянные головные боли. По поводу этих жалоб пациентка в течении года неоднократно проходила обследование (включая компьютерную томог-

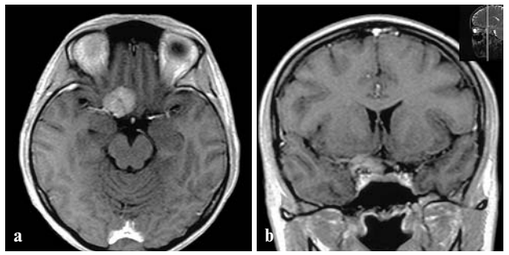


Рис. 5 (a, b). МРТ картина пациентки Ш.: менингиома основания передней черепной ямки размерами до 3 см в диаметре, расположенная в области правого *canalis opticus*, имеющая правосторонний параселлярный рост и деформирующая правую хиазмальную область (a -аксиальная проекция; b — коронарная проекция).

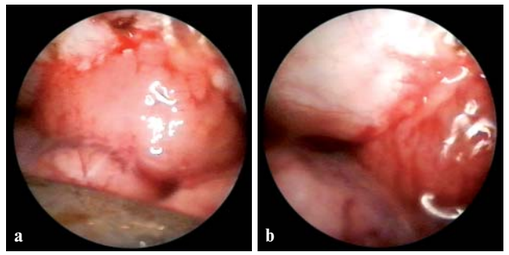


Рис. 6 (a, b). К переднему полюсу опухоли подведен жесткий эндоскоп с углом обзора 0° диаметром 4,0 мм, проведена эндомикрохирургическая оценка анатомических образований данной области.

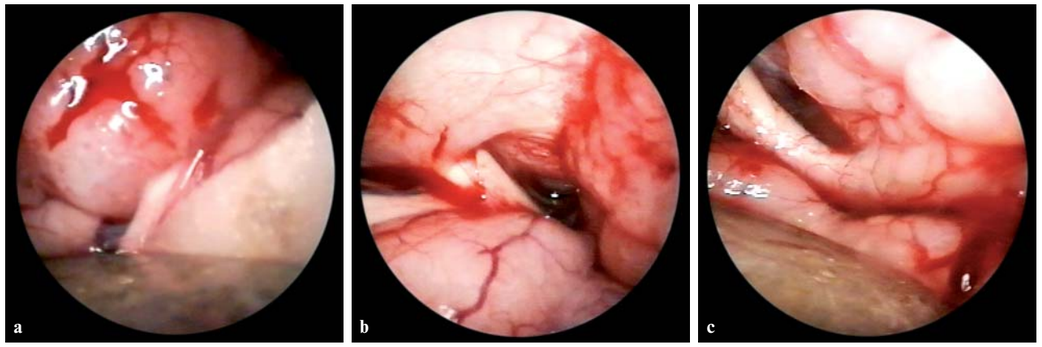


Рис. 7 (a-c). Менингиома "обрастает" правый зрительный нерв (a) от хиазмальной области (b) и до *canalis opticus dextra*, последний при этом не визуализируется из-за опухолевой массы (c).

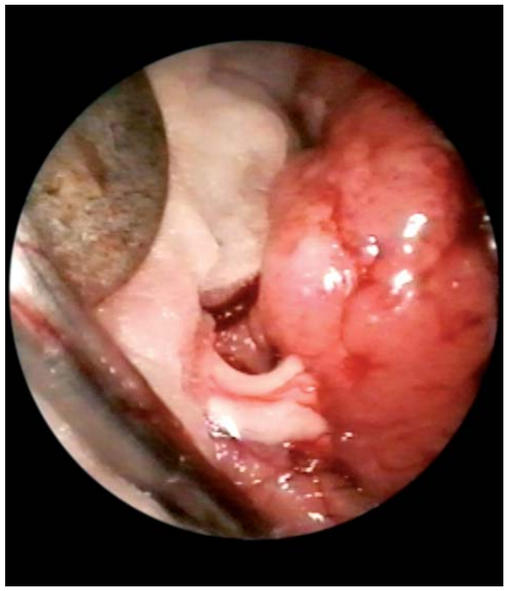


Рис. 8. Правый зрительный нерв истончен, деформирован и растянут опухолевой тканью дугообразно кпереди.

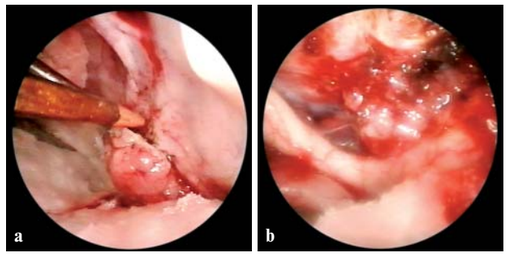


Рис. 9 (a, b). Опухолевая масса отделена от твердой мозговой оболочки бугорка турецкого седла, хиазмальной области.

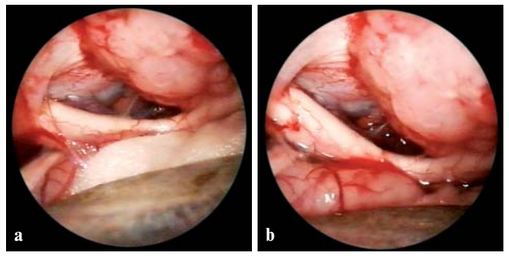


Рис. 10 (a, b). Эндоскопический обзор медиальных отделов средней черепной ямки.

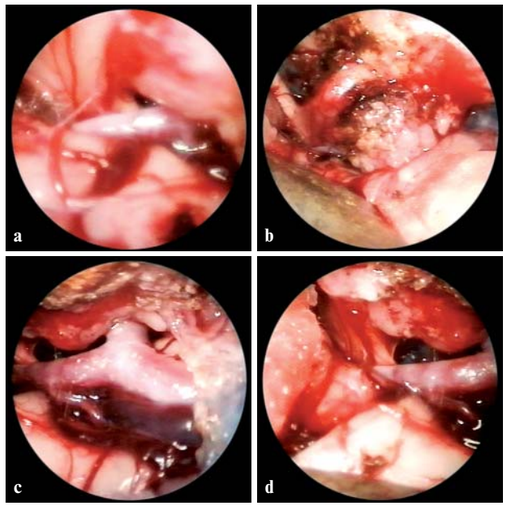


Рис. 11 (a-d). Менингиома "обрастает" правую внутреннюю сонную артерию (a) в ее супраклиноидной части (b), распространяясь до бифуркации последней на среднюю и переднюю мозговые артерии (c, d).

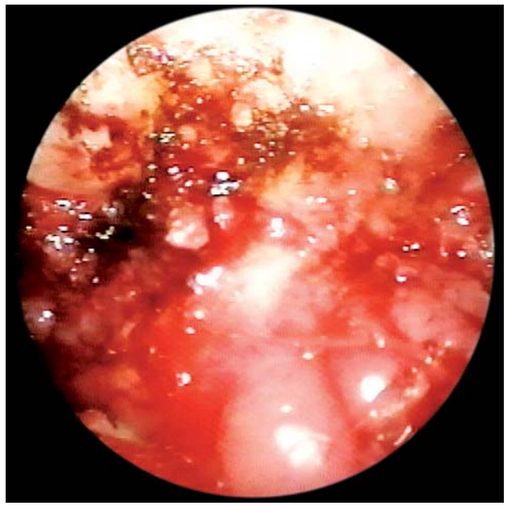


Рис. 12. Эндоскопическая визуализация зоны роста опухоли — твердая мозговая оболочка нижне-задней части канала правого зрительного нерва, которая находится вне зоны прямой видимости операционного микроскопа.

рафию головного мозга) и симптоматическое лечение в различных неврологических и офтальмологических стационарах без положительного клинического эффекта, причем правильный диагноз так и не был установлен.

Причина изолированной потери зрения правого глаза у больной была диагностирована после выполнения очередной контрольной МР томографии головного мозга, при этом с момента манифестации заболевания прошло 18 месяцев.

На МРТ визуализирована менингиома основания передней черепной ямки размерами до 3 см в диаметре, расположенная в области правого *canalis opticus*, имеющая правосторонний параселлярный рост и деформирующая правую хиазмальную область (рис. 5).

При объективном осмотре общее состояние пациентки ближе к относительно удовлетворительному, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Нормостеническое телосложение. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту. Аускультативно сердечные тоны ритмичные, в легких дыхание везикулярное. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Гормональных нарушений в клинической картине не выявлено.

В неврологическом статусе сознание ясное, 15 баллов по ШКГ, ориентирована, адекватна. Амавроз справа. Слева острота и поля зрение сохранены. Патологии со стороны других черепно-мозговых нервов не выявлено. Объем движений в конечностях полный, мышечная сила 5 баллов, сухожильно-периостальные рефлексы симметричны, живые. Патологические стопные знаки не выявлялись. Менингеальных знаков нет. Чувствительность не нарушена. Функции тазовых органов в норме.

Больная осмотрена окулистом: справа — амавроз, вторичная атрофия зрительного нерва, макулодистрофия; слева — острота зрения 1,0, признаков застоя на глазном дне и уменьшения полей зрения нет.

Диагноз

Менингиома правого канала зрительного нерва с ростом в переднюю и среднюю черепные ямки и прорастанием супраклиноидной части правой внутренней сонной артерии, правого зрительного нерва, правых отделов хиазмы, начальных отделов передней и средней мозговых артерий (области их бифуркации).

Операция

Бифронтальная костно-пластическая трепанация черепа, эндомикрохирургическое удаление менингиомы основания передней и средней черепной ямки, израстающей из твердой мозговой оболочки нижне-задней части канала правого зрительного нерва (7/06-2006 г.).

Особенности оперативного вмешательства

После выполнения бифронтального доступа к основанию передней черепной ямки в области бугорка турецкого седла, парамедиально с правосторонним ростом и супрадиафрагмально находится опухоль красноватого цвета, округлой формы, слегка бугристой поверхности, четко отличающаяся от здоровой ткани головного мозга. К переднему полюсу опухоли подведен жесткий эндоскоп с углом обзора 0° проведена эндомикрохирургическая оценка анатомических образований данной области (рис. 6). Отмече-

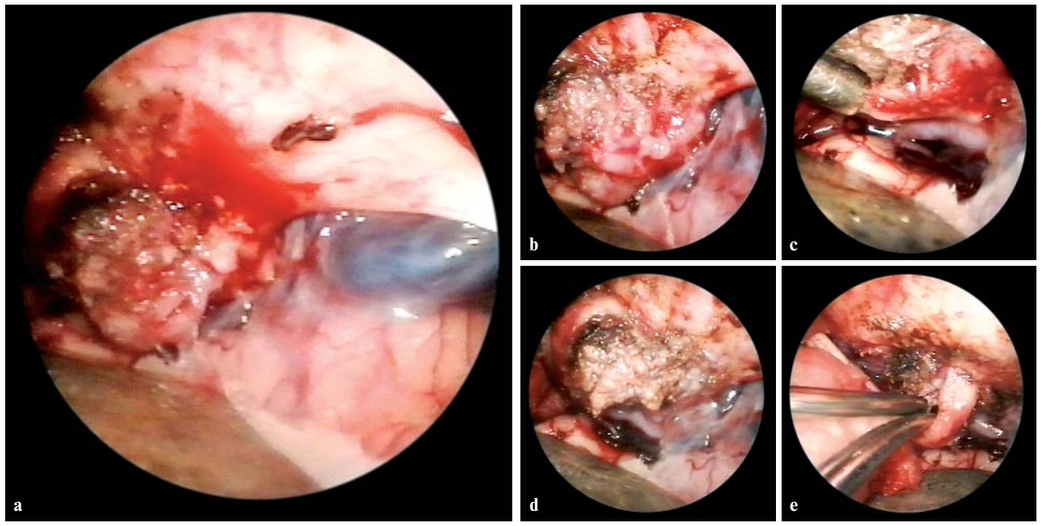


Рис. 13 (a-e). Эндоскопическая ассистирующая микрохирургия: этапы отделения менингиомы от внутренней сонной артерии и зрительного нерва в его входе в *canalis opticus dextra*.

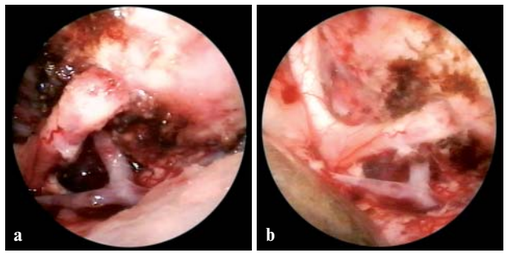


Рис. 14 (a, b). Эндоскопическая ревизия после радикального удаления менингиомы: сохранена анатомическая целостность правого зрительного нерва (a), артерий Виллизиева круга (b).

но, что опухоль — менингиома, "обрастает" правый зрительный нерв на протяжении от хиазмальной области и до *canalis opticus dextra*, последний при этом не визуализируется из-за опухолевой массы (рис. 7). Правый зрительный нерв истончен, деформирован и растянут опухолевой тканью дугообразно кпереди (рис. 8).

Поэтапно с помощью микрохирургической техники опухолевая масса отделена от твердой мозговой оболочки бугорка турецкого седла, хиазмальной области (рис. 9). После чего стала возможной обзору медиальная часть средней черепной ямки. Эндоскопом с углом обзора 70° произведена ревизия этой области (рис. 10). Выявлено, что менингиома размером 3,2×2,8×2,3 см обрастает правую внутреннюю сонную артерию в ее супраклиноидной части, распространяясь до бифуркации последней на среднюю мозговую артерию и переднюю мозговую артерию (рис. 11). Эндоскопом с углом обзора 120° выявлена зона роста опухоли — твердая мозговая оболочка нижнезадней части канала правого зрительного нерва, которая находится вне зоны прямой видимости (рис. 12). Поэтапно опухолевая масса отделена от внутренней сонной артерии и зрительного нерва в его входе в *canalis opticus dextra* (рис. 13). Зона роста менингиомы тщательно коагулирована биполярной коагуляцией. Произведена эндоскопическая ревизия: анатомическая целостность правого зрительного нерва, артерий Виллизиева круга, гипофизарной области головного мозга сохранена, менингиома удалена радикально (рис. 14).

Послеоперационный период

Больная была переведена из отделения интенсивной терапии в отделение нейрохирургии на 2 сутки. Осложнений не наблюдалось. Гистологическое заключение удаленной опухоли — менингиома. По данным послеоперационной МРТ головного мозга опухоль удалена тотально (рис. 15). Клинически пациентка сохранна, головные боли регрессировали, в неврологическом статусе сохраняется правосторонний амавроз. Больная в удовлетворительном состоянии на 9 сутки выписана из отделения.

Результаты и обсуждение

У всех 32 оперированных пациентов интраоперационных осложнений не наблюдалось, при этом все новообразования основания передней черепной ямки, канала зрительного нерва и хиазмально-селлярной области были удалены радикально. Выздоровление наступило во всех наблюдениях.

До внедрения в повседневную нейрохирургическую практику высокоинформативных нейровизуализирующих методов диагностики (КТ, МРТ) и микрохирургической техники результаты лечения такой патологии сопровождались высокой летальностью, достигавшей 30%, а в 50% случаев опухоли удалялись парциально [3]. В большинстве случаев менингиомы, захватывающие и обрастающие сосуды Виллизиева круга, считались иноперабельными [3].

Классические виды хирургических доступов к арахноидэндотелиомам основания передней черепной ямки и гипоталамо-гипофизарно-хиазмальной области позволяют оптимально подойти к вопросу микрохирургического удаления этих опухолей [1, 3]. При этом данные КТ и МРТ имеют основополагающее значение для выбора доступа.

Выполнение бифронтального либо одностороннего доступа к основанию передней и средней черепной ямки считается вопросом индивидуального предпочтения нейрохирурга, но зависит от размеров и локализации новообразований [10, 14]. Для опухолей, доходящих до средней линии, более целесообразен двухсторонний доступ [1, 3]. Так, Hinojosa M. et al выполнял бифронтальный подход к менингиомам обонятельной ямки у 64% оперированных больных, и лишь в 26% — односторонний фронто-латеральный доступ [7].

На наш взгляд, при выполнении бифронтального доступа для удаления менингиом гипоталамо-гипофизарно-хиазмальной локализации визуализация всех структур передней черепной ямки наиболее полная. После обнажения полюсов лобных долей, пересечения сагиттального синуса и серпа большого мозга в передней трети и по возможности ниже, подход к опухоли осуществляется исключительно субфронтально, путем тракции лобных долей в задне-верхнем направлении. При этом доступе обзору открыты и структуры средней черепной ямки — супраклиноидный отдел внутренней сонной артерии, проксимальные отделы средней и передней мозговых артерий.

Kehrli P. et al отмечают, что минимизация хирургического доступа к указанным анатомическим структурам оправдана и эффективна при размерах новообразований, не превышающих 20 мм в диаметре. Авторы приводят опыт комбинированного использования микрохирургической и нейроэндоскопической техники у 6 пациентов с опухолями передней черепной ямки, супраселлярной области и Сильвиевой цистерны, которым были применены односторонние супраорбитальные микрокраниотомические доступы через надбровный линейный разрез кожи длиной 50 мм [8].

Хотим отметить, что реальная анатомия и топография структур передней и средней черепной ямки не

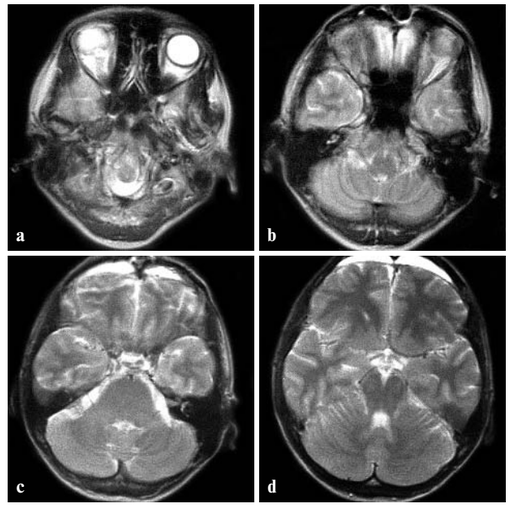


Рис. 15 (a-d). Контрольная МРТ головного мозга пациентки Ш. в послеоперационном периоде: менингиома передней черепной ямки удалена тотально.

всегда совпадает с данными предоперационных МРТ и КТ исследований. Так, в представленном нами наблюдении, по изначальным данным МРТ менингиома локализовалась исключительно в правой субфронтальной области, распространение же ее в среднюю черепную ямку выявилось интраоперационно. Истинные размеры опухоли составили 3,2×2,8×2,3 см, поэтому классический бифронтальный доступ явился оптимальным для полной визуализации новообразования. При этом дополнение микрохирургических манипуляций эндоскопической ассистирующей методикой обеспечило контроль всех этапов радикального отделения опухоли от хиазмы, зрительных нервов, артерий Виллизиева круга.

В своих исследованиях George B. подчеркивает, что эндоскопическая визуализация канала зрительного нерва позволяет значительно снизить интраоперационную травму, когда данный обзор проводится без дополнительной резекции костных структур основания черепа [4].

В то же время Taneda M. предпочитает односторонний лобно-височный доступ к менингиомам зрительного нерва. У 10 больных автор интраоперационно использовал эндоскопическую ассистирующую технику, и отметил преимущества 70° и 120° жестких нейроэндоскопов для визуализации канала зрительного нерва [13].

В приведенном нами клиническом примере эндоскопический контроль вне прямой видимости операционного поля при выделении той части опу-

холи, которая охватывает супраклиноидный отдел внутренней сонной артерии и правую переднюю мозговую артерию, позволил тотально и безопасно выполнить этот микрохирургический этап операции. Что исключительно важно как в плане предупреждения ятрогенных повреждений магистральных сосудов головного мозга, так и в радикальности удаления доброкачественных новообразований. Осмотр самого канала правого зрительного нерва был возможен исключительно с помощью эндоскопа. Данная визуализация позволила детально инспектировать зону роста опухоли и оценить полноту и радикальность удаления менингиомы.

Заключение

Ранняя диагностика менингиом основания передней черепной ямки и селлярно-хиазмальной области позволяет своевременно проводить хирургическое лечение этих образований, что улучшает качественный прогноз для жизни пациентов с этими новообразованиями.

Эндоскопическая ассистирующая микрохирургия при удалении арахноидэндотелиом основания передней черепной ямки, канала зрительного нерва и хиазмально-селлярной области является максимально визуализирующей высокоинформативной интраоперационной техникой. Она позволяет избегать излишней травматизации и возможного ятрогенного повреждения анатомических структур, вовлеченных в патологическое образование, при этом создаются условия для более тщательного и бережного выделения зрительных нервов, хиазмы, магистральных артерий и радикального удаления опухоли с обзором тех анатомических структур, которые не доступны прямой визуализации.

Литература

1. Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А., Мосийчук Н.М., Чушкан Г.С. (1986) Атлас операций на головном мозге. (Москва). "Медицина". 384 с.
2. Смеянович А.Ф., Барановский А.Е. (2006) Микрохирургия краниофарингиом с применением ассистирующей эндоскопии. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. Vol. 10; 1-2: 14-18
3. Угрюмов В.М. (1969) Хирургия центральной нервной системы. (Ленинград). "Медицина". Том 1; 864 с.
4. George B. (2000) Endoscopy in skull base surgery. In Abstract book: Forth International Meeting — Neuroendoscopy and Allied Technologies. (Marburg). p 24
5. Grotenhuis J.A. (1995) Endoscope-assisted microneurosurgery. (Nijmegen). Uitgeverij Machaon, eds. 168 p.
6. Grotenhuis J.A. (1998) The use of endoscopes during surgery in the suprasellar region. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 107-110
7. Hinojosa M., Vorkapic P., Samii M. (1999) Surgical management of olfactory groove meningiomas. In Abstract book: The Annual Meeting of the Egyptian Society of Neurological Surgeons — 50th Anniversary. (Cairo). p 43
8. Kehrli P., Fernandes Y., Maitrot D. (1997) Early experience with supraorbital craniotomy. In Abstract book: Third International Congress — Minimally Invasive Neurosurgery. (Paris). p 47
9. Kiwit J. (1998) Endoscopy assisted microneurosurgery in aneurisms of the anterior circulation. Minimally Invasive Neurosurgery. Vol. 41; 2: 104
10. Kotb A., Schuhman M., Banker T., Vorkapic P., Samii M. (1999) Suprasellar meningiomas: further improvement of surgical results using the frontolateral approach. In Abstract book: The Annual Meeting of the Egyptian Society of Neurological Surgeons — 50th Anniversary. (Cairo). p 11
11. Rodziewicz G.S., Kelley R.T., Kellman R.M., Smith M.V. (1998) Endoscopic pituitary surgery: present and future. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 121-126
12. Scholz M., Wildforster U., Hardenack M., Schmieder K., Harders A. (1998) Endoscopic approach to the methencephalon compared to standard microsurgical procedures. In book: Minimally invasive techniques for neurosurgery. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). Springer eds. pp 127-131
13. Taneda M. (1998) Endoscopy assisted removal of meningiomas involving the optic nerve. Minimally Invasive Neurosurgery. Vol. 41; 2: 106-107
14. Zortzidis F., Prokopakis D., Iliadis H., Maraziotis T., Papadakis N. (1999) Surgical treatment of olfactory groove meningiomas. In Abstract book: The Annual Meeting of the Egyptian Society of Neurological Surgeons — 50th Anniversary. (Cairo). p 42

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2007) Vol. 11; 2: 11-16

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЦІННОСТІ МЕТОДІВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ТОПОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

Лурін І.А., Цема Є.В. *

Головний військовий клінічний госпіталь, Українська військово-медична академія *, Київ

Statistic Analysis of Diagnostic Value of Preoperative Diagnostics Methods Extrasphincteric Anal Fistulas

I.A. Lurin, E.V. Tsema *

Main Military Clinical Hospital, Ukrainian Military Medical Academy *, Kiev

Received: January 15, 2007
Accepted: February 2, 2007

Адреса для кореспонденції:
Клініка абдомінальної хірургії
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18
Київ, 01133, Україна
Тел.: + 38 (044) 521-84-50

Summary

We have compared statistic analysis of preoperative diagnostic methods extrasphincteric anal fistulas. Analysis was based on diagnostic value of methods. We have compared statistic analysis between eights preoperative diagnostic methods by index of their informatics, specifics and sensibility. According to obtained results we have proposed optimal preoperative diagnostic algorithm in patients with extrasphincteric rectal fistulas.

Key words: extrasphincteric anal fistula, transrectal ultrasonic research.

Вступ

Результати хірургічного лікування хворих з екстрасфінктерними норицями прямої кишки (ЕНПК) залежать не тільки від методу хірургічного лікування, але і від вірної та точної топографо-анатомічної діагностики архітектоніки норицевого ходу (НХ) у передопераційному періоді. Покращити останню, на нашу думку, можна двома шляхами. По-перше, це розробка та впровадження нових інструментальних методів передопераційної діагностики. По-друге, це розробка оптимальних передопераційних діагностичних алгоритмів. Що стосується першого напрямку, то за останні роки була впроваджена в практичне використання ціла низка сучасних методів передопераційної діагностики: фістулографія (ФГ) з використанням аноректальної лінійки, що запропонована нами [6], ультразвукове трансректальне дослідження (УЗДТ) з його двовимірно-просторовою (УЗДТ 2D) [1,8,9,10] та об'ємно-просторовою (УЗДТ 3D) реконструкцією, про які ми повідомляли раніше [2-5,7], комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуванням НХ [11].

Таким чином, склалася ситуація, коли в арсеналі колопроктолога поряд з традиційними, перевіреними часом, діагностичними методами, існує велика кількість сучасних. При цьому різні автори пропонують використовувати розроблену саме ними методику та акцентують увагу лише на її позитивних сторонах. За таких умов, досить тяжко дати об'єктивну оцінку тому чи іншому методу дослідження та запропонувати оптимальний діагностичний алгоритм для кожного конкретного пацієнта. Зважаючи на це, ми вирішили провести статистичний аналіз як нових так і традиційних методів передопераційної топографічної діагностики ЕНПК на досить значній вибірці хворих. Раніше ми вже повідомляли про результати порівняння окремих методів передопераційної діагностики [6]. В дійсній роботі ми хотіли б представити наші матеріали більш масштабного дослідження та результати статистичної обробки на значній вибірці хворих.

Матеріали та методи

В основу нашої роботи увійшли матеріали передопераційних діагностичних досліджень 211 хворих з ЕНПК III-IV ступеня складності. Серед досліджуваних хворих було 142 (67,3%) чоловіків та 69 (32,7%) жінок. Середній вік хворих склав 40,7±1,6 років. У 39 (18,4%) хворих внутрішній отвір (ВО) норицевого ходу (НХ) знаходився на передній стінці анального каналу, у 13 (6,2%) хворих – на бічній стінці, а у 142 (67,3%) хворих на задній стінці анального каналу. У 17 (8,1%) хворих ВО НХ відкривався в ампулярній частині прямої кишки (ПК).

Ми провели порівняльну оцінку методів передопераційної діагностики хворих з ЕНПК в залежності від їх діагностичної цінності. В дійсній роботі ми провели аналіз найбільш розповсюджених на теперішній час методів передопераційного обстеження цієї категорії хворих: зондування НХ та пальцьове дослідження ПК; проба з барвником; ректороманоскопія (РРС); ФГ; ФГ з застосуванням, запропонованої нами, аноректальної лінійки; УЗДТ 2D з контрастуванням НХ; УЗДТ 3D з контрастуванням НХ; КТ з контрастуванням НХ.

Зондування НХ проводили за допомогою пугавкового зонду, дещо вигнутого на кінці (під кутом біля 10 градусів). Перед введенням зонду, шкіру навколо зовнішнього отвору (ЗО) обробляли антисептиком. Зондування НХ ми закінчували одночасним пальцевим дослідженням ПК, за допомогою чого ми намагалися визначити орієнтовне відношення введеного в НХ зонду, щодо сфінктерного апарату ПК. Дане дослідження виконано всім 211 (100%) хворим.

Проба з барвником проводилася шляхом введення за допомогою шприца з тупокінцевою голкою в ЗО ЕНПК фарбуючої речовини (метиленовий синій або діамантовий зелений). Паралельно в просвіт ПК вводили тупфер з чистим тампоном. Результати проби оцінювалися по появі барвника на тампоні. Дану пробу ми провели всім 211 (100%) досліджуваним хворим.

РРС ми виконували, як обов'язковий елемент передопераційного обстеження. Дослідження проводилося в колінно-ліктьовому положенні за стандартною методикою. РРС виконано всім 212 (100%) хворим.

ФГ дослідження ми проводили шляхом введення в НХ за допомогою шприца з тупокінцевою голкою рентгенконтрастної речовини (тріамбраст). Після чого, виконувалися серійні рентгенологічні знімки в прямій, боковій та косій проекціях. Знімки виконувалися на рентгенологічній установці „Siregraph D-3" (Siemens, Німеччина), з електронно-оптичним перетворювачем та цифровою комп'ютерною обробкою. ФГ за звичайною методикою ми провели 159 (75,4%) досліджуваних хворих. 52 (24,6%) хворим ми повели ФГ з запропонованою нами аноректальною лінійкою (раціоналізаторська пропозиція №1722 від 22.06.2004 р. Спосіб визначення локалізації норці прямої кишки при фістулографії / Лурін І.А., Ігнатенко П.М., Нечай В.С.)

УЗДТ проводили в положенні хворого на спині із зігнутими у колінних суглобах ногами, після попереднього проведення двох очисних клізм. Для УЗДТ використовували ультразвуковий апарат Hawk 2102, виробництва фірми B-K Medical, Данія. Для дослідження анального каналу використовувався механічний датчик 1850 зі змінними скануючими головками, що дозволяють використовувати частоти сканування від 4 до 10 МГц. При скануванні використовуються металеві трубки діаметром 10 або 17 мм. Для 3D-реконструкції використовувався пристрій для контрольованого руху датчика. УЗДТ 2D ми провели 45 (21,3%) хворим, а УЗДТ 3D ми провели у 86 (40,7%) хворих.

КТ дослідження з контрастуванням НХ ми виконували за стандартною методикою. Дане дослідження було проведено 31 (14,7%) хворому.

Кожен з досліджуваних методів ми порівнювали в залежності від його діагностичної цінності, яка в себе включає інформативність, специфічність та чутливість відповідного методу.

Під інформативністю методу ми брали можливість останнього визначати певну суму топографо-анатомічних характеристик структурних елементів НХ. До характеристик структур НХ ми відносили: відношення НХ до сфінктерного апарату ПК; довжина НХ; наявність додаткових розгалужень; наявність гнійних кишень; наявність рубцевого процесу; наявність та розташування ВО ЕНПК; відстань від ВО ЕНПК до анусу.

Таким чином, чим більшу кількість з вищезазначених характеристик дає можливість визначити даний метод, тим більше його інформативність.

Під специфічністю методу ми розуміли можливість останнього безпомилково визначити ту чи іншу топографо-анатомічну характеристику норицевих структур, іншими словами цей показник знаходиться в прямо-пропорційному зв'язку з кількістю позитивних результатів, та є обернено-пропорційним кількості хибно-позитивних результатів.

Чутливість методу діагностики – визначається здатністю останнього визначити ту чи іншу топографо-анатомічну характеристику НХ в максимально можливій кількості хворих, в яких дана характеристика має місце. Іншими словами, чутливість методу дослідження прямо пропорційна кількості позитивних результатів та обернено пропорційна кількості хибно-негативних результатів діагностичного пошуку.

Таким чином, "ідеальний" метод повинен давати змогу безпомилково визначати всі наявні топографо-анатомічні характеристики НХ в усіх досліджуваних хворих.

З метою кількісної характеристики діагностичної цінності методів ми розраховували для кожного з них показники специфічності та чутливості, в залежності від кожної з 7-ми характеристик топографо-анатомічних структур НХ, які дає можливість визначити відповідний метод. Розрахунок показників специфічності проводили за наступною формулою:

$$СП = \frac{ПР}{ПР+ХРП} \times 100\%$$

В наведеній формулі позначено:
СП – показник специфічності – величина виражена в відсотках, яка показує частку випадків безпомилкового виявлення досліджуваної ознаки, серед загальної кількості випадків, в яких метод, що розглядається, виявив досліджувану ознаку (в тому числі і помилково);
ПР – кількість позитивних результатів – кількість випадків, в яких метод, що розглядається безпомилково виявив досліджувану ознаку;
ХПР – кількість хибно-позитивних результатів – кількість випадків, в яких метод, що розглядається помилково виявив досліджувану ознаку;

Показник специфічності показує на скільки досліджуваний метод специфічний (тобто, здатний визначити лише конкретну задану ознаку, а не будь-яку іншу) до безпомилкового визначення певної ознаки. Тобто, даний показник показує, наскільки вірогідно те, що виявлення певної ознаки методом, що досліджується, відповідає дійсності (тобто, підтвердиться методами патогістологічного дослідження та інтраопераційної макроскопічної оцінки).

Показник чутливості методу ми розраховували за наступною формулою:

$$ЧП = (1 - \frac{ХНР}{n}) \times 100\%$$

В наведеній формулі позначено:
ЧП – показник чутливості – величина виражена в відсотках і обернена до частки випадків помилкового не визначення досліджуваної ознаки, серед загальної кількості випадків дослідження;
ХНР – кількість хибно-негативних результатів – кількість випадків, в яких метод, що розглядається помилково не виявив досліджувану ознаку, в випадках коли вона насправді мала місце;
n – кількість спостережень.

Показник чутливості показує, наскільки вірогідно те, що не виявлення певної ознаки методом, що досліджується, відповідає дійсності (тобто, підтвердиться методами патогістологічного дослідження та інтраопераційної макроскопічної оцінки). Оцінку вірогідності різниці результатів дослідження ми проводили за допомогою коефіцієнту Стьюдента.

Результати та їх обговорення

Отримані нами результати передопераційної топографічної діагностики ЕНПК за всіма досліджуваними методами подані в таблиці 1. Отримані за допомогою відповідних методів дослідження результати ми порівнювали з даними патогістологічного дослідження та інтраопераційною макроскопічною оцінкою. За цими даними у 111 (52,6%) хворих було встановлено наявність рубцевого процесу навколо НХ та ВО ЕНПК, у 103 (48,8%) хворих виявлено додаткові розгалуження основного НХ, а у 79 (37,4%) хворих – гнійні кишені, в усіх 211 (100%) хворих було виявлено ВО ЕНПК. На основі цих даних та даних наведених в таблиці 1, ми розрахували показники специфічності та інформативності для кожного з 8-ми досліджуваних методів передопераційної діагностики в залежності від можливості визначення кожної з 7-ми топографо-анатомічних характеристик НХ. Отримані результати наведені в таблиці 2.

В результаті проведення статистичної обробки, за допомогою коефіцієнту Стьюдента, ми отримали результати, які наведені у таблицях 2, 3. По можливості визначення відношення НХ до сфінктеру ПК за своєю специфічністю такий простий і доступний метод, як метод зондування НХ з пальцевим дослідженням ПК, ні в чому не поступається сучасним інструментальнім методам – УЗДТ 2D, УЗДТ 3D та КТ ($P>0,05$). Проте, за своєю чутливістю цей метод поступається сучасним інструментальним технологіям, і не може вважатися їх альтернативою.

Найбільш специфічними щодо визначення довжини НХ є методи ФГ з використанням, запропонова-

ної нами, аноректальної лінійки, УЗДТ 2D, УЗДТ 3D та КТ. Слід відзначити, що метод звичайної ФГ поступається розробленому нами методу ФГ з використанням аноректальної лінійки (p<0,05). Що ж стосується чутливості, то сучасні інструментальні методи (звичайна ФГ та з використанням аноректальної лінійки, УЗДТ 2D, УЗДТ 3D та КТ) мають значну перевагу над методом зондування НХ (p<0,01).

Найбільш специфічними щодо можливості визначення додаткових розгалужень основного НХ є методи звичайної ФГ, ФГ з використанням аноректальної лінійки, УЗДТ 2D, УЗДТ 3D та КТ. Слід відзначити, що показник специфічності для даних методів істотно не відрізняється (p>0,05). Стосовно чутливості методів, щодо даної характеристики, то необхідно відмітити деякі моменти: УЗДТ 3D та УЗДТ 2D не поступається за чутливістю (p>0,05) КТ; ФГ з використанням аноректальної лінійки не поступається за чутливістю УЗДТ 2D (p>0,05).

Таблиця 1. *Результати передопераційної топографо-анатомічної діагностики ЕНПК*

Показники ефективності методів передопераційної діагностики			Назва методу							
			Зондування + пальцеве дослідження	Проба з барвником	РРС	ФГ	ФГ з аноректальною лінійкою	УЗДТ 2D	УЗДТ 3D	КТ
Кількість хворих		Абс	211	211	211	159	52	45	86	31
		%	100,00	100,00	100,00	75,36	24,64	21,33	40,76	14,69
Відношення НХ до сфінктеру ПК	Визначено	абс	185	-	-	-	45	86	31	-
		%	87,68	-	-	-	100,00	100,00	100,00	-
	З них співпадає	абс	181	-	-	-	43	86	31	-
		%	85,78	-	-	-	95,56	100,00	100,00	-
	З них не співпадає	абс	4	-	-	-	2	0	0	-
		%	1,90	-	-	-	4,44	0,00	0,00	-
Довжина НХ	Визначена	абс	59	-	-	159	45	86	31	159
		%	27,96	-	-	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	З них співпадає	абс	23	-	-	132	42	85	30	132
		%	10,90	-	-	83,02	93,33	98,84	96,77	83,02
	З них не співпадає	абс	36	-	-	27	3	1	1	27
	(хибно-позитивний)	%	17,06	-	-	16,98	6,67	1,16	3,23	16,98
Наявність додаткових розгалужень	Виявлено	абс	8	-	-	68	20	43	15	68
		%	3,79	-	-	42,77	44,44	50,00	48,39	42,77
	Позитивний	абс	6	-	-	67	19	43	15	67
	результат	%	2,84	-	-	42,14	42,22	50,00	48,39	42,14
	Хибно-позитивний	абс	2	-	-	1	1	0	0	1
	результат	%	0,95	-	-	0,63	2,22	0,00	0,00	0,63
	Хибно-негативний	абс	95	-	-	11	1	0	0	11
	результат	%	45,02	-	-	6,92	2,22	0,00	0,00	6,92
Наявність гнійних кишень	Виявлено	абс	12	-	-	56	16	33	11	56
		%	5,69	-	-	35,22	35,56	38,37	35,48	35,22
	Позитивний	абс	7	-	-	56	15	33	11	56
	результат	%	3,32	-	-	35,22	33,33	38,37	35,48	35,22
	Хибно-позитивний	абс	5	-	-	0	1	0	0	0
	результат	%	2,37	-	-	0,00	2,22	0,00	0,00	0,00
	Хибно-негативний	абс	67	-	-	2	0	0	0	2
	результат	%	31,75	-	-	1,26	0,00	0,00	0,00	1,26
Наявність рубцевого процесу	Виявлено	абс	56	-	72	-	20	45	15	-
		%	26,54	-	34,12	-	44,44	52,33	48,39	-
	Позитивний	абс	51	-	69	-	19	45	15	-
	результат	%	24,17	-	32,70	-	42,22	52,33	48,39	-
	Хибно-позитивний	абс	5	-	3	-	1	0	0	-
	результат	%	2,37	-	1,42	-	2,22	0,00	0,00	-
	Хибно-негативний	абс	55	-	39	-	3	0	1	-
	результат	%	26,07	-	18,48	-	6,67	0,00	3,23	-
Виявлення ВО	Виявлено	абс	59	194	142	141	42	84	29	141
		%	27,96	91,94	67,30	88,68	93,33	97,67	93,55	88,68
	Позитивний	абс	59	194	138	141	42	84	28	141
	результат	%	27,96	91,94	65,40	88,68	93,33	97,67	90,32	88,68
	Хибно-позитивний	абс	0	0	4	0	0	0	1	0
	результат	%	0,00	0,00	1,90	0,00	0,00	0,00	3,23	0,00
	Хибно-негативний	абс	149	14	66	11	2	0	1	11
	результат	%	70,62	6,64	31,28	6,92	4,44	0,00	3,23	6,92
Відстань від ВО до анусу	Визначена	абс	52	194	142	141	42	84	29	141
		%	24,64	91,94	67,30	88,68	93,33	97,67	93,55	88,68
	З них співпадає	абс	46	102	127	124	39	83	28	124
		%	21,80	48,34	60,19	77,99	86,67	96,51	90,32	77,99
	З них не співпадає	абс	6	92	15	17	3	1	1	17
	(хибно-позитивний)	%	2,84	43,60	7,11	10,69	6,67	1,16	3,23	10,69

Найвищі показники специфічності та чутливості, щодо визначення наявності гнійних кишень, мають методи ФГ (в тому числі з використанням аноректальної лінійки), УЗДТ 2D, УЗДТ 3D та КТ. Суттєвих відмінностей між цими методиками ми не виявили (p>0,05).

Найбільш специфічними, щодо можливості визначення рубцевого процесу є методи зондування, РРС, УЗДТ та КТ, при чому суттєвих відмінностей за цією характеристикою між методами не виявлено (p>0,05). Що ж стосується чутливості, то методи зондування НХ та РРС за цим показником значно поступаються іншим методам (p<0,01).

За можливістю визначити локалізацією ВО показники специфічності всіх досліджуваних методів є значно високі, лише РРС поступається за цим показником методу зондування НХ та ФГ з використанням аноректальної лінійки (p<0,05). Проте, за чутливістю досліджувані методи певною мірою різняться: найбільшу чутливість мають УЗДТ 2D та 3D, КТ та ФГ (в тому числі і з аноректальної лінійки).

За можливістю визначити відстань від ВО до ануcу показники специфічності є найвищими у методів ФГ з аноректальною лінійкою, УЗДТ та КТ. При чому звичайна ФГ поступається ФГ з використанням аноректальної лінійки (p<0,05). Найбільшу чутливість мають методи ФГ з аноректальною лінійкою, УЗДТ, КТ та проба з барвником.

Висновки

1. традиційні методи дослідження хворих з ЕНПК (зондування НХ в поєднанні з пальцьовим дослідженням ПК, проба з барвником, РРС) поступаються по більшості з показників діагностичної цінності сучасних інструментальних методів (УЗДТ, КТ);
2. метод УЗДТ 3D реконструкції зображення має більшу діагностичну цінність в порівнянні з методом УЗДТ 2D реконструкції зображення;
3. метод ФГ з використанням, запропонованої нами, аноректальної лінійки має більшу діагностичну цінність в порівнянні зі звичайною ФГ;

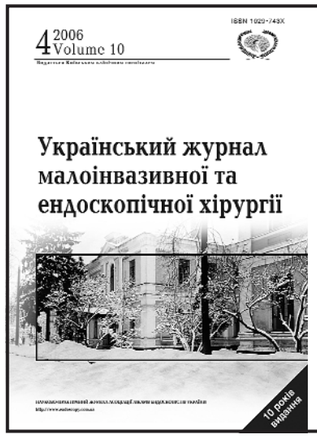
Таблиця 2. *Порівняльна оцінка діагностичної цінності методів передопераційної діагностики ЕНПК за можливістю визначення топографо-анатомічних характеристик НХ*

Досліджувана характеристика	Показники	Назва методу дослідження							
		Зондування + пальцеве дослідження	Проба з барвником	РРС	ФГ	ФГ з аноректальною лінійкою	УЗДТ 2D	УЗДТ 3D	КТ
Відношення НХ до сфінктерного апарату ПК	Показник специфічності методу (%)	97,8	0,0	0,0	0,0	0,0	95,6	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	1,0	0,9	0,9	1,2	3,6	3,1	2,2	5,7
	Показник чутливості методу (%)	87,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	2,3	0,9	0,9	1,2	3,6	4,1	2,2	5,7
Визначення довжини НХ	Показник специфічності методу (%)	39,0	0,0	0,0	83,0	94,2	93,3	98,8	96,8
	Середня похибка (mp)	3,4	0,9	0,9	3,0	3,2	3,7	1,2	3,2
	Показник чутливості методу (%)	28,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	3,1	0,9	0,9	1,2	3,6	4,1	2,2	5,7
Визначення додаткових розгалужень основного НХ	Показник специфічності методу (%)	75,0	0,0	0,0	98,5	100,0	95,0	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	3,0	0,9	0,9	1,0	3,6	3,2	2,2	5,7
	Показник чутливості методу (%)	5,9	0,0	0,0	85,9	84,0	95,0	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	1,6	0,9	0,9	2,8	5,1	3,2	2,2	5,7
Визначення гнійних кишень	Показник специфічності методу (%)	58,3	0,0	0,0	100,0	100,0	93,8	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	3,4	0,9	0,9	1,2	3,6	3,6	2,2	5,7
	Показник чутливості методу (%)	9,5	0,0	0,0	96,6	94,7	100,0	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	2,0	0,9	0,9	1,4	3,1	4,1	2,2	5,7
Визначення рубцевого процесу	Показник специфічності методу (%)	91,1	0,0	95,8	0,0	0,0	95,0	100,0	100,0
	Середня похибка (mp)	2,0	0,9	1,4	1,2	3,6	3,2	2,2	5,7
	Показник чутливості методу (%)	48,1	0,0	63,9	0,0	0,0	86,4	100,0	93,8
	Середня похибка (mp)	3,4	0,9	3,3	1,2	3,6	5,1	2,2	4,3
Визначення наявності та розташування ВО НХ	Показник специфічності методу (%)	100,0	100,0	97,2	100,0	100,0	100,0	100,0	96,6
	Середня похибка (mp)	0,9	0,9	1,1	1,2	3,6	4,1	2,2	3,3
	Показник чутливості методу (%)	28,4	93,3	67,6	92,8	96,1	95,5	100,0	96,6
	Середня похибка (mp)	3,1	1,7	3,2	2,1	2,7	3,1	2,2	3,3
Визначення відстані від ВО до анусу	Показник специфічності методу (%)	88,5	52,6	89,4	87,9	95,9	92,9	98,8	96,6
	Середня похибка (mp)	2,2	3,4	2,1	2,6	2,7	3,8	1,2	3,3
	Показник чутливості методу (%)	24,6	91,9	67,3	88,7	94,2	93,3	97,7	93,5
	Середня похибка (mp)	3,0	1,9	3,2	2,5	3,2	3,7	1,6	4,4

4. УЗДТ 3D реконструкції зображення не поступається за інформативністю, специфічністю та чутливістю КТ;
5. найбільш оптимальним алгоритмом передопераційного топографо-анатомічного обстеження ЕНПК, на нашу думку слід вважати наступний:
   - огляд анальної ділянки;
   - зондуванням НХ в поєднанні з пальцьовим дослідження ПК;
   - проба з барвником;
   - РРС;
   - ФГ з використанням, запропонованої нами, аноректальної лінійки;
   - УЗДТ 3D реконструкцією зображення.
6. використання запропонованого алгоритму, дозволяє провести максимально точну топографо-анатомічну верифікацію елементів НХ ЕНПК в передопераційному періоді, що в свою чергу дозволить покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих з цією складною патологією.

Література

1. Бондаренко Н.Д, Шило В.Т., Процюк Р.Р. (1998) Применение ультразвукового исследования для диагностики заболеваний толстой кишки. Анналы хирургической гепатологии. 3: 354-355
2. Канделаки С.М., Гаджиев Г.И., Богомазов Ю.К. и др. (2003) Трансректальные ультразвуковые исследования с контрастным усилением в диагностике свищевой формы парапроктитов. Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. 2: 49-52
3. Конєв В.Г., Лурін І.А., Шудрак А.А., Нечай В.С, Собко М.Г., Яринич Ю.В. (2005) Досвід використання трансректального ультразвукового дослідження в режимі 3-D реконструкції при діагностиці захворювань прямої кишки (рак та неспецифічні нориці). Сучасні аспекти військової медицини, збірник наукових праць ГВКГ МО України. (Київ). 10: 400-405
4. Лурин И.А. (2004) Трехмерная ультрасонография в диагностике свищей прямой кишки. Колопроктология. 3: 11-14
5. Лурін І.А. (2003) Сучасна ультразвукова діагностика нориць прямої кишки. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 4: 7-11
6. Лурін І.А., Ігнатенко П.М., Шудрак А.А., Собко М.Г., Гутверт Р.В., Уманець О.І., Нечай В.С., Біба О.П. (2005) Порівняння інформативності фістулографії та об'ємного трансректального ультразвукового дослідження в передопераційній топографічній діагностиці неспецифічної повної нориці прямої кишки. Український медичний часопис. 5: 121-124
7. Мамчич В.І., Бондаренко М.Д., Пироговський В.Ю. та ін. (2001) Ультразвукова діагностика хронічних пара проктитів. Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Щупика. (Київ). 750-753
8. Орлова Л.П., Филиппов Д.Ю., Турутин А.Д. (1998) Первый опыт применения ультрасонографии в диагностике острого парапроктита. Ультразвуковая диагностика. 2: 39-40
9. Deen K.I., Kumar D., Williams J.G., et al. (1993) Anal sphincter defects. Correlation between endoanal ultrasound and surgery. Ann. Surg. Vol. 218: 201-205
10. Deen K.I., Williams J.G., Hutchinson R., et al. (1994) Fistulas in ano: endoanal ultrasonographic assessment assists decision making for surgery. Gut. Vol. 35: 391-394
11. Goldman S., Norming U., Svensson C., Glimelius B. (1991) Transanorectal ultrasonography in the staging of anal epidermoid carcinoma. Int. J. Colorect. Dis. 6: 391-394
12. Henrich W., Meckies J., Friedmann W. (2000) Demonstration of a recto-vaginal fistula with the ultrasound contrast medium Echovist. Ultrasound Obstet. Gynecol. Vol. 15; 2: 148-149
13. Lunniss P.J., Barker P.G., Sultan A.H., et al. (1994) Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano. Dis. Colon. Rectum. Vol. 37: 708-718
14. Peterli R., Ackermann C., Herzog U., Schuppisser J.P., Tondelli P. (1997) Results of anal sphincteroplasty in faecal incontinence-significance of intra-anal ultrasound imaging. Swiss. Surg. 3: 112-116



ПОДПИСКА 2007

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2007 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

Міністерство охорони здоров'я України

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Асоціація лікарів-ендоскопістів України

Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації

Київський міський центр по наданню медичної допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами

Матеріали симпозіуму

«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ»

Україна, Київ, 16 березня 2007 р.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРФТОРАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Клигуненко Е.Н., Гулега И.Е., Кравец О.В.
Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии, Украина

Results of Perftoran in Gastrointestinal Hemorrhages Treatment

E.N. Kligunenko, I.E. Gulega, O.V. Kravets
Dnepropetrovsk State Medical Academy, Dnepropetrovsk, Ukraine

Summary

To determine advisability of plasma substitute possessing with function oxygen carrier — perftoran 90 patients with massive blood loss due to the pathology of gastro-intestinal organs were examined. 30 patients received traditional infusion-transfusion therapy, 60 patients received perftoran as a component of infusion-transfusion therapy. Complex of clinical and biochemical data, excretion of biogenic amines was investigated. It has been established that the use of perftoran forms the prevalence of stress-limiting system and protects the function of organs.

Key words: blood loss, gastrointestinal haemorrhage, infusion-transfusion therapy, perftoran.

Введение

Геморрагический гиповолемический шок обусловленный кровопотерей, угроза которого возникает при дефиците объема циркулирующей крови (ОЦК) более 30%, при несвоевременно начатой терапии может привести к смерти больного. Развитие неблагоприятные компенсаторные реакции может многокомпонентная и поэтапная заместительная инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ). Концепция которой отражена в работах Брюсова П.Г., Усенко Л.В., Шифрина А.Г., Shoemaner et al. [1,9,10]. Достаточно перспективным является применение в схемах заместительной ИТТ препаратов гидроксиэтилкрахмалов (ГЭК) и/или синтетических переносчиков О2 — перфторуглеродных эмульсий [4,8]. Однако, механизмы компенсаторных реакций, формирующихся под их влиянием, изучены недостаточно.

Поэтому, целью нашей работы было: изучить влияние синтетического переносчика O_2 — перфторана на формирование адаптационного ответа при тяжелой кровопотере, обусловленной патологией желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы

Нами обследовано 90 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, осложненной подострой тяжелой кровопотерей (дефицит более 40% ОЦК). Среди обследованных было 68 мужчин и 22 женщины. Средний возраст больных составлял 47,6 2,3 года. Дефицит ОЦК в интра- и послеоперационном периодах восполняли многокомпонентно по Брюсову П.Г. [1]. В условиях хирургической активно-выжидательной тактики, больные были прооперированы в течении 48 часов от момента кровотечения. В зависимости от компонентности проводимой ИТТ обследуемые были разделены на две группы. 1 — контрольная — состояла из 30 больных, получавших в составе ИТТ препарат ГЭКов стабизол (5-7 мл/кг). Во 2 — опытную — вошло 60 больных, которым в стандартную программу ИТТ включали однократное введение перфторана (до 6 мл/кг).

Больные были обследованы до операции, на 1, 3, 5, 7, 9, 11 сутки послеоперационного периода. Мы изучали динамику экскреции с мочой биогенных аминов: адреналина (А), норадреналина (НА), серотонина (С), гистамина (Г) по [5], центральную гемодинамику — методом тетраполярной реоплетизмографии по Тищенко М.И. [3]. Общий белок, АСТ, АЛТ, общий, прямой и непрямой билирубин определяли стандартными методами [5], газовый состав артериальной и венозной крови — на "ABL-620" (Дания). Эффективность лечения оценивали по таблице сопряженности, позволяющей рассчитывать снижение относительного и абсолютного риска летального исхода в группах лечения [2]. Результаты обрабатывали с помощью пакета прикладных программ "STATISTIKA-5".

Результаты и их обсуждение

Анализ выявил, что подострая по темпу, большая по объему и тяжелая по степени гиповолемии и возможности развития шока кровопотеря исходно у всех больных снижает потребление O_2 тканями на фоне повышенной потребности в нем (табл.1, 2). Ответная стрессорная активация симпатико-адреналовой (САС), гистаминореактивной (ГР) и серотонинэргической систем (СЭ) не предотвращает формирования гиподинамического типа кровообращения; проявляющегося снижением минутного объёма кровообращения (МОК) и сердечного индекса (СИ) (табл.3, 4). Уменьшенный органный кровоток и гипоксия ведет к цитолитическому синдрому, снижают белковосинтетическую функцию печени [6] (табл.5, 6).

Анализ показал, что использование в программе ИТТ стабизола не устраняло исходного снижения pO_{2a} и $p(a-v)O_2$ на протяжении всего послеоперационного периода (табл.1). Максимально низкими (на 41,9-39,6% ниже нормы) значения $p(a-v)O_2$ были на 3-5 сутки наблюдения.

К особенностям стресс-реакции формирующейся в ответ на кровопотерю и замещение ее со стабизолом, мы относим низкую экскрецию А и НА (табл. 3) весь период наблюдения, превалирование эффектов реализующей стресс-гистаминореактивной системы над лимитирующей стресс серотониэргической. Наиболее высокой экскреция Г была в 5 сутки наблюдения, когда уровень Г на 216,3% превышал норму. При этом первые пять суток наблюдения мы отмечали тахикардию (ЧСС превышала норму до 36,0-23,7%), снижение на 10-15% от нормы УОС, повышенное на 42,5-12,4% ОПСС при значениях СИ, достоверно не отличающихся от нормы (табл. 3). Т.е. применение стабизола в программе ИТТ позволяет поддерживать доставку O_2 за счет формирования гипердинамического типа кровообращения энергозатратными гомео- и изометрическими механизмами. И только с 9 суток наблюдения ЧСС, ОПСС восстанавливались до нормы, а гипердинамический тип кровообращения поддерживался энергическим выгодным гетерометрическим механизмом компенсации. Это могло поддерживать недостаточность органного кровотока и цитолитический синдром. И, действительно, уровень АЛТ превышал норму на 41,3% в 1 сутки наблюдения, на 39,6% ($p<0,05$) — в 9. Уровень общего белка сыворотки крови был ниже нормы весь период наблюдения, подтверждая нарушение белковосинтетической функции печени.

У больных, получавших в ходе лечения перфторан, мы отмечали стабильную нормализацию pO_{2a} после введения препарата (табл.2). Своего максимума pO_{2a} достигало к 3 суткам после введения препарата, когда значения его на 6% превышали норму и на 35,1% — показатели контрольной группы ($p<0,05$). При этом $p(a-v)O_2$ с 3 по 5 сутки на 53,3-30,1% превышала значения в контрольной группе, что подтверждало позитивное влияние препарата на потребление O_2 тканями организма.

Под влиянием перфторана изменялась не только выраженность стресс-реакции на тяжелую кровопотерю, но и её внутренние механизмы (табл. 4). Так, мы отмечали значительное возбуждение лимитирующей стресс серотониэргической системы на протяжении всего срока наблюдения. При этом значения С были максимальными в 1 сутки после введения перфторана, превышая норму на 194,2%, а значения контрольной группы — на 124,6% ($p<0,05$).

Это, вероятно, позволяло поддерживать гипердинамический тип кровообращения. Так, после введения перфторана (табл. 4) к 3-5 суткам наблюдения УОС превышал аналогичные значения в контрольной группе на 34,8-31,5%, СИ — на 27,0%, МОК — на 28,6%. Увеличение сократительной способности миокарда сопровождалось значительным снижением ОПСС. Уровень последнего с 3 суток послеоперационного периода и до конца срока наблюдения достоверно не отличался от нормы, тогда как в контрольной группе тенденция к снижению ОПСС отмечалось только с 9 суток наблюдения. Под влиянием перфторана нормализация ЧСС наступала с 3 суток постгеморрагического периода, тогда как в контрольной группе тахикардия регистрировалась до 7 суток. Т.е., применение перфторана позволяло устранить тахикардию и высокую постнагрузку, увеличить сократительную способность сердца и сформировать гипердинамический тип кровообращения энергосберегающим гетерометрическим механизмом уже к 3 суткам после введения препарата.

Уменьшение гипоксемии, преобладание стресс-лимитирующих процессов в реакции организма на кровопотерю, формирование гипердинамического типа кровообращения обеспечивало как непосредственное, так и отдаленное органопротективное действие перфторана. Так, под влиянием препарата (табл. 6) уже в первые сутки наблюдения на 28,9% ($p<0,05$) снижался уровень активности АЛТ, с 3 суток наблюдения формировалась тенденция к увеличению синтеза печенью общего белка.

Сравнительный анализ влияния различных вариантов ИТТ на летальность показал, что включение в программу восполнения перфторана максимально снижает относительный риск смерти (СОР = 1,0), на 0,04 снижает абсолютный риск смерти.

Т.е., применение перфторана в ИТ желудочно-кишечных кровотечений позволяет дополнительно сохранить жизнь 4 больным из 100 пролеченных.

Таблица 1. *Показатели парциального давления кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) в артериальной (а) и смешаной венозной крови (v) у больных (n=30) с подострой тяжелой кровопотерей при ИТТ со стабизолом (M±m)*

Показатель	Норма		До операции		Сутки обследования									
					1		3		5		7		9	11
	a	v	a	v	a	v	a	v	a	v	a	v	a	v
pO_2, мм рт.ст.	98,7 ±4,8	39,8 ±6,1	81,0 ±3,6*	42,0 ±2,2	79,8 ±2,3*	37,4 ±2,2	75,5 ±2,4*	40,8 ±2,7	78,4 ±2,1*	43,8 ±1,9	74,6 ±2,8*	38,5 ±1,8	86,9 ±2,8	40,6 ±2,0	89,5 ±2,3	41,5 ±2,2
pCO_2, мм рт.ст.	37,2 ±6,1	42,5 ±4,2	42,8 ±1,7	51,1 ±0,7	42,6 ±1,2	52,9 ±3,2*	32,2 ±1,8	39,5 ±2,1	33,7 ±0,9	40,6 ±3,3	33,1 ±2,4	40,2 ±1,6	48,3 ±1,4*	53,5 ±1,4	46,4 ±5,6	49,8 ±3,2
$P(a-v)O_2$, мм рт.ст.	59,8±2,0		39,0±2,9*		42,4±2,1		34,7±2,1*		34,6±2,0*		36,1±2,1*		46,3±2,2		48,0±2,2	

Примечание: *— средние величины, которые достоверно ($p<0,05$) отличаются от нормы

Таблица 2. *Показатели парциального давления кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) в артериальной (а) и смешаной венозной крови (v) у больных (n=60) с подострой тяжелой кровопотерей при ИТТ с перфтораном (M±m)*

Показатель	Норма		До операции		Сутки обследования									
					1		3		5		7		9	11
	a	v	a	v	a	v	a	v	a	v	a	v	a	v
pO_2, мм рт.ст.	96,7 ±1,9	36,9 ±2,1	81,0 ±3,6*	42,0 ±2,2	87,7 ±0,9*	39,4 ±4,9	102,5 ±1,4*	49,3 ±2,2	90,6 ±1,2*	41,7 ±1,9	79,7 ±2,2*	35,0 ±2,1	93,0 ±2,1	34,7 ±1,2	89,9 ±2,8	35,8 ±2,0
pCO_2, мм рт.ст.	37,2 ±1,3	42,5 ±1,8	42,8 ±1,7	51,1 ±0,7	46,5 ±1,1	57,0 ±3,1	47,1 ±1,0*	54,5 ±2,5*	45,1 ±2,0*	59,6 ±3,1*	45,2 ±1,1*	55,2 ±2,3*	45,9 ±1,2	50,8 ±1,6	41,0 ±1,4	46,4 ±1,4
$P(a-v)O_2$, мм рт.ст.	58,8±2,0		39,0±2,9		48,3±2,9		53,2±1,8*		48,9±2,6*		44,7±2,1		53,8±1,8		54,1±2,4	

Примечание: *— средние величины, которые достоверно ($p<0,05$) отличаются от нормы

Таблица 3. *Показатели симпатико-адреналовой, гистаминореактивной, серотонинэргической систем центральной гемодинамики у больных (n=30) с подострой тяжелой кровопотерей при ИТТ со стабизолом (M±m)*

Показатель	Норма	До операции	Сутки обследования					
			1	3	5	7	9	11
А, нмоль/сут	63,76±6,73	146,48±6,7*	30,88±2,77*	31,74±4,47*	29,35±5,10*	22,07±4,17*	19,89±3,23*	20,71±2,82*
НА, нмоль/сут	73,22±9,01	202,8±0,20*	21,04±4,75*	20,44±4,72*	14,10±3,11*	13,66±2,35*	17,03±3,05*	13,98±2,58*
Г, мкмоль/сут	1,09±0,24	4,28±1,07*	2,80±0,56	4,00±0,57*	6,01±1,06*	2,50±0,32*	1,72±0,30	2,08±0,30
С, мкмоль/сут	0,87±0,13	2,07±0,4*	1,14±0,14	0,86±0,23	0,96±0,24	0,93±0,22	1,12±0,18	1,15±0,13
АДс, мм.рт.ст	120±6	91±5	142±5*	124±4	131±2	122±3	115±2	118±3
ЧСС, мин.	80±12	109±10	104±11*	100±8*	99±9*	84±4	84±6	82±4
УОС, мл	70,84±7,11	36,42±1,5*	64,40±3,10	63,20±3,00	66,80±2,80	83,33±3,70	90,44±2,20*	93,84±4,50*
МОК, л/мин	5,63±0,40	3,97±0,73*	6,80±0,95	6,30±0,64	6,61±0,48	7,00±0,65	7,60±0,43	7,69±0,51
СИ, л/мин·м^2	3,45±0,25	2,3±0,7*	3,9±0,5	3,7±0,3	3,8±0,2	4,0±0,4*	4,4±0,4*	4,4±0,7*
ОПСС, дин/с см^5	1325±56	2150±106*	1886±82*	1898±97*	1479±48	1461±14	1248±25	1228±32

Примечание: * — средние величины, которые достоверно ($p<0,05$) отличаются от нормы

Таблица 4. *Показатели симпатико-адреналовой, гистаминореактивной, серотонинэргической систем и центральной гемодинамики у больных (n=60) с подострой тяжелой кровопотерей при ИТТ с перфтораном (M±m)*

Показатель	Норма	До операции	Сутки обследования				
			1	3	5	7	9	11
А, нмоль/сут	63,76±6,73	146,48±6,70*	39,31±3,68	38,16±5,71	30,87±4,88	24,81±3,08	26,55±4,05	29,69±4,48
НА, нмоль/сут	73,22±9,01	202,8±10,20*	38,72±7,72*	73,45±13,30*	58,56±11,84*	26,24±6,88	16,38±3,49	20,71±3,75
Г, мкмоль/сут	1,09±0,24	4,28±1,07*	1,85±0,27	2,94±0,49*	1,29±0,22*	1,54±0,27	1,86±0,31	1,70±0,29
С, мкмоль/сут	0,87±0,13	2,07±0,40*	2,56±0,23*	1,75±0,33	1,64±0,24	1,10±0,18	1,01±0,19	1,04±0,15
АДс, мм.рт.ст	120±6	91±5	133±5	131±4	123±6	121±4	120±5	120±6
ЧСС, мин.	80±12	109±10	93±8*	84±6*	84±3*	78±4	81±6	77±2
УОС, мл	70,84±7,11	36,42±1,50	77,10±3,90	97,50±3,50*	87,80±4,10*	90,46±3,70	87,65±2,70	80,01±3,60
МОК, л/мин	5,63±0,40	3,97±0,73	7,20±0,94	8,10±0,90*	7,30±0,71	7,10±0,27	7,10±0,36	6,20±0,23
СИ, л/мин·м^2	3,45±0,25	2,3±0,7	4,1±0,2	4,7±0,8*	4,2±0,7	4,1±0,2	4,1±0,3	3,6±0,1
ОПСС, дин/с см^5	1325±56	2150±106	1459±92	1264±68*	1329±37	1346±42	1300±49	1245±38

Примечание: * — средние величины, которые достоверно ($p<0,05$) отличаются от нормы

Выводы

1. Использование в программах ИТТ кровопотери стабизола формирует гипердинамический тип кровообращения энергоемкими гомео- и изометрическими механизмами, не влияет на механизмы стресс-реакции до 7-9 суток постгеморрагического периода, не обеспечивает эффективной органопротекции от гипоксии.
2. Включение перфторана в программу ИТТ желудочно-кишечных кровотечений обеспечивает превалирование стресс-лимитирующих процессов в стресс-реакции организма на кровопотерю, формирует гипердинамический тип кровообращения менее энергоемким гетерометрическим механизмом, оказывает выраженный органопротективный эффект.

Литература

1. Брюсов П.Г. (1998) Клиническая трансфузиология. (Москва). "Медицина". 453 с.
2. Доказательная медицина и информационные технологии (2000) Новости науки и техники. Вып. Реаниматология и интенсивная терапия. (Москва). ВИНИТИ, 3: 32-34
3. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы. (1986) Под ред. Т.С. Виноградовой. (Москва). "Медицина". 415 с.
4. Клигуненко Е.Н., Кравец О.В., Гулега И.Е. (1999) Стресс-протекторные свойства перфторана. Перфторорганические соединения в биологии и медицине: Сб.науч.тр. Пущинский науч. центр РАН. (Пущино). 70-76
5. Колб В.Г., Камышников В.С. (1983) Справочник по клинической химии. (Минск). "Мысль". 252 с.
6. Костюченко А.Л., Гурвич К.Я., Лыткин М.И. (2000) Интенсивная терапия послеоперационных осложнений: Руководство для врачей. (СПб). "Спец лит". 575 с.
7. Перфторан в интенсивной терапии критических состояний. (2000) Методические рекомендации под общей редакцией Усенко Л.В., Клигуненко Е.Н.. (Днепропетровск). 36 с.
8. Рациональная фармакоанестезиология. (2006) Рук. для практикующих врачей под общей редакцией Бунятина А.А., Мизикова В.М. (Москва). "Литтера". 800 с.
9. Усенко Л.В., Шифрин Г.А. (1995) Интенсивная терапия при кровопотере. (Киев) "Здоров'я". 253 с.
10. Shoemaker W.C. (1987) Relation of oxygen transport patterns to the pathophysiology and therapy of shock states. Intensive care med. 13; 4: 230-243

Таблица 5. *Биохимические показатели функционального состояния печени у больных (n=30) с подострой тяжелой кровопотерей при ИТТ со стабизолом (M±m)*

Показатель	Норма	До операции	Сутки обследования					
			1	3	5	7	9	11
АСТ, ммоль/(ч ·л)	0,43±0,02	0,46±0,09	0,47±0,03	0,36±0,03	0,38±0,02	0,35±0,01	0,42±0,02	0,38±0,03
АЛТ, ммоль/(ч ·л)	0,46±0,04	0,56±0,08*	0,65±0,03*	0,46±0,02	0,52±0,04*	0,38±0,03	0,63±0,06*	0,48±0,01
Общий белок, г/л	68,50±2,09	57,68±1,93*	51,70±1,10*	49,28±2,07*	51,35±1,96*	59,42±3,10	59,24±2,65*	62,38±2,34
Общий билирубин, мкмоль/л	16,80±1,47	6,91±0,72*	12,84±2,02	12,41±2,22	14,17±2,80	17,23±2,80	14,52±1,98	12,41±1,42
Прямой билирубин, мкмоль/л	12,42±1,56	3,61±0,49*	6,96±1,16*	6,33±1,03*	9,74±1,74*	12,25±3,65	7,44±1,83*	5,76±1,24*
Непрямой билирубин, мкмоль/л	4,38±0,49	3,30±0,46	5,88±0,74	6,07±0,71*	4,43±0,95	4,97±0,96	7,08±1,54*	6,71±1,12*

Примечание: * — средние величины, которые достоверно ($p<0,05$) отличаются от нормы

Таблица 6. *Биохимические показатели функционального состояния печени у больных (n=60) с подострой тяжелой кровопотерей при ИТТ с перфтораном (M±m)*

Показатель	Норма	До операции	Сутки обследования					
			1	3	5	7	9	11
АСТ, ммоль/(ч ·л)	0,43±0,02	0,46±0,09	0,43±0,02	0,40±0,03	0,34±0,03	0,30±0,03	0,32±0,02*	0,33±0,01
АЛТ, ммоль/(ч ·л)	0,46±0,04	0,56±0,08	0,54±0,06*	0,43±0,05	0,43±0,04*	0,38±0,05	0,49±0,07*	0,40±0,09
Общий белок, г/л	68,50±2,09	57,68±1,93	49,36±1,74	51,70±1,44	58,68±1,85	65,37±1,18*	66,34±0,88*	68,60±1,93
Общий билирубин, мкмоль/л	16,80±1,47	6,91±0,72	14,43±0,92	7,40±0,68*	7,15±0,62*	7,04±0,71*	7,43±0,64*	9,35±0,52*
Прямой билирубин, мкмоль/л	12,42±1,56	3,61±0,49	5,19±0,59	3,54±0,47	2,90± 0,31	3,27±0,37	2,83±0,56	2,45±0,42
Непрямой билирубин, мкмоль/л	4,38±0,49	3,30±0,46	9,24±0,67*	3,91±0,30*	3,72±0,29*	3,77±0,47	3,96±0,56*	6,89±0,76*

Примечание: * — средние величины, которые достоверно ($p<0,05$) отличаются от нормы

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬ ЗАГАЛЬНУ КРОВОВТРАТУ (огляд літератури)

Бойко В.В., Сушков С.В., Павлов О.О.
Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, Київ

Pathological Physiology Changes Accompanying a Sharp Bleeding

V.V. Bojko, S.V. Sushkov, A.A. Pavlov
Institute of general and urgent surgery AMS of Ukraine, Kiev

Summary

The pathological changes accompanying sharp lose blood are listed. Are given basic indemnifications mechanisms constancy. The mechanisms indemnifications of reactions organism in reply to sharp lose blood are described.

Key words: To lose blood, pathological changes, mechanisms of indemnification.

В загальній структурі травм та ушкоджень, при різній патології, одно з перших місць займає гостра крововтрата. Високий рівень летальності у хворих з крововтратою — 12-39% пов'язав не тільки з незупинною кровотечею, а і наслідками, що супроводжують гостру кровотечу [1,10]. Тому визначення основних патофізіологічних змін, що супроводжують гостру кровотечу надає змогу для проведення адекватної терапії що спрямована на стабілізацію порушених функцій гомеостазу.

Крововтрата — стан організму, що виникає внаслідок кровотечі і характеризується розвитком низки компенсаторних і патологічних змін [2,11].

До змін, що виникають у відповідь на гостру крововтрату можливо віднести: [3,4]

1. нефро-ендокринні зміни;
2. зміни серцево-судинної та дихальної систем;
3. порушення киснево транспорту в тканинах;
4. порушення метаболізму;
5. гуморальні зсуви;
6. зміни ендотеліоцитів.

Нейро-ендокринні зсуви проявляються у вигляді активації симпатико-адреналової реакції. А саме: підвищеному викиду катехоламінів (адреналіну, норадреналину) корковим шаром наднирників. Катехоламіни взаємодіють з альфа та бета-адренорецепторами. Стимуляція альфа-адренорецепторів периферійних судин обумовлює вазоконстрикцію. Також стимуляція бета-адренорецепторів викликає позитивний йонотропний, хронотропний ефекти та сприяє дилатації артеріол і констрикції вен [5,8].

Викид катехоламінів при гострій кровотечі обумовлює зниження ємності судинного русла, перерозподіл внутрісудинної рідини з периферійних судин до центральних, що сприяє підтримці артеріального тиску. Водночас активується система гіпофіз-гіпоталамус-наднирники, це відображується масивним викидом в кров адренокортикотропного гормону, кортизолу, альдостерону, антидіуретичного гормону, в наслідок чого підвищується осмотичний тиск плазми крові, підвищення реабсорбції натрію хлориду і води, зменшення діурезу і підвищення об'єму внутрісудинної рідини [3,6].

Викид катехоламінів в перші хвилини кровотечі підвищує загальний периферійний опір судин, сократимість міокарду та числа серцевих скорочень. Тахікардія зменшує час діасталічного наповнення шлуночків і ,як наслідок, коронарну кровотечу. Клітини міокарду починають страждати від ацидозу, який спочатку компенсується гіпервентиляцією. За умови продовження кровотечі респіраторні механізми знесилюються. Ацидоз і гіпоксія приводять до пригнічення функцій серця, підвищенню збудженості кардіоміоцитів, аритміям [7,8].

В зв'язку із зниженням легеневих компенсаторних механізмів виникає порушення дифузії газів через альвеоло-капілярну мембрану, з недостатністю перфузії легеневої паренхіми та підвищенням долі венозної суміші або шунтуванням [9].

Кровотеча призводить до втрати частки еритроцитів, що в свою чергу обумовлює зменшення доставки кисню до органів та тканин, тобто зменшенню тої частки кисню, який транспортується за певний проміжок часу [10]. Зниження рівня переносника кисню-гемоглобіну компенсується підвищеною роботою серцево-судинної системи або циркуляторного компоненту доставки кисню. В той же час дистрес еритроцитів, у відповідь на кровотечу, призводить до їх набряку, зниженню концентрації гемоглобіну в еритроцитах, зростанню "кисне-мінорних" його фракцій (карбокси-, мет-, сульфміоглобінів). За умови гострої кровотечі споживання кисню завжди підвищено і компенсується доставкою в межах 330-450 мл/хв/м2. При зниженні доставки нижче вказаного рівня виникає фізіологічна залежність споживання від доставки кисню. Тобто впродовж зниженню доставки знижується споживання кисню тканинами, що свідчить про збільшення гіпоксії в тканинах [12].

В умовах недоліку кисню пировіноградна кислота переходить до молочної (анаеробний гліколіз). Накопичення останньої веде до метаболічного ацидозу. Амінокислоти та жирні кислоти накопичуються в тканинах та поглиблюють ацидоз. Недолік кисню та ацидоз порушують функцію клітинних мембран, в результаті чого калій виходить до позаклітинного простору, а натрій та вода потрапляють в клітини, зумовлює їх набряк [12,13].

Гостра кровотеча спонукає визволенню вазоактивних медіаторів — гістаміну, серотоніну, простагландинів, оксиду азоту, туморнекротизуючого фактору, інтерлейкінів, лейкотриєнів. Останні сприяють ще більшій вазодилятації та підвищенню проникненності судинної стінки з подальшим виходом рідкої частки крові до інтерстиціального простору та зниженням перфузійного тиску. Це ще більш поглиблює недолік кисню в тканинах організму що викликана зменшенням доставки до них кисню внаслідок гострої втрати основних переносників кисню еритроцитів. В свою чергу призводить до гіпоксичного набряку клітин ендотелію капілярів та адгезії до них активованих поліморфно ядерних лейкоцитів, що зумовлює каскад фазових змін кровотоку на мікроциркуляторному рівні спочатку у вигляді ішемічної аноксії або скороченню пре- і посткапілярних сфінктерів в першій фазу. У другу фазу — капілярного стазу або розширенню прекапілярних сфінктерів при спазмі посткапілярних венул. В третю фазу — паралічі периферійних судин або розширення пре- та посткапілярних сфінктерів [12,14].

Якщо зниження діаметру капілярів внаслідок набряку їх стінок на початкових стадіях кровотечі обумовлює неоднорідність кровотоку, то взаємодія поліморфно ядерних лейкоцитів з ендотелієм венул веде до звільнення вазоактивних медіаторів і токсичних кисневих радикалів, що викликають перерозподіл тканинного кровотоку, макромолекулярну втрату, інтерстиціальний набряк. В цілому це спаяє зниженню доставки кисню до тканин. Баланс між доставкою кисню і споживанням зберігається до тих пір, поки забезпечується потрібна тканинна екстракція кисню. Зниження тканинної перфузії що продовжується перероджується до глобальної ішемії з наступним репер фузійним уш-

кодженням тканин внаслідок підвищеної виробітки макрофагами цитокинів або ейкозаноїдів, звільненням нейтрофілами оксидів і подальшими порушеннями мікроциркуляції. Таким чином формується порушення специфічних функцій органів і виникає ризик розвитку поліорганної недостатності. Ішемія змінює проникність слизової кишечнику, особливо чутливої до ішемічне-реперфузійно-медіаторному впливу, що обумовлює розвиток сепсису, респіраторний дистрес синдром, поліорганну недостатність. Послідовність розвитку цих ускладнень гострої кровотечі відповідає відповідним інтервалам або стадіям розвитку геморагичного шоку [15,16].

Розвиток негативних наслідків кровотечі розвивається при втраті не менш ніж 30% ОЦК. Критичні порогові зміни визначаються не об'ємом крововтрати, а кількістю еритроцитів, які залишилися в циркуляції. Для еритроцитів цей резерв складає 30% глобулярного об'єму, для плазми — лише 70%. Тобто організм може вижити при втраті 2/3 циркулюючих еритроцитів, але не перенесе втрату 1/3 плазмового об'єму. Це зумовлено специфікою компенсаторних механізмів, що розвиваються у відповідь на кровотечу і клінічно проявляється геморрагічним синдромом [17].

Література

1. Клигуненко Е.Н. (2002) Острая кровопотеря. Лікування та діагностика. 3: 20-28
2. Перфторан в интенсивной терапии критических состояний. (2000) Под общей редакцией Л.В. Усенко, Е.Н. Клигуненко. (Днепропетровск): 40
3. Кузнецова И.Н. (2001) О механизмах биологической активности эмульсий перфторуглеродов. Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в экспериментальной и клинической медицине. Сб. научных тр. (Санкт-Петербург). 29-31
4. Кравець О.В. (2000) Оптимізація методів лікування у хворих з підгострою за темпом та великою за об'ємом крововтратою. Автореф. дис... канд.мед.наук. (Дніпропетровськ). 20 с.
5. Скірда І.І. (2000) Еритрон і його периферична ланка у хворих з тяжкими та середньо тяжкими шлунково-кишковими кровотечами при різноманітних варіантах інтенсивної терапії. Автореф. дис. канд.мед.наук. (Дніпропетровськ). 20 с.
6. Гулега І.Є. (2002) Функціональний стан печінки і нирок у хворих з важкою крововтратою при різних варіантах інтенсивної терапії. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Дніпропетровськ). 20 с.
7. Новиков О.І. (2001) Оптимізація лікувальної програми у хворих з кровоточивими гастродуоденальними виразками. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Харків). 20 с.
8. Ксенко Л.В., Клигуненко Е.Н., Криштафор А.А., Царев А.В. (2000) Перфторуглеродные соединения в биологии и медицине. Часть II. Укр. Медичний часопис. 6: 27-33
9. Collis R.E., Collins P.W., Gutteridge C.N. (1994) The effect of hydroxyethylstarch and other plasma volume substitutes on endot-helial cell activation; An in vitro study. Intensive Care Med. 20: 37-41
10. Conhaim R.L., Harms B.A. (1992) A simplified two-pore filtration model explains the effects of hypoproteinemia on lung and soft tissue lymph flux in awake sheep. Microvasc. Res. 44: 14-26
11. Dodd R.Y. (1992) The risk oftranfusion-transmitted infection. N.Engl.J. Med. 327: 419-421
12. Ferraboli R., Malheiro P.S., Abdulkader R.C., et al. (1997) Anuric acute renal failure caused by dextran 40 administration. Ren. Fail. 19: 303-306
13. Fink M.P., Kaups K.L., Wang H., et al. (1991) Maintenance of superior mesenteric arterial perfusion prevents increased intestinal mucosal permeability in endotoxic pigs. Surgery. 110: 154-161
14. Nielsen V.G., Tan S., Brix A.E., et al. (1997) Hextend (hetastarch solution) decreases multiple organ injury and xanthine oxidase release after hepatoenteric ischemia-reperfusion in rabbits. Crit. Care Med. 25: 1565-1574
15. Qureshi A.I., Suarez J.I. (2000) Use ofhypertonic saline solutions in treatment of cerebral edema and intracranial hypertension. Crit. Care Med. 28: 3301-3314
16. Rackow E.C., Falk J.L., Fein A., et al. (1983) Fluid resuscitation in circulatory shock: A comparison of the cardiorespiratory effects of albumin, hetastarch, and saline infusions in patients with hypovolemic and septic shock. Crit Care Med. 11: 839-848
17. Rosenthal M.H. (1999) Intraoperative Fluid Management-What and How Much? Chest. 115: 106-112
18. Velanovich V. (1989) Crystalloid versus colloid fluid resuscitation: a meta-analysis of mortality. Surgery. 105: 65-71

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кондратенко П.Г., Стеценко А.А.

Кафедра госпитальной хирургии и эндоскопии. Донецкий государственный медицинский университет

Введение

Кровотечения в просвет пищеварительного канала до настоящего времени остаются сложной и во многом нерешенной медицинской проблемой. Несмотря на современные достижения хирургии, анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии, результаты лечения данной категории больных, по-прежнему, остаются весьма далекими от желаемых. Сложность лечения больных с кровопотерей обусловлена генерализованными расстройствами гемодинамики и метаболизма, возникающими в результате кровопотери. Причем степень выраженности данных расстройств зависит от ряда факторов: длительности и интенсивности кровотечения, степени кровопотери, компенсаторных возможностей организма [1,2]. Одним из основных аспектов качественного и комплексного лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями, наряду с хирургическими и эндоскопическими методами его остановки, является своевременная и качественная по объему и составу инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) [2,3]. Стандартный подход к лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) предусматривает проведение инфузионной терапии (ИТ) с использованием коллоидных и кристаллоидных растворов, особенно до начала гемотрансфузии. Основной целью ИТТ при кровотечениях в просвет пищеварительного канала является управление ОЦК и быстрое восстановление системного транспорта кислорода до его критического уровня — 350 мл/(мин м^2) и выше, обеспечивающего интенсивность метаболизма [4]. Для достижения данной цели необходимо решать задачу адекватного восполнения глобулярного и плазматического объемов крови. Большое значение при этом имеют выбор трансфузионных сред и последовательность их применения.

Целью нашей работы является оптимизация инфузионно-трансфузионной терапии у больных с ЖКК на основе современных инфузионно-трансфузионных препаратов.

Материалы и методы

С 2003 по 2006 годы в клинике госпитальной хирургии и эндоскопии ДГМУ было пролечено 2167 больных с кровотечениями в просвет пищеварительного канала с различной степенью кровопотери. Больных с кровотечением легкой степени — 31,2%, со средней — 39,3% и с тяжелой степенью, в том числе с тяжелым геморрагическим шоком — 27,5%. У 62,8% больных причиной кровотечения явилась язвенная болезнь желудка или 12-п. кишки (в том числе пептические язвы анастомозов), у 14,7% — острые язвы и эрозии слизистой оболочки пищеварительного канала, у 10,4% — синдром Маллори-Вейса, у 7% — синдром портальной гипертензии, у 3,2% — опухоли пищеварительного канала, у 1,2% — причина кровотечения осталась невыявленной и в 0,7% случаев — прочие, редко встречающиеся причины кровотечения. Возраст больных колебался от 21 года до 83 лет. Больных пожилого и старческого возраста — 43%. В первые сутки с момента проявления первых признаков кровотечения в стационар поступили 42% больных, позднее — 58%.

У всех больных были отмечены выраженные изменения центральной гемодинамики, характеризующиеся развитием синдрома малого выброса. Степень волемических потерь определялась расчетными методами, измерялось центральное венозное давление (ЦВД), частота сердечных сокращений (ЧСС), среднее артериальное давление (САД). Состояние гемодинамики (ударный объем сердца (УОС), минутный объем кровообращения (МОК), общее периферическое сопротивление (ОПС) изучали методом тетраполярной реографии по Тищенко.

Критериями адекватности проводимой ИТ являлось восстановление параметров центральной гемодинамики (СИ, МОК, УОК, ОПС), а критериями оптимизации состояния больных при устранении гиповолемии — увеличение ЦВД выше 50 мм вод. ст., САД до и выше 80 мм рт.ст., диурез более 30-40 мл/час.

Результаты и обсуждение

Главной целью проводимой ИТТ являлось ликвидация гиповолемии, восстановление адекватного кровоснабжения органов. Несомненно, объем и состав инфузионной и медикаментозной терапии решался в каждом случае индивидуально. ИТТ назначалась с учетом не только степени кровопотери, но и длительности и интенсивности кровопотери. У всех больных, поступающих в первые часы от начала кровотечения наблюдалась компенсаторная реакция сердечно-сосудистой системы в ответ на кровопотерю, проявляющаяся уменьшением СИ на 30-45%, повышением ОППС на 35-50%, снижением САД на 10-20%, увеличением ЧСС и снижением ЦВД на 10-15%. Общий объем инфузионной терапии (ООИТ) у этих больных в этом проводился из расчета 35-45 мл/кг. Восполнение ОЦК проводилось за счет сбалансированных солевых растворов: Ионостерил, растворов Хартмана, Рингера, Дарроу из расчета 20 мл/кг и введения коллоидно-осмотических препаратов: Стабизол, Гелофузин, Хайес-стерил, Рефортан, Волюван, в дозе 7-10 мл/кг. Предпочтение отдавалось производным гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) — Стабизол, Рефортан, ввиду их более стойкого и выраженного гемодинамического эффекта. Соотношение кристаллоидных и коллоидных растворов назначалось из соотношения 1:1. Причем, чем больше степень кровопотери, тем больше кристаллоидов включали в программу ИТТ, с целью профилактики дефицита вне- и внутриклеточной жидкости. При тяжелой кровопотере это соотношение составляло 2:1 и более. Проводимая ИТ в режиме гемодилюции позволяла не только восстановить ОЦК, но и улучшить микроциркуляцию. Показания для гемотрансфузии мы определяли в процессе динамического наблюдения за больными с учетом степени гемодилюции. При снижении гемоглобина ниже 70 г/л и дефиците ГО более 35-40%. в программу ИТТ включали препараты крови: свежезамороженную плазму и эритроцитарную массу со сроком хранения не более 3-х суток, и в объеме не превышающем 25% от общего объема ИТТ. Однако, следует отметить, что после инфузии крови или эритроцитарной массы ОЦК не только не возрастало, а наоборот отмечалось его снижение на 10-20% в результате депонирования донорской крови. Данный вид коррекции ОЦК обеспечивает быстрое достижение критического уровня транспорта кислорода, стабилизацию центральной гемодинамики, раннюю и быструю нормализацию микроциркуляции и реологических свойств крови. У больных через 6-12 часов наблюдалось увеличение СИ, нормализация ЦВД и САД, снижение ЧСС и ОПС.

У больных с продолжающимся кровотечением целью ИТТ являлось восполнение ОЦК по критическим дефицитам его компонентов. У всех больных при исследовании параметров центральной гемодинамики отмечался гипокинетический тип кровообращения, выраженное снижение СИ и УОК на фоне нормального или сниженного ОПС. ООИТ составлял 45-55 мл/кг веса, что примерно в 1,5 раза превышал уровень предполагаемой кровопотери. Программа инфузионной терапии включала не только восполнение ОЦК, улучшение микроциркуляции, реологических свойств крови, но и введение кислородонесущих форменных элементов крови — эритроцитарной массы, замороженных эритроцитов (7,5-10 мл/кг). Инфузионная терапия у этой категории больных начиналась с введения коллоидно-осмотических растворов из расчета 7-10 мл/кг веса с дальнейшим введением сбалансированных солевых растворов, в соотношении 1:3. Первостепенное введение коллоидных растворов позволяет быстро увеличить СИ и восстановить ЦВД, тем самым обеспечить гипердинамический тип кровообращения. Особое значение имеет фактор времени при проведении ИТТ у больных с продолжающимся кровотечением. Терапия должна быть адекватной не только по объему и качеству, но и по скорости введения. Для этого использовались 2 вены, одна из которых обязательно являлась центральной. У больных поступающих с продолжающимся кровотечением программу ИТТ начинали как кратковременную предоперационную подготовку с дальнейшим продолжением во время оперативного вмешательства.

В последующем, после остановки кровотечения, со 2-3-х суток ИТТ у больных с ЖКК была направлена на восполнение ОЦК по дефицитам его компонентов. Исследование параметров центральной гемодинамики показало, что у этих больных имеется умеренное снижение СИ на 20-30%, увеличение ОПС на 15-20%, снижение САД на 5-10% . ООИТ назначали из расчета 30-35 мл/кг. Программа ИТТ включала введение сбалансированных солевых растворов (15-18 мл/кг) и растворов глюкозы (0,8 мл/кг), для устранения дефицита плазматического и глобулярного объема крови — альбумин (3 мг/кг), эритроцитарную массу (6-6,5 мл/кг), свежезамороженную плазму (6,5 мл/кг), коллоидно-осмотических растворов в дозе 7 мл/кг веса. Введение плазмы является важным компонентом терапии в данном периоде, в связи с тем, что потери белка при кровотечении приводят к нарушению фильтрации и ре абсорбции в микроциркуляторном русле, обеспечивающих поддержание водного баланса и как следствие нормальный метаболизм клеток и органов.

На фоне проводимой терапии у больных в течение 12-36 часов нормализовывались показатели СИ, ЦВД, ОПС, стабилизировалось САД и ЧСС.

Выводы

1. Инфузионно-трансфузионная терапия больных с желудочно-кишечными кровотечениями должна быть направлена на быстрое управление ОЦК, нормализацию центральной гемодинамики и восстановление адекватного кровоснабжения органов.
2. Программа ИТТ должна строиться с учетом не только объема кровопотери, но и интенсивности кровотечения.
3. Применяемая нами программа ИТТ, включающая современные сбалансированные солевые и коллоидные растворы позволила улучшить результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

Литература

1. Кондратенко П.Г., Смиронов Н.Л., Раденко Е.Е. (2006) Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала. (Донецк) 418 с.
2. Мартынов А.И. (1998) Интенсивная терапия. (Москва). "Гэотар Медицина". 640 с.
3. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., и др. (1997) Диагностика и лечение острого кровтечения в просвет пищеварительного канала. (Ровно). 380 с.
4. Усенко Л.В., Шифрин Г.А. (1995) Интенсивная терапия при кровопотере (Киев). "Здоров'я". 224 с.

ЭФФЕКТ ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛОВ В КОМПЕНСАЦИИ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Фомин П.Д, Лиссов О.І, Козлов С.Н.

Национального медицинского университета им. акад. А.А. Богомольца, Кафедра факультетской хирургии No2, Киев

Введение

Создание коллоидных плазмозамещающих растворов (КПР) можно, без преувеличения, отнести к разряду выдающихся изобретений XX века. В настоящее время трудно себе представить инфузионную терапию при острой кровопотере и других экстремальных состояниях без растворов декстрана, гидроксиэтилкрахмала (ГЭК), препаратов, действие которых направлено на восполнение дефицита объема циркулирующей крови, увеличение коллоидно-осмотического давления, нормализацию центральной гемодинамики и микроциркуляции [2]. Современный фармакологический рынок гетерогенных КПР насчитывает несколько десятков различных препаратов, выпускаемых, как зарубежными фармакологическими фирмами, так и отечественными производителями [3]. Большой выбор КПР предоставляет клиницистам более широкие возможности для проведения интенсивной инфузионной терапии, позволяет осуществлять индивидуальный выбор к их назначению [1,4,5]. При лечении острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) язвенного происхождения, прежде всего для компенсации проявлений гиповолемии, считали обоснованным проведение инфузионной терапии с применением КПР при средней степени кровотечения (по классификации Братуся В.Д., 1989). Кроме того, использование цельной крови и эритроцитсодержащих сред на начальных этапах инфузионной терапии тяжелых кровопотерь нецелесообразно в связи с депонированием значительного количества перелитой крови и высоким риском посттрансфузионных осложнений [3,6,7].

Поэтому в качестве гемодинамических и объемовосполняющих средств в клиниках широко используют растворы желатина, декстрана, препараты альбумина и гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК) [2]. Более того, последние 10 лет в литературе и в нашем личном опыте все больше данных о сужении показаний к применению некоторых, ранее наиболее распространенных низкомолекулярных декстранов типа реополиглюкина и полиглюкина, для лечения гиповолемии при ЖКК. Это связано с их реологическими свойствами, ведущими к увеличению риска возникновения рецидивов кровотечения. Посему, применения препаратов ГЭК на данном этапе весьма актуально. За последние годы для коррекции ОЦК при ОЖКК наибольшее распространение получил Рефортан, производства "Berlin-Chemie", Германия. Однако, как и большинство оригинальных препаратов он имеет высокую стоимость и актуальным является выпуск отечественных препаратов аналогичного действия.

Материал и методы

С целью улучшения качества лечения больных с ОЖКК язвенного генеза и поиска адекватной замены препаратов ГЭК зарубежных производителей в центре по оказанию неотложной помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями Киева (база кафедры факультетской хирургии №2 НМУ) в 2005 году проведено ограниченное исследование эффективности и переносимости препарата ГЕКОДЕЗ, производства "Юрия-Фарм", в сравнении с препаратом РЕФОРТАН, производства "Berlin-Chemie", (Германия). Для чистоты эксперимента больным не вводились другие инфузионные растворы, для чего в исследовании брали участие пациенты с язвенными кровотечениями только с средней кровопотерей (по классификации Братуся В.Д., 1989), не нуждающиеся в переливании компонентов крови. Параллельно назначались противоязвенные препараты — блокаторы Н+-помпы, (омепразол в дозировке 40-60 мг/сут,), парентеральные формы Н2-блокаторов 3-го поколения (квамател 4,0 мл/сут), гемостатическая терапия (дицинон 4,0-6,0 мл/сут, викасол), по показаниям — антихеликобактерная терапия (хеликоцин, клатинол и т.д.). Препарат ГЕКОДЕЗ, раствор для инфузий по 200 мл в бутылках стеклянных производства ООО "Юрия-Фарм" относится к группе кровезамещающих и перфузийных растворов. ГЕКОДЕЗ — это коллоидный плазмозамещающий изотонический раствор гидроксиэтилированного крахмала — высокомолекулярного соединения, которое получают из крахмала кукурузы восковой спелости путем частичного гидролиза амилопектина с последующим гидроксиэтилированием. За счет способности связывать и удерживать воду увеличивает объем циркулирующей крови на 85-100% от введенного объема в течение 4-6 ч после инфузии. Восстанавливает нарушенную гемодинамику, улучшает микроциркуляцию, реологические свойства крови (за счет снижения показателя гематокрита), уменьшает вязкость плазмы, повышает постепенно коллоидно-осмотическое и центральное венозное давление пропорционально введенному объему, снижает агрегацию тромбоцитов и препятствует агрегации эритроцитов. Сходство структуры гидроксиэтилкрахмала со структурой гликогена объясняет высокий уровень переносимости и практическое отсутствие побочных реакций. Режим дозирования у наших пациентов составил — по 400-800 мл раствора в/в капельно в течение 30-60 минут 1 раз в день.

Результаты и их обсуждение

Ведущим критерием, определяющим эффективность противошоковых мероприятий и эффективность восполнительной корригирующей терапии при острых гастродуоденальных кровотечениях, является надежность эндоскопической остановки кровотечения и полноценность программ инфузионной терапии. Коррекция гемодинамических нарушений (тахикардия, снижение АД, шоковый индекс) проводилась в течении первых 2-3 суток.

Представленные данные свидетельствуют о выраженном гемодинамическом эффекте исследуемых препаратов без достоверной разницы ($p>0,05$ во всех случаях) между ними. Нормализация интегральных показателей гемодинамики, регистрируемая уже в 1-е сутки исследования, субъективно выражалась в виде улучшения общего самочувствия (отметили 24 пациента основной и 22 контрольной группы), уменьшении сердцебиения (отметили 18 пациентов основной и 20 — контрольной группы), отсутствии головокружения (соответственно 19 и 17).

Таблица 1. *Динамика суточного диуреза у пациентов клинических групп*

Клинические группы	Показатель/дни исследования		
	Суточный диурез, мл		
	1 день	2 день	3 день
Гекодез	970±65	1320±165	1780±135
Рефортан	1030±95	1290±140	1850±180

Компенсация централизации кровообращения и сопутствующего ей периферического спазма, достигаемое в том числе и препаратами реологического действия является необходимым звеном патогенетической терапии кровопотери при ЖКК. Однако следует отметить, что необходимым условием нормализации микроциркуляторного кровообращения указанными препаратами является компенсация дефицита ОЦК и кислородной емкости крови. Восстановление перфузии периферических сосудов с уменьшением потливости, чувства холода в конечностях достигалось к концу первых суток исследования у большинства пациентов, а к третьим суткам исследования на фоне восполнения ОЦК эти явления купировались практически у всех. При этом суточный диурез возрастал у пациентов обеих групп.

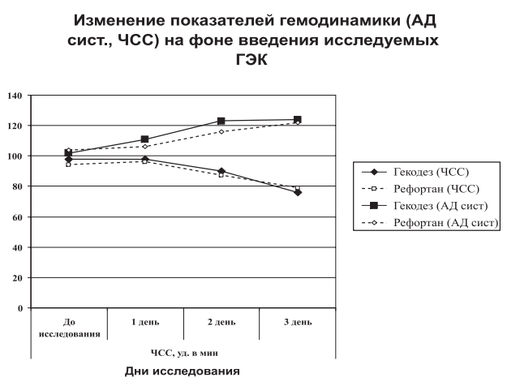
Как показывают данные, в процессе лечение произошла нормализация гематологических показателей, что связано со стабильностью гемостаза, отсутствием рецидива геморрагии, нормализацией показателей гомеостаза. Отсутствие снижения показателей красной крови на фоне "разведения" свидетельствует о безвредности монотерапии ГЭК с целью восполнения у данной категории больных. Обращаем внимание на отсутствие рецидивов кровотечения в исследуемой группе больных, так как при применении гемодинамических кровезаменителей это свидетельствует о переносимости и безвредности препаратов. Таким образом, по суммарному показателю эффективности и безопасности изучаемый препарат ГЕКОДЕЗ, раствор для инфузий по 200 мл в бутылках производства ООО "Юрия-Фарм" оказывает терапевтическое воздействие, соответствующее таковым у препарата сравнения, может быть рекомендован и показан для компенсации кровопотери у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

Выводы

1. Препараты гидроксиэтилированного крахмала оказывает выраженный клинический эффект по нормализации показателей центральной гемодинамики у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями и являются препаратами выбора при проведении компенсаторной инфузионной терапии.
2. Препарат ГЕКОДЕЗ, раствор для инфузий производства ООО "Юрия-Фарм" хорошо переносится больными, не вызывает негативных изменений лабораторных показателей.
3. Не выявлено статистически достоверной разницы между действием препарата ГЕКОДЕЗ, раствор для инфузий по 200 мл в бутылках производства ООО "Юрия-Фарм" и Рефортан, р-р д/инф. 6% по 500 мл в бутылках производства фирмы "Berlin-Chemie", Германия, но экономически его применение более оправдано в связи с более низкой ценой.
4. На основании суммарных показателей ГЕКОДЕЗ, раствор для инфузий по 200 мл в бутылках производства ООО "Юрия-Фарм" рекомендуется к медицинскому применению у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

Литература

1. Аскали Ф., Фестер Х. (1998) Гидроксиэтилкрахмал из сырья различного происхождения: сопоставление фармакодинамики и фармакокинетики. Вестник интенсивной терапии. 1: 42-50
2. Афонин Н.И., Тикандзе А.Д. (2004) Анализ сравнения гидроксиэтилированного крахмала с альбумином по результатам апробации в ведущих клиниках Москвы и Санкт-Питербурга. Интенсивная терапия. 2-8
3. Свиридов С.В. (1999) Гетерогенные каллоидные плазмозаменяющие расствоpы: настоящее и будущее. Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. 2: 18-32
4. Хлябич Г.Н. (1991) Основные направления исследований по созданию перспективных технологий производства кровезаменителей. В кн.: Актуальные проблемы улучшения качества кровезаменителей, консервантов крови, гормональных и органотерапевтических препаратов. (Москва). 3-9
5. Франке Р. (1999) Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов. Анест. и реан. 3: 70-76
6. Evans P., et al. (1996) Evaluation of the effect of colloid (Haemaccel) on the bleeding time in the trauma patient. J. Roy. Soc. Med. 89: 101-104
7. Vercauteren M.P., Hoffmann V., Coppejans H.C., et al. (1996) Hydroxyethylstarch compared with modified gelatin as volume preload before spinal anaesthesia for Caesarean section. British Jornal of Anaesthesia. 5



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРОФУЗНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ФЛЕБЭКТАЗИЙ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бойко В.В., Сушков С.В., Авдосьев Ю.В., Криворотько И.В., Лазирский В.А.
Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьков

Roentgen-Surgical Methods in Complex Treatment of Patients with Portal Hypertension Complicated by Hemorrhage from the Varicose Veins of Esophagus and Cardia

V.V. Bojko, S.V. Sushkov, Yu.V. Avdosjev, I.V. Krivorotko, V.A. Lasirscky
Institute of General and Urgent Surgery AMS Ukraine, Kharkov

Summary

The study presents results of complete investigations and roentgen-surgical treatment of 117 patients with portal hypertension complicated by hemorrhage from the varicose veins of the esophagus and cardia. Roentgen-surgical methods, included in hemostatic complex diagnostical and treatment algoritm, were allowed to improve treatment results of patients with bleeding from varicose veins of esophagus and cardia.

Key words: portal hypertension, bleeding from the varicose veins, roentgenendovascular interventions.

Введение

Осложнения ПГ, развившейся на фоне ЦП, являются актуальной проблемой хирургической гепатологии, занимая четвертое место в структуре основных причин смерти пациентов в возрасте старше 40 лет [2]. Профузное кровотечение из ВРВПЖ является наиболее тяжелым осложнением внутрипеченочной ПГ. Несмотря на большое количество предложенных методов лечения, летальность при впервые возникшем кровотечении, по данным разных авторов, составляет от 29% до 70% [1,3,7]. Перспективным направлением в решении этой проблемы является включение в комплекс гемостатических мероприятий малоинвазивных рентгенхирургических методов гемостаза и разработка лечебно-диагностического алгоритма предусматривающего дифференцированное применение отдельных РХВ [6].

Цель работы — разработка новых РХВ и хирургической тактики лечения больных с профузным кровотечением из ВРВПЖ при ПГ обусловленной ЦП, направленных на улучшение результатов лечения.

Материалы и методы

Нами изучены результаты обследования и хирургического лечения 117 больных, которые поступили в ИОНХ АМНУ с 2003 по 2006 г. с клиникой профузного желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) из ВРВПЖ. Основную группу составили 57 пациентов, которым были выполнены РХВ на "высоте кровотечения". Группу сравнения — 60 больных которым выполнены неотложные полостные оперативные вмешательства. Мужчин было 69 (58,9%), женщин — 48 (41,1%) в возрасте от 17 до 73 лет (средний возраст составил 44,6±4,8 лет). С клиникой ОЖКК II ст. поступило 39 (33,3%) больных, с ОЖКК III ст. — 78 (66,7%) больных.

Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта производилось эндоскопом фирмы "Olympus". У 39 (33,3%) больных во время эндоскопии выявлены признаки продолжающегося кровотечения, у 78 (66,7%) больных во время эндоскопии выявлены признаки неустойчивого гемостаза. Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате Ultramark-9 ATL (США) с определением объемного кровотока по сосудам печени и селезенки. Ангиографические методы исследования и рентгенохирургические вмешательства (РХВ) выполнялись на ангиографическом аппарате "Tridoros-Optimatic — 1000" фирмы "Siemens" (Германия). Для изучения функционального состояния печени пользовались унифицированными методиками лабораторно-диагностических исследований с балльной оценкой по Child-Pugh (1973) [8]. К классу А отнесено 9 (7,6%) больных, классу В — 64 (54,7%), классу С — 44 (37,7%) больных ЦП. Для определения стадии портальной гипертензии применяли классификацию М.Д.Пациоры (1985) [5]. Измерение давления в ВВ проводили после чрескожной чреспеченочной или интраоперационной катетеризации ВВ, а также путем измерения давления заклинивания в печеночных венах [4] до и после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение

Больные госпитализировались в реанимационное отделение, где им проводились консервативные мероприятия, направленные на стабилизацию показателей гемодинамики, коррекцию систем гомеостаза в качестве предоперационной подготовки. При крайне тяжелом и продолжающемся кровотечении из ВРВ пищевода выполняли экстренную тампонаду кровоточащих вен зондом Блэкмора. У 16 (13,6%) больных обеих групп выполнены оперативные вмешательства с установленным зондом в гастроэзофагеальной зоне не приведшим к временному гемостазу.

Разобщающие оперативные вмешательства (деваскуляризация абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка, прошивание ВРВПЖ) выполнены у 49 (41,8%) больных группы сравнения, проксимальная резекция желудка — у 2 (1,7%) больных, сочетание разобщающего оперативного вмешательства с РХВ — у 9 (7,6%) больных.

У больных основной группы РХВ выполнялись на основании изучения результатов диагностических исследований и анализа данных исходного состояния гепатоспланхнического кровообращения с применением разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма, направленного на осуществление гемостаза путем коррекции имеющихся нарушений портопеченочного кровообращения. Различные виды РХВ использовались нами не изолированно, а комплексно и дифференцированно в зависимости от каждого конкретного случая. Так, в случае выявления гипердинамического характера кровотока по селезеночной артерии (СА), сопровождающегося замедлением кровотока по селезеночной вене (СВ) и воротной вене (ВВ) у 13 (11,1%) больных с целью снижения давления в ВВ нами выполнена редукция селезеночного кровотока (РСК) при помощи металлических спиралей Гиантурко диаметром от 6 до 12 мм в количестве от 1 до 3. РСК осуществляли до появления рефлюкса контрастного вещества в чревный ствол, что обеспечивало снижение внутрипортального давления на 60-110 мм вод.ст. от исходного давления в ВВ.

При выявлении во время эндоскопии кровотечения из ВРВ кардиального отдела желудка, при диагностической ангиографии ретроградного контрастирования левой желудочной вены из ВВ, а также для уменьшения развития коллатеральных путей перетоков к селезенке в послеоперационном периоде, РСК у 17 (14,5%) больных дополняли эмболизацией левой желудочной артерии (ЭЛЖА). Это обеспечивало снижение портального давления до 140-160 мм вод.ст. от исходного. У 15 (12,8%) больных при отсутствии достижения стойкого гемостаза РСК и ЭЛЖА дополнялись внутриартериальной гемостатической терапией (ВАГТ).

У 2 больных с профузным кровотечением и установленным зондом Блэкмора выполнена редукция кровотока по чревному стволу (ЧС) (как "операция отчаяния") в связи с невозможностью выполнить суперселективную катетеризацию СА и ЛЖА. Еще у 5 больных при выявлении во время целиакографии усиленного кровотока по печеночной артерии с наличием внутрипеченочных артериопортальных фистул с эффектом "механического затвора", являющихся основной причиной поддерживающей ПГ на уровне декомпенсации, выполнена редукция печеночного кровотока. Основным условием выполнения данного вмешательства считали отсутствие признаков декомпенсации печеночной функции и тромбоза ВВ.

Застойный характер кровотока в сосудах гепатоспленального бассейна, проявляющийся снижением объемного кровотока по ВВ и сопровождающийся повышением давления в ВВ свыше 350 мм вод.ст., а также выявлением во время спленопортографии ретроградного кровотока в левую желудочную вену служили показанием к эмболизации данной вены, выполненной у 3 больных после формирования временного экстракорпорального портокавального шунта и купирования портального криза путем однократного забора крови из ВВ в объеме до 450 мл и возвращения ее в одну из вен системы верхней полой вены.

Оценивая результаты лечения больных выявлено, что стойкий гемостатический эффект после РХВ достигнут у 37 (64,9%) больных. Рецидив кровотечения с летальным исходом в раннем послеоперационном периоде возник у 12 (21,0%) больных. У 6 (10,5%) больных с рецидивом ОЖКК проводилась консервативная терапия, у 4 (7,0%) — выполнены повторные РХВ и у 2 (3,5%) больных — полостные оперативные вмешательства. Еще у 6 (10,5%) больных отмечены эпизоды рецидива кровотечения не сопровождавшиеся падением гемодинамических показателей и купированные консервативной терапией. Прогрессирование печеночной недостаточности отмечено у 7 (12,2%) больных основной группы, явившееся причиной летального исхода у 6 (10,5%) из них.

Рецидив кровотечения в послеоперационном периоде у больных группы сравнения возник у 25 (49,0%) больных приведший к летальному исходу в 19 (31,6%) наблюдениях. Анализ причин рецидивов кровотечений показал, что в основном они возникли у больных, которым выполнялось прошивание ВРВПЖ. Рецидива кровотечения в раннем послеоперационном периоде не наблюдали у больных, которым выполнялись резекционные методики. При сочетании полостных оперативных вмешательств с ТУКВВ рецидив кровотечения отмечен в 2 наблюдениях. Развитие и прогрессирование печеночной и полиорганной недостаточности с летальным исходом отмечено у 24 (40,0%) больных группы сравнения.

Всего в послеоперационном периоде умерло 18 пациентов основной группы, что составило 31,5% от общего числа оперированных больных. Послеоперационная летальность в группе сравнения составила 71,6% (43 больных), превышая этот показатель в 2,3 раза по-сравнению с основной группой.

Специфическим осложнением РСК считаем развитие участков ишемических инфарктов селезенки от 2,0 до 12,0 см в диаметре. У 23 (26,7%) больных после РСК был отмечен выраженный болевой синдром и у 7 (8,1%) больных развился левосторонний реактивный плеврит, купированные консервативной терапией.

Выводы

Таким образом, дифференцированное применение известных (редукция селезеночного и печеночного кровотока, эмболизация левой желудочной артерии и вены) и разработанных в клинике новых методов РХВ (экстракорпоральное портокавальное шунтирование, редукция кровотока в ЧС) основанное на выявления и коррекции имеющихся нарушений гепатоспланхнического кровообращения у больных с профузным кровотечением из ВРВПЖ, способствовало улучшению результатов лечения. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволило снизить послеоперационную летальность на высоте профузного кровотечения с 71,6% до 31,5%.

Литература

1. Акилов Х.А., Хашимов Ш. Х., Девятов А.В. (1998) Роль отдельных факторов в патогенезе варикозного расширения вен пищевода и кровотечений из них у больных циррозом печени. Анналы хирургической гепатологии. 3; 3: 130
2. Бабенков Г.Д., Усов С.Н., Глазунов В.К., и др. (2000) Результаты лечения больных циррозом печени, осложненного кровотечением. Анналы хирургической гепатологии. 5; 2: 210-211
3. Борисов А.Е., Рыжков В.К., Кащенко В.А., и др. (2000) Малоинвазивные операции в лечении пищеводно-желудочных кровотечений портального генеза. Анналы хирургической гепатологии. 5; 2: 214
4. Моргунов Г.А., Стрельцова Г.П., Прохоров М.Ю. (1987) Регионарные и общие нарушения кровообращения при портальной гипертензии. (Новосибирск). "Наука". 190 с.
5. Пациора М.Д. (1984) Хирургия портальной гипертензии. (Ташкент). "Медицина". 319 с.
6. Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Овчинников А.А. (2004) Эндоваскулярные вмешательства при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка у больных портальной гипертензии. В кн.: "Актуальные вопросы малоинвазивной хирургии". (Владимир). 49-55
7. Шалімов О.О., Каліта М.Я., Буланов К.І., та ін. (1997) Лікування хворих з ускладненнями цирозу печінки в стадії декомпенсації. Клінічна хірургія. 3-4; 4-8
8. Pugh R.N., Murray-Lyon I.M., Davson J.L., et al. (1973) Transection on the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Brit. J. Surg. 60; 5: 646-668

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИННИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Братусь В.Д., Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Біляков-Бєльський О.Б., Сидоренко В.М., Ґула Г.В., Іванчов П.В., Щербина М.В.
Кафедра факультетської хірургії №2 НМУ ім. О.О. Богомольця, Україна

Results of Treatment for Tumour Gastrointestinal Bleeding

Bratus' V.D., Fomin P.D., Shepet'ko E.M., Bilyakov-Bel'skyj O.B., Sydorenko V.M., Gulla H.V., Ivanchov P.V., Shcherbyna M.V.
National Medical University of acad. O.O. Bohomolets, Kiev, Ukarine

Summary

The results of treatment of 3010 pts with gastrointestinal bleeding caused by malignant and non-malignant tumors were analysed. On the base of active individualized tactics as well as science valid complex treatment with elaboration of effective modes of endoscopic hemostasys it was succeeded to enlarge a weight of radical operations 1,6 times over (from 44,9% to 71,4% — for 26,5%) and to reduce total lethality to 15,8%). The new mode of gastrojejunoplastic after gastrectomy was leading into clinical practice. The effectiveness of endoscopyc resection of bleeding gastric and colorectal polips was proved.

Key words: gastric and colorectal tumors, gastrointestinal bleeding, endoscopic haemostasis, functionally advantageous operations.

Вступ

Твердження, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою запущеності і неоперабельності, зазнало в останні часи перегляду [3,4]. Засоби комплексної діагностики стадії процесу з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дозволяють більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції. Прогрес в цьому напрямку полягає у ранній діагностиці, успішному ендоскопічному гемостазі, уточненні стадії пухлинного процесу, виконанні у значної кількості хворих радикальних операцій після комплексної повноцінної підготовки та обстеження [1,11].

Кровоточивий рак шлунка (КРШ) у 4,6-15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) [7,12]. Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, бо супроводжуються високою післяопераційною летальністю [7,14]. В хірургії КРШ увага хірургів зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні нових способів субтотальної резекції (субкардіальная резекція), реконструктивних операцій, що покращують функціональні результати втручань, а також операцій, які спрямовані на створення тонкокишкових резервуарів, що відновлюють функцію втраченого шлунка [8,11,13]. Вважають доцільним застосовувати розширені та комбіновані операції великого об'єму з лімфодисекцією при поширених та синхронних раках [2,5,9,13,15].

Пухлини товстої кишки, як і раніше, входять до числа онкологічних лідерів і складають приблизно 10-12% усіх пухлинних локалізацій. Хірургічне лікування кровоточивого колоректального раку (КРР) базується на своєчасному встановленні локалізації первинної пухлини, її стадії, наявності віддалених метастазів. Серед методів оперативних втручань основна увага дослідників спрямована на розробку функціонально-вигідних операцій, моделюючих функцію ілеоцекального клапану, створення різних модифікованих реконструктивних операцій, які відновлюють безперервність товстої кишки, а також лапараскопічним операціям з приводу ускладненого рака товстої кишки [6,10].

Матеріали та методи

У клініці за період 1982-2006рр. лікувалося 3010 хворих із гострокровоточивими злоякісними та доброякісними пухлинами шлунка та товстої кишки, що склало 4,3% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Доброякісні пухлини спричинили кровотечу у 406 пацієнтів (13,5%), злоякісні — у 2604 (86,5%). Серед хворих із злоякісними пухлинами (рак — 2585, саркома — 19) розподіл за статтю і віком відбувався таким чином (табл. 1):

Тільки у 374 хворих (14,4%) діагноз злоякісної пухлини був встановленим раніше, у 2230 її вперше діагностовано у нашій клініці. У хворих з уперше виявленим раком розподіл по стадіях мав такий вигляд: I ст. — 180 (8,1%); II ст. — 332 (14,9%); III ст. — 954 (42,8%), IV ст. — 764 (34,3%). Із 374 хворих з відомим діагнозом 312 (83,4%) віднесені до IV клінічної групи, а 62 (16,6%) — до II.

По локалізаціях злоякісні пухлини розподілились таким чином: шлунок — 1566 (60,1%); ободова кишка — 414 (15,9%); пряма кишка — 358 (13,7%); панкреатобіліарна зона — 142 (5,5%); стравохід — 29 (1,1%). Ще у 95 хворих (3,7%) виявлено пухлини інших локалізацій (матка, легені, молочна залоза, та ін.), а кровотеча була викликана проростанням пухлин або метастазів у кишки.

Екстрена діагностика забезпечувалась едоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, у більшості хворих (1798 — 69,1%) встановлено протягом 12 годин з моменту госпіталізації, у інших 778 (29,8%) — до 2-х діб і у 28 (1,1%), які були доставлені у клініку в агональному стані і померли протягом кількох годин, діагноз було верифіковано на розтині.

Ступінь важкості анемії не відповідає важкості кровотечі у цих пацієнтів. Анемія носить мішаний характер: посттеморагічна та ракова (токсична). Крововтрату помірного ступеню виявлено у 878 хворих (33,7%), середнього — у 642 (24,7%), важкого — у 1084 (41,6%).

Пацієнтам із КРШ проводилися заходи ендоскопічного гемостазу, які полягали у зрошенні пухлинного дефекту із ознаками триваючої кровотечі плівкоутворюючими речовинами, застосуванні модифікованого препарату для ендоскопічного гемостазу "Капрофер", використанні методу зупинки кровотечі з застосуванням гідроелектрокоагуляції, розробленого спільно з Українським науково-виробничим центром екстреної медичної допомоги і медицини катастроф (Спосіб комбінованого ендоскопічного гемостазу. Деклараційний патент України на винахід № 48872А від 15.08.2002р. Бюл. №8).

Результати та їх обговорення

Лікувальна тактика визначалася у залежності від локалізації пухлини і стадії процесу, ступеню важкості кровотрати, стану гемостазу. Так, профузні кровотечі із швидким розвитком крововтрати середнього і важкого ступеню зустрічалися виключно у хворих із злоякісним ураженням шлунку та стравоходу, що вимагало більш активних лікувальних дій. Ендоскопічні засоби гемостазу використовувались при продовженні кровотечі або високому ризику рецидиву її (нестабільний гемостаз) 1224 пацієнтам із КРШ (78,2%). Завдяки ефективності ендоскопічного гемостазу необхідність операції при продовженні або рецидиві кровотечі виникла лише у 82 хворих (5,2%). Так званий стабільний гемостаз не може гарантувати безпеки щодо можливого рецидиву кровотечі і тому ми вважаємо за необхідне оперативне втручання протягом 3-6 діб після госпіталізації, якщо до нього немає протипоказань, пов'язаних із запущеністю пухлинного процесу або важкою супутньою патологією.

Таблиця 1. *Розподіл хворих за віком та статтю*

	<40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	Усього
Чол.	14	246	448	411	144	69	1332
Жін.	12	213	345	388	243	71	1272
Усього	26	459	793	799	387	140	2604

Загалом із 2604 хворих оперовано 1126 (43,2%), а у групі із вперше виявленим раком оперативна активність склала 49,2% (1098 із 2230). Радикальні операції виконано 746 (66,3%). Загальна післяопераційна летальність склала 12,3% (138 хворих), а після радикальних операцій — 8,2% (61). Слід відмітити, що зросла кількість операцій гастрекомії, а також вібувається впровадження та апробація органозащаджуючого напрямку у хірургічному лікуванні гострокровоточивого раку шлунку на ранніх стадіях його розвитку (TIS, IA ($T_1M_0N_0$)). Хірургічну лікувальну тактику відображено у таблиці 2

1478 хворих (56,8%) не оперовано: 897 — внаслідок запущеності процесу (60,7%), 469 — важкої супутньої патології (31,7%), ще 112 відмовились від операції (7,6%). Летальність у цій групі склала 18,5% (273 хворих), причому 78 померли при явищах продовження кровотечі, а 195 — внаслідок прогресування пухлинного процесу.

Загальна летальність склала 15,8% (411 із 2604). 2193 хворих після зупинки кровотечі або операції направлені для подальшого лікування до онкологічних закладів

У 406 пацієнтів джерелом кровотечі виявилися доброякісні новоутворення — лейоміоми, ангіоми, поліпи різних ділянок шлунково- кишкового тракту. Діагностика заснована на застосуванні фіброендоскопії, а рентгенологічне дослідження слід розглядати як додаткове. Діагностовані поліпи на вузькій ніжці підлягають видаленню за допомогою мініінвазивної ендоскопічної електрорезекції. Якщо виявлено значних розмірів (більше 3см) лейоміому шлунка, підтверджену рентгенологічно та по можливості гістологічно, мова може бути лише про відкрите оперативне втручання. Але при невеликих лейоміомах в доступних ділянках шлунка можливе їх ендоскопічне видалення. Оперовано 289 хворих (71,2%), у тому числі ендоскопічно — 152 (37,4%). Усі хворі у задовільному стані виписані під нагляд онкологів. Після виконання мініінвазивної ендоскопічної електрорезекції доцільним є зрошування зони ніжки поліпа препаратом "Капрофер" з наступним динамічним ендоскопічним спостереженням.

Висновки

1. Диференційований підхід до призначення оперативного втручання при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка і товстої кишки після комплексного обстеження хворих привів до підвищення питомої ваги радикальних операцій у 1,6 рази (на 26,5%) (з 44,9% до 71,4%) і дозволив знизити загальну летальність до 15,8%.
2. Вважаємо операції на висоті кровотечі у пацієнтів із раком шлунка надто небезпечними, пов'язаними з високою післяопераційною летальністю і високим ризиком ускладнень, тому прагнемо застосовувати комплексні заходи ендоскопічного гемостазу і оперувати хворих у відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості виконання радикальних оперативних втручань з лімфодисекцією D2 у більшого числа хворих.
3. При гострокровоточивих злоякісних пухлинах товстої кишки в тактичному плані підтверджено доцільність виконання екстреної колоноскопії для верифікації джерела кровотечі, виконання оперативного втручання у відстроченому періоді після зупинки кровотечі. Слід зазначити, що дотриманням такої диференційованої тактики при гострокровоточивого раку товстої кишки вдалося дещо знизити загальну летальність — на 1,4% (з 22% до 20,6%).
4. При доброякісних поліпах шлунка та товстої кишки ефективними є мініінвазивні ендоскопічні втручання у вигляді електрорезекції з наступними заходами комбінованого ендоскопічного гемостазу, при відкритих операціях з приводу лейоміоми — вилущення її або сегментарна резекція.
5. Перспективними є дослідження з питань профілактики післяопераційних ускладнень, ефективності застосування різних варіантів інтубації тонкої і товстої кишки, варіантів накладення товстокишкових анастомозів з застосуванням нікелід-титанових сплавів з пам'яттю форми, доцільності застосування двоетапних оперативних втручань та розширених операцій з лімфодисекцією, застосування методу електрозварювання тканин під час операції для гемостазу та накладання анастомозів.

Література

1. Арутюнян Г.А., Крыхановский А.И., Селин С.М., и др. (2003) Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка. Хирургия. 7: 55-58
2. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г. (2006) Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе. Онкология. 2: 171-175
3. Братусь В.Д. (2001) Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хір. 5; 1: 5-6
4. Братусь В.Д. (1991) Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. (Киев). 272 с.
5. Давыдов М.И., Германов А.Б., Стилиди И.С., Кузьмичев В.А. (1995) Расширенные операции в хирургии рака желудка. Хирургия. 5: 41-46
6. Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М. (2005) Хирургическое лечение осложнённого рака правой половины толстой кишки. Матеріали XXI з'їзду хірургів України. (Запоріжжя). I: 338-340
7. Матвійчук Б.О., Матвійчук О.Б., Марчук Б.А., Михайлюк Ю.М. (2000) Гостра товстокишкова кровотеча як проблема невідкладної абдомінальної хірургії. Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами. (Львів). 75 с.
8. Моргошин Т.Ш. (2006) Субтотальная резекция в модификации Бильрот-1 и ее эффективность при лечении рака дистального отдела желудка. Хирургия. 7: 10-13
9. Мясоедов Д.В., Олійниченко Г.П., Кошель К.В., та ін. (2005) Реконструктивна екстирпація кукси шлунка з приводу раку. Клінічна хірургія. 4-5: 21
10. Сажин В.П., Госткин П.А., Сажин А.В., Сяткин Д.А. (2006) Лапараскопические операции при раке толстой кишки. Хирургия. 8: 21-26
11. Фомин П.Д., Шепетько Е.Н., Бельский А.Б., и др. (2005) Хирургическое лечение острокровоточащего рака желудка. Матеріали XXI з'їзду хірургів України. (Запоріжжя). II: 540-541
12. Хапатько Г.Е., Безрук Н.Г., Куриляк С.Н., и др. (2005) Клинические особенности рака желудка, осложнённого кровотечением. Матеріали XXI з'їзду хірургів України. (Запоріжжя). I: 367-369
13. Шепетько Е.Н., Фомин П.Д., Бельский А.Б., и др. (2005) Гастрэктомия с одновременной реконструктивной юногастропластикой — путь к улучшению результатов хирургического лечения острокровоточащего рака желудка. Матеріали XXI з'їзду хірургів України. (Запоріжжя). II: 549-551
14. Iwasa Y. (2004) Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy. J. Insur. Med. 36; 2: 111-114
15. Khatri V.P., Harold D.O. (2004) Dissection for Gastric Carcinoma. Arch. surg. 139. 6: 662-669

Таблиця 2. *Результати лікування з пухлинами ШКТ*

Локалізація	Оперовано			Консервативно	Усього
	Радикально	Нерадикально	Усього		
Шлунок	519	174	693	873	1566
Товста кишка	146	96	242	172	414
Панкреато-біліарна зона	4	32	36	106	142
Пряма кишка	69	14	83	275	358
Інші	8	64	72	52	124
Усього	746	380	1126	1478	2604

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВИХ ВИРАЗОК ШЛУНКУ І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Василюк М.Д., Василюк С.М., Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Біцька І.В., Вайнагій М.В.
Івано-Франківський державний медичний університет, кафедра факультетської хірургії

Surgical Treatment Sanguinary Ulcer of Stomach and Duodenal

M.D. Vasiluk, S.M. Vasiluk, A.G. Shevchuk, V.M. Fedorchenko, I.V. Bitsca, M.V. Vajnagij
Chair of Surgery, State Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Summary

We staded and surgical treated 320 patients with sanguinary ulcer of stomach and duodenal. Much more sanguinaryly ulcer is in stomach and haven't good tendentions for stoping bleeding. Majoirity patients with stomach and duodenal ulcer were operated urgently. Our stading show that majority patients with sanguinary ulcer of stomach and duodenal have to be operation urgently if bleeding are not stopped.

Key words: sanguinary ulcer, bleeding.

Під нашим спостереженням було 310 хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, що ускладнилась кровотечею різного ступеня. Всі пацієнти лікувались в стаціонарі клініки факультетської хірургії Івано-Франківського державного медичного університету. Серед них виразка шлунка була у 98 хворих (31,5%), дванадцятипалої кишки — у 204 (65,8%) і у 8 хворих (2,6%) спостерігались виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. Серед всіх обстежених чоловіків було 197 (63,2%), жінок — 113 (36,8%), причому слід відмітити, що у чоловіків частіше спостерігалися великі та гігантські виразки (73 хворих), в той час як у жінок їх було значно менше. Вік хворих коливався від 18 до 74 років, проте 65,4% були в працездатному віці, а інші 34,8% були старшого і літнього віку. У 11,5% хворих виразковий анамнез був меншим одного року, в 32,1% — становив від 1 до 5 років, в 22,1% — від 6 до 10 років, в 20,9% — від 11 до 20 років, та у 9,3 % хворих — більше 21 року, у 6,6% хворих виразки були "німими" і вперше проявилися гастродуоденальною кровотечею.

У 69,6% кровотеча відмічалась вперше, у 30,4% була повторною, а у 25 хворих (9%) кровотеча виникла після раніше виконаного оперативного лікування ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки: у 12 — після зашивання чи висчення кровоточивої виразки, і в 13 — її перфорації, при якій виконано паліативні оперативні втручання — зашивання перфоративної виразки або її висчення. До 24 годин у відділення поступило 28,1% хворих і після 24 годин — 71,9%, причому, в першій групі 77% хворих поступили з тяжким ступенем крововтрати.

З метою визначення причини і локалізації гастродуоденальної кровотечі 308 хворим виконано ЕГДС і в 305 з них визначено локалізацію виразки та ступінь кровотечі за Форестом. У 3 хворих джерело кровотечі не було виявлено і локалізація виразки була уточнена під час операції: у двох хворих це були низькі постбульбарні виразки і в одного — виразка дна шлунка.

Згідно класифікації Johnson (1990) виразки локалізувались: I тип виразки спостерігався у 39 хворих (12,8%), II тип — у 15 хворих (4,9%), III тип — у 49 хворих (16%) та IV тип — у 202 хворого (66,1%). Локалізація виразки мала важливе значення в прогнозуванні зупинки кровотечі і вибору тактики хірургічного лікування (таблиця 1).

Найбільш тяжко кровоточать виразки кута шлунка, кардіального відділу та малої кривини. Операційною знахідкою у хворих при локалізації виразки в ділянці кута шлунка була арозована кінцева гілка лівої шлункової артерії. При виразці кардіального відділу шлунка джерелом кровотечі були короткі шлункові артерії або гілки лівої шлунково-сальникової артерії. Консервативне лікування кровотечі з виразок шлунка рідко було ефективним і частіше такі хворі були прооперовані на висоті кровотечі.

Тяжкість крововтрати визначали за характером клінічної картини, наявності явних та прихованих ознак кровотечі, та сумарної характеристики і оцінки пульсу, артеріального тиску, показників гемоглобіну, гематокриту, ОЦК і ЦВТ. Виходячи з отриманих показників, всіх хворих в залежності від тяжкості крововтрати поділяли на три ступе-ні. Легкий ступінь крововтрати спостерігався у 118 хворих (42,3%), середній ступінь — у 106 (37,7%) і тяжкий ступінь крововтрати був у 57 хворих (20%). Клінічні ознаки шлунково-кишкової кровотечі залежать від швидкості і об'єму крововтрати. Швидка крововтрата (від 1/3 до 1/2 загального об'єму крові) часто призводить до смерті, тоді як поступова втрата до 3/4 об'єму крові може закінчитись видужанням хворих.

При клінічному обстеженні хворих, крім основної патології було виявлено супутні захворювання:

- атеросклеротичний кардіосклероз з ішемічною хворобою серця з порушенням або без порушення ритму — 61 хворий;
- гіпертонічна хвороба — 28 хворих;
- хронічний бронхіт, бронхіальна астма — 9 хворих;
- цукровий діабет — 8 хворих;
- жовчнокам'яна хвороба — 5 хворих;
- патологія інших органів (нирок, печінки) — 29 хворих.

Всім хворим вже в приймальному відділенні визначали основні константи гемодинаміки та проводили фізикальні методи обстеження. Для виявлення явних ознак кровотечі ставили назогастральний зонд та проводили промивання шлунка холодним антисептичним розчином (фурацилін 1:5000). У 90% відмічалась "кавова гуща", яка вказувала на гастродуоденальну кровотечу. Крім цього, усім хворим обов'язково проводили ректальне обстеження, яке давало можливість визначити наявність мелени.

В хірургічному відділенні хворим проводили ЕГДС, яка дозволяла визначити локалізацію виразки і інтенсивність кровотечі. В окремих хворих проводили ендоскопічну зупинку кровотечі: електрокоагуляцію, накладання сучасних плівкоутворювальних засобів, введення гемостатичних препаратів, кліпування судини. Це дозволило у 287 хворих забезпечити тимчасову зупинку кровотечі.

Одночасно проводилось загальноклінічне обстеження: загальний аналіз крові, сечі, коагулограма, електролітний баланс, загальний білок і білкові фракції, білірубін, сечовина, креатинін, печінкові проби, трансамінази, альдолазу. Після зупинки кровотечі у 141 хворого проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

При виконанні відтермінованих або планових оперативних втручань в 93 хворих проводили рентгенологічне дослідження шлунка при підозрі на стеноз або з метою диференціальної діагностики гігантських виразок і раку. У 99 хворих під час кровотечі вимірювали центральний венозний тиск апаратом Вальдмана.

У 30% хворих в найближчі 5 років після першої кровотечі настає її рецидив, тоді як після другої, ризик рецидиву кровотечі підвищується до 60%. В середньому у 70% пацієнтів виразкова кровотеча самостійно зупиняється, а у 30% вимагає проведення комплексу лікувальних заходів.

Після зупинки кровотечі головним завданням залишається вибір алгоритму подальшої тактики. Застосування антацидів, блокаторів Н2-рецепторів або омепразолу не впливає на частоту повторних кровотеч. Єдиним способом покращення результатів лікування є виділення цих хворих в групу підвищеного ризику і пошук ранніх прогностичних ознак, за якими можна було б визначити подальшу тактику оперативного втручання в період ремісії кровотечі.

Більшість авторів критерієм попередження рецидиву кровотечі вважають клінічні ознаки та ендоскопічні дані [Фомін та ін., 1997]:

- хворих з хронічними гастродуоденальними кровоточивими виразками в невідкладному порядку оперують (екстренно) з одночасним проведенням інтенсивної протишокової терапії;
- при нестійкому гемостазі (Ф-IIA) операцію виконують впродовж доби. Вибір терміну її проведення залежить від ступеня кровотрати, стану виразкового ураження та супутньої патології. Зважаючи на високий ризик рецидиву кровотечі, невідкладна операція (впродовж 2-6 годин), особливо, необхідна при велетенських виразках шлунка та дванадцятипалої кишки;
- нестабільний гемостаз є показом до невідкладної операції;
- хворих з тяжкою супутньою патологією, коли виникає великий ризик операції, лікують консервативно з застосуванням ендоскопічного гемостазу. Питання про необхідність операції вирішується в залежності від ефекту проведеної гемостатичної терапії. Серед цих хворих в 3-4 рази зустрічаються частіше рецидиви кровотечі, які вимагають екстренного втручання, тобто проведення "операції відчаю";
- хворих з нетривалим або відсутнім виразковим анамнезом і неглибокими дуоденальними виразками розміром до 0,8 см, при зупинці кровотечі, лікують консервативно з подальшою реабілітацією у гастроентеролога.

При консервативній терапії широко застосовують сольові кристалоїди, декстрани та інші препарати. Ми широко використовуємо нові препарати, створені в Львівському філіалі Київського НДІ гематології і трансфузіології: реосорбілакт і лактопротеїн з сорбітолом, які є добрими дезагрегантами, покращують кардіогемодинаміку, нормалізують тромбоцитарну ланку гемостазу і зменшують метаболічний ацидоз [1,2].

Більшість авторів визнають, що екстренна операція є основним в лікуванні хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами. Вибір методу операції залежить від характеру і локалізації виразки, стану хворого і його віку, небезпеки виникнення рецидиву кровотечі, можливих ускладнень в післяопераційному періоді, а також кваліфікації хірурга.

В даний час застосовуються наступні методи хірургічної зупинки виразкових кровотеч: місцеве прошивання кровоточивої судини; деваскуляризація; резекція шлунка; стовбурова або селективна ваготомія з антрумектомією чи дренуючою операцією; прошивання або висчення виразки з пілоро- або дуоденопластикою, екстеріоризація виразки ДПК.

Локальне прошивання або висчення виразки дванадцятипалої кишки чи шлунка застосовують лише у тих хворих, тяжкість стану яких не дозволяє виконати більш радикальне оперативне втручання. Летальність при даному оперативному лікуванні за деякими авторами коливається від 30% до 50% [5].

Резекція шлунка продовжує залишатися основною операцією в активі хірургічних методів лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, однак перевагу їй надають при кровоточивих виразках шлунка. В той же час при виразці дванадцятипалої кишки застосовують висчення виразки з пілоропластикою, доповненою стовбуровою ваготомією або селективною проксимальною ваготомією [3].

Більшість хірургів надають перевагу висіканню або екстеріоризації виразки дванадцятипалої кишки з доповненням її пілоропластикою та селективною проксимальною ваготомією, або стовбуровою ваготомією. В клініці ми широко використовуємо висчення або екстеріоризацію кровоточивої виразки дванадцятипалої кишки з пілоропластикою, а в окремих хворих доповнюємо селективною проксимальною ваготомією. При виборі тактики комплексного хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою, ускладненою кровотечею, враховували, насамперед, загальний стан хворих, показники гемодинаміки, інтенсивність кровотечі, наявність супутньої патології, вік хворих, дані ЕГДС.

Як правило, комплексне хірургічне лікування 281 хворого з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею, з врахуванням вищеперерахованих критеріїв, ми розпочинали з комплексної консервативної терапії. Після госпіталізації проводили термінову ЕГДС для вияснення локалізації джерела і інтенсивності кровотечі.

В багатьох хворих проводили виконання необхідних маніпуляцій, спрямованих на тимчасову зупинку кровотечі. При цьому, за допомогою ЕГДС проводили зрошення кровоточивої виразки 5% розчином ?-амінокапронової кислоти, введення 0,5-1,0 мл 0,1% розчину адреналіну на 15-20 мл 0,25% розчину новокаїну. У 10 хворих виконували діатермокоагуляцію і накладали плівкоутворюючі аерозолі (ліфузоль, гастрозоль). У 154 хворих проведене кліпування кровоточивої судини на дні виразки, що дозволило підготувати хворого д операції. Всім хворим обов'язково вводили назогастральний зонд для періодичного промивання шлунка холодним розчином фурацилину (1:5000) та ?-амінокапроновою кислотою. При арозивних кровотечах іноді застосовували зрошування шлунка 0,5% розчином азотнокислого срібла, що дозволяло досягнути доброго гемостатичного ефекту. Зонд також був контролем зупинки чи продовження кровотечі.

Паралельно проводили терапію гемостатичними препаратами, в яку включали довенне введення 100 мл 5% розчину ?-амінокапронової кислоти, 20 мл 10% розчину хлориду кальцію, 100 мл нативної або антигемофільної плазми, переливання еритроцитарної маси. Широко використовували введення дицинону (етамзілату натрію), вікасолу та інших гемостатичних середників. При середньому і тяжкому ступені кровотрати застосовували інгібітори протеаз (контрикал 20000-40000 ОД) на 0,9% розчині хлориду натрію довенно. При легкій крововтраті проводили переливання 500-1000 мл сольових розчинів: 0,9% хлориду натрію — 400 мл, 5% розчину глюкози 400 мл, 200 мл лактопротеїну з сорбітолом. При зупинці кровотечі та задовільних гемодинамічних показниках проводили тільки гемостатичну терапію та динамічне спостереження за хворими.

В 98 хворих гастродуоденальну кровотечу, яка в 81 з них виникла вперше, вдалося зупинити консервативним способом і, враховуючи нетривалий виразковий анамнез, молодий вік і дуоденальну локалізацію виразки, після активного хірургічного спостереження та стабілізації гемодинамічних показників переводили для наступного лікування в гастроентерологічне відділення.

Серед хворих, які отримували консервативну терапію, померло 4 (4,1%).

143 хворих з виразковими кровотечами було прооперовано, причому 63 з них — на висоті кровотечі. У 49 хворих були виконані екстренні операції і у 14 — термінові (впродовж першої доби після тимчасової зупинки кровотечі). У 2 хворих на 5 і 7 добу після прошивання кровоточивої судини на дні виразки дванадцятипалої кишки настав рецидив кровотечі, що було причиною виконанням повторної операції — резекції шлунка за Гофмейстером-Фінстерером.

Виходячи з цього, операцію прошивання судини на дні виразки в останні роки ми в клініці не проводимо, оскільки вважаємо таке оперативне втручання малоефективним. У 80 хворих оперативні втручання були плановими, через 2-3 тижні після зупинки кровотечі і корекції гомеостазу.

Висчення виразки шлунка, як правило, проводили у хворих з III ступенем крововтрати та наявністю тяжкої супутньої патології.

В основі вибору термінового оперативного втручання був покладений прогноз рецидиву кровотечі, важливими моментами якого були: інтенсивність крововтрати, біохімічні та імунологічні показники (в'язкість крові, коагулограма, ОЦК, зміни загального білка та білкових фракцій диск-електрофореграми в ПААГ, стан гуморального і клітинного імунітету). При ендоскопії: наявність інтенсивної кровотечі на момент обстеження; локалізація, розмір і глибина виразки та можлива арозія анатомічно розміщеної великої судини на дні виразки).

У 41 хворого з метою своєчасного відновлення моторно-евакуаторної функції кишківника і корекції метаболічних розладів, ми використовували метод зондового ентерального харчування в післяопераційному періоді. З цією метою назогастральний зонд перед завершенням оперативного втручання на шлунку чи дванадцятипалій кишці проводили в тонку кишку на 20-30 см нижче зв'язки Трейца. Починаючи з другої доби в зонд крапельно вводили білкові гідролізати, м'ясні відвари, харчові суміші та інші речовини.

В плановому порядку виконувалися оперативні втручання, в основному, з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Хворі з кровоточивою виразкою шлунка були прооперовані в невідкладному порядку, оскільки консервативні заходи не були ефективними, тому в клініці була розроблена активна хірургічна тактика у таких хворих. Оперативні втручання виконували, коли компенсаторні механізми ще не були вичерпані, а гемодинамічні показники були задовільними, що дозволяло уникнути післяопераційних ускладнень та знизити післяопераційну летальність.

У двох хворих в зв'язку з гігантською виразкою дванадцятипалої кишки, яка пенетрувала в гепатодуоденальну зв'язку, головку підшлункової залози з втягненням в патологічний процес великого дуоденального соска була виконана реконструктивна операція за розробленою в клініці методикою [Василюк М.Д., 1996] — резекція шлунка за Більрот-II з анастомозом за Брауном та зовнішньо-внутрішнє дренування холедоха через тонку кишку з накладанням папілоєюно- або папілодуоденостомії.

У більшості хворих з виразкою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею проводились органозберігаючі операції: висчення виразки з пілоропластикою або екстеріоризація її з пілоропластикою, яка доповнювалась селективною проксимальною ваготомією. Такий підхід до вибору тактики планового оперативного лікування хворих з виразковою хворобою, ускладненою кровотечею, дав можливість у всіх хворих отримати задовільні та добрі результати.

Перебіг післяопераційного періоду у хворих з виразковою кровотечею, які були прооперовані в невідкладному порядку, мав свої особливості. При виконанні операції на висоті профузної кровотечі, коротка передопераційна підготовка та замісна інфузійна терапія неспроможні адекватно відкорегувати водно-електролітний, білковий баланс, порушення кислотно-лужної рівноваги, відновити крововтрату та киснево-транспорту функцію крові.

Висновки

1. При локалізації кровоточивої виразки в шлунку або профузної кровотечі з виразки ДПК операцію слід виконувати в невідкладному порядку.
2. В плановому порядку, як правило, виконувати органозберігальні операції, спрямовані на зупинку кровотечі з подальшим консервативним лікуванням виразкової хвороби.

Література

1. Барановский А.Ю., Цветкова Т.Л. (1990) Прогноз течения и исходов язвенной болезни желудка. Терапевт. арх. 63; 2: 54-58
2. Батин Н.П. (1990) Многократное рецидивирование язвенной болезни. Здравоохранение Белоруссии. 1: 63-64
3. Богер М.М. (1986) Язвенная болезнь: Современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза. (Новосибирск). "Наука". 257 с.
4. Василюк М.Д., Шевчук А.Г., Федорченко М.В., и др. (2003) Хірургічна тактика у хворих на кровоточиву виразку шлунка та дванадцятипалої кишки. Ужгород. Науковий вісник ужгородського університету. 20: 62
5. Дегтярева И.И., Харченко Н.К. (1995) Язвенная болезнь. (Киев). "Здоров'я". 236 с.
6. Фомін П.Д., Братусь В.Д., Нікішаєв В.І. (2003) Еволюція лікувальної тактики при кровоточивих гастродуоденальних виразках. (Ужгород). Науковий вісник ужгородського університету. 20: 81

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Бойко В.В., Сушков С.В., Криворотько И.В., Пеев С.Б., Сариан И.В., Красивский С.Л., Нетиков Д.А., Доценко Е.Г.
Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьков

Experience of Treatment of Gastroduodenal Ulcerous Bleeding

V.V. Bojko, S.V. Sushkov, I.V. Krivorot'ko, S.B. Peev, I.V. Sarian, S.L. Krasivs'ky, D.A. Netikov, E.G. Dotsenko
Institute of General and Urgent Surgery AMS Ukraine, Kharkov

Summary

2627 patients with gastroduodenal ulcerous bleeding were treated in Institute of general and urgent surgery from 2000 to 2005. Active-individual tactic with endoscopic haemostasis and programmed endoscopy were applied for all patients. 27,9% patients were operated using organ-saving methods. This tactic allowed considerably to decrease total lethality to 1,8% and postoperative — to 4,7%

Key words: gastroduodenal ulcerous bleeding, endoscopic haemostatic methods, surgical tactic.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, несмотря на достижения современной фармакологии, является одним из наиболее распространенных заболеваний и встречается у 6-10% взрослого населения [2,3]. На долю язвенных кровотечений по данным различных авторов приходится от 22,1% до 77,2% [1,5,6]. Сочетание осложнений язвенной болезни у одного больного: наличие нередко больших и гигантских язв, тяжелые формы стенозирования на фоне массивной кровопотери создают неблагоприятный фон для проведения оперативных вмешательств, которые нередко приобретают характер "операций отчаяния" [2]. Остается нерешенным вопрос о выборе способа остановки кровотечения у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии [1,3,5,6].

Цель исследования — проанализировать пятилетний опыт лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Материалы и методы

В Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины с 2000 по 2005 гг. находилось 2627 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), что составило 54,1% от общего количества больных поступивших с желудочно-кишечным кровотечением (ОЖКК). Из них мужчин было 1648 (62,7%), женщин 979 (37,3%). Средний возраст больных составил 56±18 лет.

Распределение больных с ЯГДК, в зависимости от сроков поступления: до 24 часов поступило 626 (23,9%) пациентов; с 24 до 48 часов — 1056 (40,2%); с 48 до 72 часов — 745 (28,3%) и свыше 72 часов — 200 (7,6%).

Степень тяжести исходной кровопотери оценивали в соответствии с классификацией Шалимова А.А. и соавт. (1987 г.), дополненной критериями классификации тяжести кровопотери Воробьева А.И. и соавт., (2001 г.) [1]. В зависимости от тяжести кровопотери больные распределились так — первая степень кровопотери 562 (21,4%); вторая степень — 859 (32,7%); третья степень — 1206 (45,9%).

Объем оперативного вмешательства зависел от локализации и размеров язвенного субстрата, показателей гемодинамики, возраста пациента. При язвенной болезни желудка осложненной кровотечением было оперировано 236 (31,5%) пациентов. Преимущественно у этих больных, применялись органосохраняющие методики (117 больных), заключающиеся в иссечении в пределах здоровых тканей язвенного субстрата и выполнении одного из видов пилоропластики. Ваготомию этим пациентам не выполняли, так как по нашему мнению мобилизация малой кривизны желудка является "прототипом" селективной проксимальной ваготомии (СПВ). При больших язвах интермедиальной зоны с переходом на переднюю и заднюю стенку желудка (54 больных), язвах задней стенки желудка (45 больных) мы выполняли органощадящие методики: "лестничная" резекция желудка по Шмиденту в первом случае или резекция по Риделю во втором. Особый интерес и технические трудности вызывают кровоточащие язвы кардиального и субкардиального отдела желудка (20 больных), этим больным мы выполняли локальное иссечение язвы, гастропластику с эзофагофундопликацией и френопексией по разработанной нами методике (Декларационный патент № 10024). Данная методика позволяет избежать нарушения проходимости кардиоэзофагального перехода, а также несостоятельности швов гастропластики.

Хирургическое лечение кровоточащих одиночных язв двенадцатиперстной кишки (201 больных) обычно не вызывало технических сложностей. Особую проблему представляют язвы двойной локализации (117 больных), большие язвы задней стенки (109 больных) и постбульбарные язвы (56 больных) двенадцатиперстной кишки. Обязательным условием оперативного лечения кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки, является либо иссечение либо эктериоризация язвы. Прошивание или ушивание кро-

Больным с продолжающимся кровотечением на первом этапе лечения применялись эндоскопические методы гемостаза: диатермокоагуляция 41 пациенту; лазерная коагуляция — 28; нанесение пленкообразующих веществ на поверхность язвы — 65; клипирование сосудов — 34; обкалывание, инфильтрирование краев язвы раствором аминокапроновой кислоты или спиртом — 160. У 64 больных данной группы применение методов эндоскопического гемостаза было безуспешным. Эти больные были оперированы экстренно. Остальным пациентам в последующем применялась программированная ЭГДС на 3-е и 5-е сутки после выполненного "первичного" эндоскопического гемостаза.

У больных с нестабильным гемостазом (FII a,b,c), для уточнения степени риска рецидива кровотечения, применялся способ прицельной термометрии периульцерозной зоны, оценка системы гемокоагуляции, динамическая ЭГДС по показаниям или программированная на 3-е сутки, с использованием методов эндоскопического гемостаза описанных выше, который был применен у 527 (46,7%) пациентов. Во время ЭГДС у 489 (18,6%) больных выявлена выраженная рубцово-язвенная деформация пилородуоденальной зоны, причем у 216 пациентов — декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Этим больным было произведено эндоскопическое стентирование пилородуоденальной зоны, по разработанной нами методике, для проведения интенсивной подготовки, включающей энтеральное питание, с последующим оперативным лечением в более поздние сроки (Декларационный патент № 8101).

Наряду с эндоскопическими методами гемостаза проводилась и медикаментозная терапия, включавшая инфузионную, гемостатическую и противоязвенную, а также коррекция сопутствующей патологией. У 27,7% больных с ЯГДК при поступлении гемодинамика была неустойчивой и поддерживалась симпатомиметиками. Скорость инфузии симпатомиметиков выбиралась с таким расчетом, чтобы достигнуть уровня субкомпенсации гемодинамики, т.е. обеспечить кровоток в жизненно важных органах, но не вызвать рецидива кровотечения (управляемая гипотония). Из 2065 пациентов со II и III степенью тяжести кровопотери, 48,8% больных, с целью предупреждения печеночной энцефалопатии, применялась программированная колоносанация.

Из 734 пациентов, подвергшихся хирургической коррекции, 189(25,8%) — оперированы на высоте кровотечения (64 пациента — при продолжающемся кровотечения, неэффективности эндоскопического гемостаза; 125 — по поводу рецидива кровотечения). 238 (32,4%) больных оперированы в "отсроченном" порядке, в связи с высоким риском рецидива кровотечения, 307 (41,8%) больных — в плановом порядке. Показаниями к плановой операции у этих пациентов являлись: длительный язвенный анамнез — 5 и более лет (127 пациентов); неэффективность длительно проводимой медикаментозной терапии (76 больных) и суб- декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка (104 больных).

Объем оперативного вмешательства зависел от локализации и размеров язвенного субстрата, показателей гемодинамики, возраста пациента. При язвенной болезни желудка осложненной кровотечением было оперировано 236 (31,5%) пациентов. Преимущественно у этих больных, применялись органосохраняющие методики (117 больных), заключающиеся в иссечении в пределах здоровых тканей язвенного субстрата и выполнении одного из видов пилоропластики. Ваготомию этим пациентам не выполняли, так как по нашему мнению мобилизация малой кривизны желудка является "прототипом" селективной проксимальной ваготомии (СПВ). При больших язвах интермедиальной зоны с переходом на переднюю и заднюю стенку желудка (54 больных), язвах задней стенки желудка (45 больных) мы выполняли органощадящие методики: "лестничная" резекция желудка по Шмиденту в первом случае или резекция по Риделю во втором. Особый интерес и технические трудности вызывают кровоточащие язвы кардиального и субкардиального отдела желудка (20 больных), этим больным мы выполняли локальное иссечение язвы, гастропластику с эзофагофундопликацией и френопексией по разработанной нами методике (Декларационный патент № 10024). Данная методика позволяет избежать нарушения проходимости кардиоэзофагального перехода, а также несостоятельности швов гастропластики.

Хирургическое лечение кровоточащих одиночных язв двенадцатиперстной кишки (201 больных) обычно не вызывало технических сложностей. Особую проблему представляют язвы двойной локализации (117 больных), большие язвы задней стенки (109 больных) и постбульбарные язвы (56 больных) двенадцатиперстной кишки. Обязательным условием оперативного лечения кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки, является либо иссечение либо эктериоризация язвы. Прошивание или ушивание кро-

воточащих язв с целью достижения окончательного гемостаза мы считаем неприемлемым, так как предыдущий наш опыт указывает на риск развития повторных ОЖКК на 3-5-е сутки, что вынуждает выполнять повторные операции в неблагоприятных условиях. При двойной локализации язв двенадцатиперстной кишки мы выполняли субциркулярное (63 пациента) или циркулярное иссечение язв (54 пациента) двенадцатиперстной кишки. У больных с большим кратером задней стенки двенадцатиперстной кишки (64 пациента) было выполнено частичное иссечение и частичное выведение дна язвы вне просвета. 45 пациентам у которых дно язвы пенетрировало в головку поджелудочной железы, была выполнена экстериоризация язвы, с прошиванием кровоточащего сосуда, при восстановлении целостности просвета, к задней губе пилородуоденопластики, для профилактики несостоятельности швов подшивалась прядь большого сальника по разработанной нами методике (Декларационный патент Украины № 43623 А). Наиболее тяжелым в техническом плане являются постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки, особенно околососочковые язвы (18 больных). Этим больным было выполнено иссечение язвы с папиллосфинктеротомией по разработанной методике (Декларационный патент Украины №57210 А). Логическим завершением операций при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки является выполнение одного из видов ваготомий. Мы отдаем предпочтение СПВ (287 больных) как наиболее физиологичной и не нарушающей иннервацию органов брюшной полости. Однако, у больных с нестабильной гемодинамикой, мы выполняли либо СВ с пилородуоденопластикой (137 пациентов), либо ваготомия не производилась.

Больным со II типом язв по Johnson (15 пациентов) было выполнено в 8 случаях иссечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки, расширяющая пилородуоденопластика и СПВ, в 7 случаях резекция желудка по Шмидену.

С целью декомпрессии пилородуоденальной зоны и раннего энтерального зондового питания (РЭЗП), трансназально 356 больным был заведен двухпросветный зонд. РЭЗП применялось спустя 12-24 часа после стабилизации показателей гемодинамики и начиналось с введения глюкозо-солевых растворов в соотношении 1:1 с последующим переходом на зондовое питание официальными смесями ("Нутрилан МСТ", "Фемилак", "Инпит", "Берламин-модуляр") с добавлением ферментов (креон). К концу четвертых суток увеличивали калорийность диеты до уровня суточных потребностей.

Применение активно-индивидуализированной тактики ведения больных с ЯГДК, позволило нам снизить общую летальность до 1,8%. Основными причинами смерти являлись: острая сердечно-сосудистая недостаточность — 18 больных; хронические заболевания легких — 8; хронические заболевания почек — 11; печеночная недостаточность — 7; острые нарушения мозгового кровообращения — 5. Послеоперационные осложнения мы наблюдали у 3,8% пациентов, в том числе: пневмония — 5; острая сердечно-сосудистая недостаточность — 8; послеоперационный панкреатит — 4; несостоятельность швов пилородуоденопластики или гастропластики — 4; постваготомная атония желудка — 7. Послеоперационная летальность составила 4,7%.

Выводы

1. Больные с ЯГДК должны концентрироваться в специализированных хирургических центрах.
2. Больным с ЯГДК необходимо применять активно-индивидуализированную тактику ведения, с использованием эндоскопических методов гемостаза и программированной ЭГДС.
3. Обязательным условием оперативного вмешательства, для достижения устойчивого гемостаза является иссечение или экстериоризация кровоточащей язвы с последующим выполнением одного из видов ваготомии.
4. В послеоперационном периоде больным наряду с традиционной терапией, необходимо проводить РЭЗП, для ранней нормализации моторной функции ЖКТ.
5. Активно-индивидуализированная тактика с применением разработанных нами методик операций, пред- и послеоперационного лечения больных с ЯГДК позволило нам снизить общую летальность, до 1,8%, а послеоперационную до 4,7%.

Литература

1. Беляев А.В. (1997) Прогнозирование тяжести течения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Клін. хірургія. 5-6: 52-54
2. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. (1999) Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. (Москва). "Либерия". 415 с.
3. Черепанин А.И., Тимен Л.А., Хаит Б.А., и др. (1996) Лечебная тактика у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с высоким риском оперативного вмешательства. Росс. жур. гастроэнтр., гепатол., колопроктологии. Прил. №3 Материалы 2-ой Гастроэнтерол. Недели. (Москва). 86 с.
4. Панцырев В.М., Галлингер Ю.И. (1984) Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. (Москва). "Медицина".
5. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. (2000) Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Учебное пособие. (Москва). "РМАПО". 48 с.
6. Jensen DM. (1995) Endoscopic control of non-varíceal upper gastrointestinal hemorrhage. In: Yamada T., Alpers D., Owyang C., Powell O., Silverstein F., editors. Textbook of gastroenterology. 2nd ed. (Philadelphia) JB Lippincott. 2991-3011

ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Грубник В.В., Грубник Ю.В., Московченко И.В.

Одесский государственный медицинский университет

Одесский городской центр желудочно-кишечных кровотечений (ГКБ № 11)

Laparoscopic Treatment of the Patients with Complications of Gastric and Duodenal Ulcer

V.V. Grubnik, Y.V. Grubnik, I.V. Moskvichenko

State Medical University, Odessa, Ukraine

Municipal Clinical Hospital #11, Center of Gastroduodenal Bleedings, Odessa, Ukraine

Summary

Laparoscopic vagotomy was performed in 538 patients with duodenal ulcer. Indications for operation were: ulcer bleeding in 407 patients, perforation in 8 patients, recurrent ulcer after long-term treatment in 45 patients, subcompensated stenosis of pylorus in 28 ones. Taylor's procedure was performed in 339 patients. In 18 patients Gomez-Ferrer procedure was performed. Hill-Backer procedure was performed in 128 patients. After 12-60 months, 396 patients were examined, recurrent ulcer was observed in 12 cases.

Key words: peptic ulcer, bleeding, laparoscopic procedure.

Введение

В большинстве развитых стран Европы и Америки язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки лечат преимущественно консервативно с помощью новых препаратов, которые позволяют значительно уменьшить влияние кислотно-пептического фактора желудочного сока на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки (ДПК), таких как H_2-блокатори третьего и четвертого поколений, блокаторы протонной помпы [1,2].

В последние годы в образовании язвенной болезни желудка и ДПК большая роль отводится Helicobacter pylori [1,4,7]. Наличие этих бактерий на слизистой оболочке нарушает защитную функцию этого естественного барьера, стимулирует секрецию париетальными клетками желудка соляной кислоты благодаря активации гастринового механизма регуляции желудочной секреции. Это приводит к формированию хронического гастродуоденита и язвенной болезни. Большую популярность получили схемы лечения язвенной болезни, направленные на эрадикацию геликобактерной инфекции с использованием антибиотиков. Но не всегда использование даже современной противоязвенной терапии позволяет достичь выздоровления от язвенной болезни. Довольно часто наблюдаются случаи рецидивов болезни. Именно эти больные, по мнению разных авторов [1,2,5] являются кандидатами для использования хирургических методов лечения, в первую очередь — малоинвазивных лапароскопических вмешательств.

Лапароскопические ваготомии используются в клинической практике с 1991 года, но количество этих операций является ограниченным десятками или сотнями в отдельных странах. Из-за того, что они не приобрели широкого распространения, отсутствует информация об отдаленных результатах их применения.

Цель исследования — изучение ближайших и отдаленных результатов малоинвазивных методов лечения осложненной язвенной болезни и определение их эффективности.

Материалы и методы

С 1996 по 2006 годы лапароскопические вмешательства нами выполнены у 538 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и желудка. Из них мужчин было 354, женщин — 184. Возраст больных колебался от 21 до 87 лет. Длительность язвенного анамнеза составляла от 1 до 15 лет. У 407 больных наблюдалось кровотечение из язвы. Им был проведен эндоскопический локальный гемостаз, используя лазерную фотокоагуляцию, инъекцию склерозантов, фибринового клея, другие методы. Была достигнута надежная остановка кровотечения. 95 больных были оперированы по поводу часто рецидивирующей язвенной болезни при относительно незначительной эффективности медикаментозного лечения. В 8 случаях лапароскопическая ваготомия (ЛВ) была проведена при перфоративной язве ДК. У 28 больных был субкомпенсированный стеноз привратника. Им была проведена эндоскопическая баллонная дилатация пилоруса с последующим оперативным вмешательством.

Для диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выявления осложнений заболевания нами использовалась фиброгастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка, определение pH в разных отделах желудка, биопсия слизистой оболочки для выявления геликобактерной инфекции.

Были выполнены разные варианты ЛВ: у 339 больных выполнили ЛВ по Taylor (задняя стволовая, передняя серомиотомия), у 128 — по Hill-Backer (задняя стволовая, передняя селективная проксимальная ваготомия), у 15 пациентов были выполнены операции по Bailey-Zicker (селективная проксимальная ваготомия), в 18 случаях проведена ЛВ за Gomez-Ferrer (задняя стволовая ваготомия с резекцией малой кривизны с помощью степлеров [4]

ЛВ за Taylor проводили таким образом: через 10 мм троакар с помощью специального ретрактора отодвигали левую долю печени и после диссекции выделяли передней и задней стволы вагуса. Задний ствол вагуса клипировали и перерезали. На передней стенке желудка, отступив 1,5-2 см от края вдоль малой кривизны, осуществляли серомиотомию, начиная от пищеводно-желудочного перехода к антрального отделу на уровне второй ветви "гусиной" лапки нерва Латерже. У 77 больного для выполнения ваготомии применили излучение неодимового АИГ-лазера, которое передавалось через кварцевое волокно с сапфировым наконечником. У 198 пациентов серомиотомию выполняли используя электрод коагулятора. Линию серомиотомии ушивали непрерывным швом, применяя лапароскопическую технику. Сравнительная оценка двух методов серомиотомии показала, что лазерная методика является более эффективной и удобной.

В 18 случаях нами была проведена операция за Gomez-Ferrer, то есть задняя стволовая ваготомия с резекцией малой кривизны с помощью степлеров. Эта операция, как и ваготомия по Taylor, выполняется достаточно быстро (за 60-80 минут), однако широкому использованию этого вмешательства мешает его высокая стоимость.

В 128 случаях осуществлялась операция за Hill-Barker (задняя стволовая ваготомия с тщательной мобилизацией и пересечением веточек вагуса, которые идут к телу желудка, с оставлением переднего нерва Латерже). Технически эти операции более сложные описанных выше модификаций ваготомии. Необходимое время на выполнение такой операции составляет 80-120 минут. У 3 больных при выделении и пересечении веточек переднего вагуса, которые идут к субкардиальному отделу желудка, возникло кровотечение, что потребовало дополнительного прошивания сосудов. У 1 больного в связи с возникновением осложнений перешли к открытой операции.

Наиболее сложной в техническом плане была проксимальная селективная ваготомия, которая выполнялась у 15 больных за методикой Bailey-Zucker. Особенностью проведения подобной операции является мобилизация желудка по большой кривизне с последующим пересечением ветвей заднего вагуса через окно в желудочно-ободочной связке. Время выполнения подобных вмешательств составляет 150-240 минут.

В 8 случаях ЛВ по Taylor соединялась с прошиванием перфоративной язвы с подведением сальника. Время выполнения подобных операций около 90-120 минут. У 4 больных после выполнения ЛВ осуществлялась эндоскопическая дилатация пилоруса с помощью специального зонда с баллоном.

Всем пациентам в предоперационном периоде при плановых оперативных вмешательствах или после операции выполняли эрадикацию геликобактерной инфекции с использованием препаратов из группы блокаторов протонной помпы (омепразол, ланзопразол или рабепрозол) и применяли комбинацию из двух антибиотиков (кларитромицин, амоксицилин, метронидазол или орнидазол).

За последние 5 лет нами разработанные и внедренные методы сочетанного эндоскопического и лапароскопического гемостаза при больших кровоточащих каллезных язвах желудка и ДПК. Эти методики использованы у 38 больных, которые поступили в клинику с кровоточащими язвами желудка (22 больных) и двенадцатиперстной кишки (16 больных). По данным ургентной фиброгастродуоденоскопии было диагностировано

активное кровотечение по классификации Forrest IA и IB. Мужчин было 28, женщин — 10. Возраст пациентов колебался от 60 до 87 лет.

У 24 больных из этой группы нами проведена лапароскопическое прошивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. Методика этого вмешательства заключалась в следующем. Пациенту одновременно выполняли лапароскопию и эндоскопическое обследование желудка и двенадцатиперстной кишки. После эндоскопического выявления язвы конец эндоскопа располагали непосредственно над язвой и освещали ее дно. Благодаря просвечиванию через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки лапароскопически точно определяли проекцию язвенного дефекта со стороны брюшной полости. При этом визуализировали аррозированный сосуд, подходящий к язве. После этого в брюшную полость вводили иглу с атравматическим шовным материалом достаточно большого размера (PDS, Vicryl 1, 0, 1-0). С помощью игродержателя под контролем лапароскопа и эндоскопа прошивали язву с кровоточащими сосудами. Узлы завязывали экстракорпорально. К линии швов для ее укрепления подвязывали участок сальника. При локализации язвы по большой кривизне желудка или по его задней стенке дополнительно осуществляли лапароскопическую мобилизацию желудочно-ободочной связки.

У 14 больных использованная оригинальная методика, которая заключается в том, что нами была разработана специальная эндоскопическая игла, в которую вдевалась монофиламентная нить PDS 2-0, Vicryl 2-0 или капрон 3-0. Сконструированная игла вводилась через биопсийный канал эндоскопа и под контролем зрения проводилась через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки. Концы нитей с помощью лапароскопической техники завязывались интракорпорально. Подобная манипуляция повторялась для более надежного прошивания язвы и лигирования кровоточащих сосудов. После этого эндоскоп и лапароскопические инструменты удалились. Больному назначалась консервативная противоязвенная и гемостатическая терапия с эрадикацией геликобактерной инфекции.

У 38 больных, которым были выполнены разработанные нами эндолапароскопические вмешательства, рецидива кровотечения мы не наблюдали ни в одном случае. Осложнений, связанных с прошиванием желудочной или дуоденальной стенки, таких как несостоятельность швов с перитонитом, мы не наблюдали. Летальных случаев не было. Длительность эндолапароскопической операции составила от 10 до 25 минут.

Результаты и их обсуждение

Все больные, за исключением двух, у которых мы были вынуждены перейти к лапаротомии, достаточно легко перенесли лапароскопическую операцию. Больные вставали и начинали ходить на вторые сутки. У 18 пациентов наблюдался кратковременный парез кишечника, который разрешился на третьи сутки. Большинство больных начало принимать еду на вторые сутки. Пациенты выписывались из стационара на 3-5 сутки с рекомендациями принимать медикаментозную терапию, направленную на эрадикацию геликобактерий. Контрольное эндоскопическое исследование, проведенное через один месяц после операции, подтвердило полное заживление язв у всех пациентов. Через 1 месяц после операции изучена желудочная секреция у 205 пациентов. Выявленное снижение БПК на 65-72 %, МПК — на 56-70 %. Отдаленные результаты прослежены сроком от 12 до 60 месяцев у 396 больных. Всем больным каждые 6 месяцев высылались специальные анкеты. За субъективными критериями, отличные и хорошие результаты за шкалой Visick наблюдались у 334 (84,3 %) больных. 308 пациентов были обследованы в стационаре: им осуществлялось контрольное фиброэндоскопическое исследование, изучалась желудочная секреция, осуществлялась внутрижелудочная pH-метрия, бралась биопсия слизистой оболочки антрального отдела для нахождения геликобактерий. Рецидивные язвы были выявлены у 12 (3%) больных. Язвы были небольшие по размерам (до 0,5-0,7 см в диаметре), без глубокого кратера и грубой деформации головки ДК. У 11 из 12 больных с рецидивными язвами были найдены геликобактерии в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела желудка. У всех больных с рецидивными язвы отмечены повышение показателей желудочной секреции сравнительно с данными, которые были получены через месяц после операции. Показатели внутренней желудочной pH у этих больных составляли от 2,5 до 3,5. Проведенный курс медикаментозной терапии, состоящий из омепразола, кларитромицина и амоксициклина, позволил достичь полного заживления язвенного дефекта у 8 больных на протяжении 2-3 недель. Общее состояние этих больных значительно улучшилось и при последующем наблюдении на протяжении 6-12 месяцев рецидивов язвы не наблюдали. У 3 больных не удалось добиться полного заживления язв, хотя общее состояние их было удовлетворительно. Повторная операция была выполнена у одного больного в связи с повторным кровотечением из рецидивной язвы. Этому больному была проведена антрумэктомия с хорошим ближайшим результатом.

У всех больных без рецидива язвенной болезни наблюдалось достоверное снижение показателей желудочной секреции сравнительно с предоперационными данными. Из этой группы больных геликобактерии были обнаружены у 28 (9,1%) из 308 больных.

Выводы

Таким образом, анализ нашего материала позволяет сделать вывод о достаточной эффективности ЛВ в лечении ЯБДК и желудка. Наиболее простыми и допустимым в техническом плане является методики лапароскопического выполнения ваготомий по Taylor и Gomez-Ferrer. Правильное выполнение ЛВ позволяет добиться адекватного снижения желудочной секреции и полного заживления язвенного дефекта. При комбинации лапароскопической ваготомии с эрадикацией геликобактерной инфекции отдаленные результаты лечения являются не хуже результатов использования традиционных, более травматических селективных проксимальных ваготомий. При правильном выборе показаний и техническом выполнении лапароскопические вмешательства могут с успехом использоваться при хирургическом лечении ЯБДК. Применяя современные методы локального гемостаза на фоне эрадикации Helicobacter pylori и употребления блокаторов протонной помпы с последующим использованием эндоскопических и лапароскопических малоинвазивных методик, возможно оказание помощи больным с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, на более качественном уровне, что значительно снижает риск рецидива кровотечения и существенно снижает процент летальных случаев.

Литература

1. Дегтярева И.И., Харченко Н.В. (1995) Язвенная болезнь (Современные аспекты диагностики и лечения). (Киев). "Здоровье". 333 с.
2. Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г. (2002) Современные методы лечения язвенной болезни. (Киев). "Здоровье".
3. Эндоскопическая абдоминальная хирургия (1996) Под ред. Балалыкина А.С. (Москва). "ИМА-пресс". 152 с.
4. Cushieri A., Buess G., Perissat S. (1994) Operative Manual Endoscopic Surgery. Springer-Verlag. I: 347
5. Mouiel J., Katkhouda N., Gugenlieim J. (1996) Elective treatment duodenal ulcer laparoscopic posterior truncular vagotomy and anterior seromyotomy. Chirurgie. 5; 121: 335-339
6. Eriksson S., Langstrom G., Rikner L., et al. (1995) Omeprazole and H2-receptor antagonists in acute treatment duodenal ulcer, gastric ulcer and reflux oesophagitis: a meta-analysis. Eur. J. Gastroenterol.Hepatol. 7; 5: 467-475
7. Zucker K.A. (1993) Surgical Laparoscopy Update. 493 p

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИОДИГЕСТИВНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (СИНДРОМОМ ГЕМОБИЛИИ)

Бойко В.В., Доценко Е.Г., Авдосьев Ю.В.

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Киев

The Experience of Treatment of Patients with Biliodigestive Bleeding (Hemobilia Syndrome)

V.V. Bojko, E.G. Dotsenko, Yu.V. Avdosjev

Institute of Common and Urgent Surgery AMS of Ukraine, Kiev

Summary

Experience of treatment 62 patients with biliodigestive bleeding is represented in work. The comparative analysis between the group of comparison (29 patients), where were applied traditional methods of treatment, and the basic group (33 patients), where were applied staging surgical tactic, is conducted. The developed tactic allowed considerably to improve the results of treatment in this category of patients.

Key words: biliodigestive bleeding, staging surgical tactic, roentgen-surgical interventions.

Введение

Проблема желудочно-кишечных кровотечений остается одной из наиболее частых и сложных в ургентной хирургии. Особое место среди кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают билиодигестивные кровотечения (БДК) или гемобилия. В основе их возникновения лежит образование патологического сообщения между артериальными или венозными сосудами и желчевыводящими путями с кровотечением в просвет билиарного тракта и дальше в ЖКТ [1,3,5]. Трудностями топической диагностики источника кровотечения при БДК объясняется и отсутствие общепринятой лечебной тактики у таких пациентов [2,3,6]. Послеоперационная летальность составляла от 20 до 40% [1,2,4,6,7].

Материалы и методы

В работе проведен анализ результатов лечения 62 больных с БДК различной этиологии, которые находились на лечении в Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины и Харьковской городской больнице скорой и неотложной медицинской помощи за период с 1982 по 2006 гг.

В основную группу вошли 33 больных с БДК, которые находились на лечении за период с 2001 по 2006 гг., у которых применялся разработанный лечебный алгоритм и новые методы гемостаза. В группу сравнения включены 29 пациента с БДК, находившиеся на лечении с 1982 по 2001 гг., у которых проанализированы результаты традиционных методов лечения.

В основной группе мужчин было 19 (57,6%), женщин — 14 (42,4%). В группе сравнения — 16 (55,2%), женщин — 13 (44,8%). Средний возраст — в основной группе 41,4, в группе сравнения — 45,1 года.

В основной группе причинами БДК были: закрытая травма печени — 11 больных (28,6%), опухолевые поражения печени и желчных протоков — 4 больных (14,2%), БДК при желчнокаменной болезни, остром холецистите, холангите — 7 больных (25%), ятрогенные БДК — после эндоскопической папиллосфинктеротомии — 3 больных (14,3%), у 3 больных — после наложения билиодигестивных анастомозов, БДК при осложненных кистах поджелудочной железы — 2 больных (7,1%). Гнойно-деструктивные процессы в печени послужили причиной возникновения билиодигестивных кровотечений в 3 случаях (10,7%).

В группе сравнения причинами БДК послужили травмы печени — в 8 случаях (27,6%); калькулезные и бескаменные холециститы и холангиты — в 5 случаях (17,2%); БДК, как осложнение после чрескожной чреспеченочной катетеризации воротной вены — у 3 больных (10,3%); неопластические процессы печени и желчных протоков — 5 (17,2%),. Осложненные кисты поджелудочной железы — у 2 пациентов (6,9%). Гнойно-деструктивные процессы в печени послужили причиной возникновения билиодигестивных кровотечений в 5 случаях (17,2%). Образование порто-билиарной фистулы неясного генеза послужило причиной БДК у одного больного (3,4%).

При поступлении, до установления диагноза и локализации источника кровотечения, всем больным проводилась "стартовая" консервативная терапия. Ее объем определялся тяжестью состояния больного и доминирующими проявлениями БДК. В основной группе из 33 больных подверглись оперативному лечению 30 пациент, в группе сравнения из 29 больных — 26 пациентов.

Результаты и их обсуждение

Данные литературы и результаты лечения больных группы сравнения подтверждают склонность билиодигестивных кровотечений к рецидивированию, после проведения консервативной терапии. Это послужило основанием для внедрения в практику активной хирургической тактики. В то же время нельзя считать удовлетворительными результаты оперативного лечения больных с билиодигестивными кровотечениями при выполнении вмешательств, направленных на радикальную коррекцию вызвавшей кровотечение патологии. Это привело нас к необходимости разработки этапной хирургической тактики, с индивидуализацией подходов в зависимости от вида и формы билиодигестивного кровотечения. Этапная хирургическая тактика применена в основной группе. На первом этапе выполнялись малоинвазивные вмешательства направленные на достижение гемостаза, а на втором — производилась коррекция первичной патологии.

Наиболее распространенной по литературным данным и наиболее часто встретившейся в нашей работе была паренхиматозная форма БДК. В основной группе она встретилась в 15 случаях, в группе сравнения — у 18 пациентов.

В группе сравнения консервативная терапия применялась в 2 случаях; резекция печени выполнена у 7 пациентов; ушивание разрывов печени, дренирование желчных протоков — у 3; вскрытие, гемостаз, дренирование полости абсцесса у 3; ВАГТ — у 2; в одном случае выполнена холедохотомия, дренирование желчных протоков. В основной группе мы применили методы рентгенэндоваскулярного гемостаза для контроля над ис-

точником кровотечения у всех 15 пациентов. Примененные методы позволили достичь устойчивого гемостаза (в 6 случаях это был и заключительный метод лечения), что позволило провести пациентам интенсивную консервативную терапию и подготовить ко второму этапу. На втором этапе больным выполнялись различные варианты резекций печени, выбор которых определялся локализацией и распространенностью патологического процесса (7 больных), в 2 случаях произведено лапароскопическое вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса печени. Выполненные на первом этапе эмболизации сосудистого русла печени, также уменьшали интраоперационную кровопотерю и облегчали манипуляции на паренхиме.

При протоковой форме мы выделяем 4 уровня. Наиболее часто встретились в нашей работе БДК с источником в желчном пузыре. Такая локализация встретилась в 8 случаях в основной группе, и в 5 — в группе сравнения. Этот вариант БДК стоит несколько обособленно, поскольку удаление желчного пузыря относительно малотравматичная операция, и не связана с вмешательством на паренхиматозном органе, гемостатический и "радикальный" этапы совпадали.

При билиодигестивных кровотечениях на уровне гепатикохоледоха мы придерживались двухэтапной тактики. Такой вариант БДК встретился в 5 случаях в основной группе, и в 4 — в группе сравнения. В качестве гемостатического этапа применялись методы рентгенхирургических вмешательств, баллонные катетерные системы для местного компрессионного гемостаза. Проведение перечисленных мероприятий позволило нам либо полностью остановить кровотечение и устранить причину БДК (при холангите), либо стабилизировать состояние пациентов и выполнить отсроченные оперативные вмешательства при более благоприятных условиях. Второй этап выполнялся по показаниям, применялись методы внутреннего дренирования желчных протоков (у 2 пациентов выполнена гепатикоеюностомия).

При билиодигестивном кровотечении из большого сосочка 12-перстной кишки после эндоскопической папиллосфинктеротомии, нами применен баллонный катетерный гемостаз для остановки кровотечения из папиллотомной раны (3 больных).

При БДК на уровне поджелудочной железы, считаем обоснованным применение в качестве первого этапа рентгенэндоваскулярных методов гемостаза. Поскольку это позволяет контролировать источник БДК, при этом восполнить кровопотерю и подготовить пациента к радикальному вмешательству. Данная локализация в основной группе установлена у 2 больных, в группе сравнения — в 2 случаях. В основной группе в обоих случаях применено рентгенхирургическое вмешательство, в одном случае явившееся заключительным этапом, в другом — первым этапом, перед выполнением полостной операции. В группе сравнения выполнены 2 полостные операции на фоне рецидивирующего кровотечения.

Послеоперационная летальность больных группы сравнения, перенесших традиционные вмешательства после консервативной предоперационной подготовки составила 15,4% (умерло 4 пациента). Среди больных основной группы, у которых применена этапная хирургическая тактика, послеоперационная летальность составила 6,67% (умерло 2 пациента). Общая летальность составила в основной группе 6,1%, в группе сравнения 17,2% (один летальный исход при проведении консервативной терапии). Отмечено достоверное снижение количества послеоперационных осложнений. В основной группе их было 5 (16,67%), в группе сравнения п/о осложнения отмечены у 9 (34,62%) пациентов. Средний койко-день составил 23,4±5,2 и 14,3±4,4 соответственно.

Выводы

1. Билиодигестивные кровотечения являются тяжелым осложнением различных заболеваний и травм органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.
2. Лечебная тактика при билиодигестивных кровотечениях остается сложной проблемой современной хирургии, из-за тяжести состояния пациентов, выраженных нарушений функции печени и поджелудочной железы и наличия правого отечения, выполнение радикальных оперативных вмешательств, направленных на коррекцию основной патологии при отсутствии контроля над источником кровотечения не целесообразны и обусловливают высокую послеоперационную летальность.
3. Разработанная этапная хирургическая тактика, с учетом локализации источника кровотечения, с применением малоинвазивных современных методов гемостаза позволила нам значительно улучшить результаты лечения больных с БДК.

Литература

1. Акперов И.А., Каленич И.С., Добров Д.Д. (1998) Гемобилия при остром холецистите. Хирургия. 7: 60
2. Данилов М.В., Вишневский В.А., Назаренко Н.А. и др. (2002) Диагностика и лечение гемобилии. Анналы хирургической гепатологии. 1: 242
3. Никишин Л.Ф., Кондратюк В.А. (2001) Рентгенэндоваскулярная хирургия опухолевого и травматического повреждения печени. Клиническая хирургия. 10: 47-49
4. Татаршао М.Х-Б., Борлаков А.М., Караев А.А., и др. (2002) Гемобилия: диагностика и принципы комплексного лечения. Анналы хирургической гепатологии. 1: 244
5. Garbe K., King T., Tsai F. (1997) Recurrence of pseudoaneurysm after successful embolization. J. Endovascular Surgery. 4: 385-388
6. Flati G., Salvatori F., Porowska B., et al. (1995) Severe hemorrhagic complications in pancreatitis. Ann Ital Chir. 66: 233-237
7. Young R., Gagandeep S., Grant E., et al. (2004) Gastroduodenal artery pseudoaneurysm secondary to pancreatic head biopsy. J. Ultrasound Med. 7: 997-1001

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ЯЗВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Ганжий В.В., Новак С.А.*

Запорожский государственный медицинский університет
Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи*, Запорожье

The Organ Preserving Operations of Surgical Treatment in Ulcer of a Proximal Part of the Stomach Complicated by Bleeding

V.V. Ganzhy, S.A. Novak*

State Medical University, Zaporoje, Ukraine
Municipal Clinical Emergensy Hospital*, Zaporoje, Ukraine

Summary

The results of treatment of the patients with bleeding ulcers of proximal part of the stomach have been analyzed. In contrast to gastric ulcers of another location, ulcers of proximal part are usually accompanied by severe bleed, and are more frequently prone to malignant transformation. Indications for organ preserving surgical techniques of no malignant ulcer are broadening. New methods of organ preserving surgical techniques were developed. These methods include correction of gastric cardiac failure. In malignant transformation gastrectomy is the most preferable. The early and long-term results of surgical treatment of patients with bleeding proximal ulcers are good.

Key words: ulcer of proximal part of the stomach, bleeding, organ preserving operations.

Введение

Проблема выбора адекватного оперативного пособия при язвенной болезни желудка, осложнённой кровотечением, до настоящего времени остаётся актуальной [2,5,10]. Особенно остро она возникает у больных с язвами проксимального отдела желудка, к которым мы относим язвы кардии, субкардии, а так же гигантские язвы малой кривизны, проксимальный край которых достигает кардиального отдела желудка. Для язв данной локализации характерны: бессимптомное течение, тяжёлые кровотечения, которые плохо поддаются консервативному лечению, а так же частая склонность к малигнизации [4,9,10,11]. Многие авторы единственным радикальным методом лечения данной категории больных считают проксимальную либо дистальную резекции желудка или гастрэктомию, в случае же невозможности выполнения одного из вышеперечисленных оперативных вмешательств рекомендуют ограничиваться гастротомией и прошиванием язвенного субстрата [3,8,10,11]. Зачастую, авторы, использующие органосохраняющие операции для коррекции данной патологии, при гигантских и множественных язвах кардиальной и субкардиальной локализации склоняются в сторону резекционных методов лечения этой категории пациентов [1,5]. Высокая частота развития рефлюкс-эзофагита, стеноза пищеводно-желудочного анастомоза, постгастрорезекционных расстройств, а так же летальность свидетельствуют о необходимости разработки новых видов органосохраняющих оперативных вмешательств и расширении показаний к их применению у пациентов с кровоточащей язвой проксимального отдела желудка [2].

Цель исследования — разработать новые виды органосохраняющих оперативных вмешательств при язвах проксимального отдела желудка, осложнённых острым кровотечением для улучшения результатов хирургического лечения данной категории пациентов.

Материалы и методы

В Запорожском городском центре лечения желудочно-кишечных кровотечений за 4 года (2003-2006 гг.) прооперированно 56 пациентов с язвой проксимального отдела желудка (10 кардиальных и 46 субкардиальных), что составило 26,3% от всех оперированных с язвами желудочной локализации осложнённых острым кровотечением. Кровотечение лёгкой степени было у 5 (8,9%), средней степени тяжести — у 15 (26,8%) и тяжёлой — у 26 (46,4%), крайне тяжелой — 10 (17,9%). Женщин было — 9 (16,1%), мужчин — 47 (83,9%).Среди оперированных преимущественно были больные среднего и пожилого возраста. У 6 (4,8%) пациентов выявлены множественные язвы малой кривизны желудка, у 3 (7,3%) — сочетание с язвой двенадцатиперстной кишки (тип II по Johnston). В срочном порядке с целью предотвращения раннего рецидива геморрагии оперировано 15 (26,8%) пациентов, в отроченном — 35 (62,5%), в связи с рецидивом кровотечения прооперировано 6 (10,7%) человека.

Всем больным во время оперативного вмешательства выполняли экспресс-гистологическое или цитологическое исследование язвенного субстрата. Малигнизация язвы выявлена у 6 (10,7%) пациентов — этим больным выполнена гастрэктомия. Из группы больных с пептическими язвами проксимального отдела желудка в 29 случаях выполнено иссечение язв с фундопликацией по Ниссену. По разработанным в клинике методикам 6 больным с язвами кардиального отдела желудка выполнена экономная резекция кардии, в сочетании с кардиофундопликацией и кардиофундопекксией. У 15 пациентов с большими, а так же множественными язвами малой кривизны желудка, распространяющимися на его проксимальные отделы, выполнена экономная резекция малой кривизны желудка и кардии, в сочетании с кардиофундопликацией и восстановлением связочного аппарата верхней трети желудка. В 3 случаях при язвах (II тип по Johnston) вышеуказанные операции сочетали с иссечением язвенных субстратов двенадцатиперстной кишки, с последующей пилоропластикой или девульсией пилоруса и одним из видов ваготомии.

Для оценки непосредственных и отдалённых результатов органосохраняющих оперативных вмешательств, применённых у пациентов с доброкачественными язвами проксимального отдела желудка мы использовали фиброэзофагогастроскопию, контрастное рентгенологическое исследование желудка, а так же динамическую гастросцинтиграфию.

Результаты и их обсуждение

В группе пациентов с доброкачественными язвами проксимального отдела желудка органосохраняющее оперативное вмешательство обязательно включало коррекцию либо восстановление (при экономной её резекции) замыкательной функции кардии. Помимо этого, данным пациентам во время операции производилось заведение двухпросветного декомпрессионно-питающего зонда за связку Трейца, один просвет которого служил для декомпрессии желудка, второй — для раннего нутриционного зондового питания в послеоперационном периоде.

После операции у 6 (10,7%) пациентов возникли осложнения: нагноение раны — у 3, пневмония — у 2, тромбоэмболия легочной артерии — у 1 больного. В послеоперационном периоде умерло 3 (5,4%) пациента (причина смерти одного больного — ТЭЛА; у двух остальных — двухсторонняя сливная пневмония).

У больных, перенесших органосохраняющие оперативные вмешательства, в послеоперационном периоде выполняли фиброэзофагогастроскопию с целью определения проходимости и функциональной состоятельности эзофагокардиального перехода, помимо этого проводился осмотр места гастро- и эзофагостропластики. У всех пациентов данной группы отмечена удовлетворительная проходимость и функциональное состояние эзофагокардиального перехода, а так же не было выявлено в отдалённом периоде патологических изменений слизистой оболочки в области гастро- и эзофагостропластики.

У пациентов с доброкачественными язвами рентгенологическое исследование желудка, выполненное как в раннем, так и в отдалённом послеоперационном периоде выявило незначительную деформацию малой кривизны в области пластики, без выраженной деформации пищеводно-желудочного перехода. У 8 (16%) больных данной группы в раннем послеоперационном периоде имела место умеренно выраженная атония желудка, купировшаяся к 14 суткам послеоперационного периода, что было подтверждено инструментальными методами исследования (контрастное рентгенологическое исследование желудка, динамическая гастросцинтиграфия).

Целью проведения динамической гастросцинтиграфии было выявление гастроэзофагеального рефлюкса, а так же нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде у пациентов, перенесших органосохраняющие оперативные вмешательства. Замедленная моторно-эвакуаторная функция желудка (более 45 минут Т 1/2 выведения пробного завтрака) отмечена у 8 (16%) пациентов, нормальная (35 — 45 минут) — у 38 (76%), ускоренная (менее 35 минут) — у 4 (8%) больных. Ни у одного пациента не было выявлено признаков гастроэзофагеального рефлюкса.

Выводы

1. Основываясь на полученных результатах можно сделать вывод, что расширение показаний для применения органосохраняющих операций за счёт разработки и внедрения новых оперативных вмешательств позволяет снизить послеоперационную летальность с 12,3% [5] до 5,4%, а так же значительно уменьшить количество постгастрорезекционных синдромов, о которых сообщают многие авторы, придерживающиеся резекционных способов хирургического лечения [2]. Это дает право отнести их к одним из основных методов оперативных вмешательств, которые должны быть в арсенале хирургов, при проведении операций по поводу кровоточащих язв данной локализации.
2. Учитывая высокую частоту малигнизации язв проксимальной локализации по нашим данным и по данным других авторитетных клиник, занимающихся вопросами желудочной хирургии [4,9,10], считаем необходимым обязательное проведение пред- и интраоперационного цитологического и экспресс-гистологического исследования удаляемого материала.
3. Для улучшения достоверности оценки как непосредственных, так и отдалённых результатов оперативного лечения пациентов данной группы рекомендуем включать в перечень инструментальных методов обследования динамическую гастросцинтиграфию.
4. На наш взгляд перспективным является дальнейшая разработка новых видов органосохраняющих оперативных вмешательств и расширение показаний к их применению, с целью улучшения результатов хирургического лечения пациентов с кровоточащей язвой проксимального отдела желудка.

Литература

1. Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Трушин А.С. (2002) Органосохраняющие подходы в хирургии субкардиальных и кардиальных язв желудка. Харківська хірургічна школа. 2: 3: 6-9
2. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Ефимов Н.П., Аутлев К.М. (2001) Проксимальная резекция при заболеваниях кардиального отдела желудка. Хирургия. 4: 17-21
3. Земляной А.Г., Бугаев А.И., Малкова С.К., Горбунов Г.М. (1989) Хирургическое лечение язв кардиального отдела желудка. Вестник хирургии. 6: 111-113
4. Калиш Ю.И., Юлдашев Р.Ш., Таджибаев О.Б. (2001) Типологические особенности гигантской язвы желудка. Клінічна хірургія. 2: 9-10
5. Криворучко И.А., Сыкал А.С., Сыкал Н.А. (2006) Лечение язв проксимального отдела желудка, осложнённых кровотечением. Клінічна хірургія. 4-5: 18
6. Ковальчук Л.Я., Дзюбановський І.Я., Максимлюк В.І., та ін. (2005) Модифіковані органозберігаючі та органощадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках. Шпитальна хірургія. 5: 20-24
7. Мамчич В.І., Гвоздяк М.М., Плешко О.С., та ін. (1998) Гігантські виразкові ураження шлунка. Шпитальна хірургія. 2: 49-51
8. Николаев Н.О., Старцев А.И., Гришин С.Г., Чекмазов И.А. (1990) Хирургическое лечение больных с гигантскими язвами желудка. Хирургия. 2: 69-72
9. Черноусов А.Ф., Волынчик К.Е. (2004) Современное понятие хронической язвы желудка как предракового состояния. Хирургия. 3: 75-79
10. Ширинов З.Т., Курбанов Ф.С., Домрачев С.А., Богопольский П.М. (2005) Хирургическое лечение осложнённых язв кардии и субкардии. Хирургия. 4: 28-30
11. Шорох Г.П., Климович В.В. (2000) Лечение кардиальных язв желудка, осложнённых кровотечением. Хирургия. 1: 30-34

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРОКРОВОТОЧИВІ НОВОУТВОРЕННЯ ТРАВНОГО КАНАЛУ

Кондратенко П.Г., Смирнов М.Л., Соколов М.В.

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

The Surgical Tactic in Patients with Acute Bleeding Tumors of Digestive Tract

P.G. Kondratenko, N.L. Smirnov, M.V. Sokolov

Donetsk State Medical University

Summary

The article is dedicated to research of clinical features of acute hemorrhage from digestive tract tumors of different localizations, efficiency of various methods of endoscopic hemostasis and prophylaxis of recurrent bleeding, medicines therapy, results of surgical treatment. The factors that let to forecast rebleeding were researched also. All of it let to determine treatment tactic.

The materials of article were the results of examination and treatment of 527 patients with acute hemorrhages from digestive tract tumors of various localizations. All of the patients due to the treatment tactic were sorted in two groups: the group of comparison — 264 patients and the main group — 263 patients. In treatment of the main group patients the developed tactic were used. This tactic based on differentiated approach of determination of endoscopic hemostasis and endoscopic rebleeding prophylaxis method, complex medicines therapy, differentiated determination of indications for operation according to probability of rebleeding. The factors of recurrent hemorrhage emergencies were studied and discriminant model of forecast of rebleeding were made. The sensitivity of discriminant model is 77% (CI 62,4%-90,0%), the specificity is 76,8% (CI 70,4-82,6%).

The developed tactic let to reduce common lethality at acute bleeding tumors of digestive tract from 19,3% to 5,7%, and postoperative lethality — from 13% to 3,9%.

Key words: digestive tract tumors, acute hemorrhage, endoscopic hemostasis, rebleeding forecast.

Вступ

Гострі кровотечі з пухлин травного каналу все частіше стають причиною госпіталізації пацієнтів до хірургічних стаціонарів загального профілю. Серед усіх можливих джерел розвитку гострої геморагії в просвіт травного тракту, за даними різних авторів, злоякісні та доброякісні новоутворення складають 6,80-16,40% [1,3,7,8].

Під час лікування хворих з гострими кровотечами в просвіт травного каналу необхідним є одночасне вирішення таких завдань: виявлення джерела кровотечі, забезпечення гемостазу, ліквідація наслідків гострої крововтрати, визначення необхідності та оптимальних термінів оперативного лікування. При цьому оперативне лікування є методом остаточного гемостазу, оскільки видаляється субстрат кровотечі — новоутворення. Виникнення гострої кровотечі з пухлини не є ознакою інкурабельності онкологічного хворого, що підтверджується все більше [2,4-6,9]. Однак виконання оперативних втручань, особливо радикальних, на фоні кровотечі, що триває, пов'язане з великою кількістю післяопераційних ускладнень і високою післяопераційною летальністю. Беззаперечним стає той факт, що в онкологічних хворих для припинення кровотечі необхідно застосовувати найменш травматичні та найбільш ефективні способи гемостазу. Перспективними щодо цього є ендоскопічні втручання через свою розповсюдженість і відносну простоту виконання.

Мета роботи — поліпшення результатів лікування хворих з гострими кровотечами з пухлин травного каналу шляхом розроблення диференційованого підходу до вибору способу ендоскопічного гемостазу й профілактики рецидиву кровотечі, схем медикаментозної профілактики рецидивної кровотечі, показань до виконання екстрених оперативних втручань, їх способу та обсягу.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів діагностики й лікування 527 пацієнтів з гострими кровотечами з пухлин травного каналу різних локалізацій, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці госпітальної хірургії та ендоскопії Донецького державного медичного університету ім. М.Горького на базі центральної міської клінічної лікарні № 16 Донецька з 1994 по 2005 рр. В обстежених хворих новоутворення стравоходу було виявлено у 8 (1,5%) пацієнтів, пухлини шлунка — у 401 (76,1%) хворого, новоутворення дванадцятипалої кишки — у 21 (4%), тонкої кишки — у 4 (0,8%) і різні пухлини товстої кишки — у 93 (17,6%) хворих.

Всіх пацієнтів, що перебували на лікуванні, залежно від застосовуваної лікувальної тактики поділено на дві групи.

До першої групи включено 264 пацієнти зі злоякісними й доброякісними пухлинами різних локалізацій, які перебували на лікуванні в клініці з 1994 по 2000 рр. З них рак стравоходу був у 4 (1,5%) хворих, рак шлунка — у 195 (73,8%), рак дванадцятипалої кишки — в 1 (0,4%), рак підшлункової залози з проростанням в дванадцятипалу кишку — у 7 (2,7%), злоякісні пухлини тонкої кишки — у 2 (0,8%) пацієнтів, рак товстої кишки — у 34 (12,8%), поліпи шлунка — у 7 (2,7%), поліпи дванадцятипалої кишки — у 2 (0,8%), поліпи товстої кишки — у 12 (4,5%) пацієнтів. Серед пацієнтів першої групи кровотеча легкого ступеня тяжкості була у 48 (18,2%) хворих, кровотеча середнього ступеня тяжкості — у 69 (26,1%), тяжкого ступеня — у 112 (42,2%), кровотеча вкрай тяжкого ступеня була в 35 (13,3%) осіб.

Лікувальна тактика у хворих першої групи, незалежно від типу й локалізації новоутворення, передбачала проведення консервативної терапії із застосуванням препаратів, що сприяють досягненню гемостазу. Для здійснення ендоскопічного гемостазу застосовувалися методики, які призводили до добрих результатів при виразкових кровотечах. Основою всіх ендоскопічних маніпуляцій були ендоскопічні ін'єкції та аплікації. Вибір методу ендоскопічного впливу на джерело кровотечі здійснювався без урахування стану місцевого гемостазу й макроскопічних характеристик пухлини.

Показаннями до виконання екстреного оперативного втручання були неефективність терапії за наявності кровотечі, що тривала, рецидивна кровотеча (незалежно від локалізації кровоточивого новоутворення). У ранньому плановому порядку хворих оперували після досягнення стійкого гемостазу, якщо під час проведення комплексного обстеження не було виявлено ознак регіонарного або віддаленого метастазування.

За наявності доброякісних пухлин (поліпів) різних локалізацій з метою гемостазу застосовувались ендоскопічні ін'єкційні та коагуляційні методи гемостазу, а по можливості й видалення поліпа під час первинної ендоскопії.

Другу групу склали 263 хворих, що перебували на лікуванні в клініці з 2001 по 2005 рр. За нозологічними одиницями склад другої групи був такий: рак стравоходу — 4 (1,5%) пацієнти, рак шлунка — 189 (71,9%), рак дванадцятипалої кишки — 1 (0,4%), рак підшлункової залози з проростанням у дванадцятипалу кишку — 9 (3,4%), злоякісні пухлини тонкої кишки — 2 (0,8%), рак товстої кишки — 35 (13,3%), поліпи шлунка — 10 (3,8%), поліп дванадцятипалої кишки — 1 (0,4%), поліпи товстої кишки — 12 (4,5%) пацієнтів. З крововтратою легкого ступеня тяжкості доставлено 40 (15,2%) хворих, крововтратою середнього ступеня — 77 (29,3%), тяжкого ступеня — 124 (47,1%) і вкрай тяжкого ступеня — 22 (8,4%) пацієнти.

Тактика лікування хворих другої групи грунтувалася на диференційованому підході до обрання виду ендоскопічного гемостазу й профілактиці рецидиву кровотечі, комплексній медикаментозній терапії, диференційованому визначенні показань до оперативного лікування в залежності від ймовірності виникнення рецидивної кровотечі.

Як основний ендоскопічний вплив на джерело геморагії було обрано різні методи коагуляції, які застосовувалися диференційовано залежно від стану місцевого гемостазу.

Пацієнтам другої групи екстрені оперативні втручання виконувалися при збереженому високому ризику рецидивної кровотечі, але досягнутому тимчасовому гемостазі. Для визначення ризику відновлення кровотечі використовувалась розроблена система прогнозування. Розрахунок виконувався в динаміці після кожної контрольної ендоскопії. Також показанням для екстреної операції була неефективність ендоскопічного гемостазу за наявності кровотечі, що триває, на момент вступу або рецидивної кровотечі. Планове оперативне лікування при злоякісних пухлинах і оперативне лікування поліпів хворих другої групи виконувалося з урахуванням тих самих показань і протипоказань, що й у пацієнтів першої групи.

Результати та їх обговорення

У першій групі найкращі результати застосування ендоскопічних методів гемостазу досягнуто у пацієнтів з доброякісними новоутвореннями шлунка та дванадцятипалої кишки. Застосований ін'єкційний гемостаз був ефективним, також було виправданим виконання ендоскопічної поліпектомії під час первинного ендоскопічного дослідження. Після поліпектомії під час первинної ендоскопії у хворих з поліпами як верхніх, так і нижніх відділів травного каналу післяопераційних ускладнень не відзначено.

Значно гірші результати застосування ендоскопічного гемостазу відзначено у хворих з кровоточивими злоякісними пухлинами, локалізованими в шлунку та дванадцятипалій кишці. Повторні кровотечі в цій групі виникли у 27,4% хворих.

Після використання аплікацій препаратів на джерело кровотечі та аплікацій у поєднанні з ін'єкційними методами гемостазу рецидивні кровотечі розвинулись у 40 (33,6%) з 119 хворих. Застосоване сполучення ін'єкційної компресії та діатермокоагуляції не дозволило досягти остаточного гемостазу в 14 (28%) з 50 випадків. З 38 хворих з некротичним нальотом на пухлині, яким ендоскопічну профілактику рецидивної кровотечі не проводили, геморагія надалі поновилася в 3 (7,9%) випадках.

Проаналізувавши наведені дані, ми дійшли до такого висновку: відмовитися від проведення ендоскопічного гемостазу або ендоскопічної профілактики рецидиву кровотечі можна тільки за наявності фібринозного нальоту на поверхні новоутворення. Однак

слід відзначити, що на момент госпіталізації в жодного пацієнта першої групи з кровоточивими пухлинами верхніх відділів травного каналу таке не спостерігалось.

Всього в першій групі за невідкладними показаннями прооперовано 92 (34,8%) пацієнти. З них гострокровоточиві злоякісні новоутворення були у 82 (31,1%) хворих, поліпи — у 10 (3,7%). Структура групи пацієнтів зі злоякісними пухлинами була такою: злоякісні пухлини шлунка — 77 (93,9%) хворих, злоякісні пухлини підшлункової залози — 3 (3,7%), злоякісні пухлини дванадцятипалої кишки — 1 (1,2%), злоякісне новоутворення тонкої кишки — 1 (1,2%) пацієнт. Невідкладну поліпектомію виконано у 2 (20%) випадках при поліпах шлунка, в 1 (10%) — при поліпах дванадцятипалої кишки, у 7 (70%) — при поліпах товстої кишки.

Представлені нами дані свідчать на користь великої кількості операбельних гострокровоточивих новоутворень шлунка (64,8%) і товстої кишки (84,4%). Добрих результатів вдається досягти як у разі екстреного, так і планового оперативного лікування поліпів. Виконання планових оперативних втручань дозволило більш повноцінно підготувати й обстежити пацієнтів, що відбилося на кількості виконаних радикальних оперативних втручань (75%), а також дозволило нам знизити кількість післяопераційних ускладнень до 23,1% і післяопераційної летальності до 7,7%.

Загальна післяопераційна летальність у першій групі склала 13,0%; летальність після екстрених операцій — 18,5%, після ранніх планових втручань — 6,5%.

Аналіз одержаних даних свідчить про те, що поліпшенню результатів екстреного оперативного лікування пацієнтів з гострокровоточивими злоякісними пухлинами буде сприяти зниження кількості операцій на фоні рецидивної кровотечі, що триває, за рахунок виконання операцій за наявності досягнутого тимчасового гемостазу. Для своєчасного визначення показань до оперативного втручання необхідним є прогнозування ризику розвитку рецидивної кровотечі.

Проаналізовано вплив різних факторів на можливість розвитку рецидивної кровотечі. За результатами аналізу побудовано лінійну дискримінантну модель прогнозування виникнення рецидиву кровотечі, виражену формулою:

$$\text{Index} = 0.812\times X_1 - 0.541\times X_2 + 1.347\times X_3 - 0.369\times X_4 + 1.207\times X_5 + 0.223\times X_6 - 0.415\times X_7 + 0.319\times X_8 + 0.232\times X_9 + 0.780\times X_{10} - 1.937.$$

Побудовано залежність між значенням індексу прогнозування та ймовірністю виникнення рецидиву кровотечі. Було одержано критичне значення індексу Index-crit=2.47, таким чином у разі значення Index>2.47 у моделі прогнозується виникнення рецидиву кровотечі. Ретроспективно виконано оцінку ступеня ризику розвитку рецидивної кровотечі у хворих першої групи з гострокровоточивими пухлинами, розташованими в стравоході, шлунку та дванадцятипалій кишці. Чутливість дискримінантної моделі склала 77% (ДІ 62,4-90,0%), специфічність — 76,8% (ДІ 70,4-82,6%). Розроблену експертну систему прогнозування надалі застосовано для пацієнтів другої групи.

У хворих другої групи, яким проводився ендоскопічний гемостаз або профілактика рецидивної кровотечі, рецидивні геморагії розвинулись у 6,4% осіб, що на 21,1% менше, ніж у першій групі (p<0,001). Зниження кількості рецидивних кровотеч, у першу чергу, вдалося досягти за рахунок пацієнтів з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка — з 26,9% до 4,3% (p<0,001). За наявності новоутворень, локалізованих у дванадцятипалій кишці, зберігалась велика кількість поновлених кровотеч — 30%. У першій групі хворих цей же показник дорівнював 50%.

Таблиця 1. Порівняння результатів хірургічного лікування пацієнтів першої та другої груп

Показання до операції	Перша група		Друга група	
	оперовано, (абс.)	летальність, (%)	оперовано, (абс.)	летальність, (%)
Триваюча кровотеча	24	16,7%	1	0
Рецидивна кровотеча	58	22,4%	4	25%
Ненадійний гемостаз	10	0	17	0
Всього невідкладних операцій	92	18,5%	22	9,1%
Ранні планові операції	77	6,5	155	3,2%
Всього	169	13%	177	3,9%

Істотне зниження рецидивних кровотеч у другій досліджуваній групі обумовлене змінами тактики проведення ендоскопічного гемостазу та профілактики рецидиву кровотечі, а саме переважним застосуванням коагуляційних методів для припинення кровотечі та профілактики його рецидиву. З усіх застосованих способів ендоскопічної коагуляції найліпші результати одержано в разі використання аргоноплазмової коагуляції: рецидив кровотечі розвинувся у 1 (3,6%) хворого. Після проведення коагуляційного гемостазу та профілактики іншими способами кровотеча поновилось у 12 (6,9%) пацієнтів.

Наведені дані свідчать про необхідність ендоскопічної профілактики рецидиву кровотечі в усіх пацієнтів. Протягом першої та другої доби (термін найчастішого розвитку рецидиву кровотечі (45,9% і 27,4% рецидивів відповідно) необхідним є виконання контрольно-лікувальних ендоскопічних досліджень не рідше, ніж 1 раз на 12 год. Відмовитися від застосування будь-якого ендоскопічного впливу можна лише в разі появи нальоту фібрину на поверхні новоутворення.

Так само, як і в першій групі, ін'єкційний гемостаз при поліпах шлунка в другій групі пацієнтів дав добрі результати: рецидивні кровотечі не спостерігались. Крім того, підтверджено, що ендоскопічна електроексцизія поліпа є можливою в багатьох випадках уже під час первинної ендоскопії у пацієнтів з кровотечами з поліпів як верхніх, так і нижніх відділів травного тракту.

Досягти надійного припинення кровотечі з новоутворень можна тільки в результаті поєднання ендоскопічних методик припинення та профілактики рецидиву кровотечі та комплексної медикаментозної коригувальної терапії.

У другій групі оперовано 177 (67,3%) хворих. Екстрені оперативні втручання проведено 22 (8,4%) пацієнтам, планові — 155 (58,9%) хворим. З усіх хворих, оперованих в екстреному порядку, 1 (4,5%) пацієнт оперований з причини кровотечі, що триває, і неефективності ендоскопічного гемостазу, 4 (18,2%) особи оперовані у зв'язку з рецидивною кровотечею і 17 (77,3%) хворим — у зв'язку з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі. Від пропонованої планової операції відмовилися 14 (5,3%) хворих. Ще 64 (24,3%) хворим планові оперативні втручання не виконувались у зв'язку з тим, що в процесі обстеження виявлено віддалені метастази.

Загальна летальність у другій групі склала 5,7%. Летальність після планових операцій склала 3,2%, після екстрених операцій — 9,1%. Усі випадки післяопераційної смерті після екстрених операцій належать до невідкладних втручань при пухлинах підшлункової залози. Загальна післяопераційна летальність склала 3,9%. Порівняння результатів оперативного лікування пацієнтів першої та другої груп подано у таблиці 1.

Таким чином, розроблена тактика лікування хворих з гострокровоточивими пухлинами травного каналу в другій групі дозволила знизити загальну летальність з 19,3% до 5,7%, загальну післяопераційну летальність — з 13% до 3,9%, летальність після екстрених оперативних втручань — з 18,5% до 9,1% порівняно з контрольною групою.

Література

1. Братусь В.Д., Гудим-Левкович Н.В., Лиссов И.Л., и др. (1985) Лечение больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями в специализированном центре. Вестник хирургии. 4: 126-129
2. Братусь В.Д., Беляков-Бельский А.Б., Фомин П.Д., Гудим-Левкович Н.В. (1986) Хирургическое лечение острых кровотечений из опухолей желудка. Клиническая хирургия. 8: 52-54
3. Гешелин С.А., Грачев А.И. (1995) Лейомиомы и лейомиосаркомы желудка. Вестник хирургии. 4; 6: 43-44
4. Горбашко А.И. (1989) Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений. Вестник хирургии. 6: 16-21
5. Зайцев В.Т., Дерман А.И., Тарабан И.А. (1991). Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка. Клиническая хирургия. 5: 26-28
6. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. (1991) Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Хирургия. 9: 55-60
7. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., и др. (1997) Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. (Ровно). 384 с.
8. Czernichow P., Hochain P., Nousbaum J.B., et al. (2000) Epidemiology and course of acute upper gastrointestinal haemorrhage in four French geographical areas. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2: 175-181
9. Patai A., Jakab Z., Varga F., et al. (1998) Epidemiology of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage in Vas County in Western Hungary. Orv Hetil. 45: 2705-2712

ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ МЕЛЛОРІ-ВЕЙСА У ЖІНОК

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Борисенко О.І., Соболєв Ю.І., Шевченко Т.В.
Медичний інститут Сумського державного університету, Сумська обласна клінічна лікарня

Peculiarities of Mallroy-Weiss Syndrome at Women

I.D. Dujiy, V.P. Shevchenco, O.I. Borisenko, Yu.I Sobolev, T.V. Shevchenko
State Medical University, Regional Clinical Hospital, Symi, Ukraine

Summary

The aim of the work is to study peculiarities of the development of Mallroy-Weiss syndrome at women, changes of non-specific reactivity at these patients and elaboration of optimal treatment at this disease. Last 7 years the authors had 164 Patients with MVS under observation. We analyzed the frequency of MVS development according to sex, the state of ovarion menstrual function at women, and the state of non-specific reactivity by counting the amount of natural killer cells. The development the of the syndrome was observed among 6.5% of all patients. The correlation of MVS cases among men and women was 3.1:1. The frequency and heaviness of disease at women grow up with their age and according to the state of ovarion menstrual function. Women of the reproductive age were discovered to have significantly lower frequency of MVS development than men and female patients that have menopause. They have significantly more efficient conservative therapy, more rapid lacerations' healing and restoration of non-specific reactivity.

The frequency of development of SMV was much lower at women than at men, in particular at preserved ovarion menstrual function. Reliable improvement of non-specific reactivity and diminishing of amount of post-surgical complications accompanied application of immunotherapy with thymical peptides. For increasing of treatment efficiency it is necessary to include anti-ulcer, reparants, immunotherapeutic agents. Surgical treatment should be completed by vagotomy.

Key words: Mallory-Weiss syndrom, sex, ovariomenstrual function, non specific reactivity

Вступ

Незважаючи на більш ніж сторічну історію першого описання синдрому Меллорі-Вейса (СМВ) [7], остаточно етіопатогенез хвороби не з'ясовано. У своєму фундаментальному дослідженні [5] виникнення розривів кардіоезофегіальної зони пов'язували з підвищенням внутрішньо шлункового тиску під час невгамовної блювоти при алкогольній інтоксикації. Але з часом з'ясувалось, що існують і інші етіопатогенетичні причини синдрому. Залишається не вивченим факт відмінності захворюваності на СМВ у чоловіків і жінок. На меншу захворюваність на СМВ серед жінок відмічають деякі автори [4].

Мета роботи — вивчити особливості частоти розвитку і перебігу СМВ у жінок. Вивчити стан неспецифічної реактивності у хворих на СМВ залежно від статі. На основі отриманих даних опрацювати лікувальну тактику у хворих з шлунково-кишковими кровотечами, спричиненими СМВ.

Матеріали і методи

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 2506 хворих, госпіталізованих з приводу гострих шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) впродовж 2000-2006 рр. СМВ діагностовано у 164 (6,54%). Чоловіків було 129 (79,7%), жінок — 35 (21,3%). Середній вік — 43,4±4,6 роки. При госпіталізації усім хворим проводилась екстрена езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС). Діагноз верифікувався за характерними ознаками [1,7], визначались локалізація, розміри, глибина, кількість розривів слизової, стан локального гемостазу, наявність конкурентних джерел кровотечі і супутньої патології травного тракту. Проводилась біопсія із ділянок слизової навколо розривів. Активність кровотечі оцінювалась за J.Forrest. Об'єм крововтрати визначали за лабораторними, гематологічними та клінічними показниками (еритроцити, Hb, Ht, питома вага крові, об'єм циркуляційної крові (ОЦК), дефіцит циркулюючої крові (ДЦК) з використанням формули Моог-а. Ступінь тяжкості крововтрати характеризували за класифікацією Шалімова О.О. і Саєнка В.Ф. Стан неспецифічної реактивності визначали за кількістю природних кіллерів (NK) у периферійній крові хворих, вираховуючи кількість їх морфологічних аналогів — великих гранулярних лімфоцитів (ВГЛ). Для контролю було взято середній показник ВГЛ у донорів, який дорівнював 6,8±0,9%. На грунті вивчення гінекологічного анамнезу, результатів гінекологічного обстеження та визначення стану овоаріально — менструальної функції усі пацієнтки розподілені на 2 групи: 1 — із збереженою менструально-овоаріальною функцією, віком від 20 до 50 років, — 59 (35,9%); 2 — у менопаузі, після 50 років, — 105 (64,1%).

Результати та їх обговорення

Встановлено, що серед причин ШКК — найбільш часто зустрічалась виразкова хвороба (71,1%). Іншими джерелами кровотечі були: ерозивний гастродуоденит (10,3%), варикозне розширення вен стравоходу (4,4%), рак шлунка — (3,9%). Рідкісними причинами кровотечі були поліпоз шлунка, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, виразка Курлінга, виразка Кушинга,, рак товстого кишківника, що спільно склали 3,8%.

СМВ діагностовано у 164 (6,5%) хворих, або 22,5% серед не виразкових кровотеч. Загалом ці пацієнти займали за частотою III-е місце після ерозивних гастродуоденитів та варикозно-розширених вен стравоходу. Відслідкована тенденція до зростання частоти розвитку СМВ в останні роки від 4,6% у 2000-2004 до 7,8% в 2005-2006. У чоловіків СМВ діагностовано майже у 4 рази частіше ніж у жінок (79,7% і 21,3% відповідно). Звертає на себе увагу той факт, що у жінок репродуктивного віку СМВ зустрічався у 1,8 разів рідше ніж у пацієнток у менопаузі. Частота кровотеч, спричинених СМВ, у жінок із збереженою менструально-оваріальною функцією порівняно із особами чоловічої статі віком до 50 років була меншою у 5,6 рази. Звичайно, що така значна різниця не може бути випадковою, і цей беззаперечний факт можливо пояснити лише гормональними відмінностями. У більшості хворих (56,3%) причиною СМВ було зловживання алкоголем. Серед інших захворювань, які викликали розвиток СМВ, супроводжуючись невгамовною блювотою: діафрагмальні грижи — 24 (14,7%), черепно-мозкова травма — 26 (15,8%), респіраторні захворювання із сильним кашлем — 8 (4,8%), гострий панкреатит — 7 (4,3%), підняття значних вантажів — 5 (3%), штучне викликання блювоти — 2 (1,2%). Локалізація розривів була наступною: кардіоезофагіальна зона — 66%, кардія — 26%, абдомінальний відділ стравоходу — 8%. Поверхневі розриви I ступеня діагностовані у 89 хворих, II ступеня — у 73, повний розрив (III ступеня) — у 2 хворих. При цьому кровотечі легкого ступеня визначались у 36,2% хворих, середньої важкості у 39,2%, важкого ступеня — у 24,6%. Супутні хронічні захворювання травного тракту діагностовані у більшості хворих: хронічний гастродуоденит — у 65 (39,6%), хронічна виразкова хвороба — у 35 (21,4%), грижа стравохідного отвору діафрагми — у 24 (14,7%), цироз печінки — у 18 (10,9%). При гістологічному дослідженні біоптатів із слизової шлунково-кишкового тракту визначались дистрофічні і помірні атрофічні зміни епітелію слизової. Спільним для більшості супутніх захворювань була гіперацидність шлункового соку, що сприяло порушенню цитопротекції і регенерації слизової та індукції апоптозу. У 135 (82,4%) хворих визначались порушення неспецифічної реактивності, що характеризувались суттєвим зменшенням (до 3,7±2,4%) числа природних кіллерів у порівнянні із цим показником у здорових осіб (p<0,05).

Лікувальна тактика базувалась на клініко-ендоскопічних критеріях [2,3], що включали тяжкість загального стану хворих, ступінь крововтрати, інтенсивність кровотечі, число та розміри і глибину розривів, стан локального гемостазу, ризик розвитку рецидивів кровотечі. Для досягнення гемостазу і корекції анемії хворим проводилась інфузійно-трансфузійна терапія, з введенням Н2 блокаторів, інгібіторів протонної помпи, гемостатичних препаратів та репарантів. Трансфузії еритроцитарної маси проводились хворим із середнім та тяжким ступенями крововтрати. З метою імунокорекції використовували тимічні пептиди: тимоген, тималін, імунофан, які вводили внутрішньом'язово по 1 мл щоденно впродовж 10 днів.

Консервативна терапія була ефективною у 138 (84,6%) хворих. Ендоскопічний гемостаз досягнуто у 56 (32,1%) пацієнтів. У зв'язку із відсутністю ефекту від консервативної терапії 26 (15,4%) хворих були екстрено оперовані. Виконувалась широка гастротомія, прошивання розривів слизової 8 подібними швами, із захопленням м'язового шару. При повному розриві стінок проводилось висічення їх країв із наступним відновленням цілісності органа. У 16 хворих виконані селективна ваготомія і пілородуоденопластика. При множинних глибоких розривах слизової проведена висока перев'язка a. gastrica sin. за Stoyker. Післяопераційні ускладнення спостерігались у 9 хворих: неспроможність швів після гастротомії — у 2, нагноєння післяопераційної рани — у 6, рецидив кровотечі — у 2. Помер 1 хворий з повним розривом стінки кардіального відділу шлунка, що ускладнився розлитим перитонітом та прогресуючою поліорганною недостатністю.

Рецидиви кровотечі спостерігались у 2 хворих після ушивання розривів без заготовки,. Цим хворим була проведена релапаротомія, доповнена СВ та пілородуоденопластикою. Серед усіх оперованих жінок було — 6 (25%), а у репродуктивному віці — лише 1 (4,1%). Консервативна терапія у жінок була більш ефективною порівняно із чоловіками. У жінок зареєстровано у 2,2 рази менша кількість післяопераційних ускладнень ніж у чоловіків. Аналіз показників неспецифічної реактивності за кількістю ВГЛ свідчить, що у жінок репродуктивного віку число ВГЛ було зменшено до 4,3±1,5%, а в менопаузі — до 3,2±2,1%. Після проведення імунотерапії тимічними пептидами число ВГЛ у жінок із збереженою менструальною функцією підвищилась до 5,8±2,4%, суттєво не відрізняючись від показників у донорів (p>0,05).

Висновки

1. Синдром Меллорі-Вейса — є однією з провідних причин ШКК невиразкової етіології.
2. Розвиток і перебіг СМВ залежить від статі хворих і корелює із станом оваріально-менструальної функції у жінок.
3. Розвиток СМВ супроводжується зниженням показників стану неспецифічної реактивності.
4. Для підвищення ефективності програма лікування хворих на СМВ повинна включати противиразкові препарати, репаранти і імуномодулятори, а хірургічне лікування необхідно доповнювати ваготомією.

Література

1. Андрєєва І.В., Виноградова О.П. (2002) Особливості діагностики синдрому Меллорі-Вейса. Шпитальна хірургія. 4; 41-43
2. Братусь В.Д. (2001) Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Укр. ж. малоінвазивної. ендоск. хір. 5; 1: 5–6
3. Дужий І.Д., Шевченко В.П. (2005) Лікувальна тактика у хворих із синдромом Меллорі-Вейса. Харківська хір. Школа. 2; 1: 132-134
4. Фомин П.Д., Никишаев В.И. Музыка С.В. (2003) Лечение синдрома Меллори-Вейсса. Укр. ж. малоінвазивної. ендоск. хір. 7; 3: 30-31
5. Mallory K., Weiss S. (1929) Haemorrage from lacerations of the cardial orifise of the stomach due to vomiting. Amer.J.Med.Sci. 178: 506-512
6. Quinke H. (1879) Ulcus oesophagi ex digestine Deutsch Arch.Klin. Med. Bd. 24; 84: 72-79
7. Sugava C., Benishek D., Walt A.S. (1983) Mallory-Weiss Syndrome. A study of 224 pabients. Am. J. Surg: 30-33

МЕТОД ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Русин В.І., Русин А.В., Болдіжар О.О., Буцко Є.С., Румянцев К.Є., Шеремет А.П.
Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра госпітальної хірургії

Method of Treatment of Variceal Bleeding by Means of Endovascular Technologies

V.I. Rusin, A.V. Rusin, O.O. Boldizhar, E.S. Boutsko, K.E. Roumjantsev, P.F. Sheremet
Uzhgorod National University, Medical department, Hospital surgery chair

Summary

In our work we present the results of treatment of 43 patients with variceal bleeding on a background of liver cirrhosis. Among 43 patients 19 (44.2%) belonged to "B"-class according to Child-Pugh, 24 (55,8%) — to "C"-class. In 35 patients (81,3%) bleeding was stopped by endoscopic sclerotherapy, in 2 (4,7%) — by an endovascular embolization of the left gastric vein. Six patients (14%) died from bleeding. The rebleeding happened at 6 (17,1%) patients; at all six ones endovascular embolization of the left gastric vein during bleeding was executed. Four of them died. Total lethality made 23,2%. The original method of the portal system catheterisation for further endovascular manipulations is offered — introducer installation into the portal system through minilaparotomic approach.

Key words: Variceal veins of esophagus, left gastric vein, endovascular embolization.

Вступ

Портальна гіпертензія призводить до формування портосистемних колатералей, найбільш клінічно значимими з яких є варикозно розширені вени (ВРВ) стравоходу та шлунка. Це зумовлено тим, що 40-50% смертей від цирозу печінки зумовлені кровотечами із ВРВ [1]. Частота виявлення ВРВ стравоходу у хворих на цироз печінки (ЦП) коливається від 25% до 80%, що становить в середньому 60% [1,5]. Збільшення розмірів варикзів відбувається у 10-20% хворих протягом року з моменту першого виявлення. Факторами ризику першої кровотечі є розмір ВРВ, червоні плями на їх поверхні ("cherry-red spots") та ступінь декомпенсації печінкових функцій. Хоча, оцінені ретроспективно, фактори ризику у хворих із кровотечами із ВРВ спостерігались тільки у 1/3 випадків, що не дає їх чітко класифікувати. Актуальність проблеми лікування кровотеч з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка зумовлена тим, що летальність при них сягає 30% і вище при першій кровотечі, зростаючи до 80% при повторних [1,5]. Підхід до лікування таких пацієнтів є складним і повинен базуватися на єдиному розумінні механізмів, що ведуть до формування портальної гіпертензії та розвитку кровотеч [5]. Застосування ендоскопічної склеротерапії (ЕС) призводить до зупинки кровотечі у 90% випадків [1]. Застосування тільки октреотиду зупиняє кровотечу також у 90% випадків. У випадку класичного порожнинного хірургічного втручання летальність при цих кровотечах зростає до 90%. У більшості клінік світу порожнинні оперативні втручання (девакуляризація, транссекція, прошивання) не використовуються взагалі, оскільки альтернативою їм стало транс'югулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування із зупинкою кровотечі також у 87% випадків [1].

Перспективним, з огляду на його патогенетичну обгрунтованість, малоінвазивним методом лікування (і профілактики рецидиву?) кровотеч є методика ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени (ЛШВ), яка є донорською судиною по відношенню до ВРВ стравоходу і шлунка. Проте метод не отримав широкого розповсюдження в зв'язку з відсутністю спеціальної апаратури та спеціалістів в практичній охороні здоров'я [2-4].

Окремі малочисельні повідомлення про одночасну ендоваскулярну емболізацію лівої шлункової вени не дають можливості стверджувати про переваги запропонованої методики над іншими малоінвазивними способами лікування кровотеч з ВРВ стравоходу та шлунка.

Метою роботи стало вивчення можливостей застосування ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени в лікуванні кровотеч із ВРВ стравоходу та шлунка.

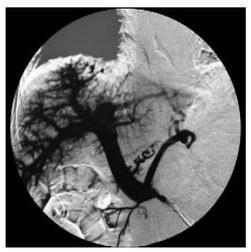


Рис. 1. Портографія. Видно значно розширений стовбур лівої шлункової вени.

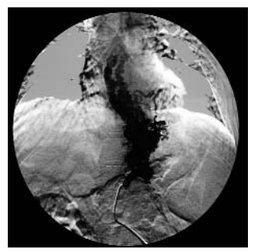


Рис. 2. Суперселективна флебографія лівої шлункової вени (продовження серії). Контрастом заповнюються потужні ВРВ стравоходу.

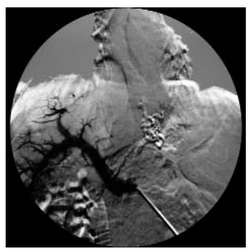


Рис. 3. Ендоваскулярна емболізація лівої шлункової вени та ВРВ стравоходу.

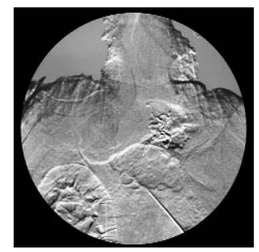


Рис. 4. Кінцевий вигляд операції — емболізуюча речовина візуалізується в ЛШВ та ВРВ стравоходу.

Матеріали та методи

В хірургічній клініці ОКЛ м.Ужгород за період 2000-2006 обстежено та проліковано 43 хворих на ЦП, ускладнений кровотечею з ВРВ стравоходу та шлунка — 27 чоловіків та 16 жінок. Вік хворих коливався від 28 до 53 років, в середньому склав 41,2 роки. Згідно класифікації Child-Turkotte-Pugh 19 (44,2%) пацієнтів відносились до "В" класу і 24 (55,8%) до "С" класу. Із 43 хворих у 18 кровотеча розвинулась в стаціонарі. Інші 25 хворих поступили з ознаками кровотечі з ВРВ стравоходу та шлункаургентно.

ЕС ВРВ стравоходу виконували за допомогою гнучкого ендоскопа GIF -K 20, GIF — D та ін'єктора NM -IK (Fujinon S 2218CD).

При гострій кровотечі вводили 5-15 мл (максимально 25 мл) 1% або 2% розчину полідоканолу інтравазально, паравазально, комбіновано від кута шлунка і оральніше на 7-10 см вище стравохідно-шлункового переходу до зупинки кровотечі, по 1 мл на ін'єкцію.

Кровотеча зупинена у 35 хворих, що склало 81,3%. Шестеро (14%) хворих померло на висоті кровотечі, незважаючи на комплексну інтенсивну консервативну терапію. Слід зауважити, що всі 6 померлих відносились до "С" класу за Child-Pugh. У 2 (4.7%) хворих на висоті кровотечі виконана ендоваскулярна емболізація лівої шлункової вени, як основної донорської судини по відношенню до ВРВ стравоходу. Останні 2 пацієнти відносились до "В" класу, тому свідомо були відібрані для ендоваскулярної емболізації.

Рецидив кровотечі серед 35 хворих, у яких ЕС була ефективною відбувся протягом місяця у 6 (17,1%). Всі пацієнти відносились до "С" класу за Child-Pugh. Всім хворим на висоті рецидиву була виконана ендоваскулярна емболізація лівої шлункової вени.

Емболізація вказаних судин виконувалась на дигітальному ангіографі Philips Integris-2000. При проведенні ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени інтрод'юсер для проведення катетера для емболізації встановлювали через лапаротомний доступ в нижню брижову вену. Під загальним знеболенням із ШВЛ та тотальною міоплегією виконували верхньосерединну лапаротомію. В ділянці зв'язки Трейца (постійний анатомічний орієнтир) заочеревинно виділяли нижню мезентеріальну вену, дистальний кінець її лігували. В проксимальний вводили інтрод'юсер на глибину, не більшу за 5-10 мм. Інтрод'юсер фіксували однією лігатурою, інший кінець виводили на передню черевну стінку через контрапетуру. Лапаротомну рану зашивали, пацієнт відразу ж транспортувався в рентгеноендоваскулярну операційну. Через інтрод'юсер виконували портографію, оцінювали можливість катетеризації лівої шлункової вени (рис. 1).

Для суперселективної катетеризації ЛШВ використовували балон-катетер спеціальної конструкції, який після проведення через інтрод'юсер при роздутті згинається і, таким чином, міняючи напрямок, проводиться у гирло лівої шлункової вени, потім, після часткового здуття, проводиться до необхідного рівня. Суперселективна флебографія допомагає встановити зону передбаченого виключення.

Для ендоваскулярної емболізації використовували полімерну речовину „Емболін". Емболізація проводилась при роздутому балоні, що є перешкодою ретроградному потоку емболізуючої речовини, а також сприяє антеградному заповненню емболізуючою речовиною ВРВ стравоходу та шлунка (рис. 3,4).

Результати та їх обговорення

Із двох пацієнтів, яким ендоваскулярна емболізація виконувалась на висоті кровотечі, зупинки вдалось добитись у обох. Обидва пацієнти вижили. Протягом місяця перебування в стаціонарі рецидиву кровотечі в них не було. У 6 хворих, яким ендоваскулярна емболізація виконувалась на висоті рецидиву кровотечі, зупинки останньої вдалось добитись також у всіх. Четверо з цих пацієнтів померли на фоні прогресуючої поліорганної недостатності, але не кровотечі.

Отже загальна летальність в групі із 43 хворих склала 23,2% (10 хворих), летальність від рецидиву кровотечі, що відбувся в стаціонарі на фоні консервативної терапії склала 66,7% (4 хворих). Летальність в групі пацієнтів, у яких застосована ендоваскулярна емболізація ЛШВ, склала 50% (4 хворих).

Такі високі показники летальності пояснюються тим, що процедура виконувалась на висоті рецидиву кровотечі у пацієнтів "С" класу, тобто була свого роду операцією відчаю. З іншого боку, слід також взяти до уваги той факт, що зупинка кровотечі або рецидиву кровотечі шляхом використання ендовсакулярної емболізації ЛШВ відбулась у всіх 100% пацієнтів, до яких вона була застосована.

Аналізуючи дані щодо рандомізованих досліджень та метааналізів по первинній зупинці кровотечі із ВРВ стравоходу в літературних джерелах стверджується, що ендоскопічна склеротерапія є ефективною у 90% хворих, використання зонда Блекмора — у 80-90% пацієнтів, застосування октреотиду — у 90-97%, виконання TIPS — у 90% [1]. Рецидив кровотечі протягом 5 діб відбувається відповідно у 17-37% хворих при використанні ендоскопічної склеротерапії, у 50% — балонної тампонади, 25% — октрестатину, у 30% — при використанні TIPS [1]. Також щодо ендоскопічної склеротерапії відмічається, що ендоскопічне лігування не має переваг перед нею в плані зупинки кровотечі, на відсоток зупинених кровотеч не впливають спосіб введення та вибір склерозуючої речиовини [1]. Зонд Blakemore у 6-20% відсотків хворих призводить до виникнення фатальних ускладнень, пов'язаних із неправильним його застосуванням (пролежні і медіастініт) [1]. Застосування ендоскопічної склеротерапії немає ніяких переваг перед застосуванням октреотиду в плані ефективності і економічності [1]. Застосування TIPS є настільки вартісним навіть для розвинених країн, що з метою покращання результатів лікування і досягнення кращого економічного ефекту його використання в останній час різко обмежене: наявність асциту, тромбопенії, гепаторенального синдрому і потреба в інтубації є відносними протипоказаннями, якщо TIPS в цих умовах все ж застосовується, то летальність сягає 60% [1]. Отже на сучасному етапі основним підходом до розв'язання проблеми є вирішення питань первинної і вторинної профілактики кровотечі, оскільки це дешевше і ефективніше. Якщо 15 років тому більшість статей з проблем кровотеч із ВРВ були присвячені операціям девакуляризації і портосистемного шунтування, 10 років тому — ендоскопічній склеротерапії і ендоскопічному лігуванню, то тепер про операції майже не згадують — головною темою є амбулаторне лікування іпрофілактика (outpatient management).

Досвід ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени свідчать про ефективність методики щодо зупинки кровотечі. Цей метод має добре анатомічне підгрунтя. Доведена відсутність його впливу на портосистему гемодинаміку та позитивний вплив що зменшення проявів портальної гастропатії [4].

Потребує подальшого вивчення вплив емболізації лівої шлункової вени на первинну та вторинну профілактику, а не на зупинку кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунку. Хоча, враховуючи високу вартість обладнання для застосування цієї методики, можливість організації рандомізованого дослідження на грунті доказової медицини видається реальною тільки в умовах провідних клінік розвинутих країн. З іншого боку, якщо буде доведена ефективність в профілактиці, то із ендоваскулярною емболізацією в країні впорались би декілька наявних центрів.

Висновки

1. Емболізація лівої шлункової вени призводить до стійкої зупинки кровотечі на висоті останньої.
2. Одночасне використання ендоскопічної склеротерапії і ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени дозволило досягти зупинки кровотчі із ВРВ стравоходу у 81,3% хворих із загальною летальністю 23,2%.

Література

1. Майер К.-П. (2004) Гепатит и последствия гепатита. (Москва). "Гэотар-Мед.". 720 с.
2. Пат. 62366 А, МПК 7 А61В17/00. Спосіб ендоваскулярної профілактики та лікування кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка / Русин В.І., Русин А.В., Буцко Є.С., Румянцев К.Є.., — №2003032158; Заявл. 12.03.2003; Опубл. 15.12.2003; Бюл. №12.
3. Русин В.І., Буцко Є.С., Болдіжар О.О., та ін. (2003) Мініінвазивні ендоваскулярні операції при рецидивних кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу. Шпитальна хірургія. 2: 24-26
4. Русин В.І., Буцко Є.С., Русин А.В., та ін. (2003) Ендоваскулярні втручання при портальній гіпертензії. Укр.. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. 7; 3: 43
5. Фомін П.Д., Головін С.Г., Нікішаєв В.І. (2003) Особливості діагностичної та лікувальної ендоскопії у хворих з кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу. Науковий вісник Ужгородського університету. "Медицина". 19: 52-57

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ТАКТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Горбунов А.А., Шарапов И.В.

Одесский областной медицинский центр

Ulcer Disease of a Stomach and Duodenum, Complicated by a Bleeding: Tactics and a Choice of a Metod of Treatment

B.S. Zaporozhchenko, V.I. Shishlov, A.A. Gorbunov, I.V. Sharapov

Odessa Regional Medical Centre, Ukraine

Summary

They have generalized the analysis of treatment of 394 stomach and duodenum ulcer patients, complicated with bleeding. 147 patients are not operated, 14 (9,5%) from them has died in the first day from the moment of receipt. 247 patients have been operated on with the after surgery mortality rate of 1,8%. The usage of modern endoscopic metods of hemostasis allows to reduce the amount of urgent operationsand promots fatalities rate decrease.

Key words: ulcer of stomach and duodenum, bleeding, treatment.

Введение

За последние 10 лет отмечено увеличение числа больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в Украине на 40%, количество же осложнений язвенной болезни, потребовавших неотложной хирургической помощи, увеличилось в 4-4,5 раза [1]. Гастродуоденальные кровотечения являются грозным осложнением язвенной болезни, часто рецидивируют, что влияет и на тяжесть течения болезни, и на результаты хирургического лечения.

Несмотря на наличие в литературе большого количества рекомендаций, до сих остаются спорными и окончательно нерешенными вопросы лечебной, в т.ч. хирургической тактики, выбора срока и метода операции [2,3].

Цель настоящей работы — проанализировать собственный опыт хирургического лечения ЯБЖ и ЯБДПК, осложнившихся кровотечением, за последние 10 лет (1996-2006 гг.).

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 394 больных ЯБЖ и ЯБДПК, осложнившейся кровотечением, что составляет 16,4% от общего количества лечившихся больных ЯБЖ и ЯБДПК (n=2402). Мужчин было 72%, средний возраст составил 52±6 лет. Нами отмечена явная тенденция к увеличению количества больных молодого и даже юношеского возраста и лиц старше 60 лет. Кроме того, отмечена явная тенденция к росту числа кровотечений у женщин старше 60 лет.

Диагноз верифицировали на основании жалоб, анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных.

При продолжающемся кровотечении (Forrest Ia, Ib) применяем активную тактику. Лечение начинаем с эндоскопических методов остановки: аппликационной (82 больных), инъекционный (91 больных), электрокоагуляционный (126 больных) и клипрование произведено 4 больным. 96 больным применены комбинационные методы эндоскопической остановки кровотечения. Наиболее эффективным является по нашим данным коагуляционный метод. Эндоскопические вмешательства позволяют контролировать кровотечение, снижают потребность в гемотрансфузии и срочном оперативном пособии [5].

При остановившемся кровотечении (Forrest IIa, IIb, IIc), особенно у лиц молодого возраста, при величине язвы до 1 см в диаметре, проводим консервативное лечение с последующим переводом больного в терапевтическое отделение. Больным этих двух групп назначали сандостатин. Применение соматостатина (сандостатина) явилось новым подходом к лечению гастродуоденальных кровотечений. Препарат снижает моторику желудочно-кишечного тракта и внутрибрюшной кровоток, ингибирует базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты, гастрина и пепсина, обладает гастропротективными свойствами [4]. В последнее время появились аналоги сандостатина, более дешевые и поэтому более доступные для больных.

При кровотечении с видимой пульсацией (Forrest Ia), язве больших размеров, у лиц пожилого и старческого возраста применяем более активную тактику. В этих случаях лечение направлено на улучшение гемодинамических показателей с одновременным полным обследованием, затем выполняем операцию.

При язве тела и кардиального отдела желудка, осложненной кровотечением, производим сегментарную или "классическую" резекцию. При язве пилородуоденальной зоны выполняем органо — и пилоросохраняющие операции.

34 больным выполнена отсроченная операция по поводу ЯБДПК в связи с повторным кровотечением. Характер выполненных операций:

- Резекция желудка — 17 (6,9%);
- Ваготомия+антрумэктомия — 23 (9,3%);
- СПВ — 48 (19,4%);

- СПВ+иссечение язвы — 44 (17,8%);
- СПВ+экстериоризация язвы — 51 (20,7%);
- СТВ+иссечение язвы — 64 (25,9%);

Всего — 247 (100%).

При стрессовых язвах, массивных кровотечениях при эрозивных гастритах и у гематологических больных проводим апликационные и инъекционные эндоскопические методы остановки кровотечения. В комплекс лечения добавляем сандостатин.

Результаты и их обсуждение

Из 394 больных 147 не оперированы. Умерло в этой группе 14 больных (9,5%). Шестеро из них поступили в терминальном состоянии и умерли в ближайшие часы с момента поступления. Причина смерти остальных больных- острая кровопотеря, в том числе неадекватное восполнение кровопотери.

Оперированы 247 больных. Послеоперациолнная летальность составила 1,8%. 10 больных умерли в разные сроки после операции вследствие обострения сопутствующих заболеваний.

Важнейшим фактором предупреждения рецидива язвообразования является адекватное снижение кислотопродукции. Коррекция кровотока и восстановление моторно — эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки обеспечивают профилактику послеоперационных постваготомных нарушений.

Отдаленные результаты изучены путем амбулаторного и стационарного обследования у 76 больных. Сроки наблюдения составили от 3-х месяцев до 10 лет.

При исследовании желудочной секреции у больных, перенесших различные виды ваготомии, нами не отмечены преимущества СПВ перед СТВ по степени подавления кислотопродукции: ахлоргидрия выявлена у 19,5% обследованных, гипоацидность — у 65,5%, сохранение секреции на небезопасном уровне — у 15%. Положительная проба Холландера после СПВ выявлена у 5 больных, что указывает на неполную ваготомию.

Качество жизни обследованных больных было удовлетворительным, диету соблюдали больные в течение 6 месяцев. Рецидив язвенной болезни возник у 3 больных.

Выводы

Применение современных эндоскопических методов гемостаза в сочетании с активным мониторингом позволяет уменьшить количество ургентных операций при кровотечении, что способствует снижению летальности.

Органосохраняющие и экономные резекции в сочетании с ваготомией являются патогенетическим методом хирургического лечения ЯБЖ и ЯБДПК, осложненной кровотечением.

Литература

1. Голубчиков М.В. (2000) Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення. Сучасна гастроентерологія і патологія. 1: 23-27
2. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.В. (2002) Современное состояние хирургии язвенной болезни. Матеріали XX з'їзду хірургів України. (Тернопіль). "Укрмедкнига". 1: 10-11
3. Фомін П.Д., Іванчов П.В., Заплавський О.В., и др. (2002) Хірургічна тактика при гострокровоточивих рецидивних виразках. Матеріали XX з'їзду хірургів України. (Тернопіль). "Укрмедкнига". 1: 24-26
4. Beglinger C., Drewe J. (1999) Somatostatin and octreatide: Physiological Background and pharmacological Application. Digestion. 60: 2-8
5. Cook D., Guyatt G., Salena B., Laine L. (1992) Endoscopic therapy for acute nonvaiceal upper gastrointestinal hemorrhage: a Metaanalysis. Gastroenter. 102: 139-146

ВИКОРИСТАННЯ АНТРУМЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ПРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ

Фомін П.Д., Братусь В.Д., Шепетько Є.М., Щербина М.В., Гула Г.В., Повч О.А.

Кафедра факультетської хірургії № 2 НМУ ім. О.О. Богомольця, Україна

Antrumresection with Vagotomy in the Treatment of Bleeding Gastroduodenal Ulcers

P.D. Fomin, V.D. Bratus', E.N. Shepetko, M.V. Shcherbyna, H.V. Gulla, O.A. Povch

National Medical University of acad. O.O. Bohomolets', Kiev, Ukraine

Summary

The aim of our work is to optimize emergency surgery strategies and care on bleeding gastroduodenal ulcers (BGDU). From 1993 to 2006 yrs we operated 282 patients (pts) with BGDU. Our investigation was divided into 2 stages. 1st period (1993-1999) -- in 235 pts we investigated causes and conditions of using antrumresection with vagotomy (a+v), studied the rate of complications and morbility, worked out the programe of a+v using in the treatment of BGDU. 2nd period (2000-2006) — in 47 pts our algorithm of treatment with a+v was used. We received less complications and failure of morbility. The Visick score showed better long-term results in the 2nd period.

Key words: bleeding gastroduodenal ulcer, antrumresection with vagotomy.

Вступ

У консервативному лікуванні хворих із гастродуоденальними виразками (ГДВ) визначається значний прогрес, однак при аналізі наукових досліджень як зарубіжних, так і вітчизняних авторів останніх 8-10 років, значного зниження частоти такого грізного ускладнення виразкової хвороби, як кровотеча (ГДВК), не відмічено [3-5].

Звуження показань до оперативного лікування ГДВ призводить до "накопичення" ускладнень, перетворюючи їх на так звані "складні" виразки, частота яких наразі сягає 60-70% [1]. Тому проблема хірургічного лікування ГДВК залишається актуальною. Цікавість саме антрумектомії з ваготомією (АЕ+ВТ) на сучасному етапі оперативного лікування ГДВ обумовлена підвищенням за останні роки кількості використання цього методу при оперативному лікуванні ГДВ. Саме тому аналіз причин, умов використання АЕ+ВТ на тлі ГДВК, покращення найближчих та віддалених результатів лікування обумовлюють важливість та актуальність дослідження. Перевагами методу є збереження резервуарної та ферментоутворюючої функцій шлунку, максимальне пригнічення шлункової секреції, що дає змогу використовувати цей вид оперативного втручання у надмірних гіперсекреторів. Відомо, що цей вид оперативного втручання поєднує можливість виникнення післяопераційних ускладнень, характерних, як для ваготомій, так і для резекцій шлунку. Проте, пошук можливостей зменшення проявів демпінг-синдрому та запобігання розвитку ентерогастрального рефлюксу привів нас до використання клапанних гастроентероанастомозів, а також необхідності корекції хронічної дуоденальної непрохідності, що у більшості випадків супроводжує пептичні ГДВ.

Мета дослідження — покращити результати діагностики та хірургічного лікування хворих з гастродуоденальними виразками, ускладненими шлунково-кишковою кровотечею.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз оперативних втручань пацієнтів із застосуванням АЕ+ВТ з 1993 по 2006 рр., виконаних на базі міського центру шлунково-кишкових кровотеч. Дослідження поділено на два етапи: перший з 1993 по 1999 роки, в якому проведено аналіз причин, умов виконання АЕ+ВТ, досліджено особливості виразкових морфологічних змін в пілородуоденальній зоні, ускладнення при виконанні цього методу оперативного лікування в умовах ШКК. На основі виконання першого етапу роботи розроблені рекомендації про диференційовані показання, особливості перед- та післяопераційного періодів, а також алгоритм виконання АЕ+ВТ в умовах ШКК, проаналізовано післяопераційні ускладнення. У другому періоді впроваджено розроблені методики в практику, та проведено оцінку їхньої ефективності.

За анкетними даними та даними амбулаторного обстеження порівняно стан здоров'я осіб, що перенесли різні варіанти оперативних втручань, від 1 до 13 років після операції, з оцінкою ефективності оперативного втручання за шкалою Visick. Використано методи загальнокліні́чного, ендоскопічного, ультразвукового, рентгенологічного досліджень, статистичну обробку даних. Ступінь важкості кровотечі оцінювали за клініко-лабораторними гемодинамічними показниками згідно з прийнятою у клініці класифікацією проф. Братуся В.Д. (1991) [2].

Крім безпосередніх, вивчено й віддалені результати лікування 289 хворих. Їх оцінювали за системою Visick (1948), модифікованою Goligher J.C. (1968). Остання має такий вигляд: Visick 1 (відмінний результат) — абсолютно немає симптомів виразкової хвороби як при клінічному, так і при лабораторно-інструментальному обстеженні хворого. Visick 2 (добрий результат) — хворий суб'єктивно оцінює результат як бездоганний, але при ретельному розпитуванні вдається виявити незначні порушення (симптоми), які легко коригуються незначним регулюванням дієти. Visick 3 (задовільний результат) — слабкі або помірні симптоми, що коригуються обережністю, обачністю, лікуванням, викликають певний дискомфорт, але хворий та хірург задоволені результатом, що серйозно не заважає жити та працювати. Visick 4 (незадовільний результат) — помірні та важкі симптоми, або ускладнення, які значно заважають роботі та насолодою життям. Хворий або лікар незадоволені результатом. До цієї групи належать усі випадки рецидиву виразки та хворі, котрим виконано повторне оперативне втручання, навіть якщо останнє й покращило симптоми. Вивчення віддалених результатів здійснювали за даними анкетного опитування (98), амбулаторного (18) та стаціонарного (18) обстеження.

Таблиця 1. *Кількість виконаних АЕ+ВТ по роках*

Рік	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Всього
Оперовано хворих	64	32	30	41	24	24	20	235
Рік	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Всього
Оперовано хворих	9	10	6	8	3	5	6	47

Результати та їх обговорення

Кількість та розподіл оперованих хворих із застосуванням АЕ+ВТ з приводу КГДВ, по роках за вказаними періодами часу представлено у табл.1.

Основою для вивчення особливостей виконання АЕ+ВТ в умовах ШКК були хворі, оперовані у першому періоді. Чоловіків було — 199, жінок — 36. З виразкою ДПК було 211 (89,79%) хворих, з виразкою шлунку — 6 (2,55%), виразка пілоричного каналу — 7 (2,97%) хворих, виразка ДПК та шлунку — 11 (4,68%) хворих. Помірна кровотеча спостерігалася у 85 хворих, середня — 71, важка — 73 хворих, на тлі геморагічного шоку оперовано 6 хворих. У відсроченому періоді оперовано 165 хворих, на висоті кровотечі — 56 хворих, на висоті рецидиву кровотечі — 14.

Впровадження сучасних противиразкових препаратів, ефективність ендоскопічних мініінвазивних методів лікування, націленість хворих в умовах "антихелікобактерного буму" на "панацею" медикаментозного лікування виразки призвели до значного зменшення кількості операцій з приводу КГДВ. Проте в спектрі хірургічних втручань в другому періоді значно зменшується кількість органозберігаючих операцій, на відміну від відносного зростання кількості АЕ+ВТ. На наш погляд, це пов'язано з суповоджує пептичним ГДВ.

При цьому причинами та факторами, що спонукали до виконання АЕ+ВТ, були: пенетрація в підшлункову залозу — 129 випадків, печінку та жовчний міхур — 39, гепатодуоденальну зв'язку — 19 випадків, не було пенетрації у 47 хворих. Стеноз виходу з шлунку спостерігався у 218 хворих, яким виконано АЕ+ВТ, при цьому в більшості це субкомпенсована його форма — 177 хворих, компенсований стеноз спостерігали у 37 випадках, декомпенсована стадія — 4, не було стенозу виходу зі шлунку у 17 хворих. Поєднання пенетрації та компенсованого стенозу відмічено у 29 хворих; поєднання ШКК, субкомпенсованого стенозу та пенетрації було у 146 хворих. З приводу велетенської виразки оперовано 61 (25,9%) хворого. Оперовані з рецидивною виразкою становили 37 (15,74%) хворих, при цьому після ушивання перфоративної виразки — 18, після СПВ з пілоропластикою — 6, після СПВ з дуоденопластикою — 2, після пілоропластики — 6 хворих, після трункулярної ваготомії з дренуючою операцією — 5 випадків.

На основі проведеного аналізу виконаних за вказаний період часу оперативних втручань, впроваджено алгоритм застосування АЕ+ВТ з урахуванням ведення перед- та післяопераційного періоду, розроблено техніку операції, шляхи запобігання ранніх та

Таблиця 2. *Ранні післяопераційні ускладнення при виконанні АЕ+ВТ*

Ускладнення	В першому періоді (1992-1999)	В другому періоді (2000-2006)	Всього
Нагноєння операційної рани	15	3	18
Пневмонія	11	1	12
Гострий п/о панкреатит	8	2	10
Атонія шлунку	12	3	15
Серцево-судинна недостат.	1	-	1
Анастомозіт	19	3	22
Недостатність кукси ДПК	6	-	6
Недостатність анастомозу	8	-	8
Всього	80	12	102
Летальних випадків	4	-	4

відсрочених післяопераційних ускладнень. При виконанні АЕ+ВТ по типу Більрот-2 при кровоточивих виразках ДПК із явищами стенозу нами розроблено спосіб клапанного гастроентероанастомозу, який виконується за допомогою клапанних швів, доповнюється поперечною дуоденоєюностомією та селективною ваготомією. (Спосіб хірургічного лікування стенозуючих дуоденальних виразок, що кровоточать — деклараційний патент України №41517А). За другий період часу оперовано 47 хворих. При цьому у другому періоді збільшилася частка жінок (p<0,05). Порівняння ефективності впроваджених методик оцінено на компоративному дослідженні ранніх післяопераційних ускладнень, летальності (табл. 2) та оцінки стану здоров'я за шкалою Visick у віддаленому періоді.

До запитань анкети, що характеризувала стан хворих в післяопераційному періоді, входили відомості про ступінь диспептичних розладів, проявів постгастрорезекційних та постваготомічних синдромів, випадки амбулаторного лікування хворих та рецидиву виразки. Стан хворих у післяопераційному періоді оцінювався за шкалою Visick (табл.3.).

Таблиця 3. Оцінка стану здоров'я оперованих хворих за шкалою Visick

Оцінка за шкалою Visick	Перший період (N=134) 1993-1999	Другий період (N=32) 2000-2006
Visick 1	46 (34,32%)	21 (65,62%)
Visick 2	80 (59,70%)	9 (28,12%)
Visick 3	8 (6,06%)	2 (6,25%)
Visick 4	-	-

Таким чином, завдяки розробленим методикам та впровадженню алгоритму використання АЕ+ВТ при ГДВ, ускладнених ШКК, вдалося знизити кількість післяопераційних ускладнень, поліпшити віддалені результати операції та запобігти летальним випадкам.

Висновки

1. За останні роки достовірно знизилася кількість оперативних втручань з приводу гастродуоденальних виразок.
2. Відносна частка АЕ+ВТ за останні роки збільшується, що пов'язуємо з оперативним лікуванням виразок з декількома ускладненнями або велетенського розміру.
3. Розроблений алгоритм виконання АЕ+ВТ при кровоточивих гастродуоденальних виразках дозволив знизити кількість післяопераційних ускладнень та покращити віддалені результати операції.

Література

1. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. (2005) Хирургическое лечение "трудных" язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1: 29-32
2. Братусь В.Д. (1991) Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. (Київ). 268 с.
3. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. (2005) Стратегия хирургического лечения язвенной болезни. Хирургия. 5: 26-30
4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. (2003) Хирургическое лечение прободных и кровоточащих язв. Хирургия. 3: 43-49
5. Борисов А.Е., Акимов В.П., Рыбник А.К. (2002) Результаты хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни в Санкт-Петербурге за 20 лет. Матеріали 20-го з'їзду хірургів України. (Тернопіль). 20-21

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРФОРАТИВНИХ ТА ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ Г-АСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Пацкань Б.М., Фатула Ю.М., Курах І.І., Ганчин В.В., Рейті А.А., Шебела В.І., Василів А.В.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургічних дисциплін факультету післядипломної освіти; Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, Ужгород

Age and Sexual Peculiarities of Perforated and Bleeding Gastroduodenal Peptic Ulcers

B.M. Packany, Yu.M. Fatula, I.I. Kurakh, V.V.Ganchyn, A.A. Rejti, V.I. Shebela, A.V. Vasiliv

Uzghorod National University, Uzghorod Central City Clinical Hospital

Summary

Authors has studied and analyzed age, sexual, clinical peculiarities of course, volume of surgical intervention and immediate results of treatment in 828 patients with perforated (566) and bleeding (262) gastroduodenal peptic ulcer. Revealed statistically reliable age differences by sexual sign: larger, than at men, percent of old senile women, and smaller percent of young women. Availability of artificial diseases in 87,7% elderly and senile patients determines higher postoperative lethality as compared with other age groups. Authors makes a conclusion, that elderly and senile patients and women are not large, but very specific group of patients, which need special surgeon's attention because of individualization of surgical and treatment tactic.

Key words: perforated and bleeding gastroduodenal peptic ulcers, elderly and senile age, women, peculiarities

Вступ

Перфорація та кровотеча залишаються складними та небезпечними ускладненнями виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки, які характеризуються високими, порівняно з іншими виразковими ускладненнями, показниками післяопераційної летальності та незадовільних віддалених результатів. Незважаючи на широке впровадження у клінічну практику сучасних противиразкових антисекреційних й антигелікобактерних препаратів, кількість даних виразкових ускладнень і пов'язаних з ними екстрених хірургічних втручань не зменшується. Зважаючи і на те, що переважну кількість пацієнтів становлять люди молодого, працездатного віку, слід констатувати, що проблема має медико-соціальне значення [4-6]. Пацієнти похилого і старечого віку, становлячи 10-20% від загальної кількості хворих, являються найбільш проблемною групою з найгіршими безпосередніми та віддаленими результатами; великий відсоток у цій віковій категорії становлять жінки [2,3,8]. Статевий (гендерний) аспект при перфоративних та гострокровоточивих виразках вивчений недостатньо і потребує подальших досліджень.

Метою дослідження було вивчення вікових та гендерних особливостей перфоративних та гострокровоточивих гастродуоденальних виразок для оптимізації хірургічної тактики та покращення результатів лікування.

Матеріали та методи

За 20-річний період (1986-2005 роки) у хірургічній клініці Ужгородської центральної міської клінічної лікарні прооперовано 566 хворих на перфоративну і 262 на гострокровоточиву гастродуоденальну виразку; з них 106 (12,6%) становили жінки (9% серед перфорацій і 21% серед кровотеч). Пілородуоденальна локалізація патологічного процесу спостерігалася у 92,8% хворих при перфоративних та 71,2% — при гострокровоточивих виразках.

Пацієнти похилого і старечого віку (60 років і старше) становили 14,7% (122 чол.) — 9,5% (54 чол.) при перфоративних і 25,9% (68 чол.) при гострокровоточивих виразках. У цій віковій групі 107 хворих (87,7%) мали супутні захворювання серцево-судинної системи (76,2%), легенів (10,2%), печінки (6,8%), нирок (3,2%), ендокринної системи (3,5%). Індекс поліморбідності становив 2,7. Супутні захворювання у 37% хворих були у стадії компенсації, у 63% — у стадії суб- або декомпенсації.

115 (43,9%) пацієнтам з гострокровоточивими виразками операції виконані в екстреному порядку на висоті кровотечі або її рецидиву з летальністю 6,9% (померло 8 чол.); 147 (56,1%) — у відстроченому періоді, після зупинки кровотечі з летальністю 2,7% (померло 4 чол.).

Обсяг та вид виконаних оперативних втручань з показниками післяопераційної летальності наведені у таблиці 1.

Результати та їх обговорення

На підставі аналізу вікових особливостей статистично достовірно встановлено (рис. 1), що при перфоративних виразках у жінок більша відносна кількість пацієнтів спостерігається у віці старше 40 років, в той час як у чоловіків, навпаки, до 40 років; для гострокровоточивих виразок характерна така ж тенденція, але віковий розподіл припадає на більш старший вік (50 років).

Серед пацієнтів похилого і старечого віку відсоток жінок достовірно перевищує відсоток чоловіків у 3,5 раза при перфоративних виразках (27,5% проти 7,8%) і майже у два рази при гострокровоточивих виразках (41,8% проти 21,7%).

На відмінності у віковій структурі чоловіків та жінок з перфоративними та гострокровоточивими виразками вказує більшість дослідників [1,3,8]. Збільшення відносної кількості жінок похилого та старечого віку з даною патологією характерна для захворюваності останніх двадцяти років, особливо в економічно розвинутих країнах. Це пояснюється, в першу чергу, систематичним прийомом пацієнтами старших вікових груп нестероїдних протизапальних препаратів у зв'язку з наявністю супутніх захворювань [2,7,8].

Аналіз післяопераційної летальності виявив деякі вікові та гендерні особливості. Встановлено зростання летальності із збільшенням віку хворих (рис. 2); найбільший показник спостерігається у віці 60-69 років як при перфоративних, так і при гострокровоточивих виразках. Статистичну достовірність має один показник: летальність серед пацієнтів похилого і старечого віку із перфоративними виразками у 5,2 раза вища за загальну летальність при даній патології (11,1% проти 2,12%). З 24 померлих жінки становлять 20,8% (5 пацієнток): чотири хворі на перфоративну і одна на гострокровоточиву виразку. Летальність серед жінок з перфоративними виразками у 5 разів перевищує цей показник серед чоловіків (7,8% проти 1,55%) і хоча різниця статистично не достовірна, але переконлива.

Причиною смерті при перфоративних та гострокровоточивих гастродуоденальних виразках у пацієнтів похилого і старечого віку у 8(72,7%) випадках були гострі серцево-судинні та легеневі розлади (гостра серцево-судинна недостатність — 5, тромбемболія легеневої артерії — 1, інфаркт міокарда — 1, гостре порушення мозкового кровообігу — 1);

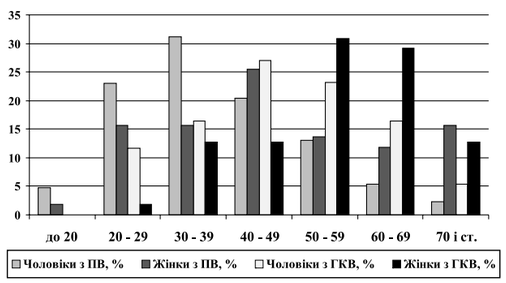


Рис. 1. Розподіл хворих на перфоративну та гострокровоточиву виразку за віком та статтю.

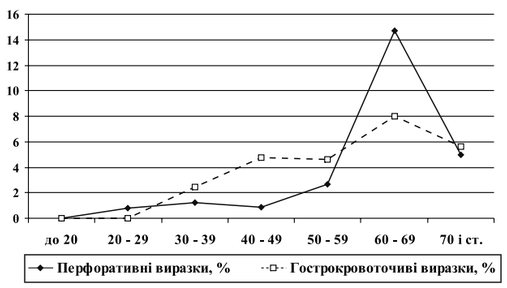


Рис. 2. Летальність при перфоративних та гострокровоточивих виразках в залежності від віку.

у 3 випадках мала місце поліорганна недостатність на фоні прогресуючого перитоніту, неспроможності швів анастомозу (у двох хворих виконувалася релапаротомія). У пацієнтів інших вікових груп гострі серцево-легеневі розлади стали причиною летального наслідку лише у 4 (30,8%) випадках; у 7 випадках мала місце поліорганна недостатність внаслідок розлитого гнійного перитоніту при запущеній перфоративній виразці (4 чол.), неспроможності швів анастомозу з розвитком перитоніту внаслідок важкої кровотечі (2 чол.), післяопераційного панкреатиту з розвитком панкреонекрозу (1 чол.) і по одному випадку констатовані: рецидив кровотечі з неліквідованої при першій операції гострокровоточивої шлункової виразки та прогресування гепатоцелюлярної недостатності внаслідок декомпенсованого цирозу печінки з розвитком печінкової коми.

На високу летальність у пацієнтів похилого і старечого віку при перфоративних і гострокровоточивих виразках вказують всі дослідники і пов'язують це з наявністю супутніх захворювань, пізньою госпіталізацією, помилками в діагностиці та лікувальній тактиці [2,5,6,8]. Робіт, у яких висвітлюються безпосередні результати лікування жінок з даною патологією, мало, їх дані різняться; ця проблема, на нашу думку, потребує подальшого вивчення.

Таблиця 1. *Види операцій та показники післяопераційної летальності у хворих на перфоративні та гострокровоточиві гастродуоденальні виразки*

Характер операції	Вид оперативного втручання	Перфоративні виразки: Кількість операцій	Перфоративні виразки: Летальність	Гострокровоточиві виразки: Кількість операцій	Гострокровоточиві виразки: Летальність	Всього: n	Всього: %
Радикальні	Резекції	20	-	129	4 (3,1%)	149	2,68
	Ваготомія + антрумектомія	2	-	14	1 (7,1%)	16	6,25
	Ваготомія + пілоро- або дуоденопластика з втручанням на виразці	136	-	74	2 (2,7%)	210	0,95
Всього		158 (27,9%)	-	217 (82,8%)	7 (3,2%)	375	1,9
Умовно радикальні	Пілоро-або дуоденопластика з втручанням на виразці (без ваготомії)	313 (55,3%)	5 (1,6%)	28 (10,7%)	5 (17,8%)	341	2,9
Паліативні	Зашивання перф. виразки	95(16,8%)	7 (7,3%)	-			
	Гастротомія з прошиванням гострокровоточивої шлункової виразки			17 (6,5%)	-	112	6,25
Всього	n	566	12	262	12	828	24
	%	100	2,12	100	4,6	100	2,9%

Висновки

1. Вікова структура чоловіків і жінок з перфоративними та гострокровоточивими гастродуоденальними виразками достовірно відрізняється: відсоток чоловіків переважає у молодому віці, жінок — у похилому та старечому.
2. Серед пацієнтів похилого і старечого віку, оперованих з приводу виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки, ускладненої перфорацією або кровотечею, спостерігається вища порівняно з іншими віковими групами післяопераційна летальність.
3. З метою зменшення післяопераційної летальності, яка обумовлена у більшості випадків супутньою патологією, передопераційна підготовка вимагає більш глибокого дослідження цієї патології та її корекції.
4. Незважаючи на невеликий відсоток жінок при перфоративних та гострокровоточивих виразках, статева ознака є чинником операційного ризику, який повинен враховуватися у практичній діяльності; жінки з даною патологією потребують особливої уваги хірургів з точки зору індивідуалізації лікувальної і хірургічної тактики.

Література

1. Вахидов В.В., Калиш Ю.И., Хачиев Г.Л. (1991) Особенности течения и хирургического лечения язвенной болезни у женщин. Медицинский журнал Узбекистана. 4: 3-7
2. Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б., Свистун Р.В. та інші (2001) Оцінка ризику оперативних втручань та знеболювання в умовах гострої виразкової гастродуоденальної кровотечі у осіб похилого та старечого віку. Науковий вісник Ужгородського університету. 16: 132-134
3. Пономарев А.А., Семин В.Н., Чудин С.В. (1992) Перфоративные гастродуоденальные язвы у женщин. Вестн. хир. 2: 242-247
4. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., и др. (2002) Современное состояние хирургии язвенной болезни. Зб.наук.статей по матеріалах XX з'їзду хірургів України. 1: 10-11
5. Тутченко М.І., Васильчук О.В., Гайдаєв Ю.О., та ін. (2005) 20-річний досвід лікування перфоративної виразки. Шпитальна хірургія. 1: 158-161
6. Фомін П.Д., Братусь В.Д., Нікішаєв В.І., та ін. (2005) Еволюція тактичних підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби. Шпитальна хірургія. 1: 189-193
7. Gutthann S.P., Garsia Rodriguez L.A., Raiford D.S. (1997) Individual nonsteroidal anti-inflammatory drugs and other risk factors for upper gastrointestinal bleeding and perforation. Epidemiology. 8: 18-24
8. Paimela H., Paimela L., Myllykangas-Luosujarvi R., Kivilaakso E. (2002) Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of urgery, hospital admissions and mortality for the disease during the past twenty-five years. Scand.J.Gastroenterol. 37; 4: 399-403

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Хаджиев О.Ч., Бабалич А.К., Каракурсаков Н.И., Трофимов П.С., Безруков В.О.

Крымский государственный медицинский университет, Симферополь

Treatment Tactics in Acute Stomach-Intestinal Bleeding

O.Ch. Hadgiev, A.K. Babalich, N.I. Karakursakov, P.S. Trofimov, V.O. Bezrukov

Crimea State Medical University, Simferopol, Ukraine

Summary

The results of treatment analyzed from 137 patients with the acute stomach-intestinal bleeding in period from 2000 to 2007. The majority patients came in the hospital with the acute stomach-intestinal bleeding of ulcer's etiology. There were 74 (54,0%) patients with primary and 63 (46%) with repeating bleeding. The tactic of treatment depends of source of bleeding, the volume of blood loss, and age of patients, accompanied diseases. The bleeding arrested by conservative method in 101 (73,9%) patients, 36 (26,3%) operated height of bleeding and on 17 (12,4%) patients postponed operation performed.

Key words: acute stomach-intestinal bleeding, tactics of ulcer's bleeding.

Введение

Острое желудочно-кишечное кровотечение (ОЖКК) по сей день находится в центре внимание хирургов и, прежде всего из-за нерешенности таких организационных вопросов, как обеспечение клиник, несущих ургентную службу, современным эндоскопическим оборудованием, позволяющий проводить не только диагностические но и лечебные мероприятия [1,4]. С другой стороны продолжается бум интенсивной консервативной терапии хронической язвы, до тех пор, пока язва не трансформируется в рубцовый стеноз выходного отдела желудка, или же больные поступают в стационары с неоднократным, повторным кровотечением [2,3].

Летальность при ОЖКК по-прежнему остается высокой, достигая по данным различных авторов от 12% до 30% [1,3].

Целью настоящего исследования явился выбор оптимальной лечебной тактики больных, с учетом этиологии ОЖКК, массивности кровопотери, возраста, выраженности сопутствующих заболеваний и компенсаторной функции жизнеобеспечивающих органов.

Материал и методы

Мы анализируем результаты наблюдения и лечения 137 больных, поступивших в нашу клинику в период 2000-2006 гг., в возрасте от 19 до 91 года. Соотношение мужчин и женщин было 5:1. Этиология ОЖКК представлена в таблице №1.

Как видно из представленной таблицы наибольшую группу составляют больные с ОЖКК язвенной этиологии, предязвенные заболевания и кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе.

Наш анализ показал, что в первые часы после начала кровотечения доставлены 17% больных, в течение первых суток — 45%, спустя сутки и более — 38% пациентов.

Для выбора лечебной тактики большое значение имеет объем кровопотери, возраст, сопутствующие заболевания, длительность язвенного анамнеза и наличие других осложнений язвенной болезни, локализация источника кровотечения.

Таблица 1. *Этиология ОЖКК*

Этиология ОЖКК	Кол-во случаев	%	первично	повторно
Язвенная болезнь 12пк.	49	35,8	19	30
Язвенная болезнь желудка	24	7,5	8	16
Синдром Маллори-Вейса	23	16,8	21	2
Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода	14	10,2	9	5
Эрозивный эзофагит	5	3,6	2	3
Эрозивный гастродуоденит	14	10,2	8	6
Рак желудка	6	4,4	5	1
Кровотечения не установленной этиологии	2	1,5	2	0
Итого	137	100	74 (54%)	63 (46%)

Обследование больных направлено для установления источника кровотечения с применением эзофагогастродуоденоскопии, определение объема кровопотери, состояние свертывающей системы крови, биохимические анализы крови и проведение ряд дополнительных методов ультразвукового исследования, компьютерную томографию. Объем кровопотери сведены в таблицу 2.

Возраст больных колебался в больших пределах. Если пациенты молодого возраста страдали эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, то больные пожилого и старческого возраста имели кровотечения из хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, длительность которых составляла от 3 до 32 лет и более, из варикозно расширенных вен пищевода на фоне цирроза, отягащенная наличием тяжелой сопутствующей патологии таких как ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, заболевания периферических артерий и вен.

Результаты и их обсуждение

Все больные, кроме с кровопотерей легкой степени, госпитализированы в отделение анестезиологии и реаниматологии для интенсивного наблюдения и лечения. Стандарты лечебной тактики, включали в себя применение адекватной медикаментозной терапии, включающее переливание кровозаменителей гемодинамического действия, компонентов крови (свежезамороженную плазму, эритроцитарную массу), белковые препараты, аминокислотную взвесь, сандостатин или октрестатин, гемостатические препараты, установление зонда Блекмора (при пищеводных кровотечениях), промывание желудка холодной водой, раствором аминокапроновой кислоты и современной противоязвенной терапии.

Динамическое наблюдение включало в себе определение ОЦК в динамике, контроль гемодинамики, определение уровня эритроцитов, Hb, Ht, повторные осмотры эндоскописта.

Эффективность консервативной терапии достигнуто у 101 (73,9%) больных, из которых 17 (12,4%) с хроническими язвами желудка (у 2-х с малигнизацией) и двенадцатиперстной кишки оперированы в отсроченные сроки.

Консервативное лечение считали неэффективным, при возобновлении кровавой рвоты, дегтеобразного стула, подтвержденное эндоскопическим методом.

Имея подготовленного в клинике специалиста по эндоскопической остановке кровотечения, но не имея для этого соответствующей аппаратуры мы вынуждены были 36 (26,3%) больных оперировать на высоте кровотечения. Характер выполненных хирургических вмешательств по срокам представлены в таблице 3.

При неэффективности консервативной терапии при локализации кровоточащей язвы в двенадцатиперстной кишке предпочтение отдавали органосохраняющим операциям с одним из видов ваготомии, при возможности выполняя СПВ. Резекция желудка производилась при локализации язвы в желудка с хроническим течением, сочетании кровоточащей язвы 12-пк с хронической язвой желудка, а также сочетании кровоточащей язвы со стенозом выходного отдела в стадии суб- или декомпенсации. Всего выпол-

Таблица 2. *Распределение больных по степени кровопотери*

Объем кровопотери	Количество случаев	%
Легкая степень	65	47,42
Средняя степень	32	23,4
Тяжелая степень	27	19,7
Массивная кровопотеря	13	9,5
Всего	137	100

нено 9 (25,0%) резекций желудка, из них 7 (77,8 %) по Б-II, а 2 (22,2%) по разработанной в клинике методике с наложением в передиободочного гастроэнтероанастаоза с энтеральной заглушкой (патент Украины на изобретение №42946А).

Когда операция проводилась на фоне нестабильной гемодинамики управляемой введением вазопрессоров, ограничились минимальными вмешательствами — иссечение язвы, прошивание кровоточащего сосуда (9 случаев).

Больные, оперированные в отсроченные сроки, составили наиболее благоприятную группу, так как, на момент операции больные были компенсированы по показателям крови, гемодинамики, а также по сопутствующим заболеваниям, что позволяло выполнение радикальной операции.

Общая летальность составила 19,8%, послеоперационная — 7,3%. Большая часть умерших приходится к группе с циррозами печени в стадии декомпенсации, осложненная кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода.

Таблица 3. *Характер выполненных хирургических вмешательств*

Вид хирургического вмешательства	Кол-во отсроченных операций	%	Кол-во операций на высоте кровотечения	%
Резекция желудка по Б-I	2	11,8	-	-
Резекция желудка по Б-II	5	29,4	7	19,4
Резекция желудка по методике клиники	3	17,6	2	5,6
Гастрэктомия	2	11,8	-	-
Органосохраняющие операции: иссечение язвы пилоропластика с одним из видов вагатомии	5	29,4	14	39,0
Иссечение кровоточащей язвы	-	-	6	16,7
Прошивание кровоточащего сосуда	-	-	3	8,3
Перевязка левой желудочной артерии	-	-	4	11,0
Итого	17	100	36	100

Таким образом, тактика при желудочо-кишечных кровотечениях должна заключаться в попытке консервативной остановки кровотечения в момент поступления, с параллельным проведением экстренных диагностических мероприятий с целью определения объема кровопотери и при необходимости выбора наиболее оптимальной хирургической операции.

Выводы

1. Методом выбора лечения больных с ОЖКК должен быть консервативная остановка кровотечения, в том числе с использованием эндоскопической техники с последующим планированием операции в отсроченный период.
2. Первичная резекция желудка не может являться операцией выбора в ургентной хирургии (предпочтительна органосохраняющая операция с одним из видов вагатомии), однако она показано при сочетании кровоточащей язвы со стенозом выходного отдела желудка, пенетрацией и малигнизацией.
3. Необходимо учитывать, что первичная резекция желудка может привести к развитию пострезекционных заболеваний и осложнений, поэтому наложение энтеральной заглушки способствует их профилактике.

Литература

1. Малярчук В.И., Лебедев Н.В., Войташевская Н.В. (2004) Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза. Экспериментальная и клиническая медицина. 3: 152-153
2. Панщырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. (2000) Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия. 3: 21-25
3. Кузин М.И. (2001) Роль терапевта и хирурга в лечении больных язвенной болезнью желудка и 12пк. Хирургия. 9: 65
4. Фомин П.Д., Никишаев В.И., Повч О.А., и др. (2004) Перфоративные острокровоточащие гастродуоденальные язвы — современное состояние данной проблемы. Экспериментальная и клиническая медицина. 3: 163-165

АНОНС

Науково-практичної конференції

«ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ, НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ, ШЛЯХИ РОЗВИТКУ»

10-11 липня 2007 року

Україна, Київ
Головний військовий клінічний Ордена Червоної Зірки госпіталь
Міністерства оборони України
вул. Госпітальна, 18
Клуб, конференц-зал

По питанням звертатися:
Начальник медичного відділення ендоскопічної діагностики та хірургії
ГВКГ, полковник медичної служби Чернєв В.М.
Тел.: (+38) 066 707 30 03

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОФУЗНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Грубник В.В., Московченко И.В., Грубник Ю.В., Малиновский А.В.

Одесская областная клиническая больница
Одесский городской центр желудочно-кишечных кровотечений
Одесский государственный медицинский университет

Modern Drug Therapy in Complex Treatment of Bleeding Gastric Ulcers

V.V. Grubnik, I.V. Moskovchenko, U.V. Grubnik, A.V. Malinovskiy

Odessa regional hospital.
Odessa GI bleeding center
Odessa state medical university

Summary

In 90's, due to absence of powerful proton pump inhibitors and reducers of visceral blood supply, the efficacy of combined endoscopic hemostasis along with modern drug therapy have not been studied. Aim of our investigation was to study the results of such therapy for profuse bleeding peptic ulcers in patients with severe concomitant pathology.

From 1996 till 2006, 4280 patients were observed. The 1st group included Forrest Ia, Ib, IIa and IIb patients, which were cured by endoscopic hemostasis (hydroelectrocoagulation, laser coagulation and combination of injection hemostasis with laser coagulation). The 2nd group included Forrest Ia and Ib patients, which were cured by modern drug therapy (including proton pump inhibitors and octreotide). The 3rd group included Forrest Ia and Ib patients with severe concomitant pathology, which were cured by combination of combined endoscopic hemostasis and modern drug therapy.

In the 1st group the combined endoscopic hemostasis was the most effective: in Forrest Ia patients the efficacy was 76,8%, in Forrest Ib patients — 90%. Common mortality in Forrest Ia and Ib patients was 4,9%. In the 2nd group in Forrest Ia, Ib, IIa and IIb patients the bleeding was stopped in 68% of cases. Common mortality in Forrest Ia and Ib patients was 8,9%. In the 3rd group: in Forrest Ia patients the efficacy was 94,8%, in Forrest Ib patients — 96%. So, common mortality have greatly decreased to 2,3%.

Using combined endoscopic hemostasis along with modern drug therapy for profuse bleeding peptic ulcers in patients with severe concomitant pathology, the hemorrhage could be controlled in majority of cases for refusing of surgery and mortality reduction.

Key words: peptic ulcer, upper GI bleeding, endoscopic hemostasis

Введение

Язвенные кровотечения по-прежнему остаются актуальной проблемой современной хирургии. Ранее основным методом являлось оперативное лечение, которое часто выполнялось на высоте кровотечения и поэтому характеризовалось высокой летальностью. Появление различных способов эндогемостаза позволило изменить тактику ведения пациентов: в группах Ia, Ib, IIa и IIb по классификации Forrest вначале производится эндогемостаз, позволяющий стабилизировать пациента, а затем ставятся показания к операции. Срочная операция выполняется лишь при неудачной попытке эндогемостаза или рецидиве кровотечения. При успешном эндогемостазе у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией можно воздержаться от операции, а у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения она выполняется в течение 2-3 суток после тщательной подготовки. Такая тактика способствовала снижению общей летальности при язвенных кровотечениях с 8-10% до 4-5% [1,4,7,9]. В то же время доказано, что при массивных кровотечениях частота рецидивов после эндогемостаза достигает 35-50% [4,6,9], что особенно важно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Поэтому продолжается поиск более эффективных способов гемостаза у пациентов данной категории.

В 90-е годы прошлого века в связи с отсутствием препаратов, эффективно снижающих желудочную секрецию и висцеральный кровоток, была недостаточно изучена эффективность и целесообразность сочетания комбинированного эндогемостаза (КЭГ) и медикаментозной терапии. Целью нашего исследования являлось изучение эффективности сочетания комбинированного эндогемостаза и современной медикаментозной терапии у пациентов с профузными язвенными кровотечениями и тяжелой сопутствующей патологией, являющейся относительным противопоказанием к хирургическому лечению.

Материалы и методы

Объем исследования включает 10-летний опыт двух клиник — Одесской областной клинической больницы и Одесского городского центра желудочно-кишечных кровотечений — за период с 1996 по 2006 годы. За этот период под наблюдением находилось 4280 больных с язвенными кровотечениями. Всем пациентам при поступлении выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Источниками кровотечений являлись: пептические язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) — у 2870 больных (67%), пептические язвы желудка — у 1240 больных (29%), острые язвы желудка и ДПК — у 170 больных (4%). Согласно классификации Forrest, струйное кровотечение (Ia) отмечалось у 580 больных (13,5%), просачивание крови из-под тромба (Ib) — у 490 больных (11,4%), остановившееся кровотечение с высоким риском возобновления (IIa и IIb) — у 1720 больных (40,2%), остановившееся кровотечение (IIc, III) — у 1490 больных (34,9%).

Больные были разделены на 3 группы. I группу составило 1870 пациентов, которым выполнялся эндогемостаз. Медикаментозное лечение, проводившееся этим пациентам, не включало эффективных препаратов, подавляющих желудочную секрецию. Кровотечение Forrest Ia отмечалось у 370 больных, Forrest Ib — у 262 больных, Forrest IIa и IIb — у 1238 больных. Так, продолжающееся кровотечение имело место у 632 пациентов. У большинства из них имелась кровопотеря III и IV степени. Использовались 3 способа эндогемостаза: гидроэлектрокоагуляция (ГЭК), лазерная фотокоагуляция (ЛФК) неодимовым АИГ-лазером и комбинированный эндогемостаз (КЭГ) — сочетание инъекционного эндогемостаза (с использованием адреналина, тромбина) и фотокоагуляции неодимовым АИГ-лазером. С помощью последней методики повышается эффективность эндогемостаза и снижается опасность сквозного повреждения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки [4]. В подгруппе Forrest Ia ГЭК выполнена у 102 пациентов, ЛФК — у 34 пациентов, КЭГ — у 234 пациентов. В подгруппе Forrest Ib ГЭК выполнена у 48 пациентов, ЛФК — у 114 пациентов, КЭГ — у 100 пациентов. В подгруппе Forrest IIa и IIb ГЭК выполнена у 540 пациентов, ЛФК — у 96 пациентов, КЭГ — у 602 пациентов.

II группу составило 2150 пациентов, которым проводилась только консервативная терапия с использованием разработанного в обеих клиниках протокола. Кровотечение Forrest Ia отмечалось у 75 больных, Forrest Ib — у 103 больных, Forrest IIa и IIb — у 482 больных, Forrest IIc и III — у 1490 больных. Следовательно, продолжающееся кровотечение имело место у 178 пациентов. У подавляющего большинства из них имелась III степень кровопотери. Согласно протоколу, 1427 пациентам (70%) внутривенно вводились ингибиторы протонной помпы (ИПП) в суточной дозе 40-80 мг (омез, контралок, нексиум), 723 пациентам (30%) внутривенно вводился Н2-блокатор — квамател — в суточной дозе 60-80 мг, 482 (22%) пациентам вводился сандостанин или октрестатин в суточной дозе 0,5-1 мг, всем пациентам рег os или через назогастральный зонд вводились антациды, внутривенно вводились прокоагулянты, при массивных кровотечениях и при коагулопатиях вводилась свежезамороженная плазма. При использовании ИПП в указанных дозах внутрижелудочный pH у подавляющего большинства больных был выше 4,0 по данным внутрижелудочного pH-мониторинга.

III группу составило 260 пациентов с продолжающимся профузным кровотечением — 135 пациентов с Forrest Ia и 125 пациентов с Forrest Ib, которым проводился КЭГ в сочетании с вышеописанной медикаментозной терапией. У подавляющего большинства пациентов использовались ИПП, у 156 пациентов (60%) использовался октрестатин или сандостатин. Такая тактика была обусловлена отказом от предложенной операции у 32 больных и тяжелой сопутствующей патологией у 228 больных. Среди последних: 20 пациентов имели поздние стадии ХПН, 45 пациентов — тяжелую сердечную недостаточность и инфаркт миокарда, 32 пациента — ОНМК и его последствия, 25 пациентов — цирроз печени с декомпенсированной портальной гипертензией и печеночной энцефалопатией, 20 пациентов — тяжелое течение артериальной гипертензии, 18 пациентов — декомпенсированный сахарный диабет, 38 пациентов — тяжелую дыхательную недостаточность вследствие ХОЗЛ и перенесенных операций, 17 пациентов — тяжелые гемобластозы.

Всем пациентам с Forrest Ia и Ib и большинству пациентов с Forrest IIa и IIb проводились ФГДС в динамике для оценки эффективности эндогемостаза.

Результаты

В I группе результаты отличались в зависимости от активности кровотечения и применяемой методики (см. табл. 1). В подгруппе Forrest Ia эффективность ГЭК составила 56,8%, ЛФК — 58,8%, КЭГ — 76,9%. Все пациенты с безуспешным эндогемостазом и рецидивами были прооперированы. Общая летальность в подгруппе составила 5,7%. В подгруппе Forrest Ib отмечались лучшие результаты. Эффективность ГЭК составила 77%, ЛФК — 81,6%, КЭГ — 90%. Все пациенты с безуспешным эндогемостазом и рецидивами также были прооперированы. Общая летальность в подгруппе составила 3,8%. Таким образом, среди 632 пациентов с продолжающимся кровотечением (Forrest Ia и Ib) общая летальность составила 4,9%. В подгруппе Forrest IIa и IIb получены наилучшие результаты. Эффективность ГЭК составила 83,9%, ЛФК — 85,4%, КЭГ — 92,2%. Все пациенты с рецидивами были прооперированы. Общая летальность в подгруппе составила 2,2%. Таким образом, среди 632 пациентов с продолжающимся кровотечением (Forrest Ia и Ib) общая летальность составила 4,9%.

Во II группе у больных с Forrest IIc и Forrest III не использовался указанный протокол медикаментозной терапии, поэтому результаты не учитывались. Из оставшихся 660 пациентов с кровотечением Forrest Ia, Ib, IIa и IIb остановить кровотечение удалось у 449 больных (68%). Рецидив кровотечения, таким образом, возник у 211 больных (32%). Из них 109 были прооперированы с послеоперационной летальностью 10 %. Остальным 102 пациентам, отказавшимся от операции или имевшим тяжелую сопутствующую патологию, выполнен КЭГ с летальностью 7,8%.

Таким образом, среди 178 пациентов с продолжающимся кровотечением (Forrest Ia и Ib) общая летальность составила 8,9% (см. табл. 2).

Таблица 1. *Результаты эндогемостаза у больных с язвенным кровотечением Forrest Ia и Ib*

Группа больных	Количество больных	Результаты эндоскопического гемостаза: Кровотечение остановлено	Кровотечение не остановлено	Рецидив кровотечения	Эффективность %	Операции	Умерло
Ia	370						21 (5,7%)
ГЭК	102	85 (83,3%)	17	27 (37,1%)	58 (56,8%)	44	8
ЛФК	34	29 (85,3%)	5	9 (31%)	20 (58,8%)	14	7
КЭГ	234	212 (90,6%)	22	32 (15%)	180 (76,9%)	54	6
Iб	262						10 (3,8%)
ГЭК	48	42 (87,5%)	6	5 (11,9%)	37 (77%)	11	2
ЛФК	114	103 (90,3%)	11	10 (9,7%)	93 (81,6%)	21	4
КЭГ	100	95 (95%)	5	5 (5,3%)	90 (90%)	10	4
Всего	632						31 (4,9%)

Таблица 2. *Результаты современного медикаментозного лечения у больных с язвенным кровотечением Forrest I и II*

Группа больных	Кол-во больных	Резу-ты консервативн. лечения: Кровотечение остановлено	Рецидив кровотечения	Эффективн. %	Эндогемо-стаз	Умерло	Операции	Умерло
Ia	75	5	70	6,6	10	4	60	6
Iб	103	63	40	61,2	10	3	30	3
IIa и IIb	482	381	101	79	82	1	19	2
Всего	660	449	211	68	102	8 (7,8%)	109	11 (10%)

В III группе получены весьма обнадеживающие результаты (см. табл. 3). Среди 135 пациентов с кровотечение Forrest Ia кровотечение остановлено в 97% случаев, рецидив наблюдался в 2,3% случаев; т.е. эффективность составила 94,8%. Среди 125 пациентов с кровотечением Forrest Ib кровотечение остановлено в 98,4% случаев, рецидив наблюдался в 2,4% случаев; следовательно, эффективность составила 96%. У части пациентов с безуспешным эндогемостазом и рецидивами проводился повторный гемостаз, остальные пациенты были прооперированы. Общая летальность составила 2,3%.

Обсуждение и выводы

После стабилизации состояния подавляющему большинству пациентов во всех 3-х группах проводилась эрадикация H. pylori. Однако, согласно нашим данным и данным других исследователей, это не влияет на результаты гемостаза [8]. Основным фактором успеха медикаментозной терапии является поддержание внутрижелудочного pH выше 4,0 [4,9].

Результаты, полученные в I группе, демонстрируют высокую эффективность эндоскопического гемостаза. Согласно литературным данным, эффективность эндоскопического клипирования достигает 90%, инъекционного гемостаза — 95%, электрокоагуляции — 90%, аргоновой фотокоагуляции — 90%, фотокоагуляции ниодимовым АИГ-лазером — 92% [1-5]. Таким образом, наши результаты соответствуют данным мировой литературы. Циклом работ, проведенных в 80-90-е годы прошлого века была подробно изучена эффективность различных способов эндогемостаза и доказано, что наиболее эффективным является КЭГ, т.е. сочетание инъекционных и коагуляционных способов [1,2,4]. По данным ряда авторов, сочетание инъекционного эндогемостаза и фотокоагуляции неодимовым АИГ-лазером эффективно в 90-96% случаев [1,2,4,7]. Согласно полученным нами результатам, во всех группах по классификации Forrest наиболее эффективным способом оказался именно КЭГ. Следующей по эффективности была ЛФК и наименее эффективной оказалась ГЭК. Поэтому у пациентов с профузным язвенным кровотечением наиболее целесообразно использование КЭГ.

Таблица 3. Результаты комбинации медикаментозной терапии и комбинированного эндогемостаза у больных с язвенным кровотечением Forrest 1

Группа больных	Кол-во больных	Результаты лечения			Эффективн. %	Повторный эндо-гемостаз	Умерло	Операции	Умерло
		Кровотеч. остановлено	Не остано-влено	Рецидив					
Ia	135	131 (97%)	4	3 (2,3%)	94,8%	2	1	5	3
Iб	125	132 (98,4%)	2	3 (2,4%)	96%	2	1	3	1
Всего	260								6 (2,3%)

На основании результатов, полученных во II группе, можно сделать вывод об относительно низкой эффективности медикаментозной терапии язвенных кровотечений. Однако использование лечебных протоколов, включающих современных препараты в высоких дозировках, все же позволяет повысить эффективность лечения язвенных кровотечений и таким образом снизить летальность. В целом, консервативное лечение язвенных кровотечений должно быть использовано только в исключительных случаях.

Результаты, полученные в III группе, показали, что, применяя сочетание современной медикаментозной терапии и КЭГ у пациентов с профузными язвенными кровотечениями и тяжелой сопутствующей патологией, в подавляющем большинстве случаев можно контролировать кровотечение, избежать операции и, следовательно, снизить летальность. Сочетание высокоэффективной медикаментозной терапии и комбинированного эндогемостаза следует широко использовать у данной категории больных.

Литература

1. Грубник В.В., Грубник В.Ю., Мельниченко Ю.А., Московченко И.В., Фоменко В.Л. (2001) Применение различных методов эндоскопического гемостаза в лечении кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 5; 1: 18-19
2. Никишаев В.И. (2001) Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 7; 3: 30-31
3. Никишаев В.И., Фомин П.Д., Музыка С.В. (2003) Аргоно-плазменная коагуляция в эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. 7; 3: 24-25
4. Саенко В.Ф., Грубник В.В., Грубник Ю.В., Четвериков С.Г. (2002) Современные методы лечения язвенной болезни. (Киев). "Здоров'я".
5. Cipolletta L., Bianco M.A., Marmo R., et al. (2001) Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: A prospective and randomized trial. Gastrointest Endosc. 53: 147-151
6. Cooper G.S., Chak A., Way L.E., et al. (1999) Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointest Endosc. 49: 145-152
7. Jamieson G.G. (2000) Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease. World J Surg. 24; 3: 256-258
8. Rauws E.J., Tytgat G.N. (1995) Helicobacter pylori in duodenal and gastric ulcer disease. Baillieres Clin Gastroenterol. 3; 3: 529-547
9. Zittel T.T., Jehle E.C., Becker H.D. (2000) Surgical management of peptic ulcer disease today — indication, technique and outcome. Langenbeck's Arch Surg. 385; 2: 84 — 96

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ ФОРМ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ В ПРОФІЛАКТИЦІ РАННІХ РЕЦИДИВІВ КРОВОТЕЧ ІЗ КРОВОТОЧИВИХ ВИРАЗОК ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Нікішаєв В.І., Лемко І.І.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Comparative Efficiency of Different Forms of Proton Pomp inhibitors in the Prophylaxis of Early Relapses From Duodenal's Bleeding Ulcers

V.I. Nikishaev, I.I. Lemko

Kiev Municipal Emergency Hospital

Summary

The influence of four different intravenous forms of proton pomp inhibitors upon the frequency of bleeding's relapse in patients with hemorrhagic duodenal ulcers after endoscopic hemostasis has been studied. It was found that the usage of all intravenous proton pomp inhibitors after mini-invasive interventions essentially reduces the number of duodenal bleeding's relapses in comparison with the control group and keeps intragastric pH at necessary level.

Key words: proton pomp inhibitors, miniinvasive interventions, gastro-intestinal bleeding, pH.

Вступ

Декілька десятиліть тому сформувалася думка, про те, що наявність соляної кислоти в шлунку є одним з основних патогенетичних факторів розвитку виразкової хвороби [1], але доведено, що провідну роль у виникненні виразок займає обсіменіння слизової оболонки шлунку Helicobacter pylori (Hp). Однак, є незаперечним факт порушень рівноваги між захисними механізмами слизової оболонки гастродуоденальної зони та факторами "агресії" з переважанням останніх. [3,4,7,9]. Одним з най більш грізних ускладнень виразкової хвороби є кровотеча [13].

Особливо зростає роль кислотно-пептичного фактору при виразкових кровотечах шлунку та ДПК, оскільки дослідження in vitro показали, що кислота має несприятливий вплив на коагуляцію крові та агрегацію тромбоцитів і відіграє важливу роль в руйнуванні кров'яного згустку [9,13,14]. Тромбоцитарний тромб, який утворюється при пошкодженні кровоносної судини може сам по собі забезпечити адекватний гемостаз на декілька годин [9]. Далі цей тромб ущільнюється фібрином або ж руйнується. Дослідження, проведені in vitro показали, що зниження pH порушує агрегацію тромбоцитів, а шлунковий сік значно збільшує фібриноліз [12-14]. Ці ефекти шлункового соку зумовлені дією пепсину, протеолітична активність якого напряму залежить від pH середовища і є максимальною при pH 1,6. При підвищенні pH до 4,0 пепсин втрачає свою активність, тобто усувається ризик лізису тромбу [9].

Слід також згадати, що тромб, що утворюється при пошкодженні судини, покривається слизом, який є компонентом слизово-бікарбонатного бар'єру і відіграє провідну роль в механічному захисті слизової шлунку та ДПК [9,12]. Пепсин має муколітичну дію, руйнує захисний шар слизу, при чому найбільш активно при pH середовища в межах 1,0-5,0. В свою чергу гальмування кислотності сприяє збереженню слизисто-бікарбонатного бар'єру та попереджує руйнування тромбу [9,12].

Вперше можливість визначення внутрішньошлункової кислотності за допомогою спеціального pH-метричного зонду була описана McCledon в 1915 р. [10], але вимірювання внутрішньошлункового pH широко почали застосовувати у 80-х роках, коли проводилася інтраопераційна pH-метрія методом Грассі в модифікації Климинського [5].

На сучасному етапі існує велика кількість pH-метрів, які працюють на основі комп'ютерної техніки із здатністю вимірювати внутрішньошлункове pH з частотою від декількох секунд до декількох хвилин на протязі доби [2,10]. Зокрема існує добовий гастро-pH-моніторинг за допомогою комп'ютерної системи аналізу внутрішньопорожнинного pH за методом В.М. Чорнобрового [2,11]. Отримані результати дають змогу побудувати індивідуальну pH-граму, визначити мінімальний та максимальний рівень коливань внутрішньошлункового pH протягом доби, підібрати адекватне лікування кислотозалежних захворювань ШКТ [2,11].

Отже, визначаючи та контролюючи pH у шлунку за рахунок впливу на секрецію соляної кислоти, можна у великій мірі попередити руйнування тромбу, та виникнення рецидиву виразкових кровотеч [12,15].

В Україні, на даний час зареєстровані декілька внутрішньовенних форм інгібіторів протонної помпи (ІПП). А саме: омепразол [лосек (Astra Zeneca), омез (Dr. Reddy s), омепразол-вокате (Дженефарм С.А.)], пантапразол [контролок (Altana), пантасан (Сан Фармасьютикал Індастріз Лтд)], езомепразол [нексіум (Astra Zeneca)].

Метою нашої роботи було вивчення ефективності застосування різних внутрішньовенних форм інгібіторів протонної помпи (ІПП) для зменшення частоти рецидивів кровотечі після ендоскопічного гемостазу з урахуванням рівня внутрішньошлункового pH до та після внутрішньовенного введення інгібіторів протонної помпи.

Матеріали та методи

За період з 2004 по 2006 рр. в рандомізоване дослідження були включені 196 пацієнтів віком від 17 до 82 років з кровоточивими виразками ДПК та при наявності стигмат — F IA, F IB, F IIA, F IIB. Всім хворим була виконана езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС), із застосуванням мініінвазивних ендоскопічних втручань (МЕВ) (монополярна електрокоагуляція, ендоскопічна ін'єкційна терапія в поєднанні з електрокоагуляцією) для зупинки кровотечі та профілактики її рецидиву, а також проводилася пристінкова pH-метрія. Після проведення хворим ендоскопічного гемостазу та пристінкової pH-метрії виконувалась внутрішньовенна інфузія ІПП, із наступним проведенням ендоскопічного моніторингу [8] і добового гастро — pH-моніторингу. Всім хворим під час повторних ендоскопічних оглядів проводилася пристінкова pH-метрія.

Хворі були рандомізовані в 4 групи. В першу групу ввійшло 50 (25,5%) хворих, яким проводилася внутрішньовенна інфузія Контролока, в дозі 40 мг на добу. У другу групу ввійшло 21 (10,7%) хворий, яким проводилася внутрішньовенна інфузія Пантасану, в дозі 40 мг на добу. В третю групу ввійшло 66 (33,7%) хворих, яким проводилася внутрішньовенна інфузія Лосеку. У четверту групу ввійшло 59 (30,1%) хворих, яким проводилася внутрішньовенна інфузія Омеза, в дозі 40 мг на добу. Всі ІПП вводилися на 100 мл. 0,9% розчині натрія хлориду, на протязі 20-30 хвилин. Контрольної групи із застосуванням плацебо не було, тому що пацієнти при отриманні інформаційної згоди на проведення дослідження не погодились на можливість свого попадання в групу плацебо. Тому контрольною групою були 1536 хворих з кровотечами із виразок ДПК, які раніше лікувались без застосування ІПП. Всім цим хворим проводилися МЕВ, спрямовані на зупинку кровотечі та профілактики її рецидиву, а також ендоскопічний моніторинг.

Отримані результати підлягали статистичній обробці: визначали відповідність декількох емпіричних критеріїв по 2 (Пірсон, Фішер).

Результати та їх обговорення

У всіх чотирьох групах було зафіксовано пристінкове pH в діапазоні 5,5-6,0 до введення ІПП. Протягом доби у всіх групах внутрішньошлункове pH коливалося в межах від 6,5 до 7,5. Підйом pH спостерігався вже після припинення введення ІПП і тримався приблизно на такому рівні протягом 12-15 годин, після чого починався поступовий спад pH, але ні в одній із груп показники pH не опустилися до початкового рівня. Через 24 години після введення ІПП були зафіксовані показники pH не менше ніж 6,5 у всіх чотирьох групах. Під час ендоскопічного моніторингу величини пристінкового pH у першій групі коливалися від 6,5 до 7,0; в другій групі від 7,0 до 7,2; у третій групі від 6,5 до 7,0; в четвертій групі від 6,5 до 7,0. В першій групі було зафіксовано 2 (4%) рецидиви кровотеч із виразкових дефектів; в другій групі був 1 (4,8%) рецидив кровотечі; у третій групі мали місце 3 (4,5%) рецидиви кровотеч; в четвертій групі було зафіксовано 3 (5,1%) рецидиви кровотеч. В контрольній групі у 204 (12,5%) хворих виник рецидив кровотечі.

При проведенні порівняння кількості ендоскопічних досліджень, та кількості МЕВ встановлено, що в контрольній групі кількість досліджень склала 4,1 на одного хворого, а МЕВ — 3,2, відповідно в першій групі — 2,04 та 1,04, другій — 2,05 і 1,05, в третій групі — 2,04 і 1,04 та в четвертій — 2,05 і 1,05.

Таким чином застосування ІПП після проведення ендоскопічного гемостазу, статистично достовірно ($p<0,025$) знижує кількість МЕВ та ендоскопічних досліджень на одного хворого і знижує кількість рецидивів кровотеч у порівнянні з контрольною групою. Статистично достовірної різниці не було виявлено ($p>0,05$) у величині внутрішньошлункового та пристінкового pH, а також ефективності внутрішньовенних інгібіторів протонної помпи в залежності від вивчених форм (омез, лосек, контролок, пантасан).

Висновки

Після проведення МЕВ при активній кровотечі (F IA, F IB) та при стигматах (F IIA, F IIB) з наступним внутрішньовенним введенням інгібіторів протонної помпи, кількість рецидивів кровотеч з виразок дванадцятипалої кишки достовірно зменшується в 2,5-3,1 рази.

Суттєвої різниці між величинами пристінкового pH та внутрішлункового pH не було виявлено, що дає змогу контролювати ефективність ІПП за допомогою проведення добового внутрішньошлункового pH-моніторингу.

Достовірної різниці у ефективності між вивченими внутрішньовенними інгібіторами протонної помпи (омез, лосек, контролок, пантасан) після проведення МЕВ не було виявлено.

Література

1. Бурлаков С.Г., Юренев Г.Л. (2005) Ключ к решению задачи лечения кислотозависимых заболеваний. Consilium Medicum. 3; 5: 8-11
2. Чорнобровий В.М. (1999) Внутрішньопорожнинна pH-метрія шлунково-кишкового тракту. (Вінниця). "Логос".80 с
3. Денисова М.Ф., Донде С.М., Березенко В.С., Реминная Т.М. (2006) Опыт применения антисекреторных препаратов при кислотозависимых заболеваних у детей. Сучасна гастроентерологія. 2: 62-64
4. Калинин А.В. (2004) Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь. РЖГГК. 3: 22-31
5. Климинский И.В., Ступин В.А., Симоненко А.М. (1982) Пролонгированный максимальный гистаминовый тест для интраоперационной pH-метрии. Хирургия. 8: 105-107
6. Маев И.В., Самсонов А.А. (2005) Применение современных антацидных средств в терапии кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Consilium Medicum. 5: 8
7. Малиновская Н.К., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., и др. (2006) Мелатонин в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клин.мед. 1: 5-11
8. Нікішаєв В.І. (2003) Ендоскопічна діагностика та мініінвазивна ендохірургія при кровотечах з гастродуоденальних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореферат дис... док. мед. наук. (Київ). 38 с.
9. Секачева М.И. (2004) Антисекреторные препараты в лечении неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта з точки зрения доказательной медицины. Consilium Medicum. 6; 6: 6
10. Трифонов М.М. (2003) Внутриполостная pH-метрия — "золотой стандарт" в гастроэнтерологии, пульмонологии и других областях медицины. Практическая медицина. 3: 11-15
11. Чорнобровий В.М., Мелещенко С.Г., Заїка С.В. (2002) Досвід використання комп'ютерної внутрішньопорожнинної pH-метрії шлунка в практиці гастроентеролога. Сучасна гастроентерологія. 2; 8: 8-11
12. Яковлева Ю.В., Войташевская Н.В., Сидоренко И.В., Бутров А.В. (2005) Применение омепразола для парентерального введения у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями после эндоскопического гемостаза. Рус. мед. журнал. 9: 599-601
13. Barkum A.N., Bardou M., Marshall J.K. (1999) Review article: acid suppression in non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding. Aliment. Pharmacol. Ther. 13: 1565-1584
14. Hiramoto J.S. (2003) Evidence-based analysis: postoperative gastric bleeding: etiology and prevention. Surgical Oncology. 12: 9-19
15. Sachdev G.K., Gupta S.K. (2003) Effect of addition of IV ranitidine to IV pantoprazole on 24 hour intragastric pH and its role in control of non-variceal upper GI bleed. Am. J. Gastroenterol. 98: 850
16. Welade L.S., Berardi R.R. (2000) Evaluation of omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprasole in the treatment of acid-related diseases. J. Am.. Pharm. Assos. 40; 1: 52

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ КОРДОВОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Бойко В.В., Климова Е.М., Донец Н.П., Дроздова Л.А., Калашникова Ю.В., Мережко О.С.

Институт общей и неотложной хирургии АМНУ, Харьков

Неотложные состояния, являющиеся следствием острых желудочно-кишечных кровотечений, формируются на фоне развития иммунопатологических состояний. Ответная реакция иммунной системы может быть неоднозначной — от транзиторных иммунодефицитов до генерализованного нарушения иммунного ответа. Общая резистентность организма и местный иммунный ответ оказывают существенное влияние на течение и прогноз комплексного лечения, включающего хирургическое вмешательство. Недооценка важности диагностики иммунного ответа и его коррекции может привести к развитию стойких иммунодефицитных состояний, неконтролируемому воспалительному ответу и общему ухудшению основного патологического процесса. Проблема избирательной направленной коррекции иммунологических нарушений приобретает значимость при хирургических состояниях, в частности, при острых желудочно-кишечных кровотечениях (ОЖКК). В последние годы изменена тактика влияния на патологический иммунный ответ. Все чаще для нормализации измененного гомеостаза применяют микро- и макромолекулы, обладающие иммунокорригирующим действием. Иммунокорригирующие препараты можно разделить на 3 класса: препараты стимулирующие, угнетающие и обладающие разнонаправленным действием на иммунный ответ. Перспективным видом иммунокоррекции является применение клеток — предшественников гемопоэза фетального происхождения и из кордовой крови, способных к трансдифференцировке. Технологии клеточных трансплантаций используются для лечения наследственных нарушений метаболизма печени, нарушения гемопоэза. Кордовая кровь и фетальные ткани содержат бластные клетки, являющиеся источником цитокинов и ростовых факторов, которые стимулируют регенерацию тканей. Гемопоэтические стволовые клетки кордовой крови имеют значительно больший пролиферативный потенциал, чем стволовые клетки взрослого организма. Фетальные ГСК обладают значительно большей пластичностью, т.е. способностью к трансдифференцировке, а также являются более мобильными, т.е. способны мигрировать в поврежденные участки тканей и органов.

В данной работе представлены результаты изучения эффекта применения гемопоэтических стволовых клеток для направленной коррекции вторичных иммунодефицитов, связанных с ОЖКК. (Всего 52 больных, из них 29 — с кровопотерей 1-2 степени, 23 — с кровопотерей 3-4 степени.

Анализ результатов изучения особенностей изменения гомеостаза при язвенной болезни, осложненной кровотечением, показал стойкое снижение концентрации гемоглобина до 78 г/л, некоторые изменения формулы крови и развитие депрессии клеточного звена иммунитета на фоне гуморальной сенсибилизации, стойкие нарушения белкового и липидного обмена, нарушение микроэлементного состава крови и гормонального статуса, а также изменение свертывающей и фибринолитической активности крови.

Гемо- и иммунокоррекция у части больных (18%) с кровопотерей различной степени тяжести была мало эффективна. После применения хирургического лечения у больных с высоким уровнем дефицита циркулирующей крови наблюдали развитие стойкого вторичного иммунодефицита в клеточном звене иммунитета, у 11% развивалась гуморальная сенсибилизация. После операции происходило снижение CD3+ общих Т-лимфоцитов (в среднем до 18,0±4,8%), и CD4+ Т-хелперов (до 7,5±2,5%). В послеоперационном периоде концентрация циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) повышается до 255,5±34,5 ед.Е. У больных с незначительной кровопотерей (1-2 степени) оперативное вмешательство также усиливает депрессию клеточного звена иммунитета. На высоте кровотечения у этих больных выявили снижение субпопуляции CD2+ Т-лимфоцитов (до 16,9±11,1%) и CD3+ клеток (до 27,0±9,5%).

Для восстановления гематологических показателей и коррекции иммунитета применяли криоконсервированные клетки-предшественники, полученные из одногруппной кордовой крови. После действия препаратов кордовой крови в течение первых двух суток наблюдали быстрое восстановление концентрации гемоглобина в среднем на 18-25 единиц в сутки у больных с различной степенью кровопотери. К 3-м суткам после внутривенного введения препаратов кордовой крови отмечали нормализацию соотношения белковых фракций за счет снижения концентрации -глобулина. На седьмые сутки после введения клеточного материала отмечали нормализацию концентрации фосфолипидов, -липопротеидов и триглицеридов, а также снижение концентрации ЦИК в среднем до 225,8±77,7 ед.Е.

Была выявлена взаимосвязь нормализации лабораторных показателей с улучшением клинического течения патологического процесса. Что касается механизмов действия гемопоэтических клеток — предшественников кордовой крови, то следует рассматривать эти клетки как активные продуценты универсальных пептидных регуляторов и факторов роста, стимулирующих белкосинтезирующую функцию, рецепторную экспрессию, пролиферацию и клеточный рост. Гемопоэтические клетки-предшественники кордовой крови, благодаря своей полипотентности и способности к трансдифференцировке, могут служить тонкими регуляторами гемопоэза, факторов неспецифической резистентности, иммунного ответа и тканевого гомеостаза в целом.

ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Бондарев В.І., Бондарев Р.В., Орєхов О.А.

Луганський державний медичний університет, Україна

Treatment of Gastrointestinal Hemorrhages in Gastroduodenal Zone of Ulcer Etiology

V.I. Bondarev, R.V. Bondarev, A.A. Orekhov

Lygansk State Medical University, Ukraine

Summary

The results of treatment of 65 patient hospitalized on account of gastroduodenal hemorrhages. The facts of treatment with the use of endoscopic diagnosing, hemostatic and antiuclerative therapeutical remedies allow correcting the surgical tactics in time, decreasing the number of emergency operation.

Key words: gastrointestinal hemorrhages, tactics of treatment, complex therapy.

Вступ

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні виразкової хвороби кількість ускладнень у вигляді шлунково-кишкових кровотеч невклонно зростає. Шлунково-кишкова кровотеча залишається одним з найважчих та найнебезпечніших ускладнень пептичних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки. Причиною шлунково-кишкових кровотеч у 55-68% випадків є виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. За данними літератури до 20% населення планети хворіє на виразкову хворобу, в 15-20% з їхнього числа це захворювання ускладнюєть розвитком кровотечі. В Україні за останні 5 років кількість кровотеч збільшилась понад 14% [2].

При шлунково-кишкової кровотечі виразкової етіології в 70% наступає спонтанний гемостаз, а у 30% виникає рецидив кровотечі [1,2]. Данне ускладнення є одним із найважчих важко прогнозованим, завдяки цьому летальність сягає за данними деяких авторів від 15 до 48% [3]. Післяопераційна летальність продовжує залишатися дуже високою до 30%.

Однак незважаючи на застосування сучасних ендоскопічних технологій, проблема гастродуоденальних кровотеч залишаєть актуальною і сьогодні.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 65 хворих госпіталізованих з приводу кровотеч з виразок гастродуоденальної зони. Вік хворих становив від 21 до 88 років, чоловіків було 45, жінок 20. У віковому аспекті хворих від 21 до 35 років було 15 чоловік, 35-45 років — 17 чоловік, 45-55 років — 20 хворих, 55-65 років — 7 хворих, старше ніж 65 років — 6 хворих. Супровідні захворювання серцево-судинної системи 76,2%, легенів 7,4%, печінки 6,8%, нирок 3,2%, ендокринних органів 6,4% пацієнтів. Виразкова хвороба шлунка виявлена у 18 (27,7%) хворих, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки — у 39 (60%) хворих. Поєднані виразки шлунка та дванадцятипалої кишки спостерігались у 8 (12,3%) випадках.

У 19 хворих в минулому відзначалися повторні кровотечі, 7 пацієнтів перенеслі в різноманітних закладах оперативні втручання — ушивання перфоративної виразки (5), резекції 2/3 шлунку (2).

Основними завданнями діагностичного процесу вважали: верефікування джерела та зупинку кровотечі; профілактика рецедиву; оцінку ступеня важкості кровотечі та адекватно її відновлення.

Усіх хворих комплексно обстежували, дані обстеження були критерієм вибору лікувальної тактики. На базі клініко-лабораторних показників згідно с класифікацією Шалімова О.О. хворі розділені на 3 групи: 1 група з легким ступенем крововтрати (дефіцит ОЦК до 20%) становили 15 хворих (23,1%), 2 група середній ступень (дефіцит ОЦК до 35%) у 22 пацієнтів (33,8%), 3 група — хворі із важким ступенем крововтрати (дефіцит ОЦК 30%) у 28 хворих (43,1%).

Усім хворим обов'язково виконували езофагогастродуоденоскопію за допомогою апарату PENTAX FD-34W. При цьому фіксували такі дані: 1). наявність крові в страховоді, шлунку, дванадцятипалої кишці; 2). її кількість та візуальну характеристику; 3). джерело кровотечі локалізація, розміри; 4). ознаки кровотечі або місцевого гемостазу: підтікання крові, тромбована судина, фіксований згорток, мілкі тромбовані судини.

За даними ендоскопічних досліджень у 12% хворих виявлена триваюча кровотеча з виразки, у 25,1% виразка була закрита згортком крові, у 30,4% на дні виразкового кратеру було видно одну чи декілька тромбованих судин, у 32,5% виразка була вкрита фібрином.

Ознаками стійкого місцевого гемостазу вважали наявність бурого кров'яного згорткa у кратеру у виразці, нашарування фібрину, а нестійкого місцевого гемостазу — червоний кров'яний згорток з судиною у виразці, відсутність нашарування фібрину. Лікувальна ендоскопія при шлунково-кишкової кровотечі застосовувалась з метою кінцевої зупинки кровотечі, тимчасової зупинки кровотечі, дії на субстрат з кровотечею, яка зупинилась, для попередження рецидиву кровотечі в найближчі години. У п'яти хворих виконувалась теплова терапія (біполярна коагуляція), у сьомі хворих застосовувались аплікаційні методи (препарат Ліфузоль). Виконання ендоскопічного обстеження з використанням засобів гемостазу та проведенням ендоскопічного моніторингу дозволяли прогнозувати ризик рецидиву кровотечі, що й визначало подальший характер лікувальної тактики.

Програма лікувальних закладів передбачала насамперед використання консервативних шляхів зупинки кровотечі та закріплення гемостазу у виразці, корекцію гомеостазу, активну комплексну інфузійну терапію, спрямовану на ускладнення пептичного фактору та гелікобактерну деконтамінацію. У хворих з триваючою кровотечею обирали інструментальні шляхи місцевого гемостазу. При нестабільному гемостазі для його закріплення виразку обробляли через ендоскоп плівкоутворюючими полімерами. Виконання цих маніпуляцій дозволяло у 84,3% хворих добиватися стабілізації гемостазу щоб виграти час для проведення корекції гомеостазу з метою підготовки до подальшого планового оперативного втручання.

Результати та їх обговорення

В ургентному порядку в зв'язку с неефективністю консервативних, включаючи ендоскопічні шляхів гемостазу при триваючий або рецидивуючій кровотечі оперовано 9 хворих (13,8%) та 7 (10,8%) у відстроченому. Об'єм та кількість оперативних втручань в ургентному порядку були наступні: ушивання виразки шлунку у 1 хворого, висічення виразки дванадцятипалої кишки в поєднанні з пілоропластикою та ваготомією у 5 хворих, резекція шлунку за Більрот-II виконана 3 хворим. В відстроченому порядку відповідно: висічення виразки з пілоропластикою та ваготомією у 4 хворих, резекція шлунка за Більрот-I у 1 пацієнта, та резекція шлунка за Більрот-II у 2 хворих. Післяопераційна летальність серед хворих оперованих у невідкладному порядку становила 11,1% (1 хворих) причина летальності декомпенсація важкої супровідної патології. Не оперовано 49 пацієнтів (75,4%), цим хворим проводилось консервативне лікування.

Противиразкову терапію починали відразу після надходження хворого, використовували інгібітор протонної помпи омепразол (Омез фірми Dr.Reddys), який вводився внутрішньовенно в добовій дозі 40 мг 2 рази на добу, з наступним переходом на пероральний прийом 20 мг 2 рази на добу. Застосування цього препарату дозволяє попередити лізис тромба та створити сприятливий фон для загоєння виразки і таким чином, зменшити ризик рецидиву кровотечі. При масивних кровотечах із ерозивних та геморагічних ураженнях, коли ендоскопічний гемостаз неефективний, вводимо сандостатин (Novartis) одноразово 100 мкг, з подальшим введенням 50 мкг протягом 3-5 діб. Комплексна противиразкова терапія включила клоритроміцин 500 мг 2 рази на день перорально та метронідозол 500 мг 2 рази на день. Така терапія дозволила домогтися стійкого гемостазу на початку загоєння виразки.

Висновки

Таким чином, лікувальна тактика на основі засвоєння сучасних методик ендоскопічної діагностики, використання гемостатичних і противиразкових лікарських засобів (Сандостатин, Омез) дозволяє своєчасно скорегувати хірургічну тактику в сторону зменшення екстрених оперативних втручань. Для запобігання рецидиву тактика лікування повинна базуватися на основі аналізу багатьох чинників та бути індивідуальною та активно-очікувальною.

Література

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. (2004) Патогенез рецидива гострдуоденальных язвеных кровотечений. Хирургия. 5: 46-51
2. Кондратенко П.Г., Раденко Є.Є., Соколов М.В. (2005) 20-річний досвід хірургічного лікування гострих виразкових гостродуоденальних кровотеч. Шпитальна хірургія. 1: 118-121
3. Фомин П.Д., Никишаев В.И., Головин С.Г. и др. (2004) Профилактика ранних рецидивов кровотечения из кровоточащих гастродуоденальных язв. Хірургія України. 1: 12-13

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РЕЦИДИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Бука Г.Ю.

Введение

Частота возникновения послеоперационных рецидивных язв не имеет тенденции к снижению, составляя до 10% после различных операций 3,6,7 .

У 76,6% больных с послеоперационными рецидивными гастродуоденальными язвами (ПРГДЯ) отмечаются различные осложнения 1 , при этом самым частым осложнением является острое желудочно-кишечное кровотечение (ОЖКК), составляя по данным литературы от 9,9% до 30% 5,9 . По нашим данным, в структуре кровотечений, больные с ПРГДЯ составляют до 7,6% от общего числа кровотечений и до 17,4% среди язвенных кровотечений.

Ургентные операции, особенно на высоте рецидивного кровотечения всегда сопровождаются худшими, по сравнению с плановыми операциями, ближайшими и отаденными результатами 2,5 . При этом, психологически, больные уже оперированные по поводу язвенной болезни, в большинстве случаев крайне негативно относятся к операции, настаивая на максимально продолжительном консервативном лечении, что нередко приводит к операциям отчаяния и ухудшает результаты лечения

По данным Грубника В.В и Мамчича В.И. у 86,7-95% больных с послеоперационными рецидивными дуоденальными язвами в силу различных причин существенно повышена кислотопродуцирующая функция оперированного желудка 4,5 . По нашим данным, более половины больных с резецированным желудком имеют нормо- либо гиперацидное состояние. Поэтому главным компонентом консервативного лечения ОЖКК, профилактики раннего рецидива кровотечений у этих больных являются антисекреторные препараты.

Лидирующие позиции в антисекреторной терапии на сегодняшний день занимают ингибиторы протоновой помпы (ИПП), которые более выраженно угнетают желудочную секрецию по сравнению с Н2-блокаторами, обладают самостоятельным антихеликобактерным действием 8 , что принципиально отличает их от всех остальных блокаторов желудочной секреции. Неплохо себя зарекомендовали инъекционные формы таких препаратов как омепразол (Омез), пантопразол (Контролок). Последним представителем ИПП является эзомепразол (Нексиум), который обеспечивает более быстрый и эффективный контроль кислотности по сравнению со своими предшественниками (в частности пантопразолом), характеризуется высокой биодоступностью, максимально эффективен в схемах антихеликобактерной терапии.

Целью настоящей работы явилось проведение анализа клинической эффективности антисекреторных препаратов у больных с ПРГДЯ осложненными кровотечением.

Материалы и методы

В период с 2001 по 2006 гг. в городском центре по лечению больных с ОЖКК (Луганск) находилось на лечении 164 больных с ПРГДЯ осложненными ОЖКК. Из них у 77 (47%) больных ранее были выполнены различные органосохраняюще операции, у 87 (53%) резекционные виды оперативных вмешательств.

Клинико-эндоскопическими особенностями больных с острыми осложнениями послеоперационных рецидивных язв ДПК после органосохраняющих операций являются: мужской пол — 84,4%, возраст от 30 до 50 лет — 53,2%, наличие сопутствующей патологии 61,2%. Кровотечение преимущественно имеет II степень тяжести — 58,4% (тогда как ОЖКК I степени имело место у 31,2%, III степени у 10,4% больных). Кровотечения характеризуются высокой "агрессивность" — 42,9% больных с ОЖКК оперированы в срочном порядке при продолжающимся кровотечении или неустойчивом гемостазе. В основном больные ранее были оперированы по поводу перфорации — 72,7%. Осложненные послеоперационные дуоденальные язвы в основном локализуются по верхней полуокружности ДПК — 72,7%, также отмечено большое количество полуциркулярных (9,1%) и циркулярных (13%) язв. Для этих больных характерно наличие стеноза 31,1% и пенетрации (у оперированных больных — 72,7%), склонность к поздним рецидивам ОЖКК (многократным кровотечениям — 11,7% больных).

Для больных с острыми осложнениями пострезекционных язв характерны: мужской пол — 77%, возраст свыше 60 лет — 36,8%, наличие сопутствующей патологии — 74,7%. Кровотечение чаще всего имеет II степень тяжести — 62,1% (при этом ОЖКК I степени имело место у 35,6%, III степени у 2,3% больных). "Агрессивность" кровотечения невысокая — успешное консервативное лечение у 88,5% больных, срочная операция по поводу ОЖКК только у 11,5%. В анамнезе у больных операция по Бильрот-II — 79,3%, выполненная в ургентном порядке по поводу кровотечения и перфорации. Осложненные язвы чаще локализуются на задней губе анастомоза — 32,2% и характеризуются небольшими размерами (до 0,8 см — 78,2% больных).

Тактика лечения больных была индивидуально-активной: так в экстренном порядке оперировались больные с продолжающимся кровотечением, рецидивом кровотечения в стационаре, перфорацией на фоне кровотечения. Отсроченные операции выполнялись в течение 1-2 суток по следующим показаниям: неустойчивый гемостаз, угроза рецидива кровотечения, большие размеры и глубина язвы, массивная кровопотеря. Больным с неустойчивым гемостазом проводился динамический ЭФГДС контроль. Консервативно лечились больные с остановившимся кровотечением, устойчивым гемостазом, низким риском возобновления ОЖКК, а также больные которые отказывались от предложенной операции, при непереносимости операции в связи с выраженной сопутствующей патологией. Ранние плановые операции выполнялись через 1-2 недели, по показаниям, после компенсации параметров гомеостаза и детального обследования больного при наличии морфологических осложнений рецидивной язвы, каллезных язвах большого размера, многократных кровотечениях в анамнезе.

В указанное время мы выделили три периода, когда применялись различные антисекреторные препараты. Так с 2001 по 2003 гг. основным антисекреторным препаратом являлся Н2- блокатор третьего поколения фамотидин (Квамател), в 2004-2005 гг. применялся омепразол (Омез), в течение 2006 года больные получали эзомепразол (Нексиум). В комплексе патогенетического лечения также применялась антихеликобактерная терапия.

Препараты назначались в следующих дозировках: в зависимости от состояния гемостаза в течении первых трех суток больные получали внутривенные инфузии фамотидина (Квамател) 20 мг 2-4 р.д., омепразола (Омез) или эзомепразола (Нексиум) 40 мг 1-2 раза в сутки. С 4-х суток больные переводились на таблетированную форму препаратов — 20 мг 2 раза в день.

Клиническая эффективность оценивалась по следующим критериям? у скольких больных с продолжающимся ОЖКК, кровотечение удалось остановить консервативными мероприятиями, число больных с ранним рецидивным кровотечением в группах больных с неустойчивым и устойчивым гемостазом.

Результаты и обсуждение

Консервативное лечение получали 121 больных, из них у 44 (36,4%) в анамнезе органосохраняющие операции, у 77 (63,6%) больных резекции желудка в различных модификациях.

Фамотидин (Квамател) получали 57 больных, эффективность при продолжающемся кровотечении составила 50% (у 3 из 6 больных кровотечение удалось остановить консервативными мероприятиями). Ранние рецидивные кровотечения имели место у 8 (15,6%) среди 51 больного с остановившимся кровотечением, при этом в группе больных с неустойчивыи гемостазом число рецидивов ОЖКК составляло 64,2%, в группе больных с устойчивым гемостазом — 7,4%.

Результаты лечения 40 больных получавших омепразол (Омез), следующие: у 3 из 5 больных (60%) было остановлено продолжающееся кровотечение. У 2 из 6 больных (33,3%) с неустойчивым гемостазом получавшим Омез возник рецидив кровотечения, что в 1,9 раза меньше по сравнению с группой больных получавших Квамател. Ни у одного из больных с устойчивым гемостазом рецидива кровотечения не было.

Эзоперазол (Нексиум) получали 24 больных. В группе больных получавших эзомепразол (Нексиум) рецидива кровотечения не было, при этом у 3 из 4 больных (75%) применение Нексиума позволило остановить продолжающееся кровотечение.

Заключение

Таким образом, применения инъекционных форм ИПП позволяет улучшить результаты лечения больных с ПРГДЯ, осложненных ОЖКК, снизить число ранних рецидивов кровотечений. Инъекционные формы ИПП являются более эффективными по сравнению с Н2-блокаторами. Наиболее мощным и эффективным ИПП является эзомепразол (Нексиум). В случаях категорического отказа от операции больного с продолжающимся ОЖКК, либо непереносимостью операции в связи с выраженной сопутствующей патологией препаратом выбора считаем эзомепразол (Нексиум).

Литература

1. Бачев И.И. (1990) Повторные операции по поводу рецидивов язв после хирургического лечения язвенной болезни. Хирургия. 2: 66-69
2. Бука Г.Ю. (1999) Ранние рецидивные кровотечения язвенного генеза. Клин. Хирургия. 5: 45-47
3. Велитоцкий Н.Н., Трушин А.С., Комарчук В.В., и др. (2000) Органосохраняюще принципы операций в хирургии осложненных и рецидивных гастродуоденальных язв. Матеріали XIX з'їзду хірургів України: 36. Наукових статей/Наук. т-во хірургів України та ін. (Харків). "Контраст". 70-71
4. Грубник В.В., Зайчик А.І., Гогуленко В.П. (1994) Причини виникнення рецидиву виразки після виконання селективної ваготомії при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки. Клин. Хирургия. 8: 56-60
5. Мамчич В.И., Гвоздяк Н.Н., Параций З.З. и др. (1994) Повторные операции после зашивания перфоративной гастродуоденальной язвы. Клин. Хирургия. 8: 12-15
6. Милиця М.М. (1996) Діагностика та лікування ускладнених післяопераційних рецидивних виразок шлунка та 12-палої кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. Наук. (Харків). 41 с.
7. Саенко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., и др. (2002) Современное состояние хирургии язвенной болезни. Матеріали XX з'їзду хірургів України. (Тернопіль). "Укрмедкнига". 1: 10-11
8. Ткач С.М. (2003). Перспективы парентерального применения ингибиторов протоновой помпы в клинической практике. Сучасна гастроентерологія. 3; 13: 74-79
9. Фомін П.Д., Іванчов П.В., Заславський О.В., и др. (2002) Хірургічна тактика при гострокровочивих рецидивних виразках. Матеріали XX з'їзду хірургів України. (Тернопіль). "Укрмедкнига". 1: 24-26

К ВОПРОСУ О КОНЦЕНТРАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПО ТОПОГРАФИЧЕСКИМ ЗОНАМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Авраменко А.А.

Проблемная лаборатория по вопросам хеликобактериоза 3 городской больницы, Николаев

On Growth Rate of Concentration of Helicobacter Infection on Gastric Mucosa By Topography Zone in Patients Suffering From Duodenal Ulcer Disease After Gastro-Intestinal Bleeding

A.A. Avramenko

Specialized Laboratory on Helicobacter Problems, Nikolaev

Summary

112 patients suffering from duodenal ulcer disease underwent an all-round examination after gastric-intestine bleeding. The total gastritis type B with high concentration of helicobacter infection in all 4th topography zone of gaster was established in 100% of cases.

Key words: duodenal ulcer disease, gastric-intestine bleeding, helicobacter infection, total gastritis type B.

Введение

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) остаются одним из грозных осложнений язвенной болезни (ЯБ) и состовляют, по данным разных авторов, от 16,6 до 18,2% [2,7]. Открытие в 1983 году Б. Маршаллом и Дж. Уорреном Helicobacter pylori (HP) изменило взгляды на этиологию и патогенез ЯБ, однако не объяснило его роль в формировании ЖКК, а также влияние на этот процесс топографии расселения HP [4,6]. В доступной нам литературе таких данных обнаружено не было, что и стало поводом для проведения нашей работы.

Материалы и методы

Была изучена концентрация HP на слизистой желудка по 4-м топографическим зонам, исходя из данных, полученных при комплексном обследовании 112-ти больных ЯБ 12-ти перстной кишки (ЯБ ДПК), перенесших ЖКК за 0,5-6 мес до момента обследования. Возраст пациентов колебался от 39 до 63 лет; мужчин было 83 человека, женщин — 29. Сроки заболевания ЯБ ДПК колебались от 1 до 25 лет. У всех больных при обследовании в момент активного ЖКК был подтверждён активный язвенный процесс в луковице 12-ти перстной кишки, который и стал источником кровотечения.

Комплексное обследование включало: внутрижелудочную pH-метрию (ИКЖ-2, АО "СКБ МЭТ", Каменец-Подольский, Украина) по методике Чернобрового В.Н. [9]; эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) — эндоскоп "UGI FP-7" фирмы "Фуджинон" (Япония); 2-е тестирование на HP: тест на уреазную активность и микроскопирование окрашенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время эндоскопии из 4-х топографических зон: из средней трети антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне по разработанной нами методике [5]. Последовательность обследования: сначала проводилась pH-метрия, затем — ЭГДС с забором биопсийного материала для проведения тестирования на HP Исследования проводились утром, натощак, через 12-14 часов после последнего прима пищи.

Результаты

При проведении внутрижелудочной pH-метрии были получены следующие результаты: гиперацидность умеренная — у 4 (3,6%), нормацидность — у 64 (57,1%), гипоацидность умеренная — у 26 (23,2%), гипоацидность выраженная — у 18 (16,1%) больных.

При проведении ЭГДС были получены следующие результаты: активный язвенный процесс в луковице 12-ти перстной кишки определялся у 15 (13,4%) пациентов; у 10 (8,9%) пациентов были выявлены язвенные дефекты в стадии неполной эпителизации ("сливные" эрозии). Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки различной степени выраженности была выявлена у 69 (61,6 %) больных. У всех больных в 100% случаев был выявлен хронический гастрододенит (ХГД).

При проведении тестирования на HP-инфекцию были получены следующие результаты: в антральном отделе желудка по большой кривизне HP выявлялась у 10 (8,9%) больных при степени обсеменения (++) и у 102 (91,1%) при степени обсеменения (+++), по малой кривизне — у 112 (100%) при степени обсеменения (+++); в теле желудка по большой кривизне — у 112 (100%) при степени обсеменения (+++), по малой кривизне — у 112 (100%) при степени обсеменения (+++).

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты объяснимы с точки зрения знаний о стадийности развития ХГ типа B и свойств HP. Возрастные параметры больных и концентрация HP- инфекции по топографическим зонам свидетельствует о наличии у всех пациентов, перенесших ЖКК, пангастрита типа B в 100% случаев[1,2]. Этот факт не является случайным, так как в такой ситуации большая масса бактерий на слизистой желудка активно разрушает витамин C, резко уменьшая его поступление в организм [2]. Данный витамин необходим для поддержания целостности сосудов, а также является ключевым водорастворимым компонентом антиоксидантной системы организма, оберегающей ткани организма от повреждающего действия свободных радикалов [2,8]. Выброс большого количества цитотоксинов и "остаточного" аммиака, как продукта жизнедеятельности HP-инфекции, приводит к увеличению интоксикации организма и повышает дезинтоксикационную нагрузку на печень, что может повлиять на свёртывающую и антисвёртывающую систему крови [2,3].

Таким образом, наличие у больных ЯБДПК пангастрита типа B с высокой концентрацией HP во всех топографических зонах желудка резко повышает риск развития кровотечения из-за обеднения организма витамином C, что приводит к развитию хрупкости сосудов, и повышения уровня интоксикации организма, что является проявлением жизнедеятельности HP-инфекции

Литература

1. Авраменко А.А., Гоженко А.И. (2003) Семейные очаги хеликобактериоза как отражение стадийности развития хронического гастрита типа B. Вісник Вінницького державного медичного університету. 2; 1: 434-435
2. Авраменко А.А., Гоженко А.И. (2004) Хеликобактериоз. (Одесса): 324 с.
3. Авраменко А.А., Петрашенко Н.П., Жуков В.А. (2006) К вопросу о концентрации "остаточного" аммиака в полости желудка у больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки в разные фазы патологического процесса. Актульні проблеми транспортної медицини. 3; 5: 86-89
4. Ивашкин В.Т., Метро Ф., Лапина Т.Н. (1999) Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии. (Москва). "Триада-Х". 110 с.
5. Патент України на корисну модель № 17723 від 16.10.06р. "Спосіб діагностики хронічного гастриту типу B, а також виразкової хвороби та раку шлунка, асоційованих з гелікобактерною інфекцією".
6. Передерий В.Г. (1997) Язвенная болезнь или пептическая язва? (Киев). 45-46
7. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Овсянкин А.В. (2000) Применение фамотидина (квамателa) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 6: 48-49
8. Султанов Г.А., Азимов Э.Х., Ибишов К.Г. (2004) Антиоксиданты и их применение в медицинской практике. Вестник хирургии. 4: 94-96
9. Чернобровый В.Н. (1991) Клиническое применение индикатора кислотности желудка (методические рекомендации). (Винница). 3-12

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ КРОВОТЕЧІ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

П'ятикоп Г.І., Мисловський І.А., Жданов С.М., Материнський О.М., Пишкін Г.А.

Сумський державний університет, медичний інститут. Сумська обласна клінічна лікарня

Вступ

Шлунково-кишкова кровотеча залишається одним з найважчих та найнебезпечніших ускладнень пептичних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). Незважаючи на застосування нових медикаментозних засобів та досягнення сучасних ендоскопічних технологій, проблема гастродуоденальних кровотеч залишається актуальною і сьогодні.

Кровотечі із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ВВШКТ) трапляються із частотою 50-172 випадки на 100 000 тисяч населення на рік. Пацієнти з цією патологією часто потребують госпіталізації у відділення інтенсивної терапії. Летальність при гострих кровотечах із ВВШКТ залежить від віку хворого; наявності супутньої патології; важкості першого епізоду кровотечі і виникнення його рецидиву. Оскільки число пацієнтів літнього віку із супутньою патологією збільшується, так як і прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), то і загальна летальність є значно вищою, чим можна було б очікувати [3,4].

На даний час шляхом об'єктивних математичних розрахунків показників ризику: ризику виконання оперативного втручання; ризику розвитку післяопераційних гнійно-

септичних ускладнень; ризику рецидиву кровотечі можна не тільки прогнозувати результати лікування, але й проводити додаткові заходи, спрямовані на підвищення ефективності хірургічного лікування [1,2]. З цих позицій, як доповнення до індивідуально-активної хірургічної тактики лікування хворих на гострі гастродуоденальні кровотечі (ГГДК) виразкової етіології, можна розглядати застосування інфузій блокаторів протонної помпи у групах високого ризику виконання оперативного втручання.

Матеріали та методи

Омез застосовували у 64 пацієнтів з гострими шлунково-кишковими кровотечами (ГШКК). Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) була діагностована у 53 (82, 8%) з них, виразкова хвороба шлунка — у 11 (17,2%). Омез призначали довенно по 40 мг 2 рази на добу — хворим з триваючою ГШКК або з високим ризиком виникнення рецидиву кровотечі в 1 добу, в послідуючому по 40 мг 1 раз на добу протягом 3 діб, після чого переходили на таблетовані форми препарату.

Чоловіків було 46 (71,88%), жінок 18 (28,12%). Вік хворих від 26 до 79 років, в середньому 58 років. У 58 (90,63%) пацієнтів виявлені різні супутні захворювання.

У 56 (87,5%) пацієнтів на виразкову хворобу шлунка та ДПК присутній виразковий анамнез, у 46,4% з них тривалість захворювання перевищувала 5 років. У 9 (14,1%) пацієнтів раніше не було ускладнень виразкової хвороби, у 55 (85,9%) — в анамнезі були вказівки на різні ускладнення (кровотеча, перфорація, стеноз).

Крововтрата I ступеню відмічена у 6 (9,38%), II ступеню — у 47 (73,44%), III ступеню — у 11 (17,18%) хворих.

При виразковій хворобі шлунка характерною локалізацією виразки була середня третина органу (у 6 хворих). У 40 пацієнтів на виразкову хворобу ДПК виразковий субстрат частіше локалізувався по задній напівокружності ДПК (у 75,5% випадків), виявляли також циркулярну або напівциркулярну виразку.

У 7 з 11 хворих з виразкою шлунка розміри виразкового субстрату перевищували 1,5 см; виразку ДПК діаметром 0,3-0,5 см знайдено у 9 (17%) хворих; 0,6-0,8 см — у 13 (24,5%); 0,9-1 см — у 11 (20,8%); більше 1 см — у 20 (37, 7%).

У 7 (10,9%) хворих виявлено триваючу кровотечу, у 10 (15,6%) — нестійкий гемостаз; у 47 (73,5%) — при наявності стійкого гемостазу відмічений високий ризик виникнення рецидиву кровотечі.

Факторами ризику виникнення рецидиву кровотечі вважали:
1. вік хворих більше 60 років;
2. виразкова хвороба та її ускладнення в анамнезі;
3. супутні захворювання (наприклад, серцево-судинні);
4. великі дози або одночасний прийом декількох НПЗП;
5. захворювання, які вимагають тривалого застосування НПЗП;
6. терапія глюкокортикостероїдами;
7. шкідливі звички (паління, зловживання алкоголем);
8. чоловіча стать хворого;
9. тяжка крововтрата;
10. локалізація виразки шлунка у верхній третині органу;
11. виразки ДПК — по її задній стінці;
12. розміри виразки шлунка більше 1,5 см;
13. виразки ДПК більше 1 см, а також циркулярна виразка ДПК.

Контрольну групу становили пацієнти, яким у якості основного антисекреторного препарату використовували Н2-блокатор III покоління квамател.

Результати та їх обговорення

Застосування індивідуальної раціональної тактики дозволило досягти слідуючих результатів (2003-2006 рр.): загальна летальність у всій групі хворих склала 1%, післяопераційна летальність — 3,2%. Рання рецидивна кровотеча виникла у 6,8% хворих. Загальна летальність при рецидивній кровотечі становила 21,8%, летальність у групі не- оперованих хворих — 68% (відмова від операції, непереносимість втручання у зв'язку з вираженими супутніми захворюваннями). Післяопераційна летальність при рецидивній кровотечі склала 14,3%, частота післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих на висоті рецидивної кровотечі — 30,1%.

Результати лікування 64 хворих, яким призначали омез, наступні: у 5 (71,4%) хворих з триваючою кровотечею, які відмовилися від операції, кровотечу було зупинено консервативними засобами; 2 (28,6%) з них в послідуючому оперовані у зв'язку з неефективністю консервативного лікування (дали згоду на операцію).

У 3 (30%) із 10 хворих при нестійкому гемостазі виник рецидив кровотечі, що в 2,4 рази менше у порівнянні з цим показником в контрольній групі, де частота рецидивів ГШКК становила 72,1%.

У хворих із стійким гемостазом, але високим ризиком виникнення рецидиву кровотечі, після застосування омезу рецидиву кровотечі не було. У контрольній групі при стійкому гемостазі, але при наявності факторів ризику частота рецидивів ГШКК становила 6,7%.

Таким чином, застосування ін'єкційної форми інгібітору протонного насосу омезу сприяло значному зниженню частоти виникнення ранніх рецидивів виразкової кровотечі, дозволило уникнути виконання операції у пацієнтів із супутніми захворюваннями в стадії декомпенсації.

Висновки

1. Дворазова на протязі доби інфузія блокатору протонної помпи омезу в дозі 80 мг хворим на виразкові гастродуоденальні кровотечі є суттєвим доповненням до індивідуально-активної хірургічної тактики.
2. У хворих з високим оперативним ризиком за рахунок довенної інфузії препарату вдається виграти час для стабілізації вітальних функцій, поповнення дефіциту об'єму циркулюючої крові, відновлення імунологічної реактивності організму, що суттєво підвищує ефективність хірургічного лікування і веде до зниження післяопераційної летальності.
3. Введення інгібітору протонної помпи в схемі лікування хворих з гострими гастро-дуоденальними кровотечами виразкового генезу збільшує надійність консервативного гемостазу, служить засобом профілактики рецидиву кровотечі.

Література

1. Бойко В.В., Криворучко И.А., Пеев С.Б., и др. (2003) Прогноз и профилактика рецидива кровотечения из язв гастродуоденальной зоны у больных с тяжелыми кровотечениями. Харківська хірургічна школа 1(6): 65-67
2. Новиков А.И., Бондаренко Н.М. (1999) Прогнозирование и профилактика послеоперационных гнойно-восполительных осложнений у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Клінічна хірургія. 8: 7-9
3. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. (1997) Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. (Ровно). Б. и. 383 с.
4. Харберюш В.А., Кондратенко П.Г., Соболь А.А. (1995) Анализ летальности и пути ее снижения у больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением. Арх. Клин. и эксперим. медицины. 4 (2): 229-233

АНОНС

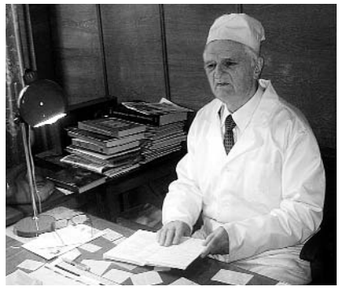
Науково-практичної конференції

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБ ЗБРОЙНИХ СІЛ УКРАЇНИ — II ЗАГАЛЬНІ ЗБОРИ»

27-28 вересня 2007 року

Україна, Одеса
411 Центральний військовий клінічний госпіталь
Міністерства оборони України

По питанням звертатися:
Головний хірург 411 ЦВКГ,
полковник медичної служби Каштальян М.А.
Тел.: (+38) 050 316 84 89



ДО ЮВІЛЕЮ ВАСИЛЯ ДМИТРОВИЧА БРАТУСЯ

26-го грудня 2006 року виповнилось 90 років з дня народження та 67 років лікарської, наукової, педагогічної та суспільної діяльності видатного хірурга, вченого, організатора охорони здоров'я, державного діяча, член-корреспондента НАН і АМН України, Заслуженого діяча науки України, лауреата Державної премії України, премії ім. акад. О.О. Богомольця НАН України, доктора медичних наук, професора кафедри факультетської хірургії №2 НМУ

Братусь Василь Дмитрович народився 26 грудня 1916 року в трудовій селянській сім'ї. Дитячі роки та навчання в семирічній школі пройшли в селі Рогозів Бориспільського району Київської області. З 1932 по 1935 роки навчався і закінчив з відзнакою Київський медичний технікум, за що отримав право вступу до Київського медичного інституту. Після закінчення чотирьох курсів навчання в інституті в 1939 році призваний до лав Червоної армії та зарахований на п'ятий курс новоствореної Куйбишевської Військово-медичної Академії. Але там провчився три місяці, бо в 1939 році почалася війна з Фінляндією. В кінці грудня 1939 року відправлений в Ленінградську Військово-медичну Академію, де склав Державні іспити і одержав диплом лікаря. З початку січня 1940 року і до кінця війни з білофінами працював лікарем лижного батальйону на Карельській дільянці фронту і побував з боями в глибинному тилу на території Фінляндії. Після закінчення війни, відкомандирований в Куйбишевську Військово-медичну Академію, де пройшов півторарічну підготовку, як хірург військового та армійського районів. З першого і до останнього днів Великої Вітчизняної війни працював на фронті ведучим хірургом медсанбату, а потім армійського та фронтового госпіталю. Нагороджений сімома орденами та сімнадцятьма медалями Радянського Союзу.

Після закінчення війни і демобілізації, з 1946 року працював клінічним ординатором по хірургії, а в 1948 році — після захисту кандидатської дисертації — асистентом, доцентом кафедри хірургії Київського інституту удосконалення лікарів, а з 1951р. — медичного інституту. Одночасно з 1950 року працював заступником, а згодом — начальником Головного Управління Вищих навчальних закладів Міністерства охорони здоров'я України. В 1952 році призначений заступником, а в 1954 році — міністром Охорони Здоров'я України. В 1957 році призначений Ректором Київського інституту удосконалення лікарів, а в 1958 переведений на посаду Ректора Київського медичного інституту, де працював до 1965 року. В 1962 році захистив докторську дисертацію на тему "Хірургічне лікування термічних опіків". В 1963 році отримав вчене звання професора по кафедрі хірургії. З 1962 року — керівник кафедри хірургії інституту удосконалення лікарів, а в 1963 році переведений на посаду керівника кафедри хірургії стоматологічного факультету медичного інституту, де в ці дні працював і Ректором.

У 1968 році вдруге призначений міністром Охорони Здоров'я України, де працював до 1975 року, одночасно займаючи посаду керівника кафедри хірургії. На протязі 30 років керував кафедрою хірургії, спочатку (з 1962 року) на стоматологічному, а згодом, з 1982 року — на педіатричному факультеті. З 1992 року за віком залишив керування кафедрою і працює професором кафедри факультетської хірургії №2. За багаторічну науково — педагогічну діяльність ним створено і згуртовано висококваліфікований колектив викладацького складу. При цьому, зміна назви кафедри і, відповідно, особливостей педагогічного процесу, — не призвила до змін у складі колективу викладачів кафедри і це забезпечувало впровадження єдиних установок у лікувально — діагностичному, а, особливо, — у педагогічному процесах. За ці роки значно розширено діапазон оперативної діяльності, зокрема в абдомінальній хірургії, хірургії опіків, пластичній хірургії. За роки керівництва кафедрою ним підготовлено 3 доктори та 25 кандидатів медичних наук, опубліковано біля 500 наукових праць, з яких 12 монографій, в тому числі: "Хірургічне лікування термічних опіків" (1963) яка удостоєна Державної премії президії Національної Академії Наук УРСР, "Гострі шлунково — кишкові кровотечі" (1971), "Інтенсивна терапія в невідкладній хірургії" (1980), "Геморагічний шок" (1982). "Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечний" (1991), що витримала 3 перевидання та, як одна з найкращих праць, присвячених проблемі, залишається настільним посібником хірургів.

За удосконалення методів діагностики і лікування опіків професор В.Д. Братусь у 1981 році удостоєний Державної премії України в галузі науки. За монографію "На пути к антисептике и обезболиванию в хирургии" (1984) одержав першу премію на Всесвітньому Конкурсі товариства "Знання" в Москві.

В 1970 році обраний член — кореспондентом АН України, а у 1990 році — член-кореспондентом АМН України. За ці роки клініка розширилася до 180 ліжок, збудований ще один корпус з аудиторією для студентів, лабораторіями та приміщенням для практичних занять зі студентами. Були створені умови для комплектації клініки різноманітним контингентом хворих, що задовольняє потреби педагогічного процесу. Значно розширено діапазон хірургічної діяльності, зокрема за рахунок абдомінальної патології. Це також дало можливість приймати достатню кількість хворих з окремих вузьких нозологічних форм, потрібних для педагогічного процесу і виконання наукових досліджень. Перш за все, це стосувалось хворих з ендокринними захворюваннями, слоновістю і взагалі хворих, які потребують пластичних операцій. Ще раніше в інтересах клініки було створено відділення для лікування опіків, яке згодом стало республіканським центром для хворих з цією патологією, а пізніше, з 1981 року на базі клініки офіційно створено Київський міський центр для лікування хворих з гострими шлунково — кишковими кровотечами. З цієї проблеми автором опубліковано більше 60 наукових праць, у тому числі чотири монографії. Концентрація наукових сил на певній важливій проблемі завжди сприяла удосконаленню діагностичної і лікувальної роботи, поглибленню наукових досліджень і покращенню навчання студентів. Функціонування центру шлунково — кишкових кровотеч уже в найближчі роки забезпечило зменшення післяопераційної летальності не менше, як у 3 рази порівняно з даними як вітчизняних, так і зарубіжних авторів. Центр став місцем для стажування хірургів не тільки з України, але і з інших країн СНД та світу. З 1976 року, раніше, ніж в інших клініках Університету, в клініці застосовуються органозберігаючі операції на шлунку на основі ваготомії. До 2006 року уже було виконано більше, ніж 5,5 тисяч операцій ваготомії у різних модифікаціях при лікуванні ускладнених пілородуоденальних виразок. З проблеми ендокринної патології з клініки вийшло 38 наукових праць, захищено одну докторську і чотири кандидатських дисертації. З проблеми гострих шлункових кровотеч — більше 80 публікацій, з яких 12 — у іноземних журналах, захищено 1 докторська і 11 кандидатських дисертацій. Постійно приділяється багато уваги організації педагогічного процесу, забезпеченню його сучасними наочними посібниками. На кафедрі створено три учбових кінофільми, які щороку демонструються студентам.

Багато уваги приділяється питанням історії та організації вищої медичної освіти й охорони здоров'я. З цих проблем автором опубліковано більше, як 120 робіт, у тому числі дві монографії. Професор В.Д. Братусь також відзначається як Державний діяч. Він обирався депутатом Верховної Ради України трьох скликань (1953 — 1973 рр.). Був делегатом XII сесії Організації Об'єднаних Націй і доповідачем на Генеральній Асамблеї ООН про створення Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВОЗ) (1959 р.). На протязі 30 років був на громадських засадах Президентом медичної сесії Всесоюзного Товариства Дружби і Культурних зв'язків з зарубіжними країнами.

В 2006 році Указом Президента України нагороджений Орденом Ярослава Мудрого V ступеня.

Всі хірурги України, особливо колектив НМУ імені О.О.Богомольця та кафедри факультетської хірургії №2, співробітники Центру шлунково-кишкових кровотеч, численні друзі та учні щиро вітають поважного Василя Дмитровича з ювілеєм, зичать міцного здоров'я, довгих років плідної праці, радощів та доброго настрою.

ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ АВТОРІВ

Редакція приймає статті та рукописи авторів тільки на окремих файлах у форматі Win Word на: CD, дискетах типу MFD-2 HD. Рукописи, ілюстрації, дискети та ін. не повертаються.

Рукописи, що не відповідають умовам та усім вимогам інструкції для авторів, не розглядаються й не повертаються, та нажаль автори не повідомляються.

Відповідальність за коректування наданого авторами власного матеріалу, цитат та посилань несуть автори статей. Однак редакція залишає за собою право представляти отримані роботи для рецензування авторитетним у цій галузі спеціалістам. В таких випадках відгук буде опублікований разом з рецензованою статтею. Редколегія залишає за собою право, в разі особливої потреби, скорочувати та виправляти статті, не змінюючи при цьому їхнього істотного змісту.

Авторські права. Прийняття рукопису до публікації передбачає, що цю роботу відправлено до редакції за згодою усіх авторів установи, де її було виконано; авторські права автоматично переходять від авторів до видавника; рукопис не буде опубліковано де-небудь без згоди власника авторських прав.

Редакція приймає статті на українській, російській та англійській мовах.

Для прискорення роботи авторів дуже просять готувати рукописи відповідно до інструкцій.

1. Рукопис повинен бути надрукований **Times New Roman**, 12, через 2 інтервали на аркуші форматом А4 (21 і 29,7 см).

2. Титульний лист повинен мати на українській (або російській) мові та на англійській мові **назву статті та імена авторів, заклад, клініку, відділення**, в якому виконано роботу, адресу закладу для кореспонденції. Далі, сторінки рукопису повинні бути пронумеровані послідовно.

3. Чітке відокремлення друкованого аркуша — важлива допомога читачам. **Кожна стаття повинна мати:** узагальнення (summary), вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, література.

4. Узагальнення повинно бути на українській (або російській) мові та на англійській мові (**Summary**), мати короткий огляд основних положень роботи. Його розмір може складати від 1/2 до цілої сторінки. Додайте не більше 4 ключових слів у кінці.

5. Вступ пов'язаний в основному з найбільш важливими питаннями статті. Після ознайомлення зі вступною частиною читачу повинно бути зрозуміло, навіщо було виконано дану роботу, та яка мета автора.

6. В частині **матеріали та методи** повинен бути представлений короткий, але чіткий опис, наприклад, основної методики оперативного втручання, або яким чином виконувався експеримент, яка апаратура та техніка використовувалась, обсяг клінічного матеріалу і його підрозділ, види та кількість експериментів і т. д. Ця частина повинна дозволити читачеві контролювати, повторювати і продовжувати наукову роботу авторів.

Якщо методи будуть вже десь чітко описані, бажано дати тільки найкоротший опис і посилатися на публікацію, в якій є повний опис даного методу.

7. Результати повинні бути викладені чітко та стисло. Таблиці та графіки бажані в тому випадку, якщо вони скорочують текст і збагачують зміст.

8. В **обговоренні** основні результати повинні бути порівняні з результатами, які є в літературі. Їхнє значення в практичній хірургічній роботі рекомендується виділити.

9. Список літератури (у статті — **Література**) повинен бути представлений в алфавітному порядку, пронумерований та ідентифікований з номерами в тексті.

Згадування журналу повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації у округлих дужках, повну назву статті, назву журналу — скорочення відповідно "Index Medicus", номер тому (якщо є), номер журналу, перші та останні номери сторінок.

- Борисов А.П., Григорьев С.Г. (1998) Классификация малоинвазивных хирургических вмешательств. Эндоскопическая хирургия. 4: 30-31
- Fay T., Grant F.C. (1923) Ventriculoscopy and intraventricular photography in internal hydrocephalus. JAMA. 46; 80: 461-463

Посилання на книгу, методичні рекомендації повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в округлих дужках, повну назву книги, місце публікації в округлих дужках, видавництво та кількість сторінок.

- Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. (1986) Компьютерная томография мозга. (Москва). "Медицина". 256 с.
- Grossman C.B. (1990) Magnetic resonance imaging and computed tomography of the head and spine. (Baltimore). Williams and Wilkins, eds. 280 p.

Посилання на дисертацію повинно включати: прізвище та ініціали автора, рік публікації в округлих дужках, повну назву дисертації, науковий ступінь пошукача, місце публікації в округлих дужках, кількість сторінок.

- Бхат А.К. (1987) Диагностика и лечение травматических двусторонних субдуральных гематом. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Киев). 18 с.

Посилання на тезиси повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в округлих дужках, повну назву тезисів, назва конференції, місце публікації в округлих дужках, перші та останні номери сторінок.

- Блинов Е.И. (1982) Распознавание и лечение хронических внутричерепных гематом. Тез. докл. III Всесоюзного съезда нейрохирургов. (Москва). с. 23-24
- Danchin A.G. (1997) Endoscopic assisted microsurgery of lateral herniated lumbar disks. In Abstract Book: Third Congress on Minimally Invasive Neurosurgery. (France). pp 28-29

10. Ілюстрації мають надаватися окремо у вигляді зображень для сканування (див. п.12) або у окремих файлах на будь якому носії, в форматі TIFF або JPEG (maximum quality) з розподільчою здатністю 300 dpi, та розміром не меншим за розмір репродукування. Категорично не допускається надання зображень імпортованих у програму Win Word.

11. Карти (схеми) і графіки повинні бути розбірливими.

12. Фотографії повинні бути глянцевими, чітко зфокусованими та контрастними. Рентгенівські відображення бажані. Галузі, які вважаються найбільш важливими, можуть бути відокремлені прозорим покриттям так, щоб вони викликали особливу увагу.

Фотографії бажано надсилати в 2 екземплярах. Автор повинен гарантувати, що репродукції ілюстрацій, на яких пацієнт може бути впізнаний, повинні бути або схвалені ним самим, або його (її) офіційним представником.

13. Будь ласка, додайте **у кінці статті** повні імена, титули та повну адресу всіх авторів, закладів, в яких виконано роботу, країну і місто. Вкажіть: з ким, по якій адресі і по якому телефону редакція буде при необхідності мати контакт.

14. Всі ділові контакти (переговори) та особливо всю кореспонденцію відносно остаточного друку необхідно надсилати прямо на адресу:

Редакція
"Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"
Клініка нейрохірургії та неврології
Головного військового клінічного госпіталю
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел.: (044) 521-82-87; факс (044) 522-83-79