

На правах рукописи

АМИРХАНОВ АЛИШИХ МАГОМЕДОВИЧ

**СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ СЛИЗИСТОЙ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

14.00.27 – Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

МОСКВА – 2007

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» (ректор – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Янушевич.О.О) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации

Научный руководитель:

Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор

**Дибиров
Магомед Дибирович**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
профессор

**Луцевич
Олег Эммануилович**

Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор

**Шаповальянц
Сергей Георгиевич**

Ведущая организация: Московская Медицинская Академия
им. И.М.Сеченова

Защита состоится «_____» _____ 2007 г. в 14 часов на заседании диссертационного Совета Д 208.041.02 при ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава по адресу 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава по адресу: 125206, г. Москва, ул. Вучетича, 10а

Автореферат разослан «_____» _____ 2007 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Уртаев Б. М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза и профилактика ее осложнений до настоящего времени продолжает оставаться сложной задачей .

Опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) составляют до 10 % от опухолей желудочно-кишечного тракта, (Н .Н . Блохин и соавт ., 1982 ., Т. А. Лютфалиев 1998 г., Ю .И. Патютко , А .Т . Котельникова ., 1997). Известно , что у 30-40% больных с механической желтухой возникает грозное осложнение –острые эрозии и язвы желудка ДПК ,которые осложняются кровотечением ,реже перфорацией и нередко являются непосредственной причиной смерти больных (В.П.Хохоля и соавт 1999).Особенно это опасно в послеоперационном периоде когда, кровотечения происходят на очень неблагоприятном фоне нарушения свертываемости и холемии (С.С. Зимницкий, 1991; А.С. Логинов, 1991;А.С Ермолов 2001 г) .

Острые эрозии и язвы желудка и ДПК кишки у больных с механической желтухой возникают в сравнительно ранние сроки после обтурации желчных путей, однако осложняются кровотечением обычно в случаях длительной гипербилирубинемии, холангите, осложнений и после оперативных вмешательств, (Хохоля В. П ., 1990., В.С.Савельев, 2003; В.Д.Федоров, 2004; В.Ч.Чернов 2005).

Геморрагические осложнения у больных с механической желтухой, как правило, сопровождаются резким ухудшением функционального состояния печени, которое несомненно является одной из основных причин нарушения гемостаза, и играет важную роль в развитии кровотечения из острых гастродуоденальных язв.

Тяжелая интоксикация, холемия, нарушения гемостаза у больных с механической желтухой, а также пред и послеоперационный стресс приводят к тяжелым кровотечениям из острых эрозий и язв, которая у 25-30 % больных заканчивается летальностью (А.С.Ермолов, 2004).

Стрессовые факторы действуют в пред и послеоперационном периодах в послеоперационном периодах, на фоне эндотоксикоза резко ухудшают микроциркуляцию ,что оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, (Shuman R.B., Schuster D.P., Luckermann G.R. 1987., Курыгин А. А., Скрябин О. Н. 1996).

Существующие клинические методы морфофункционального состояния слизистой желудка и ДПК не позволяют в полной мере прогнозировать развитие острых эрозий и язв. Большое применение получает лазерная доплеровская флоуметрия для диагностики функционального состояния тканей и органов, (Б.С.Брискин и соавт 1999).

Этот метод позволяет в реальном масштабе времени оценить тканевой кровоток, показатели микроциркуляции и является отражением не только функциональной активности микрососудистого русла, но и интегральным отражением метаболических, структурных процессов в тканях. Изучение микроциркуляции в желудке и двенадцатиперстной кишке при механической желтухе представляет большой научный и практический интерес.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза, посредством профилактики и адекватного лечения острых гастродуоденальных эрозий и язв.

Задачи исследования

1. Определить частоту эрозивно-язвенных поражений у больных с механической желтухой опухолевого генеза.
2. Изучить особенности тканевого кровотока в слизистой желудка в двенадцатиперстной кишке, при механической желтухе опухолевого генеза в зависимости от длительности и уровня билирубинемии.
3. Провести сравнительную характеристику морфологии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от длительности и тяжести холемии.
4. Изучить состояние гемокоагуляции в зависимости от тяжести печеночно-клеточной недостаточности.
5. Разработать оптимальную и эффективную методику профилактики эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК при механической желтухе опухолевого генеза.

Научная новизна результатов исследования

В настоящей работе на большом клиническом материале впервые с использованием современных методов диагностики, изучены

факторы риска, способствующие возникновению острых эрозивно-язвенных поражений с механической желтухой опухолевого генеза.

Доказано значение тканевой перфузии и микроциркуляции в возникновении острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки(ДПК).

Доказана роль длительной гипербилирубинемии ,воспалительных изменений в билиарной системе ,тяжести эндотоксикоза ,пептического фактора в развитии острых эрозий и язв желудка и ДПК.

Составлена система прогнозирования желудочно-кишечных кровотечений у больных с механической желтухой опухолевого генеза.

Разработаны методы профилактики и алгоритм лечения.

Практическая значимость полученных результатов

Степень микроциркуляции у больных с механической желтухой опухолевого генеза , состояние кислотопродуцирующей функции желудка , тяжесть эндотоксикоза и воспалительных изменений в билиарной системе, в практике можно использовать в качестве прогностических тестов, исходя из которых следует провести адекватные профилактические меры эрозивно-язвенных поражений и кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выделение больных с большим риском развития эрозий и язв в зависимости от количества и тяжести факторов риска развития, позволяет своевременно определить профилактические мероприятия по предупреждению эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

Изучение капиллярного кровотока с использованием аппарата ЛАКК-02 является объективным методом ,который позволяет определить возможность развития острых эрозивно-язвенных поражений в до и послеоперационном периодах и определить эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Предложенная комплексная профилактическая терапия до и послеоперационном периодах позволяет улучшить результаты лечения больных с опухолевым поражением органов ГПДР осложненной механической желтухой ,посредством уменьшения кровотечений из острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений .

Основные положения, выносимые на защиту

1. Изменения капиллярного кровотока желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с механической желтухой опухолевого генеза в зависимости уровня и длительности билирубинемии играет решающую роль в возникновении острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Частота и тяжесть эрозивно-язвенных поражений у больных с механической желтухой опухолевого генеза в пред и послеоперационном периодах ,определяется количеством факторов риска.
3. Профилактические мероприятия до, во время и послеоперационном периодах приводят к уменьшению возникновения острых гастродуоденальных эрозий и язв и кровотечений , и снижению летальности.

Внедрение результатов работы в практику

Основные положения диссертации используются при чтении лекций и проведении практических занятий на кафедре хирургических болезней и клинической ангиологии Московского государственного медико-стоматологического университета. Полученные в результате проведенной работы данные нашли широкое применение в обследовании и лечении у больных с опухолевым поражением органов ГПБЗ осложненной механической желтухой в хирургических и реанимационных отделениях ГКБ№ 81 и ГКБ № 50 и ГВВ№1 . г.Москвы.

Апробация работы

Результаты исследования и основные положения диссертации доложены на Всероссийской конференции хирургов, посвященной 85-летию Р.П.Аскерханова. Махачкала, (2005), на Всероссийской научно-практической конференции хирургов в Ростове-на-Дону, (2006), на Конференции молодых учёных МГМСУ, (2006) и научно-практической конференции, посвященной 50-летию ГКБ№50, (2005).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, в том числе по 1 публикации в журнале «Врач» и «Медицинском академическом журнале» рекомендованном ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Материалы диссертации изложены на 170 страницах машинописного текста. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения,

выводов, практических рекомендаций и списка литературы включающего 231 источник, 176 отечественных и 55 иностранных работ. Диссертация иллюстрирована 38 таблицами и 31 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинических исследований

Для осуществления цели и решения задач исследования нами было обследовано 100 больных с механической желтухой опухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в клинике хирургических болезней МГМСУ ГКБ№50, ГКБ№81, ГВВ №1 и главном клиническом госпитале МВД РФ за период 2003 по 2006 год.

Контрольная группа состояла из 50 больных, которым не проводились специальные профилактические мероприятия до и послеоперационном периодах.

В основную группу вошли 50 больных с механической желтухой которым проводилось целенаправленная комплексная профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки по разработанной нами схеме, направленные на улучшение микроциркуляции слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки до, во время и послеоперационном периодах .

Статистическая обработка проведена по программе Statistica 6.0. Возрастные группы больных выделены в соответствии с решениями международной конференции по геронтологии (Ленинград, 1962г), (табл 1).

В обеих группах преобладали пациенты пожилого и старческого возраста.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту (n-100).

	основная (n -50)		Контрольная (n -50)	
	пол		пол	
Возраст	м-34	ж-16	м -37	ж-13
Меньше 45			3	
45-59лет (средний возраст)	10		5	
60-74 лет(пожилой возраст)	26		27	
75-89 лет(старческий возраст)	14		14	
Старше 90 лет (долгожители)	–		1	

Механическая желтуха наблюдалась у всех 100 пациентов. Степень тяжести механической желтухи оценивалась согласно классификации Напалкова П.Н. и Артемьевой Н.Н. (1984), определяющими критериями при этом являлись степень гипербилирубинемии и длительность желтушного периода.

В обеих группах преобладали больные с выраженной желтухой(средней и тяжелой степени), которая имела у 79%.

Продолжительность желтушного периода у подавляющего числа больных составляла от 1 до 3-х недель, (табл 2).

Таблица 2. Уровень билирубинемии (n-100).

Группы уровень билирубинемии	Основная группа (n – 50)	Контрольная группа (n – 50)	Всего
До 150 мкмоль/л, до 2-х нед (легкая степень)	12 (24%)	9 (18%)	21%
150-300 мкмоль/л, 2-6 нед (среднетяжелая степень)	19 (38%)	18 (36%)	37%
Более 300 мкмоль/л, более 6 нед (тяжелая степень)	19 (38%)	23(46%)	42%

Распределение больных по стадии онкологического процесса проводилось в соответствии с международной классификацией TNM в редакции 1997 г. У подавляющего числа пациентов определялась III-IV стадия заболевания у 43 (86%) больных основной группы и 46 (92 %)больных контрольной группы. Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало осмотр пациента, клинические, биохимические анализы крови, эндоскопическое исследование желудка и ДПК, ретроградная холедохопанкреатография, ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, исследование микроциркуляции слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Обе группы сопоставимы по полу и возрасту .

В обеих группах преобладали пациенты пожилого и старческого возраста

1.Микроциркуляция слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки

Для определения микроциркуляции слизистой использовался полостной датчик который вводили через биопсийный канал гастродуоденоскопа в просвет желудка и двенадцатиперстной кишки.

Датчик с помощью эндоскопа подвели к тем отделам желудка и ДПК выбранных для исследования.

Таблица 3. Показатели микроциркуляции в разных отделах гастродуоденальной зоны у здоровых лиц (n-21).

Исследуемая область	Показатели	Контрольная группа (n-21).
Тело желудка	М(пф.ед)	9,4±0,79
	СКО (пф.ед)	0,53±0,02
	Кv (%)	6,4±0,22
	ИЭМ	1,79±0,27
Антральный отдел желудка	М(пф.ед)	5,2±0,59
	СКО (пф.ед)	0,49±0,05
	Кv (%)	9,3±0,32
	ИЭМ	1,59±0,24
Луковица 12 п кишки	М(пф.ед)	1,59±0,24
	СКО (пф.ед)	0,43±0,1
	Кv (%)	2,97±0,42
	ИЭМ	1,35±0,14

Для всех больных выбраны стандартные точки для оценки состояния микроциркуляции слизистой гастродуоденальной зоны: фундальный отдел-1 точка, антральный отдел-1 точка, луковица двенадцатиперстной кишки-1 точка. Контрольными точками были выбраны следующие зоны: тело желудка , антральный отдел желудка, луковица двенадцатиперстной кишки.

Мы провели дополнительно исследование тканевой перфузии контрольной группы у практически здоровых лиц которую брали за норму. Полученные данные указывают на достаточно высокие показатели микроциркуляции желудка и двенадцатиперстной кишки у здоровых лиц.(табл3).

Наименьшие показатели наблюдаются в кардиальном отделе и в области дна желудка. По мере приближения к пилорическому отделу интенсивность микроциркуляции увеличивается. Наши данные укладываются в схемы топографии микроциркуляции желудка и двенадцатиперстной кишки (Арбузова В.Г ., и соавт ,1979, Гринберг А.А., и соавт 1987).

Микроциркуляция в контрольной и основной группах.

В обеих группах степень нарушения микроциркуляции имела определенную вариабельность, о чем свидетельствует данные тканевой перфузии желудка и двенадцатиперстной кишки (см табл 4). Исследуемым пациентам из основной группы в комплекс проводимой терапии включали блокаторы H₂- гистаминовых рецепторов до операции и продолжали в течении 12 дней после операции, после чего выполняли повторное исследование микроциркуляции в этих же точках, придерживались условий в котором проводили пациентам из I и II групп до проведенной терапии (табл 4).

Таблица 4. Показатели микроциркуляции в контрольной и основной группах.

Исследуемая область	Показатели	контрольная группа (n-50)	основная группа (n-50)
Тело желудка	M(пф.ед)	8,6±0,83	7,9±0,81
	СКО (пф.ед)	0,44±0,05	0,42±0,03
	Kv (%)	5,61±0,27	5,54±0,21
	ИЭМ	1,46±0,13	1,43±0,11
Антральный отдел желудка	M(пф.ед)	4,13±0,94	4,07±0,81
	СКО (пф.ед)	0,34±0,07	0,39±0,05
	Kv (%)	8,2±0,37	8,4±0,36
	ИЭМ	1,24±0,18	1,31±0,18
Луковица 12 п кишки	M(пф.ед)	11,2±1,17	10,9±1,07
	СКО (пф.ед)	0,30±0,05	0,33±0,06
	Kv (%)	2,81±0,31	2,83±0,29
	ИЭМ	1,28±0,16	1,31±0,19

Для выявления возможной взаимосвязи между нарушениями микроциркуляции и выраженностью гипербилирубинемии мы провели сравнительный анализ (табл 5). Оказалось, что у пациентов с гипербилирубинемией нарушения тканевой перфузии достоверно отличались от контрольных значений. Вышесказанное было справедливым для пациентов с более высоким уровнем билирубина, особенно в группах гипербилирубинемией (151-300мкмоль/л и более 300 мкмоль/л. Некоторые показатели ИЭМ тела желудка, ПМ

антрального отдела желудка и ПМ, Kv и ИЭМ луковицы 12 п кишки достоверно отличались от показателей тканевой перфузии ($p < 0,05$)

Таблица 5. Показатели тканевой перфузии в зависимости от билирубинемии.

			До 150	От 151 до 300	Более 300
Фундальный отдел желудка	M(пф.ед)	7,9±0,21	10,8±0,69	9,1±0,93	7,9±0,85
	СКО(пф.ед)	0,61±0,03	0,44±0,03	0,37±0,05	0,65±0,04
	Kv(%)	9,2±0,17	4,07±0,21	3,8±0,14	2,9±0,23
	ИЭМ	1,72±0,03	1,52±0,23	1,45±0,12	1,36±0,18
Антральный отдел желудка	M(пф.ед)	5,1±0,05	4,5±0,64	3,9±0,67	2,7±0,76
	СКО(пф.ед)	0,49±0,04	0,41±0,08	0,34±0,07	0,28±0,09
	Kv(%)	9,07±0,31	8,12±0,42	8,07±0,23	7,06±25
	ИЭМ	2,13±0,15	1,82±0,17	1,94±0,17	1,73±27
Луковица 12 п кишки	M(пф.ед)	8,1±0,29	4,1±1,12	3,2±0,98	2,2±0,79
	СКО(пф.ед)	0,41±0,29	0,35±0,06	0,31±0,08	0,27±0,34
	Kv(%)	4,7±0,42	2,8±0,31	2,91±0,27	3,1±0,35
	ИЭМ	1,69±0,69	1,32±0,14	1,25±0,16	1,18±0,45

При сопоставлении результатов ЛДФ у больных с прорастанием опухоли головки ПЖ в ДПК с группой контроля установлена достоверная разница между параметрами ,микроциркуляция пилорического отдела желудка представлена дисфункциональной дилатацией всех звеньев микроциркуляции.

Таблица 6. Показатели ЛДФ у больных с опухолью БДС и прорастанием опухоли головки поджелудочной железы в ДПК. (n-43).

Показатели ЛДФ	Дно желудка	Антральныйотдел желудка	Луковица ДПК
M (пф. ед.)	5,19 + 0,37	4,77 + 0,22	4,07+0,18
СКО(пф.ед)	0,77 + 0,11	0,56 + 0,13	0,32 ±0,06
Kv (%)	0,14 + 0,02	0,11+0,01	0,09 + 0,01
ИЭМ (%)	1,61+0,12	1,21±0,1	0,82 + 0,08

В зоне опухоли БДС и прорастания опухоли головки в ДПК, показатели микроциркуляции указывали на его стабильно низкие значения, и амплитудно-потный спектр колебаний кровотока. Изменения микроциркуляции сопровождаются снижением показателя эффективности микроциркуляции.

По мере выраженности процесса (прорастания опухоли) определялась закономерная динамика снижения ПМ который составил $4,77 \pm 0,22$ и $4,07 \pm 0,18$ ед соответственно.

У больных с тяжелым течением заболевания был выявлен максимально низкий ПМ. Он оказался ниже нормы на 25% ($p < 0,01$). Была обнаружена обратная корреляционная зависимость средней выраженности ($r = 0,54$) между ПМ и степенью тяжести течения заболевания (табл 6).

2. Состояние pH слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с механической желтухой опухолевого генеза.

Состояние pH слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки определяли экспресс-методом. В обеих группах гиперацидное состояние преобладало на нормоацидность и гипоацидность. В основной группе гиперацидность – 28 (56,%) случаев, нормоацидность в 17 (34)%, гипоацидность – в 5 (10%) случаев. В контрольной группе гиперацидность – 26 (52,%), нормоацидность – 19 (37,%), гипоацидность – 5 (10,%) случаев

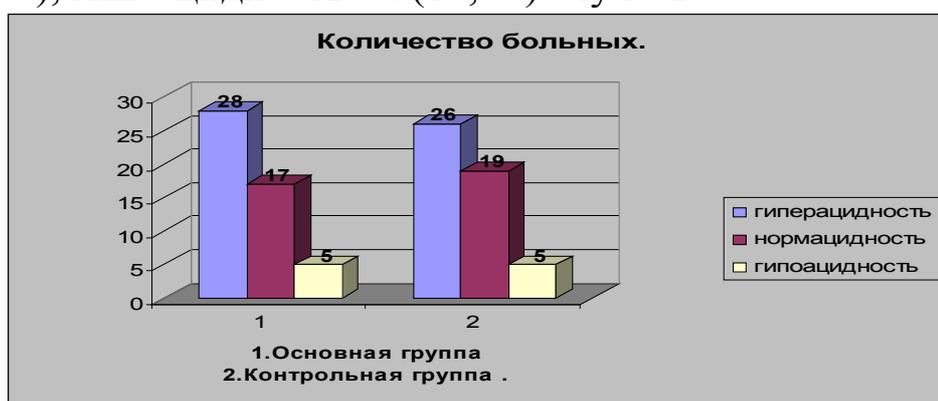


Рис1. Секреторная функция слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с механической желтухой опухолевого генеза

Состояние анацидности не было выявлено ни у одного из обследованных нами больных. Таким образом, нами было отмечено

преобладание гиперацидных состояний у больных с механической желтухой опухолевого генеза, (см рис 1).

Анализ состояния рН желудка и двенадцатиперстной кишки нам позволяет сделать следующий вывод, что гиперацидность больше характерно для больных с острыми эрозиями двенадцатиперстной кишки и пациентов с эрозиями и язвами, локализованными одновременно в желудке и двенадцатиперстной кишке.

3. Факторы риска, их роль в образовании острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с механической желтухой опухолевого генеза.

Ретроспективно изучено 1245 историй болезней больных с механической желтухой опухолевого генеза.

Из 1245 больных ФГДС выполнялась 1165 (93.6%). Из 1165 (93.6%) больных, которым проводилось первичное эндоскопическое исследование, у 1001 (85.9%) выявлялись острые эрозивно-язвенные поражения, пищевода 21 (2.1%), желудка 526 (52.5%) и двенадцатиперстной кишки 454 (45.3%), кровотечения выявлено у 419 (42%). Из вышеуказанных данных выявлены острые язвы: пищевода у 4 (0.39%), желудка у 177 (17.7%) и ДПК у 156 (15.6%). Соотношение эрозивных и язвенных поражений: эрозии 664 (66.3%) и язвы 337 (33.7%).

Повторные эндоскопические исследования с последующим проведением гемостатических мероприятий выполнены у 247 (24.7%) больных. Острые эрозивно-язвенные поражения пищевода, желудка и ДПК в большинстве своем представлены от уровня билирубинемии более 150 мкмоль/л. До 150 мкмоль/л выявлены у 98 (9.8%), от 151 мкмоль/л до 300 мкмоль/л у 431 (43.1%), от 300 мкмоль/л и более 472 (47.2%). Причем сочетание острых эрозий и язв выявлено, при уровне билирубинемии: до 150 мкмоль/л у 4 (0.4%) больных, от 151 до 300 мкмоль/л у 109 (10.9%) больных и более 300 мкмоль/л у 116 (11.6%) больных. До 150 мкмоль/л выявлены у 98 (9.8%), от 151 мкмоль/л до 300 мкмоль/л у 431 (43.1%), от 300 мкмоль/л и более 472 (47.2%).

Значительное количество острых эрозивно-язвенных поражений пищевода, желудка и ДПК выявлены у больных в сроки от 21 суток и более. Острые эрозии пищевода у 15 больных, желудка у 289 больных, ДПК у 255 больных.

Острые язвы пищевода у 4 больных, желудка у 146 больных,

ДПК у 133 больных .Менее 7 суток выявлены острые эрозии желудка у 3 (0.5%) больных и эрозии ДПК у 2(0.3%) больных , язв не выявлено.

Таблица 7. Факторы риска эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК при механической желтухе опухолевого генеза.

Факторы риска		Бал- лы
Возраст	60-74(пожилой)	4
	75-89(старческий)	5
Тяжесть сопутствующей патологии и общее состояние больных по классификации ASA.	Класс III	3
	Класс IV	4
	Класс V	5
Гнойно-воспалительные осложнения, развившиеся после оперативного вмешательства:	Нагноение послеоперационной раны	2
	Абсцессы.	3
	Перитонит.	4
Выраженность факторов отягчающих состояние больных при механической желтухе опухолевого генеза:	Холангит	3
	Кахексия	4
	Асцит	3
	Нарушение дуоденальной проходимости	3
	Коагулопатия, гипокоагуляция	5
Стадия онкологического процесса	III стадия	4
	IV стадия	5
Степень тяжести печеночно-клеточной недостаточности	I степень до 150 мкмоль/л, до 2-х недель.	3
	II степень 151- 300 мкмоль/л 2-6 недель.	4
	III степень более 300 мкмоль/л ,более 6 недель	5
рН слизистой желудка и ДПК	гиперацидность	4

В послеоперационном периоде у 283 (37.7%) больных отмечено кровотечение из острых эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК. У 84 (6.7%) в том числе у 48(3.9%) послеоперационных больных , причиной летального исхода явилось кровотечение из острых эрозий и язв желудка и ДПК- постгеморагическая анемия
Факторы риска изучены у 1345 больных (1245 ретроспективно изученных историй болезней и 100 пациентов, которые находились под нашим наблюдением).

Путем сопоставления особенностей течения заболевания у больных с механической желтухой опухолевого генеза , с характером выявляемых эрозивно-язвенных поражений , обнаруженных во время гастроскопии, гиповолемические и гемодинамические нарушения до, во время и послеоперационном периодах, осложнения , показатели гемореологии в зависимости от длительности и уровня желтухи, значения микроциркуляции нами выделены факторы риска язвообразования.

Для оценки риска развития острых эрозивно-язвенных поражений мы вывели шкалу , где факторы риска распределили по баллам с учетом их значимости, (табл 7).
Исходя из этого мы можем сказать, что количество баллов прямо пропорционально частоте стрессорных эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК при механической желтухе опухолевого генеза.

Учитывая эти данные мы выделили 3 группы риска

I группа (количество баллов до 20, риск эрозивно-язвенных поражений минимален).

II группа (количество баллов до 30, умеренный риск эрозивно-язвенных поражений).

III группа (количество баллов свыше 30, высокий риск эрозивно-язвенных поражений):

Значение этих факторов позволяет создать программу профилактических и лечебных мероприятий, направленных на устранение причин эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта.

4. Лечение и профилактика кровотечений из острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

При сравнении показателей в основной и контрольной группах отмечено, что в основной группе (n -50) кровотечение из острых

эрозий и язв выявлено у 18 (36 %), а в контрольной (n-50) отмечено у 31 (64, %),(рис 2).

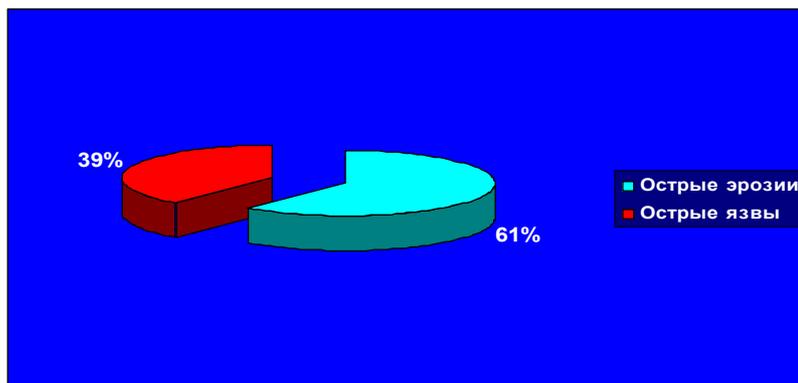


Рис 2.Эрозивно-язвенные поражения пищевода,желудка и двенадцатиперстной кишки при опухолевом поражении органов ГПБЗ.(n-95)

Из 95 больных у которых были обнаружены острые эрозии и язвы: у 37 (39%) пациентов проявились в виде острых язв , 20(54%) в контрольной группе и 17(46%) в основной группе , у 58(61%) пациентов 31(53.4%) в основной и 27 (46.5%) в контрольной группе проявились в виде острых эрозий, у 21(22%) больных было выявлено сочетание острых эрозий и язв.

По локализации при эндоскопическом исследовании чаще всего острые эрозии и язвы находили в желудке 54,7 % больных, в двенадцатиперстной кишке у 34 % пациентов и в пищеводе у 10,5% больных. У 22 % пациентов эрозии и язвы были локализованы в желудке и в двенадцатиперстной кишке.

Из 95 больных у которых эрозивно-язвенные поражения обнаруживались, как изолированно, так одновременно в желудке и двенадцатиперстной кишке, эти повреждения преимущественно локализовались в области тела желудка 38 % и дна желудка 24 % .

Из 34 больных с кровотечением из острых эрозий и язв, у 23 больных признаки кровотечения появились выше уровня билирубинемии 151 мкмоль/л и более и длительности билирубинемии более 14 суток(средней степени тяжести механической желтухи опухолевого генеза),в том числе после оперативного вмешательства на 2-3 сутки, у 7 (21%) в основной группе и 13 (38%) больных в контрольной группе .

Как показали результаты наших исследований, частота эрозивно-язвенных кровотечений составила 12(35%) случаев в основной группе, и 22(65%) случаев кровотечений в контрольной группе, (рис 3).

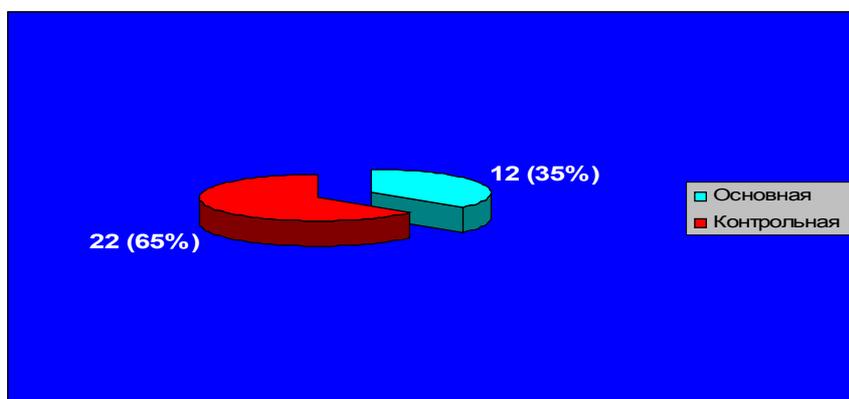


Рис 3. Частота эрозивно-язвенных кровотечений в исследуемых группах.

С момента поступления в стационар, до и послеоперационном периодах всем больным основной группы проводили предложенный нами комплекс консервативных мероприятий, направленный на все патогенетические звенья острых эрозивно-язвенных поражений, кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом факторов риска, включающий в себя.

1. Внутривенное введение блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов (квamatел 40мг\ 2 р в день), с целью нейтрализации пептического фактора.
2. Дезинтоксикационная терапия – введение растворов церукал, реамберин, раствор глюкозы 5%, 10% - 800 мл, физ раствор 400 мл, солевые растворы (хлосоль 400 мл, дисоль 400 мл), реополиглюкин 400 мл.
3. Препараты никотиновой кислоты 2-4мл (никотиновая кислота, ксантин-никотиновая кислота)
4. Растворы гидроксиэтилированного крамала- Инфукол 6%, 10 % - 250 и 500 мл, альбумин 5-10% раствор – 50-100мл.

Больные в контрольной группе профилактического лечения не получали.

В 8 (8%) случаев, 1(2%) в основной группе и 7(14%) в контрольной группе больных, умерло от кровотечения из острых

эрозивно-язвенных кровотечений желудка и ДПК и как следствие постгеморрагической анемии ,(рис 4).

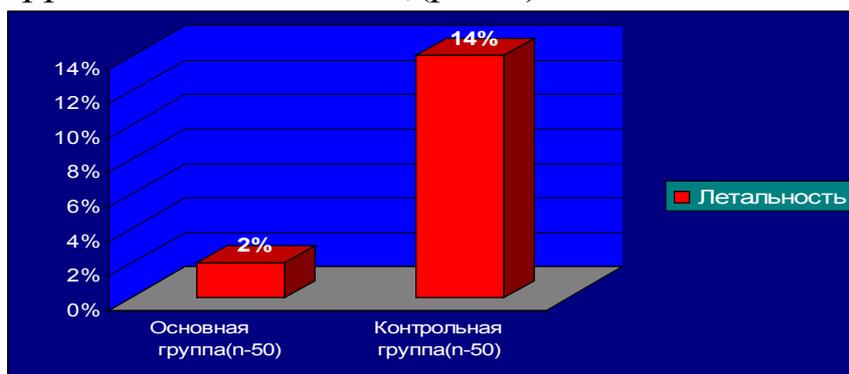


Рис 4. Летальность от эрозивно-язвенных кровотечений в основной и контрольной группах.

При повторной гастроскопии мы у 34 больных определили микроциркуляцию слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки и проводили сравнительный анализ с показателями микроциркуляции из контрольной группы

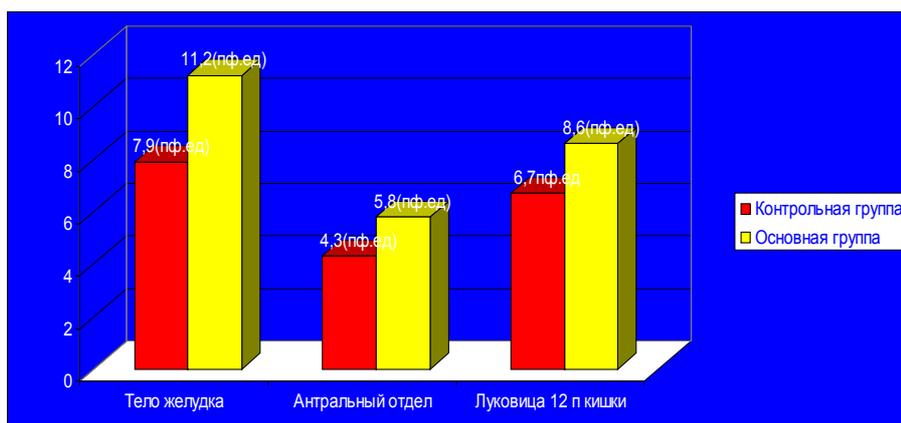


Рисунок 5. Показатели микроциркуляции после проведенной комплексной терапии в контрольной и основной группах.

При анализе АЧС и ИЭМ выявлены высокие цифры по сравнению с показателями из контрольной группы. Исследование микроциркуляции в антральном отделе желудка показало повышение значений показателей микроциркуляции, СКО, К_v по сравнению с показателями из контрольной группы. При анализе амплитудно-частотного спектра отмечено, что у больных контрольной группы имелось снижение амплитуды вазомоторных волн, что приводило к незначительному снижению ИЭМ чем показатели из второй группы. Показатели тканевой перфузии в антральном отделе контрольной группы (ПМ, СКО, ИМ, и коэффициент

вариации) достоверно отличались от показателей основной группы которым проводилась комплексная терапия.

Изучение особенностей микроциркуляции в слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки, позволило прийти к выводу что у больных имелись нарушения кровотока. ПМ, СКО и Kv было выше чем показатели в контрольной группе, (рис 5).

Комплекс лечебных мероприятий зависит от результатов динамической гастроскопии что включает в себя:

1. Консервативная терапия.
2. Лечебная эзофагогастродуоденоскопия.
3. Оперативное лечение.

По нашим наблюдениям из 100 пациентов с острыми эрозиями и язвами осложнение в виде кровотечений наблюдалось у 34 больных . Эндоскопический гемостаз проводился 13 больным в контрольной и 5 больным в основной группах.

Ввиду безуспешности консервативных методов остановки кровотечения 3 больных были оперированы.

Результаты лечения острых эрозий и язв, осложненных кровотечением, позволяет утверждать, что предупредить эти осложнения бывает гораздо легче, чем их лечить.

Комбинированный способ лечения кровоточащих острых эрозий и язв, включающий применение консервативных методов лечения и эндоскопические методы гемостаза, является наиболее эффективным.

Выводы

1. По данным ретроспективного анализа при длительной (более 14 суток), механической желтухе опухолевого генеза острые эрозии и язвы встречаются у 85 % больных , а кровотечение из них возникает у 42%.
2. Основными патогенетическими факторами риска возникновения острых эрозий , язв и кровотечений являются длительная гипербилирубинемия, тяжелая печеночно-клеточная недостаточность, выраженный эндотоксикоз, гиперацидность, гипокоагуляция, тяжелая сопутствующая патология и степень микроциркуляторных нарушений в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Реализующим фактором развития гастродуоденальных кровотечений при механической желтухе опухолевого генеза являются, степень нарушения микроциркуляции и морфологии в

слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, гипокоагуляция, тяжесть которых соответствует тяжести и длительности печеночно-клеточной недостаточности.

4. Предоперационная подготовка и послеоперационное введение, направленные на адекватную своевременную коррекцию эндотоксикоза, гомеостаза и гемостаза, печеночно-клеточной недостаточности, сопутствующей патологии, защиту слизистой и улучшение микроциркуляции, позволяют снизить количество кровотечений из острых эрозий и язв в 1.8 раз.
5. При кровотечениях из острых эрозий и язв у 87 % эффективна консервативная терапия с динамической гастродуоденоскопией и регионарной остановкой кровотечения путем склеротерапии этотоксиклеролом в концентрации 0,1-0,5%.

Практические рекомендации.

1. Для изучения микроциркуляторных нарушений в слизистой желудка и ДПК при механической желтухе опухолевого генеза рекомендуется лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ)-аппарат ЛАКК-2.
2. Для профилактики гастродуоденальных кровотечений в комплекс лечебно-профилактических мероприятий наряду с детоксикационной, антибактериальной терапией, своевременной декомпрессией желчных путей, и для устранения кислотного фактора необходимо ввести блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (ранитидин, квамател) в до и послеоперационном периодах, гепатопротекторов (гепа-мерц, гептрал), переливание нативной свежемороженой плазмы, альбумина, и внутривенное введение 2-4 мл ксантинола-никотина для улучшения микроциркуляции слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. При кровотечениях из острых эрозий и язв желудка и ДПК, показана интенсивная консервативная терапия с динамическим эндоскопическим контролем через 12-24 часа.
4. У больных с опухолевым поражением органов ГПБЗ при эрозивно-язвенных кровотечениях для остановки кровотечения рекомендуется проводить регионарный гемостаз склерозантами, в частности 0,1-0,5% раствором этотоксиклерола.

Публикации по теме диссертации

1. Г.С Рыбаков, М.Д.Дибиров, А.Д.Марченков, Ю.А.Сычинский, М.А.Просперов, А.М.Амирханов, М.Р.Какубава, А.М.Абдулмуслимов. «Современный взгляд на роль и место малоинвазивных вмешательств в комплексном лечении больных с патологией печеночно-дуоденальной зоны» // Актуальные вопросы клинической медицины 2005 г. том 2. стр 51-53.
2. М.Д.Дибиров, В.С.Акопян, В.П.Ивлев, А.М.Абумуслимов, А.И.Исаев, А.М.Амирханов. «Актуальные вопросы хирургической тактики при остром холангите неопухолевого генеза» // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию ГКБ №50.г.Москвы М.2005, стр.116-120.
3. А.А.Корниенко, Д.А.Демидов, Д.А.Орлов, А.М.Амирханов, Р.Д.Раджабов, А.И.Исаев. «Опыт видеоэндоскопических операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию ГКБ №50.г.Москвы М.2005, стр.65-68.
4. М.Д.Дибиров, А.И.Исаев, А.М.Амирханов. Пути улучшения результатов лечения осложнений ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста. Материалы Всероссийской конференции хирургов, посвященной 85-летию Р.П.Аскерханова. Махачкала, 2005, стр.127-128.
5. М.Д.Дибиров, Карсотьян Г.С., А.И.Исаев, Михайлин А.А., А.М.Амирханов. «Стрессорные повреждения желудка при интраабдоминальной инфекции» // XXVIII итоговая конференция молодых ученых МГМСУ, Москва, 2006 стр.136-137.
6. М.Д.Дибиров, А.Михайлин, А.Амирханов, Р.Давудов, Р.Эсетов, Е.Доронина. «Эндоскопический гемостаз гастродуоденальных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста» // Ежемесячный научно-практический и публицистический журнал, «Врач» №7, 2007г, стр. 43-44.
7. М.Д.Дибиров, А.Михайлин, Е.Доронина, А.Амирханов, Р.Эсетов, Р.Давудов «Эффективность эндоскопического гемостаза гастродуоденальных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста» // Медицинский академический журнал 2007, №3, Т-7 стр 70-72.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/