

На правах рукописи

КАЗЫМОВ

Ильхам Лазым оглы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ
РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

14. 00. 27 – Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва

2008

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии

ГОУ ВПО Российский Университет дружбы народов

Научный консультант

Доктор медицинских наук, профессор Курбанов Фазиль Самедович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Климов Александр Евгеньевич
ГОУ ВПО РУДН

Доктор медицинских наук, профессор Тимошин Андрей Дмитриевич
ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского
РАМН

Доктор медицинских наук Юрасов Анатолий Владимирович
НУЗ ЦКБ № 1 ОАО «РЖД»

Ведущая организация:

ГУЗ Научно–исследовательский институт
скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы

Защита состоится “___” _____ 2008 г. в ___ часов
на заседании диссертационного совета Д.212.230.09
при ГОУ ВПО Российский Университет дружбы народов
(117198, ГСП, г. Москва, ул. Миклухо–Маклая, д. 8).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
ГОУ ВПО Российский Университет дружбы народов
(117198, ГСП, г. Москва, ул. Миклухо–Маклая, д. 6).

Автореферат разослан “___” _____ 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Смирнова Э.Д.

Актуальность проблемы

Широкое распространение язвенной болезни (ЯБ) обуславливает неуга-сающий интерес к дальнейшему изучению ее этиологии и патогенеза, совершенствованию методов диагностики, консервативного и оперативного лечения [Агаев Б.А. и соавт., 2005; Климов А.Е. и соавт., 2007; Станулис А.И. и соавт., 2005; Freston J., 2000]. За последние 15–20 лет в РФ и странах СНГ регистрируется увеличение более, чем в 2,5 раза абсолютного и относительного числа больных с осложненным течением ЯБ [Велигоцкий Н.Н. и соавт., 2001; Курыгин А.И. и соавт., 1997; Кузин Н.М. и Крылов Л.Н., 1999; Лобанков В.М., 2005; Муратов И.Д. и соавт., 1999; Петров В.П., 2001]. Несмотря на высокую эффективность современного консервативного лечения ЯБ, гастродуоденальное кровотечение (ГДК) остается частым ее осложнением [Kang J.Y. и соавт., 2006]. При этом нерешенными являются ряд вопросов, касающихся выбора тактики и способа хирургического лечения ЯБ, что отражается в высокой частоте осложнений и летальности [Курыгин А.А. и соавт., 2004; Наумов И.А., 2003; Шиленок В.Н. и соавт., 1999 и др.].

Остаются нерешенной проблемой рецидивные язвы после резекции желудка и ваготомии, которые могут протекать скрытно, впервые проявляясь желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), частота которого составляет от 5,4 до 10% [Хаджибаев, А.М. и др., 2005; Черноусов, А.Ф. и др., 1996; Шмарина, И.В., 2003].

Гастродуоденальные язвы особенно часто встречаются у больных с диффузными заболеваниями печени, причем точная причина таких язв до сих пор не установлена [Ханевич М.Д. и соавт., 2003; Augoux J. et al., 2003; Castro-Fernandez M., et al., 2006; Kamalporn P. et al., 2005]. Кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка развивается у 80% больных циррозом печени (ЦП), в то же время в 13,8% наблюдений единственным источником ГДК у таких пациентов является язва желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) [Ханевич М.Д. и соавт., 2003; Шерцингер А.Г., 2001]. Вопросы определения тактики лечения при кровотечении из язвы желудка или ДПК на фоне ЦП и портальной гипертензии (ПГ) являются предметом продолжающихся дискуссий.

У пострадавших от тяжелых термических ожогов кожи, особенно в сочетании с ожогами дыхательных путей, одним из наиболее грозных абдоминальных осложнений является острое язвенное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), встречающееся с частотой 0,15–41,5% и повышающее летальность у пациентов данной группы до 80% [Ермолов, А.С. и соавт., 1998; Мизиев, И.А., 1996; Осипов, И.С., 1999; Турсунов, Б.С. и соавт., 2006].

Одной из серьезных проблем у больных, оперированных на сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК), является профузное ГДК, частота которого в ближайшем послеоперационном периоде составляет 0,2–1,0%, но летальность от него достигает 80%. Главным источником ГДК у этих больных яв-

ляются острые язвы желудка и ДПК [Бокерия Л.А. и соавт., 2004; Зитта Д.В., 2005; Ярустовский М.Б., Шипова Е.А., 2005; Silva E. и соавт., 1998].

Всем этим язвенным поражениям слизистой оболочки желудка и ДПК свойственны как специфические, так и общие черты. Общеизвестным является тот факт, что конечным звеном всякого ульцерогенеза является нарушение нормального равновесия факторов «защиты» и «агрессии» в слизистой оболочке [Гриневич В.Б. и соавт., 1996; Курыгин А.А. и Скрябин О.Н., 1996; Попутчикова Е.А., 2003; Рысс Е.С. и Зварту Э.Э., 1998; Шипова Е.А., 2003; Czernichov P. et al., 2000]. Общим и наиболее грозным осложнением для всех язвенных поражений желудка и ДПК является кровотечение. Также общим для всех гастродуоденальных язвенных ЖКК является агрессивный хирургический подход к их лечению.

Тем не менее, в настоящее время отсутствует единая тактика при выборе метода лечения больных с острыми язвенными ЖКК. Отмечается большое разнообразие взглядов на выбор лечебной тактики – от консервативно-выжидательной до активно-агрессивной [Панцырев Ю.М. и соавт., 2000]. Вопросы показаний к оперативному лечению больных с язвенными ЖКК продолжают дискутироваться. Только при массивных и рецидивных кровотечениях всеми признается необходимость экстренной операции [Ермолов, А.С. и соавт., 1999; Garnett, W.R., 2003]. Однако, результаты операций по поводу рецидивов ЖКК особенно неблагоприятны: летальность достигает 34–73%, а у пациентов старше 60 лет этот показатель превышает 80% [Затевахин И.И. и соавт., 2005; Ярема И.В. и соавт., 2004].

Таким образом, проблема диагностики и лечения ЖКК язвенного происхождения продолжает оставаться актуальной. Это диктует необходимость более детального изучения возможностей совершенствования хирургической тактики, пересмотра роли консервативного лечения, включающего первичный и повторный эндоскопический гемостаз, паллиативных и органосохраняющих операций, а также резекции желудка у больных с ЖКК из язв различного генеза, необходимость усовершенствования показаний, методики и техники операций в конкретных клинических ситуациях. Все это обусловило цель и задачи данной работы.

Цель работы

Научно обосновать возможность усовершенствования способов и улучшения результатов хирургического лечения профузных желудочно-кишечных кровотечений у больных с язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки различного происхождения.

Задачи работы

1. Изучить частоту, причины и виды острых язвенных кровотечений по данным клиники за последние 20 лет (с 1988 по 2007 гг.), а также исходы ЖКК в зависимости от использованного метода лечения.

2. Разработать оптимальные алгоритмы выбора способа лечения язвенного ЖКК (активно-индивидуальную тактику) на основании научного анализа различ-

ных клинических и лабораторных параметров с учетом индивидуальных особенностей конкретного больного.

3. Определить роль методов консервативного лечения, включая первичный и повторный эндоскопический гемостаз при профузных кровотечениях из гастродуоденальных язв различного происхождения.

4. Усовершенствовать показания к оперативному лечению больных с ЖКК при язвенных поражениях желудка и ДПК различного происхождения.

5. Разработать наиболее оптимальные методы операций при острых ЖКК язвенного происхождения в различных клинических ситуациях.

6. На основании изучения результатов хирургического лечения больных с кровотечениями из гастродуоденальных язв различного генеза доказать преимущества и эффективность разработанной активно-индивидуальной тактики.

Научная новизна

Изучены причины и виды острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений различного генеза, а также их исходы в зависимости от применяемой тактики и использованных методов лечения.

Разработана активно-индивидуальная тактика лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями из гастродуоденальных язв различного генеза.

Разработаны оптимальные алгоритмы диагностики и выбора способа лечения при острых язвенных ЖКК в зависимости от их происхождения и с учетом индивидуальных особенностей больного.

Разработаны показания и доказана высокая эффективность консервативного лечения, включая первичный и повторный эндоскопический гемостаз, при ЖКК эрозивно-язвенного происхождения в различных группах больных.

Усовершенствованы показания к оперативному лечению больных с ЖКК при язвенных поражениях желудка и ДПК в зависимости от их происхождения.

Предложены варианты выбора наиболее оптимальных методов операций при язвенных ЖКК в различных клинических ситуациях, в том числе разработаны две новые эффективные операции при ЖКК из больших пенетрирующих язв ДПК и рецидивных язв в области гастродуоденоанастомоза (ГДА) после ранее выполненной ваготомии, на которые получены патент и положительное решение на изобретение.

На основании изучения ближайших, ранних и отдаленных результатов доказана эффективность индивидуально-активной тактики лечения больных с ЖКК из гастродуоденальных язв различного происхождения.

Научно-практическая значимость

Разработанный комплекс предоперационного обследования позволяет точно планировать выбор метода лечения и операции у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами различного происхождения. Доказана эффектив-

ность повторного эндогемостаза при язвенном ЖКК, что ведет к уменьшению числа экстренных операций в неблагоприятных условиях у тяжелых больных.

Показана возможность и эффективность одновременной лечебной ЭГДС для достижения надежного гемостаза сначала в кровоточащей язве комбинированными способами, а затем в области ВРВ пищевода и желудка путем склерозирования и лигирования их латексными кольцами.

Продемонстрирована необходимость более строгого установления показаний к паллиативным операциям, резекции желудка и ваготомии у больных с язвенными ЖКК различного генеза. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенных новых более простых и безопасных операций при кровоточащих язвах ДПК и рецидивных язвах ГДА, развившихся после ранее выполненной ваготомии.

Показано, что наряду с резекцией желудка, остающейся основной операцией при кровоточащих желудочных язвах, у больных с дуоденальными язвами, осложненными ЖКК, необходимо применять главным образом органосохраняющие вмешательства, в основе которых лежат различные виды ваготомии. Паллиативные операции в виде ушивания или иссечения язвы не надежны и опасны развитием тяжелых осложнений, их применение должно быть резко ограничено.

Разработанная активно-индивидуальная тактика лечения больных с язвенными ЖКК различного происхождения позволяет по-новому подойти к решению наиболее важных вопросов в повседневной хирургической практике, касающихся выбора метода лечения подобных больных в конкретных клинических ситуациях.

Апробация работы

Апробация диссертации проведена на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО РУДН, ГБ № 17 ЗАО г. Москвы и НУЗ ЦКБ им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» 20 декабря 2007 г.; на заседании Ученого совета НЦХ им. академика М.И. Топчибашева МЗ Азербайджанской республики 17 марта 2008 г.

Материалы диссертации доложены на:

1. Научной республиканской конференции гастроэнтерологов, посвященной памяти проф. Г.К. Алиева (Баку, 1996);
2. IV Международном Евроазиатском конгрессе гастроэнтерологов и хирургов (Баку, июнь 2003 г.).
3. 13-ом Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва, ноябрь 2007 г.).

Внедрение в практику

Основные положения и выводы диссертации внедрены в практику хирургических отделений ГКБ № 5 г. Баку, НЦХ им. академика М.И. Топчибашева МЗ

Азербайджанской республики (г. Баку), НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (г. Москва) и ГБ № 17 ЗАО г. Москвы.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 33 печатных работы, в том числе 8 в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ, получен 1 патент и 1 положительное решение на изобретение.

Объем и структура диссертации

Диссертация написана на русском языке, изложена на 230 страницах машинописи (компьютерного набора), состоит из оглавления, введения, 5 глав (в том числе обзор литературы), заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который насчитывает 258 ссылок на работы отечественных и 187 – зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 43 рисунками, 20 таблицами и 5 клиническими примерами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы

С 1988 по 2007 г. в ГКБ № 5 г. Баку, Научном центре хирургии им. академика М.А. Топчибашева МЗ Азербайджанской республики, в отделениях общей хирургии НУЗ Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (г. Москва) наблюдалось 1502 пациента с кровоточащими эрозиями и язвами желудка и ДПК различного происхождения (рис. 1.).

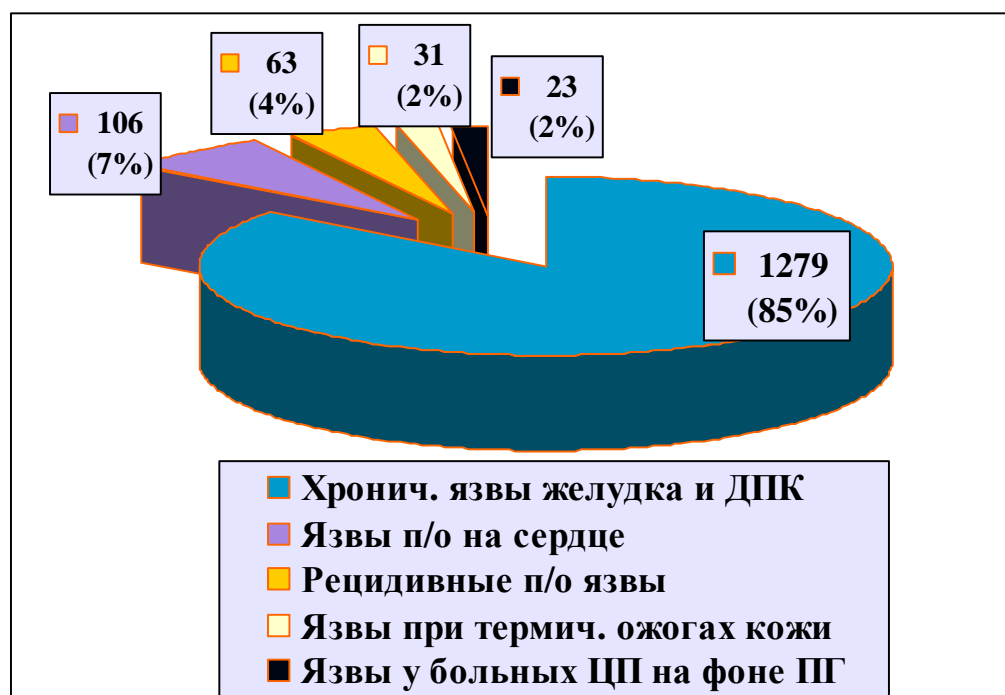


Рис. 1. Распределение больных с кровоточащими язвами по группам

Все больные в зависимости от источника ЖКК подразделены на 5 групп: больные с первичными язвами желудка и ДПК, осложненными кровотечением (1279 человек); больные с кровоточащими рецидивными язвами желудка, желудочно-кишечного анастомоза и ДПК после перенесенной ранее резекции желудка и ваготомии (63 человека); больные с кровоточащими язвами желудка и ДПК на фоне цирроза печени и синдрома ПГ (23 человека); пострадавшие от термических ожогов кожи с острыми кровоточащими язвами желудка и ДПК (31 человек); кардиохирургические больные с острыми язвами желудка и ДПК, возникшими после операций на сердце в условиях ИК (106 человек). Всех больных первых 4 групп объединяет спонтанное развитие тяжелого осложнения – профузного ЖКК. В последней группе – кардиохирургических больных, – возможность этого осложнения предвиделась, и поэтому им проводилась дооперационная профилактика возникновения острых язв и язвенного ЖКК. Лечение большинства кардиохирургических больных осуществлялось по программе «Бескровная хирургия». Программа прекращалась только у больных с острыми язвами желудка и ДПК в связи с развитием у них гастро-дуоденального кровотечения.

Из 1279 больных хронической ЯБ желудка (281 человек) и ДПК (998 пациентов), осложненной ЖКК, было 98 больных с сочетанными язвами желудка и ДПК (7,7%). Подавляющее большинство (1063 человек или 83,1%) в данной группе больных составили люди наиболее работоспособного возраста – 20-60 лет. Это говорит о большой социальной значимости данной проблемы. Длительность язвенного анамнеза у больных составила от 1 до 35 лет. Среди 116 (9,1%) больных с коротким язвенным анамнезом – менее 3 лет, было 79 человек, у которых кровотечение было первым признаком язвенной болезни. Это были пациенты в возрасте от 17 до 42 лет, у 11 из них было кровотечение из язвы желудка, у 68 – из язвы ДПК. У многих из этих больных язвенная болезнь имела неблагоприятный характер течения, при этом у 565 (44,2%) больных кроме повторных эпизодов кровотечения в анамнезе выявлены другие осложнения язвенной болезни (перфорация, пенетрация). До поступления к нам 99 (7,7%) больных уже были экстренно оперированы – им были сделаны операции ушивания язв по поводу кровотечения (38 больных) и перфорации (51 человек). Из 1279 больных у 83 (0,7%) больных дополнительным источником кровотечения были множественные эрозии желудка и ДПК (эрозивный гастрит). У 928 (72,6%) больных при поступлении диагностировано состоявшееся ГДК, а 351 (27,4%) больных поступили с продолжающимся кровотечением различной интенсивности. Мы пользовались наиболее распространенной эндоскопической классификацией язвенных кровотечений по Форресту, согласно которой больные распределились следующим образом: F-I-A – 94 (7,4%) больных; F-I-B – 257 (20,1%) больных; F-II-A – 323 (25,3%) больных; F-II-B – 352 (27,5%) больных, F-II-C – 253 (19,8%) больных.

Также мы наблюдали 63 пациента с рецидивными язвами после ранее выполненных операций по поводу ЯБ, которые поступили к нам с клиникой продол-

жающегося или состоявшегося ЖКК. Среди них было 57 мужчин и 4 женщины в возрасте от 17 до 73 лет. Большинство (46 человек или 73%) составили пациенты молодого и среднего возраста (21–60 лет). Из этих 63 пациентов было 45 с постгастрорезекционными пептическими язвами (ПЯ) анастомоза (71,4%), и 18 больных с постваготомными рецидивными язвами (28,6%). Первичная резекция желудка у большинства больных с постгастрорезекционными язвами (43 больных или 95,6%) была выполнена по способу Б-II, у 2 (4,4%) – по Б-I. Из 18 больных с кровоточащими постваготомными язвами у 13 человек ранее была сделана СПВ, у 5 – СтВ. Изолированная СПВ была сделана 4 пациентам, у остальных 9 она сочеталась с различными дренирующими желудок вмешательствами, также как все операции СтВ. Чаще среди кровоточащих постваготомных язв мы наблюдали ПЯ желудочно-кишечного соустья (ГЭА или ГДА) – у 11 (61,1%) больных, рецидив язвы в ДПК был у 5 (27,8%) и у 2 (11,1%) больных была постваготомная язва желудка.

Мы наблюдали также 23 больных циррозом печени с кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта на фоне синдрома ПГ, у которых в качестве единственного или конкурирующего источника ЖКК были диагностированы язвенные поражения желудка и ДПК на фоне ВРВ пищевода и желудка. Среди больных ЦП с язвенным кровотечением на фоне синдрома ПГ и ВРВ пищевода и желудка было 20 (87%) мужчин и 3 (13%) женщины в возрасте 25–76 лет. Большинство (15 или 65,2%) составили мужчины в возрасте 40–60 лет.

В ожоговом центре ГКБ № 5 г. Баку мы наблюдали 31 пациента (21 взрослых в возрасте 19–67 лет и 10 детей в возрасте 1,5–12 лет) с термическими ожогами 15–80% поверхности кожи II-III-IV степени, у которых во время пребывания в стационаре развилось профузное кровотечение из язв желудка и ДПК. У 3 пострадавших наблюдались также ожоги дыхательных путей и отравление угарным газом. Эпизоды кровотечения возникали у пострадавших от ожогов в различные сроки – с 1-х по 24-е сутки от момента получения травмы на фоне проводимого интенсивного лечения ожогового шока и ожоговой токсемии.

С 1999 по 2007 гг. в Центре сердечно-сосудистой хирургии «Лосиный остров» НУЗ ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» были оперированы в условиях ИК 495 больных. Перед операцией при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у 99 (20,0%) больных выявлены острые язвы желудка и ДПК. После операции при ЭГДС острые язвы выявили у 106 (62,0%) больных, при этом у 5 (4,7%) отмечено продолжающееся ГДК, а у 3 (2,8%) больных – признаки состоявшегося ГДК.

Всем больным проводили общеклиническое, лабораторное и клинко-инструментальное обследование, включавшее определение степени кровопотери путем использования специальных формул (Мура, Брюсова и др.), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС, исследование желудочной секреции, рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК. Основными методами обследования больных с кровоточащими язвами

желудка и ДПК были экстренная ЭГДС и УЗИ. Рентгеноконтрастное исследование верхних отделов ЖКТ и исследование желудочной секреции выполняли в плановом порядке после стабилизации состояния больного.

Характер желудочной секреции определяли в основном при помощи внутрижелудочной рН-метрии (в том числе эндоскопической), а в последние годы – с помощью 24-часовой рН-метрии. Интраоперационную рН-метрию выполнили у 65 больных ЯБ ДПК, в основном в раннем периоде работы, когда отработывали методику селективной проксимальной ваготомии (СПВ). При этом у 23 больных в результате выявления недостаточного снижения секреции пришлось выполнить дополнительную диссекцию абдоминального отдела пищевода, кардии и дна желудка. В дальнейшем необходимость в этом исследовании отпала, так как применяемая нами с 1990 г. методика СПВ обеспечивает настолько значительное снижение желудочной секреции, что интраоперационная рН-метрия потеряла смысл.

У 23 больных с кровоточащими язвами на фоне синдрома ПГ кроме обязательного исследования уровней гемоглобина, эритроцитов крови и гематокрита всегда стремились определить истинную кровопотерю, используя гематокритный метод и специальные формулы. Обязательным считали также неотложное исследование функций печени, для чего определяли уровни протромбина, билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, концентрацию общего белка и альбумина в плазме крови, а также тромбоэластограмму. В определении степени тяжести печеночной недостаточности применяли балльную оценку по критериям Child–Pugh. Оценка выраженности варикозного расширения вен пищевода и желудка проводили по классификации, разработанной в ГУ РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН. УЗИ органов брюшной полости у подобных больных считали обязательным методом неотложной диагностики (состояние паренхимы печени, асцит). Важным методом исследования была ультразвуковая доплерография, позволяющая определить состояние кровотока по сосудам брюшной полости и печени. Также на начальном этапе обследования и лечения выполняли компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости в качестве уточняющего метода для более детальной диагностики ЦП и состояния вен брюшной полости.

У пострадавших от ожогов кожи обязательно проводили мониторинг таких показателей, как кислотно-основное состояние (КОС), уровень гемоглобина, гематокрита, фибриногена, протромбина, креатинина, мочевины, общего белка и альбумина крови, объем циркулирующей крови (ОЦК), почасовой диурез.

У кардиохирургических больных применяли такие методы исследования, как коронароангиография, коронаровентрикулография, эхокардиография. Основная цель программы «Бескровная хирургия», применявшейся у данной группы больных – полное исключение трансфузий компонентов донорской крови, достигалась на основании использования двух принципиальных подходов: максимального снижения интра- и послеоперационной кровопотери с помощью специаль-

ных технологий, препятствующих развитию постгеморрагической анемии, и использования альтернативы аллогемотрансфузии при возникновении анемии.

Отдаленные результаты резекции желудка и органосохраняющих операций у больных с хроническими язвами желудка и ДПК, а также реконструктивных операций у больных с рецидивными язвами после резекции желудка и ваготомии оценивали в соответствии с наиболее широко распространенной шкалой Visick.

Новый пластический способ ушивания большой пенетрирующей кровоточащей язвы задней стенки луковицы ДПК был сначала отработан в экспериментах на животных (10 беспородных собак). При этом были решены 3 главных вопроса: 1) техническая возможность и степень сложности выполнения операции; 2) жизнеспособность и динамика приживления серозно-мышечных лоскутов к дну язвы; 3) отсутствие реканализации просвета луковицы ДПК.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica for Windows (Copyright 1994 by StatSoft, Inc.). Гипотезу о равенстве средних в группах проверяли по t-критерию Стьюдента. Уровень достоверности, необходимый для утвердительного ответа, составлял 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследования

В основе диагностики такого грозного осложнения язв желудка и ДПК, как профузное кровотечение, лежит быстрый анализ клинической картины и данных методически правильно выполненной экстренной ЭГДС. От этого чаще всего зависит дальнейшая тактика обследования и лечения больного.

У всех 1279 экстренно поступивших больных с хроническими язвами желудка и ДПК, осложненными кровотечением, начиная с 1988 г. обследование начинали с диагностической ЭГДС. При ЭГДС у 281 (22,0%) больных выявлена язва желудка (у 193 – с признаками остановившегося, а у 88 – продолжающегося ГДК). Большинство желудочных язв (204) располагались в антральном отделе или на границе с телом желудка. У 63 была язва средней трети малой кривизны желудка и у 14 – язвы проксимального отдела желудка. У 998 (78,0%) больных выявили язву ДПК, в т.ч. у 74 больных – эрозивный бульбит с деформацией и сужением луковицы. Язва передней стенки луковицы ДПК выявлена у 313 больных, задней стенки – у 304, «зеркальные язвы» – у 31, верхней полуокружности – у 126, нижней полуокружности – у 133, постбульбарные язвы – у 22 больных. Из 998 больных с язвами ДПК у 735 (73,6%) диагностировано состоявшееся кровотечение, а у 263 (26,4%) – продолжающееся ГДК. Из 98 (7,7%) больных с сочетанными язвами желудка и ДПК кровотечение одновременно из двух язв диагностировано у 16 человек, у остальных 82 кровоточила только язва ДПК.

После стабилизации состояния больного проводили плановое обследование, обычно начиная его с рентгеноконтрастного исследования верхних отделов ЖКТ. Мы во всех случаях стремимся выполнить полипозиционное рентгенологическое исследование ЖКТ, так как получаемые с его помощью данные наиболее

объективно отражают такие важные для хирурга параметры, как положение, форма и размеры пищевода, желудка и ДПК, состояние желудочной эвакуации и кишечной моторики. По нашему глубокому убеждению, методически правильно выполненное рентгеноконтрастное исследование дает очень важную предварительную информацию, позволяющую выполнять ЭГДС целенаправленно и получить больше ценных сведений уже при первом эндоскопическом исследовании.

Практически у всех обследованных больных с хроническими язвами ДПК были выявлены признаки желудочной гиперсекреции, ни в одном случае не было выявлено гистаминерфрактерной ахлоргидрии. У ряда пациентов при внутрижелудочной рН-метрии гиперацидность натошак была столь выраженной, что дальнейшая стимуляция желудочной секреции гистамином не имела смысла.

У всех 45 больных с кровоточащими постгастрорезекционными ПЯ желудочно-кишечного анастомоза они были выявлены при ЭГДС. Все язвы располагались по линии соустья, в отводящей или приводящей петле. У 3 человек выявлены по две язвы – в отводящей и приводящей петле сразу за анастомозом. У всех больных обследование сразу начинали с диагностической ЭГДС, которая у 10 человек сопровождалась применением различных способов эндогемостаза.

У 18 больных с кровоточащими постваготомными рецидивными язвами методика ЭГДС в принципе не отличалась от таковой при хронической язвенной болезни ДПК, но у ряда больных необходимо было также исследовать и желудочно-кишечное соустье или область пилоропластики.

Клиническая картина ЯБ у больных ЦП характеризовалась частым отсутствием патогномичных симптомов и склонностью язв к кровотечению. Из 23 больных ЦП с синдромом ПГ у 8 выявлено продолжающееся, а у 15 – состоявшееся кровотечение, его источник был точно установлен во всех случаях: у 8 (34,8%) больных источником ЖКК были язвы желудка и ДПК на фоне ПГ с ВРВ пищевода и желудка. У 12 (52,2%) больных источником кровотечения послужили ВРВ пищевода и желудка на фоне язвы желудка (3) и ДПК (8) с признаками состоявшегося кровотечения, у 1 больного – язва желудка. У 5 (21,7%) больных было сочетание кровотечения (у 1 – одновременно из язвы ДПК и ВРВ, у 1 – из язвы желудка, язвы ДПК и ВРВ, у 3 – из язвы желудка и ВРВ пищевода и желудка).

Из 31 пострадавших от тяжелых термических ожогов кожи с кровоточащими язвами желудка и ДПК первичная диагностическая ЭГДС проведена 24 больным (исключая 7 детей раннего возраста – от 1,5 до 3 лет) в связи с подозрением на ГДК и затем она была повторена в динамике. Во всех случаях наличие ГДК было подтверждено и точно установлен его источник. Острые язвы у всех пациентов были множественными, а у 12 человек они вместе с эрозиями занимали почти всю слизистую оболочку желудка и начальной части ДПК. У 3 пациентов острые язвы желудка развились на фоне хронической язвенной болезни ДПК.

Из 495 кардиохирургических больных у 12 до операции была диагностирована хроническая язва ДПК, язва малой кривизны желудка – у 3 человек; у 18 больных – эрозивный бульбит с рубцами от заживших язв и деформацией луковицы ДПК. Кроме этого, у 99 (20,0%) больных до операции были выявлены острые язвы желудка и ДПК. После операции ЭГДС была выполнена 171 (34,5%) больным, при этом у 106 больных (62,0%) мы выявили острые язвы желудка и ДПК. У 5 (4,7%) из них диагностировано продолжающееся ГДК, а у 3 (2,8%) больных – отмечены признаки состоявшегося кровотечения.

Таким образом, комплексное обследование у больных с кровоточащими язвенными поражениями желудка и ДПК различного генеза позволяет выявить не только источник кровотечения, но и характер лежащего в его основе патологического процесса, а также и его причину, что дает возможность правильно планировать лечение, устанавливать показания к операции и выбирать ее вид и объем.

В наших клиниках к началу 1990-х гг. был достаточно хорошо отработан и принят единообразный план обследования и лечения всех больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК. Эндоскопический гемостаз предпринимали во время первичной ЭГДС у всех пациентов с продолжающимся ЖКК. Чаще всего использовали диатермокоагуляцию кровоточащих язв. При возобновлении кровотечения (отделение свежей крови по зонду, тахикардия, гипотония, падение показателей эритроцитов и гемоглобина) обычно выполняли экстренную операцию, не делая попыток повторного эндогемостаза, т.к. считали его бесполезным и даже вредным, затягивающим выполнение вмешательства у тяжелого больного. С другой стороны, мы понимали, что такую активную тактику лечения язвенных ЖКК необходимо сделать более гибкой, то есть индивидуализировать, также как методику и технику операций. Поэтому, начиная с 2000 г., мы стали, во-первых, применять повторный эндогемостаз в случае возникновения рецидива ЖКК в стационаре. Такой подход себя оправдал: в результате значительно снизилось число экстренных операций, которые приходилось выполнять в ночное время в неблагоприятных условиях. Во-вторых, выполняя операции в экстренном порядке, мы стали в большинстве случаев делать их в полном объеме, то есть радикально.

Из общего числа 1279 больных с хроническими язвами желудка и ДПК, осложненными ЖКК, 881 (69,9%) лечились у нас консервативно, а 398 (31,1%) человек были оперированы. За все 20 лет (1988–2007) ежегодное число поступающих больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК (порядка 60–80, в среднем около 70) оставалось приблизительно одинаковым, то есть, частота язвенных ЖКК, по нашим данным, за последние 20 лет не снижается..

Все 20 лет наблюдения, которые охватывает наша работа, мы условно разделили на 2 периода (1988–1999 и 2000–2007 гг.) в зависимости от применяемой тактики лечения больных с ЖКК из гастродуоденальных язв различного происхождения (табл. 1).

Способы лечения больных
с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК

Таблица 1.

Периоды	1988–1999 гг.	2000–2007 гг.	Всего
Способы лечения			
Консервативный	461 (68,4%)	420 (69,4%)	881 (68,9%)
Оперативный	213 (31,6%)	185 (30,6%)	398 (31,1%)
ИТОГО	674 (100%)	605 (100%)	1279 (100%)

Как следует из табл. 1, и в первом, и во втором периоде нашей работы оперативная активность была практически одинакова. Но, если проанализировать количество экстренных и отсроченных операций, то возникает другая картина. Если в 1-ом периоде (1988–1999 гг.) преобладали экстренные операции по поводу язвенного ЖКК, то во 2-ом периоде работы (2000–2007 гг.) число отсроченных операций заметно превысило число экстренных вмешательств (рис. 2).

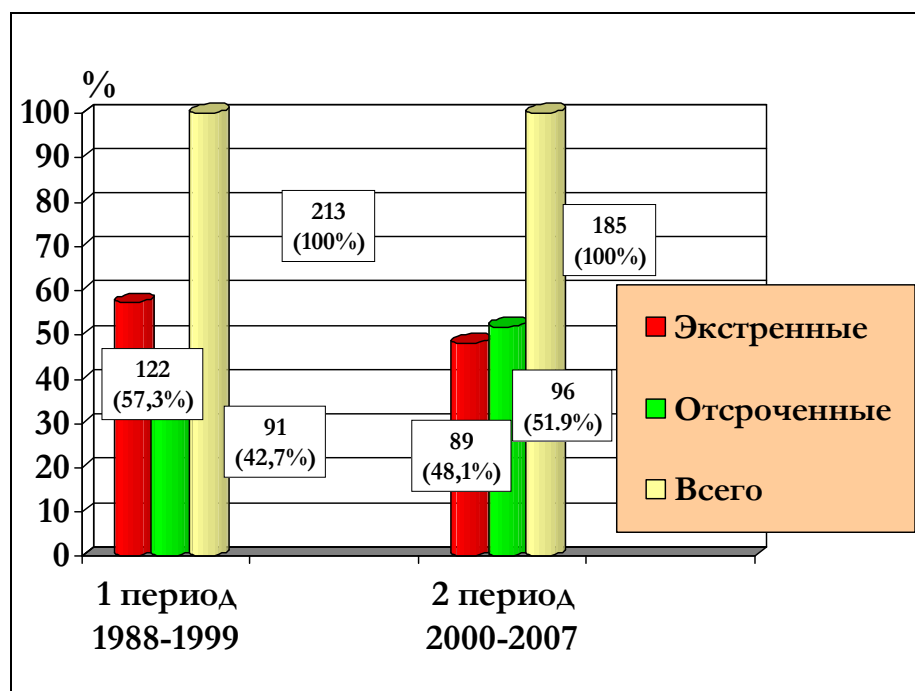


Рис. 2. Распределение операций по поводу язвенных ЖКК по периодам

При этом значительно снизилась доля операций простого ушивания и иссечения язвы, а также резекций желудка, но зато почти в 2,5 раза возросла доля более безопасных, но достаточно надежных органосохраняющих операций.

Наш опыт говорит о том, что широко распространенные способы ушивания кровоточащих язв задней стенки ДПК или прошивания кровоточащего сосуда в язве с последующей пилоропластикой и ваготомией не гарантируют от рецидива кровотечения. Большие каллезные пенетрирующие язвы задней стенки ДПК ушить обычными способами чаще всего не представляется возможным. В связи с этим нами предложен новый способ пластического ушивания хронических кровоточащих язв задней стенки ДПК в сочетании с иссечением слизистой оболочки луковицы ДПК в зоне язвы, на который подана заявка на изобретение и получено положительное решение. Описанный способ операции сначала был проверен в эксперименте на 10 беспородных собаках в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных научных целей (Страсбург, 1986). Затем по разработанному способу успешно оперированы 8 больных с хроническими пенетрирующими язвами задней стенки ДПК, осложненными кровотечением.

Ход операции следующий. После иссечения рубцов вокруг луковицы ДПК выполняют продольную пилорoduоденотомию длиной 4–6 см, ревизию, уточнение размеров и локализации язвы. При струйном кровотечении аррозированный сосуд прошивают 8-образным швом. По краям язвы рассекают слизистую оболочку задней стенки ДПК двумя разрезами глубиной до подслизистого слоя в поперечном направлении по отношению к длиннику ДПК, разрезы продлевают с задней стенки на верхнюю и нижнюю стенки ДПК с переходом на ее переднюю стенку до краев пилорoduоденотомии (рис. 3 а).



Рис. 3. (а, б) Начальные этапы операции

Образовавшийся прямоугольный лоскут слизистой оболочки луковицы ДПК отсепааровывают от подслизистого слоя и иссекают, грануляции по окружности язвы выжигают диатермокоагулятором, выполняют гемостаз. Затем отсепааровывают слизисто-подслизистые футляры ДПК и привратника в стороны от язвы на протяжении 0,5–1 см (рис. 1 б).

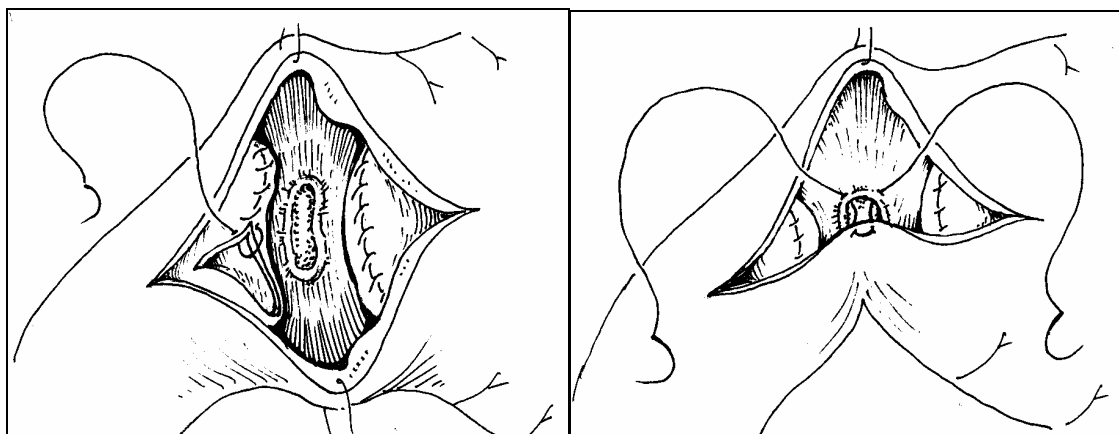


Рис. 4 (а, б) Ушивание просветов желудка и ДПК и начало тампонирования язвы.

Свободные края слизисто-подслизистых футляров пилорического отдела желудка и ДПК ушивают непрерывным вворачивающим швом типа Шмидена, тем самым изолируют просветы желудка и ДПК друг от друга (рис. 4 а). Нижний край пилородуоденотомического разреза (демукозированную передне-нижнюю стенку луковицы ДПК) прошивают П-образным швом, подтягивают и фиксируют к верхнему краю язвы, погружают в язвенный кратер, затем пришивают к краям язвы сквозными узловыми швами (рис. 4 б).

Таким же образом поступают с передне-верхней стенкой ДПК, прикрывая ее пришитую к язве передне-нижнюю стенку ДПК в виде дубликатуры по типу «полы пальто». Дополнительно сшивают узловыми швами верхний край пилородуоденотомического разреза с передне-нижней стенкой ДПК (рис. 5 а). Мобилизуют ДПК по Кохеру и накладывают продольный гастродуоденоанастомоз по Джабулею, укрывая передним рядом серозно-мышечных швов не только соустье, но и место операции (тампонады язвы) в области луковицы ДПК (рис. 5 б).

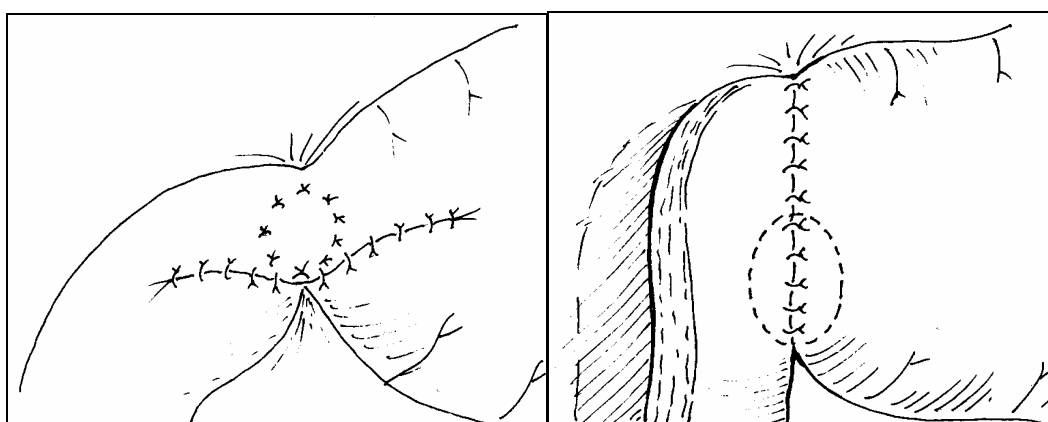


Рис. 5 (а, б). Окончательный этап: тампонирование язвы и наложение ГДА

Эффективность описанной операции обусловлена тем, что она обеспечивает: 1) возможность надежной остановки кровотечения из язвы под визуальным контролем; 2) биологическое тампонирование язвенного кратера демукозированной передней стенкой ДПК с последующим плотным ее срастанием с дном язвы, что способствует профилактике рецидива кровотечения; 3) надежную изоляцию просветов ДПК и желудка друг от друга, что предупреждает возобновление пассажа желудочного содержимого через зону язвы, – это способствует профилактике рецидива язвы; 4) устранение необходимости резекции желудка, которая в подобных случаях бывает сопряжена с трудностями обработки культи ДПК.

Всего резекцию желудка при осложненных хронических язвах желудка и ДПК за период с 1988 по 2007 гг. мы применили у 112 из 398 оперированных больных, что составило 28,1%. Чаще всего мы выполняли резекцию желудка по Бильрот-II-Витебскому (у 72,2% больных), которая сравнительно не сложна, а поэтому вполне применима в экстренных ситуациях, и обеспечивает хорошую разгрузку приводящей петли анастомоза. В большинстве случаев (72,3%) резекция желудка была сделана в отсроченном порядке. Доля экстренных резекций желудка была значительно меньше, чем доля органосохраняющих операций (27,7 и 42,1% соответственно) – это иллюстрирует диаграмма на рис. 6.

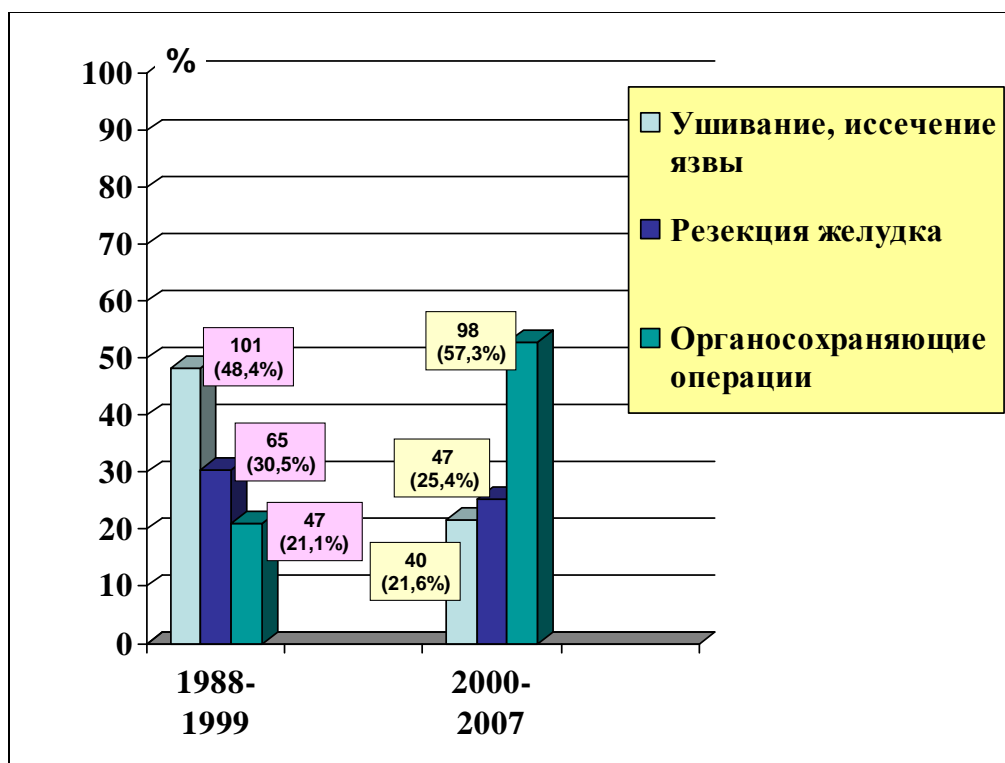


Рис. 6. Способы и число операций у больных с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК по периодам

Как следует из диаграммы на рис. 6, во втором периоде нашей работы более, чем в 2 раза снизилась доля операций простого ушивания и иссечения кровоточащей язвы, заметно снизилась доля резекции желудка, при этом почти в 2,5 раза возросла доля органосохраняющих операций. Резекция желудка в нашей клинике остается операцией выбора при желудочных язвах, но при кровоточащих язвах ДПК в большинстве случаев мы выполняем ваготомию с пилоропластикой.

Всем больным с рецидивными язвами после резекции желудка и ваготомии проводили современную противоязвенную терапию (антагонисты H_2 -рецепторов, блокаторы протонной помпы, антацидные препараты и цитопротекторы, комплекс витаминов). Консервативное лечение играло большую роль в предоперационной подготовке, часто позволяя заживить язву и значительно уменьшить перилуцерозный воспалительный инфильтрат. Всего оперировано 49 из 63 больных с рецидивными язвами. У 34 больных с постгастрорезекционными ПЯ основной операцией была ререзекция культи желудка в сочетании с ваготомией. У 2 больных после резекции по Б-II сделана стволовая ваготомия (СтВ), а у 9 больных с ПЯ анастомоза после резекции по Б-I успешно применена селективная ваготомия (СВ). Экстирпация культи желудка выполнена 3 больным с клинически установленным диагнозом синдрома Золлингера-Эллисона в раннем периоде работы.

Из 18 больных с кровоточащими постваготомными язвами оперировано 15. У 12 была сделана резекция желудка, которую выполняли в большинстве случаев по модификациям способа Бильрот-II, только у 2 больных сделали резекцию по Бильрот-I. У 3 больных сделали иссечение кровоточащей язвы передней стенки ДПК. При кровоточащей постваготомной ПЯ гастродуоденоанастомоза часто возникают значительные технические трудности при выполнении реконструктивной резекции желудка. Нами разработан и внедрен в практику менее трудоемкий и вполне безопасный способ операции (Патент РФ на изобретение № 2263475 от 04.02.2005 г.), который был успешно применен у 5 больных.

Лечение кровотечения из ВРВ пищевода и желудка и из язв желудка и ДПК начинали с прямого эндогемостаза (орошение, склерозирование, инъекции лекарственных средств в подслизистый слой вокруг язвы, лигирование ВРВ латексными кольцами) на фоне консервативных мероприятий, которые включали применение гемостатических средств, медикаментов, улучшающих портальный кровоток и функции печени, а также антисекреторных и антацидных препаратов. У 2 больных с упорным кровотечением из ВРВ пищевода пришлось применить зонд Блэкмора. В комплекс консервативного лечения больных с сочетанным кровотечением из гастродуоденальных язв и ВРВ пищевода и желудка входил сандостатин внутривенно по 25–50 мкг/час в первые 2–3 часа после поступления, затем такие инфузии повторяли через каждые 6 часов на протяжении 2–3 дней. Кроме этого применяем β -блокатор обзидан в сочетании с препаратами нитроглицерина (перлинганит). В это же время проводим комбинированное лечение блокаторами протонной помпы (омепразол или пантопразол) и H_2 -антагонистами (ранитидин

или квамател). С помощью консервативных мероприятий кровотечение удалось остановить у 18 (78,3%) больных. В экстренном порядке оперировано 5 (21,7%) больных, из них у 2 было язвенное ГДК на фоне ПГ и ВРВ (у 1 больного из язвы ДПК и у 1 одновременно из язвы пилорического отдела желудка и из язвы ДПК), у 3 больных – кровотечение из ВРВ пищевода и желудка, которое было невозможно остановить консервативно, в том числе и с помощью лечебной ЭГДС.

Из 31 пациента с термическими ожогами 15–80% поверхности тела II-III-IV степени, у которых развилось профузное ГДК, первичная диагностическая ЭГДС проведена 24 больным (кроме 7 детей раннего возраста – от 1,5 до 3 лет) в экстренном порядке в связи с подозрением на ГДК и затем исследование повторено в динамике. Показаниями к экстренной ЭГДС у 21 пациента были клинические признаки ГДК: рвота (или отделяемое по назогастральному зонду) типа «кофейной гущи», мелена, тахикардия, гипотония. У 3 тяжелообожженных, находившихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), были отмечены «неоправданное» падение показателей гемоглобина и гематокрита, тахикардия и гипотония, что и послужило показанием к выполнению экстренной диагностической ЭГДС в связи с подозрением на ГДК. У всех больных эндоскопически были выявлены острые язвы желудка и ДПК с признаками продолжающегося или состоявшегося ГДК. Острые язвы у всех пациентов были множественными, а у 12 человек на фоне эрозий они занимали почти всю слизистую оболочку желудка и начальной части ДПК. У 3 пациентов острые язвы развились на фоне хронической язвенной болезни ДПК. Все пострадавшие получали комплексную патогенетическую и симптоматическую терапию по поводу ожоговой болезни (адекватное обезболивание и седация, коррекция микроциркуляторных и реологических расстройств, дезинтоксикационная, противовоспалительная, антибактериальная и общеукрепляющая терапия). Все пациенты с момента установления диагноза получали лечение блокаторами желудочной секреции (H_2 -антагонисты и блокаторы протонной помпы), антацидными и цитопротективными препаратами. Большое значение придавали высококалорийному дробному питанию (у пациентов, находящихся на ИВЛ, применяли энтеральное питание через зонд с помощью специальных смесей). Интенсивное консервативное лечение профузного язвенного ГДК было эффективным у 29 пациентов. Для остановки ГДК у 15 из них 18 раз производили обкалывание кровоточащих язв спирт-адреналиновой смесью (у 3 пациентов лечебная ЭГДС была сделана повторно по поводу рецидива ГДК из новых острых язв). Ввиду неэффективности консервативного гемостаза экстренно оперированы 2 больных (1 взрослый 29 лет и 1 ребенок в возрасте 12 лет) – в обоих случаях выполнено ушивание кровоточащей язвы ДПК с хорошим эффектом.

В предоперационном периоде пролечено 99 кардиохирургических больных, у которых при ЭГДС были выявлены острые эрозии и язвы желудка и ДПК. Основным компонентом противоязвенного лечения являлись H_2 -антагонисты или ингибиторы протонной помпы, пленкообразующие препараты и репаранты. При-

меняли также диетотерапию, комплекс витаминов и седативные средства. Всем 99 пациентам осуществляли контрольную ЭГДС один раз в 5–7 дней для наблюдения за динамикой заживления острых язв. Только после их полной эпителизации назначали операцию. С 2002 г. всем больным язвенной болезнью (n=31), с выявленными до операции язвенными поражениями желудка и ДПК (n=62), а также всем больным с желудочной гиперсекрецией (n=116) мы дополнительно стали проводить интраоперационную антисекреторную терапию (у 209 или 71,3% больных). Для этого применяли внутривенную инфузию разовой дозы ранитидина или фамотидина на 100 мл физраствора на начальном этапе операции. Лечение острых послеоперационных язв желудка и ДПК заключалось в назначении внутрь фамотидина по 20 мг днем и 40 мг на ночь или омепразола по 40 мг 1 раз в сутки, венгера по 500 мг 3 раза в день и 1000 мг на ночь, алмагеля по 5–6 мл 4–5 раз в день, метилурацила по 0,5 г 3 раза в сутки.

Таким образом, разработанные нами алгоритмы диагностики и лечения больных с хроническими язвами желудка и ДПК, осложненными кровотечением, в настоящее время выглядит следующим образом.

1. При активном ГДК из язвы желудка или ДПК (Форрест-1-А и Форрест-1-В) сразу применяем все доступные методы эндогемостаза. При его неэффективности выполняем экстренную операцию. При достижении гемостаза продолжаем консервативное лечение и обследование больного в полном объеме, после чего назначаем отсроченную операцию. При рецидиве ГДК проводим повторную лечебную ЭГДС, при ее успехе также назначаем отсроченную операцию (рис. 6).

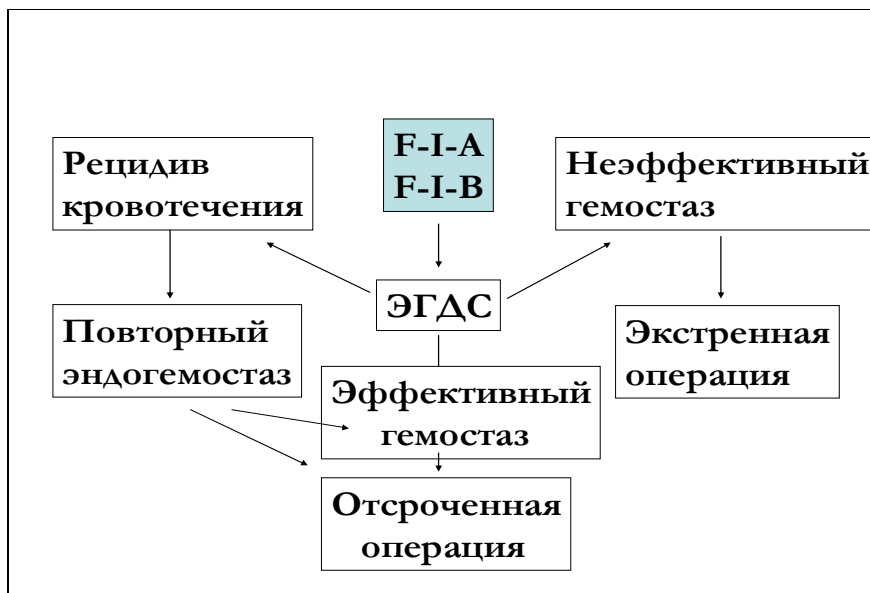


Рис. 6. Алгоритм лечения больных с активным кровотечением из хронической язвы желудка или ДПК

2. При состоявшемся ГДК, когда язвенный кратер закрыт свежим сгустком крови (Форрест-2-А), и гемостаз является ненадежным (а иногда из-под сгустка продолжает подтекать свежая кровь), выполняем эндоскопические инъекции лекарственных средств в подслизистый слой вокруг язвы, стараясь не повредить кровяной сгусток. По достижении эффективного гемостаза продолжаем консервативное лечение и обследование больного. В дальнейшем назначаем отсроченную операцию или, в случае, если больной отказывается от оперативного лечения, переводим его в терапевтический стационар для долечивания. При рецидиве кровотечения после первичного эндогемостаза выполняем повторную лечебную ЭГДС и в дальнейшем поступаем также, как и в первом варианте (рис. 7).

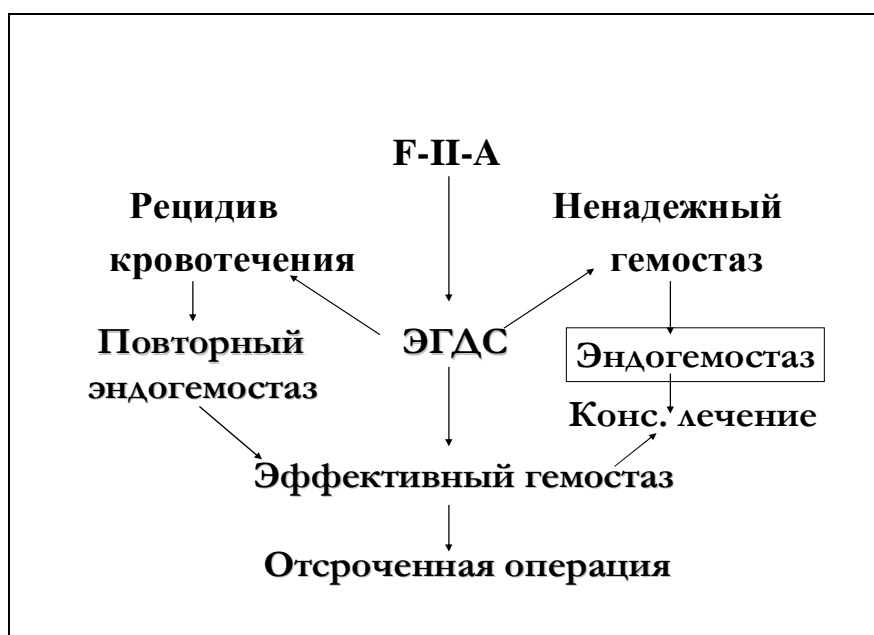


Рис. 7. Алгоритм лечения больных с состоявшимся кровотечением из хронической язвы желудка и ДПК при ненадежном гемостазе

3. При состоявшемся ГДК из хронической язвы желудка или ДПК и относительно надежном спонтанном гемостазе (по данным ЭГДС) на фоне постоянно проводимого консервативного лечения с помощью описанных выше мероприятий готовим больного к отсроченной операции. При отказе больного от оперативного лечения – переводим его для долечивания в терапевтический стационар после контрольной ЭГДС, подтвердившей тенденцию язвы к заживлению и отсутствие угрозы рецидива ГДК. При рецидиве ГДК в стационаре повторяем лечебную ЭГДС, если это необходимо – повторно, применяя все доступные способы (орошение капрофером, склерозирование, диатермокоагуляция инфильтрация подслизистого слоя) и выполняем экстренную операцию только при неудаче повторного эндоскопического гемостаза (рис. 8).

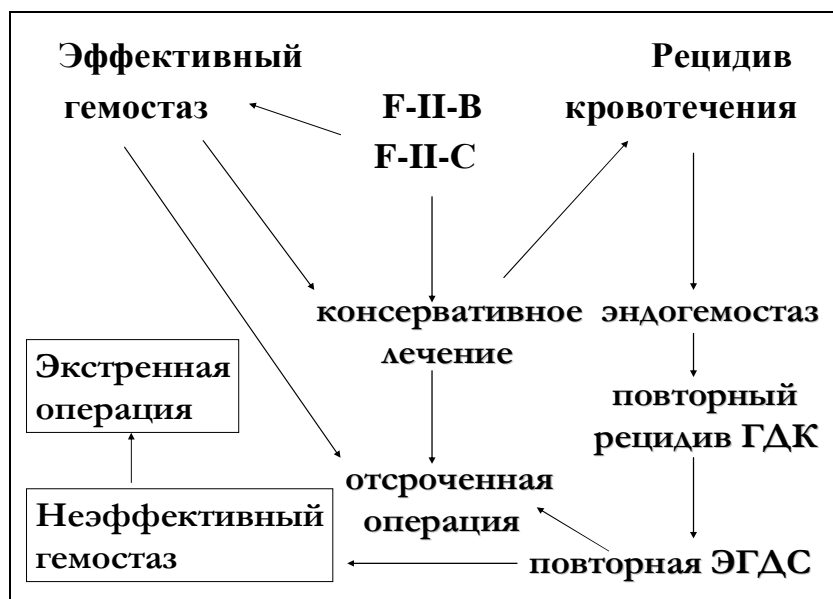


Рис. 8. Алгоритм лечения больных с состоявшимся ГДК из хронической язвы желудка или ДПК при относительно надежном гемостазе

4. В лечении больных ЦП с сочетанным ЖКК из гастродуоденальных язв и ВРВ пищевода и желудка III ст. основную роль отводили лечебной ЭГДС, применяя комбинированный эндогемостаз в язве и, при необходимости, одновременное склерозирование и лигирование ВРВ пищевода (рис. 9).



Рис. 9. Алгоритм лечения больных ЦП с язвенным ЖКК на фоне синдрома портальной гипертензии

В это время также, как и при хронических язвах желудка и ДПК проводили лечение блокаторами протонной помпы (омепразол) и H₂-антагонистами (ранитидин), вводимыми внутривенно.

Таким образом, в лечении больных с язвенными ЖКК различного происхождения мы пропагандируем разработанную нами активно-индивидуальную тактику, которая предусматривает:

1. Раннее выявление причины, вызвавшей изъязвление слизистой желудка и ДПК, на основании быстрого комплексного обследования больного на фоне проведения консервативного лечения, направленного на остановку ЖКК.

2. Активное использование различных методов первичного и повторного эндогемостаза; повторный эндогемостаз возможен и эффективен при любых эрозивно-язвенных поражениях желудка и ДПК и позволяет снизить уровень хирургической агрессии, уменьшить число экстренных паллиативных операций.

3. Преимущественное выполнение операций в отсроченном порядке квалифицированной бригадой хирургов у подготовленного больного, что дает возможность шире использовать органосохраняющие вмешательства, которые также надежны, как резекция желудка, но гораздо более безопасны для больного.

После 141 операции простого ушивания или иссечения хронической кровоточащей язвы желудка (25 больных) и ДПК (116 больных) мы наблюдали 31 осложнение (22,0%). При этом у 18 (12,8%) больных развились тяжелые осложнения (рецидив кровотечения из ушитой язвы, несостоятельность швов ДПК, несостоятельность швов желудка, гастростаз, острый панкреатит, спаечный илеус) – у 5 больных они послужили причиной релапаротомии. Развитие подобных осложнений после операций минимального объема говорит о том, что они на самом деле далеко не безобидны. Поэтому мы думаем, что в настоящее время имеет смысл почти полностью отказаться от паллиативных вмешательств в пользу более радикальных и физиологичных органосохраняющих операций.

Из 112 больных, которым была сделана резекция желудка по поводу хронических кровоточащих язв желудка и ДПК (у 31 экстренно, у 81 – в отсроченном порядке) послеоперационные осложнения развились у 23 (20,5%) больных. Умерли от тяжелых осложнений 3 больных после резекции желудка (2,9%).

В сроки 6 мес. после резекции желудка обследовано 73 (65,2%) больных. В соответствии с модифицированной шкалой Визика (мы исключили отличный результат) хороший результат получен у 53 (72,6%) пациентов, удовлетворительный – у 18 (24,7%), плохой – у 2 (2,7%) больных.

Отдаленные результаты резекции желудка изучены у 57 пациентов (50,9%). Хорошим признан результат у 42 человек (73,7%), удовлетворительным у 13 (22,8%) и плохим – у 2 больных (3,5%). Больше всего доля удовлетворительных (13 или 26%) и плохих (2 или 4%) результатов – после резекции 2/3 желудка по Б-

II. Доля хороших результатов больше всего после антрумэктомии с ваготомией и после резекции 2/3 желудка по Б-I, что подтверждает данные других авторов.

После 145 органосохраняющих операций при язве ДПК, осложненной кровотечением, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения неспецифического характера развились у 11 (7,6%) больных. Специфические для ваготомии, а также и дренирующих операций осложнения возникли у 5 (3,5%) больных. У 2 больных наблюдали расстройства эвакуации из желудка – они были оперированы по поводу кровоточащей язвы в сочетании со стенозом привратника. Им была выполнена СПВ в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Это осложнение было связано с возникновением воспалительного отека в месте операции по типу анастомозита, а также усугублялось значительным угнетением желудочной моторики, признаки которого были выявлены еще до операции.

Таким образом, частота осложнений после органосохраняющих операций при хронических язвах ДПК составила 11,7%, то есть, в 2 раза меньше, чем после операций ушивания и иссечения кровоточащих язв (22,0%) и после резекции желудка (20,5%). Различия эти статистически достоверны ($p < 0,05$).

Проанализировав общее число и частоту послеоперационных осложнений у больных с хроническими язвами желудка и ДПК, осложненными ГДК, мы отметили их снижение во 2-ом периоде работы с 21,1% до 14,1%. (табл. 3).

Частота послеоперационных осложнений

у больных с хроническими кровоточащими язвами желудка и ДПК

Таблица 3.

Периоды	1988 – 1999		2000 – 2007		ВСЕГО	
	Число опер-ий (%)	Число осложн. (%)	Число опер-ий (%)	Число осложн. (%)	Число опер-ий (%)	Число осложн. (%)
Способы операций						
Ушивание, иссечение язвы	101 (48,4)	23 (22,7)	40 (21,6)	8 (20)	141 (35,4)	31 (22)
Резекция желудка	65 (30,5)	14 (21,5)	47 (25,4)	9 (19,1)	112 (28,1)	23 (20,5)
Органосохраняющие операции	47 (21,1)	8 (17)	98 (53)	9 (9,2)	145 (36,5)	17 (11,7)
ИТОГО	213 (100)	45 (21,1)	185 (100)	26 (14,1)	398 (100)	71 (17,8)

Различие это статистически достоверно ($p < 0,05$). Такое улучшение результатов операций мы связываем с внедрением активно-индивидуальной так-

тики лечения больных с кровоточащими язвами желудка и ДПК, более широким использованием органосохраняющих операций во втором периоде работы.

В ранние сроки после органосохраняющих операций (через 6 месяцев) обследовано 116 (80,6%) пациентов. У 106 человек (91,4%) получен отличный и хороший результат. У 9 больных (7,8%) результат операции расценен как удовлетворительный. Все больные с удовлетворительными результатами перенесли ваготомию в сочетании с различными шунтирующими или разрушающими привратник дренирующими операциями. Только у 1 (0,9%) пациента после СтВ и пилоропластики по Финнею, выполненной по поводу пенетрирующей в головку поджелудочной железы кровоточащей язвы, при обследовании в раннем послеоперационном периоде состояние расценено, как плохое, так как он страдает хроническим панкреатитом (болевая форма) и сахарным диабетом, не работает (инвалид II группы) и вынужден лечиться у гастроэнтеролога.

В отдаленном периоде после ваготомии в сроки от 1 до 10 лет (в ср. 2,2 года) обследовано 79 (54,5%) пациентов. Из них 59 обследовано амбулаторно и стационарно, а 20 методом анкетирования. Из обследованных амбулаторно и стационарно 59 пациентов отличный и хороший результат получен у 53 (89,8%) обследованных, удовлетворительный у 5 (8,5%) и плохой у 1 (2,1%) пациентов.

Таким образом, в целом, доля хороших отдаленных результатов после резекции желудка составила 73,7%, в то время как после ваготомии – 89,8%. Хотя это различие статистически недостоверно ($p > 0,05$), но, тем не менее, наше впечатление от органосохраняющих операций, которые мы выполняем при язвах ДПК с 1973 года, очень хорошее. Сравнительно несложные, полностью сохраняющие такой важный орган, как желудок, обеспечивающие быстрый положительный клинический эффект, они стали в наших клиниках методом выбора хирургического лечения осложненных язв ДПК.

Из 34 оперированных по поводу ЖКК больных с постгастрорезекционными ПЯ желудочно-кишечного соустья осложнения развились у 5 (14,7%) человек. Наибольшее число осложнений (3 или 14,3%) наблюдалось после резекции культи желудка, поскольку эта операция была сделана в большинстве случаев – у 21 (70,6%) больных. После резекции наблюдались и самые тяжелые осложнения, в том числе те, которые потребовали релапаротомии (у 2 или 9,5% больных): несостоятельность желудочно-кишечного соустья – у 1 после резекции по Бильрот-I и у 1 – после резекции культи желудка по Бильрот-II. Эти больные были повторно оперированы, им сделано ушивание дефекта анастомоза и дренирование брюшной полости. Один из них умер от прогрессирующего перитонита, интоксикации и полиорганной недостаточности. Таким образом, после реконструктивной резекции культи желудка летальность составила 4,8%.

Меньшее количество осложнений наблюдалось у больных с постгастрорезекционными ПЯ, у которых в качестве реконструктивной операции была сдела-

на ваготомию в отсроченном порядке при условии достижения устойчивого гемостаза (у 2 из 11 больных). Эти осложнения не были тяжелыми и не потребовали повторных операций. Летальных исходов после ваготомии также не было. У 1 больного с диагнозом Золлингера-Эллисона после экстирпации культи желудка развился послеоперационный панкреатит, излеченный консервативно (табл. 4).

Послеоперационные осложнения
у больных с постгастрорезекционными язвами

Таблица 4

Осложнения	Операция	Вагото- мия (n=7)	Резек- ция культи желудка (n=24)	Экс- тирп. культи желудка (n=3)	Всего
Нагноение раны		1	1	–	2
Острый панкреатит		–	1	1	2
Несостоятельность анастомоза		–	2	–	2
Пневмония		1	1	–	2
ИТОГО		2	5	1	8

Ранние результаты изучены у 30 (88,2%) из 34 оперированных по поводу постгастрорезекционных ПЯ. Из них у 7 больных в качестве реконструктивной операции была выполнена ваготомия, у 21 – резекция культи желудка и у 2 – экстирпация культи желудка. Хорошим признан результат у 23 (76,7%) из 30 обследованных, удовлетворительным у 6 (20%) и плохим – у 1 больного (3,3%).

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 14 лет изучены у 28 пациентов после реконструктивных операций по поводу пострезекционных ПЯ анастомоза. У всех 7 обследованных, перенесших ваготомию, результат признан хорошим. Из 21 обследованных, перенесших резекцию культи желудка, хороший отдаленный результат отмечен у 18 (72%), из них у 6 операция была сделана по способу Б-I в сочетании с селективной ваготомией. Удовлетворительный результат выявлен у 7 (28%) больных – все они перенесли реконструктивную резекцию по Б-II.

Из 15 оперированных по поводу рецидивных постваготомных язв осложнения после реконструктивных вмешательств наблюдали у 3 (20%) больных, у всех – после реконструктивной резекции желудка, которая была сделана 12 больным. Умер 1 больной (3,6%). У него развилась несостоятельность гастродуоденоанастомоза после резекции желудка по Б-I. После релапаротомии, ушивания дефекта анастомоза, гастроэнтеростомии, санации и дренирования брюшной полости смерть наступила от нарастающей полиорганной недостаточности (ПОН).

Ранние результаты изучены у 12 (80,0%) человек из 15 оперированных по поводу рецидивных постваготомных язв в сроки от 3 до 6–12 мес. после опера-

ции. Из числа обследованных 9 больных перенесли резекцию желудка по разным модификациям способа Бильрот-II, и 3 – иссечение кровоточащей рецидивной язвы после СПВ. Хорошим признан результат у 6, удовлетворительным у 3 пациентов. Неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 9 лет (в ср. 2,5 года) изучены у 10 (66,7%) оперированных по поводу рецидивных постваготомных язв (табл. 5).

Отдаленные результаты операций при постваготомных язвах

Таблица 5

Характер выполненной операции	Результат			Всего
	Хороший	Удовлетв.	Плохой	
Резекция желудка	4	3	–	7
Реваготомия	3	–	–	3
ИТОГО	7 (70%)	3 (30%)	–	10 (100%)

Из этих 10 больных в качестве реконструктивных операций у 3 сделано иссечение кровоточащей язвы, а у 7 – резекция желудка по Б-II-Витебскому. Хорошим отдаленный результат признан у 7 (70,0%) обследованных, удовлетворительным – у 3 (30%), плохих результатов не было. Таким образом, при кровоточащих рецидивных постваготомных язвах у большинства больных основной операцией остается реконструктивная резекция желудка.

Из 23 больных с эзофагогастроуденальным кровотечением из ВРВ пищевода и желудка и из эрозий и язв желудка и ДПК, первичный эндогемостаз обеспечил хороший эффект в 17 наблюдениях (73,9%). Методы эндогемостаза включали орошение кровоточащего участка слизистой 96,6° этанолом, капрофером, подслизистые инъекции 96,6° этанола и 2% раствора этоксисклерола, электрокоагуляцию эрозий и язв, а также лигирование ВРВ латексными кольцами.

У 6 (26,1%) из 23 больных с язвенным ГДК на фоне ПГ после первичной лечебной ЭГДС был отмечен рецидив кровотечения. У них была выполнена повторная экстренная ЭГДС, при которой были найдены новые острые кровоточащие язвы. Повторный эндогемостаз оказался успешным, в дальнейшем рецидива ГДК у этих больных не отмечали. Экстренно оперировали 5 больных с профузным кровотечением, при этом стремились выполнять вмешательства минимального объема (ушивание язвы и ВРВ по М.Д. Пациора). Умерли 3 (13%) больных после экстренных операций на фоне прогрессирующей ПОН. Из них 2 больных (у 1 была язва желудка и у 1 – язва ДПК) перенесли ушивание кровоточащих ВРВ пищевода и желудка по М.Д. Пациора в сочетании с перевязкой левой желудочной и селезеночной артерий. Кровотечение у них рецидивировало.

Оба умерли от массивной кровопотери и прогрессирующей печеночной недостаточности. Еще 1 больной умер после операции ушивания множественных кровоточащих язв желудка и ДПК на фоне ВРВ пищевода и желудка от рецидива язвенного кровотечения и прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. Остальные пациенты выписались с зажившими язвами, они постоянно наблюдаются гепатологом и периодически обследуются в нашей клинике.

Таким образом, сочетание кровотечения из гепатогенных язв с ЦП, синдромом ПГ и ВРВ пищевода и желудка – одно из самых неблагоприятных. Мы полагаем, что у таких больных надо особенно настойчиво продолжать попытки эндоскопического гемостаза на фоне интенсивной терапии основного заболевания. Все операции у умерших больных были по сути дела операциями отчаяния.

Анализ наших наблюдений показал, что острые язвы верхних отделов ЖКТ, осложненные ГДК, чаще развиваются у пострадавших от ожогов свыше 20% площади тела, причем с увеличением возраста пострадавшего и площади ожога возрастает риск развития ГДК на всех стадиях ожоговой болезни. В группу повышенного риска развития ГДК необходимо включать всех пострадавших с сочетанием ожога кожи любой площади с ожогом дыхательных путей, а также пациентов с указаниями на наличие язвенной болезни в анамнезе.

Консервативное лечение профузного язвенного ГДК было эффективным у 29 пациентов данной группы. Для остановки ГДК у 15 из них 18 раз производили обкалывание кровоточащих эрозий и язв спирт-адреналиновой смесью и этоксисклеролом. У 3 пациентов лечебная ЭГДС была сделана повторно по поводу рецидива ГДК из новых острых язв, при этом повторный эндогемостаз путем диатермокоагуляции и подслизистых инъекций 96,6° этанола был успешным.

У 2 пострадавших от термических ожогов кожи с профузным кровотечением из язвы ДПК консервативное лечение не увенчалось успехом, и они были экстренно оперированы. После выполнения операций минимального объема в виде ушивания кровоточащей язвы оба пациента поправились.

Из 31 пострадавших от ожогов умерло 7 (22,6%): из них 4 умерли в стадии ожогового шока, 3 человека – в стадии токсемии (на 7–25-е сутки). Смерть всех больных наступила от нарастающей ПОН. На вскрытии у них отмечены множественные язвенные поражения слизистой желудка и ДПК, однако – без признаков продолжавшегося кровотечения. Среди 10 детей, пострадавших от ожогов II–III степени площадью 15–50%, летальных исходов не было.

Таким образом, консервативный метод дал хорошие результаты лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений у пострадавших от термических ожогов кожи. Операции в этой группе больных крайне нежелательны, но иногда они становятся неизбежными, при этом мы использовали вмешательства минимального объема, призванные только спасти жизнь тяжелого пациента.

Эффективность противоязвенной терапии в предоперационном периоде у кардиохирургических больных оценивали по срокам эпителизации острых язв

желудка и ДПК. Мы считаем, что большую роль в профилактике развития ГДК у кардиохирургических больных может сыграть выделение из общего числа больных группы риска, то есть пациентов, у которых особенно велика вероятность развития острых язвенных поражений желудка и ДПК. При анализе причин и частоты развития острых язвенных поражений желудка и ДПК у 106 больных после операций на сердце выяснилось, что они чаще возникали при следующих условиях: 1) наличие острых язв желудка и ДПК до операции; 2) наличие до операции хронического гастродуоденита; 3) наличие желудочной гиперсекреции; 4) развитие тяжелых послеоперационных осложнений, особенно требующих рестернотомии. У 8 кардиохирургических больных с послеоперационными ГДК в комплексе консервативных мероприятий мы применяли лечебную ЭГДС. Прямой эндогемостаз обеспечил хороший эффект в 5 наблюдениях. Использованные методы включали орошение кровоточащих участков 96,6° этанолом, подслизистые инъекции 96,6° этанола и электрокоагуляцию острых кровоточащих язв.

У 3 из 8 кардиохирургических больных после первичной лечебной ЭГДС был отмечен рецидив ГДК. У 2 из них была выполнена повторная экстренная ЭГДС, при которой были найдены новые острые кровоточащие язвы. Повторный эндогемостаз у них был успешным, в дальнейшем рецидива ГДК не отмечали. У 1 больного с прогрессирующей ПОН после операции на сердце, осложненной медиастинитом, рецидив ГДК возник в терминальном состоянии, поэтому ЭГДС ему не проводили. Из 495 оперированных на сердце больных умерло 32 (6,5%), причем ГДК ни в одном случае не явилось причиной летального исхода.

Таким образом, используемая нами активно-индивидуальная тактика лечения больных с острыми язвенными ГДК различного происхождения дала ожидаемые результаты. Опыт консервативного лечения больных с кровоточащими гепатогенными язвами, пострадавших от термических ожогов и кардиохирургических больных с острыми послеоперационными язвами желудка и ДПК позволил нам активнее внедрять эндоскопический (первичный и повторный) гемостаз в группах больных с хроническими язвами желудка и ДПК, а также больных с рецидивными постгастрорезекционными и постваготомными язвами, осложненными профузным кровотечением. Снижение доли паллиативных операций в виде простого ушивания и иссечения кровоточащих язв, дающих большое количество опасных осложнений, и весьма травматичной в экстренных ситуациях резекции желудка, за счет повышения пропорции надежных и безопасных органосохраняющих операций, позволяет рассчитывать на дальнейшее улучшение результатов лечения этого тяжелого контингента больных.

ВЫВОДЫ

1. Частота язвенных ГДК на протяжении последних 20 лет не имеет тенденции к снижению. Современное комплексное консервативное лечение, включающее комбинированный эндогемостаз (при необходимости – повторный), дает возможность остановить острое ЖКК почти при всех видах гастродуоденальных язв любого происхождения. Это значительно изменяет активную лечебную тактику, резко снижает уровень хирургической агрессии, что позволяет выполнить преимущественно отсроченные радикальные операции в наиболее благоприятных условиях. Классические показания к операции при хронических язвах желудка и ДПК, осложненных кровотечением, в принципе остаются прежними.

2. Показанием к экстренной операции при язвенном ГДК должна являться только невозможность достижения гемостаза консервативными мерами, включая комбинированные методы первичного и повторного эндогемостаза. Упорное профузное ГДК у больных хронической язвенной болезнью является условно-абсолютным показанием к радикальной операции, при этом методом выбора являются органосохраняющие вмешательства, выполняемые как экстренно (42,1%), так и в отсроченном порядке (57,9%). Доля экстренных резекций желудка в нашей серии в 1,5 раза меньше, чем доля экстренных органосохраняющих операций (27,7 и 42,1% соответственно), так как меньшие по объему и менее тяжелые для пациента органосохраняющие операции лучше всего демонстрируют свои преимущества именно в таких экстренных ситуациях, как профузное язвенное ГДК.

3. Доля экстренных операций по поводу хронических язв желудка и ДПК, осложненных ГДК, составившая в 1-ом периоде работы (1988–1999 гг.) 57,3%, во 2-ом периоде (2000–2007 гг.) снизилась до 48,1% на фоне увеличения доли радикальных отсроченных операций с 42,7% до 51,9%. При этом доля паллиативных операций уменьшилась с 48,4% до 21,6%, резекции желудка – с 30,5% до 25,4%, в то же время доля органосохраняющих операций возросла с 21,1% до 53%. Такое изменение спектра операций при сохраненном уровне оперативной активности положительно отразилось на результатах лечения: осложнения после органосохраняющих операций развились у 11,7% больных, то есть, в 2 раза меньше, чем после операций ушивания и иссечения язв и после резекции желудка ($p < 0,05$).

4. Эффективность предложенной операции при кровоточащих язвах ДПК обусловлена тем, что она обеспечивает: 1) надежную остановку кровотечения под визуальным контролем; 2) биологическое тампонирование язвы демукозированной передней стенкой ДПК с последующим плотным ее срастанием с дном язвы, что способствует профилактике рецидива ГДК; 3) надежную изоляцию просветов ДПК и желудка друг от друга, что предупреждает возобновление пассажа желудочного содержимого через зону язвы, – это способствует профилактике рецидива язвы; 4) устранение необходимости резекции желудка, которая в подобных случаях бывает сопряжена с техническими трудностями обработки культи ДПК.

5. Рецидивные язвы после резекции желудка и ваготомии протекают более агрессивно, чем первичные хронические гастродуоденальные язвы. Они чаще осложняются кровотечением (38,4% наблюдений). У больных с рецидивными язвами продолжающееся ЖКК при поступлении встречалось чаще (более 35% случаев), чем у больных с первичными хроническими язвами (27,5%). В то же время консервативные методы гемостаза у подобных больных оказались также успешны: экстренно оперированы 26,7% больных с пострезекционными и 20% с постваготомными язвами. Основной операцией у подобных больных является ререзекция культи желудка. Предложенная новая операция при рецидивных язвах гастродуоденоанастомоза после ваготомии проста, надежна и обеспечивает высокую эффективность прямого гемостаза и надежное заживление язвы.

6. Частота язвенных поражений слизистой желудка и ДПК у пациентов с кровотечением на фоне ПГ и ВРВ пищевода и желудка составила 24,7% (у 23 из 93 больных). Экстренную диагностику и лечение подобных больных необходимо проводить одновременно, так как большинство из них поступают в стационар без установленного диагноза ЦП и язвенной болезни. Комплексное консервативное лечение является методом выбора у подобных больных и позволяет добиться гемостаза в 76,2% наблюдений, в то же время операции даже минимального объема сопровождаются у них высокой летальностью (по нашим данным – 13,6%).

7. Методом выбора остановки ГДК у тяжелообожженных является лечебная ЭГДС, которую при рецидиве ГДК следует производить повторно. Острые язвы в ранние сроки после операций на сердце на фоне проведения профилактической терапии образовались у 25,7% больных, а частота ГДК составила 3,0%. Разработанная комплексная пред-, интра- и послеоперационная медикаментозная профилактика привела к снижению частоты развития острых эрозий и язв желудка и ДПК у кардиохирургических больных в 1,5 раза (18,4%), а частоты послеоперационных эрозивно-язвенных ГДК – с 3,0% до 0,7%.

8. Разработанная активно-индивидуальная тактика лечения больных с язвенными кровотечениями различного генеза основана на раннем выявлении источника ГДК, причины, вызвавшей изъязвление гастродуоденальной слизистой, на фоне проведения лечебных мероприятий, направленных на остановку кровотечения; активное использование первичного и повторного эндогемостаза независимо от происхождения язвы, что позволяет снизить уровень хирургической агрессии и выполнить большинство операций в отсроченном порядке. В основе улучшения результатов хирургического лечения больных с язвенными ГДК лежит снижение доли паллиативных операций и резекции желудка, дающих большее число осложнений, за счет увеличения доли органосохраняющих вмешательств, которые надежны и гораздо более безопасны для больного.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При развитии острого язвенного ЖКК в комплексе консервативного лечения необходимо активно (при необходимости повторно) использовать лечебную ЭГДС, позволяющую в большинстве наблюдений достигнуть устойчивого гемостаза. Во всех случаях необходимо стремиться выполнить радикальную операцию в отсроченном порядке, так как широкое использование паллиативных экстренных операций приводит к развитию большого числа опасных осложнений, в том числе – рецидива ГДК из ушитой язвы.

Постгастрорезекционные ПЯ желудочно-кишечного анастомоза наиболее опасны развитием профузного ЖКК и поэтому подлежат оперативному лечению. Постваготомные рецидивные язвы ДПК могут быть лечены консервативно, в то же время при ПЯ желудочно-кишечного соустья после ваготомии следует более настойчиво предлагать операцию ввиду более высокой опасности развития ЖКК.

Выбор лечебной тактики у больных с гастродуоденальными язвами на фоне ЦП и ПГ зависит от интенсивности кровотечения и степени устойчивости гемостаза, и от того, является ли выявленный источник ГДК единственным или кровоточат оба источника. Методом выбора в лечении таких больных является комбинированный эндогемостаз, так как экстренные операции даже минимального объема сопровождаются у подобных больных высокой летальностью.

Профилактика и лечение профузного ЖКК язвенной этиологии у тяжелообожженных должны включать адекватную терапию ожоговой болезни; проведение в 1-е сутки после поступления профилактической ЭГДС у пострадавших с площадью ожога более 20%, а также у пациентов с сочетанием ожога кожи и ожога дыхательных путей; профилактическое постоянное применение блокаторов желудочной секреции, антацидных и цитопротекторных средств с первых часов после поступления пострадавшего и до начала реконвалесценции;

В группу риска развития кровотечения из острых язв желудка и ДПК после операций на сердце в условиях ИК следует относить пациентов, у которых до операции выявлены гастродуоденит и острые эрозии и язвы желудка и ДПК, повышенная желудочная секреция, а также тех больных, у которых после операции развиваются различные осложнения, в том числе требующие рестернотомии.

Комплекс консервативного лечения, включающий омез по 20 мг 2 раза в сутки или фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки, альмагель по 5,0–6,0 мл 3–4 раза в сутки, а также вентер и метилурацил в сочетании с витаминотерапией и диетотерапией, обеспечивает быстрое заживление острых эрозий и язв желудка и ДПК в предоперационном периоде у кардиохирургических больных.

Предложенные новые способы операций при кровоточащих язвах ДПК и кровоточащих язвах ГДА после ваготомии обеспечивают надежный гемостаз и заживление язвы и поэтому их надо применять по разработанным показаниям.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Антибактериальная подготовка больных с язвенным пилородуоденальным стенозом // Материалы научной республ. конф. гастроэнтерологов, посвящен. памяти проф. Алиева Г.К.– Баку, 1996.–С.42–44 (Соавт.: Ф.С. Курбанов, А.Н. Гаджиев, Э.А. Алмамедов, З.Т. Ширинов).
2. Эффективность СПВ, фундопликации и дренирующей операции при рубцово-язвенном пилородуоденальном стенозе // I Междунар. конгресс гастроэнтерологов Евразии.– 21–25 мая 1997г., г. Баку. – С. 5. (Соавт.: Б.А. Агаев, Ф.С. Курбанов, З.Т. Ширинов, Б.Г. Гулиев, Э.А. Алмамедов, А.Н. Гаджиев).
3. Изучение алиментарного статуса и его предоперационная коррекция у больных с рубцово-язвенным пилородуоденальным стенозом // Азербайджанский мед. журнал.– 1999.– №1.– С. 35–37 (Соавт.: Ф.С. Курбанов, З.Т. Ширинов, Э.А. Алмамедов, Р.Ш. Джалилов).
4. Современные методы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии // Азербайджан. мед. журнал.– 1999.– №1.– С. 97–102 (Соавт.: Б.А. Агаев, Д.М. Велиханова, К.Я. Караханов, Н.О. Тагиева, Л.Г. Асадова, С.Р. Панахова).
5. К вопросу лечения кровотечений при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // IV International Euro-Asian Gastroenterologist Congress. 29 May–2 June 2000. Congress materials.– Ташкент, 2000.– Р. 131 (Соавт.: Салихов Я.С., Мусаев Б.А.).
6. New view on a complex treatment of patients with portal hypertension complicated by acute bleeding // VI International Euro-Asian and Azerbaijanian Congress of Gastroenterologists and surgeons. Abstracts.– Baku, Azerbaijan, 5–7 June 2003.– Р. 44 (Соавт.: Velichanova D.M., Shirinov Z.T., Mamedov N.Z.).
7. Value of endoscopic hemostasis in treatment of acute gastroenteric bleedings // VI International Euro-Asian and Azerbaijanian Congress of Gastroenterologists and surgeons. Abstracts.– Baku, Azerbaijan, 5–7 June 2003.– Р. 45 (Соавт.: Mamedov N.Z., Shirinov Z.T., Guliev B.H.).
8. Results of distant period after selective proximal vagotomy and stomach drainage operation // VI International Euro-Asian and Azerbaijanian Congress of Gastroenterologists and surgeons. Abstracts.– Baku, Azerbaijan, 5–7 June 2003.– Р. 46 (Соавт.: Mikailov R.R., Shirinov Z.T., Sadyhov B.I.).
9. Role of the fibroendoscopic survey in operated stomach diseases // VI International Euro-Asian and Azerbaijanian Congress of Gastroenterologists and surgeons. Abstracts.– Baku, Azerbaijan, 5–7 June 2003.– Р. 48 (Соавт.: Shirinov Z.T., Kurbanov F.S., Guliev B.H., Almamedov E.A., Sadyhov B.I.).
10. Способ оперативного лечения пептических язв гастродуоденоанастомоза после ранее перенесенной ваготомии в сочетании с гастродуоденостомией по Джабулею // Бюллетень Изобретения, полезные модели.– 2005.– № 31 (III ч.).–

С. 430.– Патент на изобретение № 2263475. (Соавт.: Курбанов Ф.С., Богопольский П.М., Ширинов З.Т.).

11. Холецисто-дуоденальный свищ, симулировавший кровоточащую язву двенадцатиперстной кишки // *Saglamliq* (Здоровье) 2006.– № 9.– С. 141–143.

12. Реконструктивные операции при постваготомных синдромах // *Azerbaijan Tibb Jurnalı* (Аз. мед. журнал) 2006.– № 4.– С. 136–139 (Соавт.: З.Т. Ширинов).

13. Диагностика и хирургическое лечение рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии // Сб. научных трудов, посвященных 65-летию каф. Общей хирургии Красноярской ГМА.– Красноярск, 2006.– С. 331–340 (Соавт.: Ф.С. Курбанов, З.Т. Ширинов, П.М. Богопольский).

14. *Glucosa-6-phosphatdegidrogenasa fermentimi ...* (Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки, осложнившейся кровотечением и стенозом, у больного с дефицитом фермента глюкоза-6-фосфатдегидрогеназы) // *Azerbaijan Tibb Jurnalı* (Азерб. мед. журнал).– 2007.– № 1.– С. 134–135.

15. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // *Хирургия.*– 2007.– № 4.– С. 22–27.

16. Клинико-диагностические и лечебные аспекты гастродуоденальных эрозивно-язвенных кровотечений у пострадавших от тяжелых термических ожогов // *Azerbaijan Tibb Jurnalı* (Азерб. мед. журнал).– 2007.– № 4.– С. 90–92.

17. Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений у кардиохирургических больных // *Виноградовские чтения.*– Москва, 19 апреля 2007 г.– М., 2007.– С. 42–43. (Соавт.: А.Г. Файбушевич).

18. Диагностика, лечение и профилактика острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у кардиохирургических больных // *Хирургия.*– 2007.– № 7.– С. 21–25 (Соавт.: А.С. Кириленко, А.Г. Файбушевич, Ф.С. Курбанов, Ю.В. Таричко).

19. Эзофагогастродуоденальные кровотечения у больных с портальной гипертензией // *Хирургия.*– 2007.– № 9.– С. 32–35.

20. Пластическое ушивание больших пенетрирующих язв задней стенки двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением // *Хирургия.*– 2007.– № 10.– С. 28–31. (Соавт.: Ф.С. Курбанов, П.М. Богопольский, Э.А. Алмамедов, З.Т. Ширинов).

21. Профилактика и лечение кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта у кардиохирургических больных в послеоперационном периоде // 13-й Всеросс. съезд сердечно-сосуд. хирургов. Москва, 25–28 ноября 2007 г. – Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосуд. заболевания.– 2007.– Т. 8.– № 6.– С. 372. (Соавт.: Ф.С. Курбанов, Ю.В. Таричко).

22. Хирургическое лечение рецидивных постваготомных язв, осложненных желудочно-кишечным кровотечением // *Surgery* (Азербайджан).– 2007.– № 3 (11).– С. 42–45. (Соавт.: Мехдиев А.Г., Курбанов Ф.С.).

23. Способ ушивания пенетрирующих в поджелудочную железу кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки // Сб. тезисов Всеросс. Научно-практ. конф. с междунар. участием «Заболевания поджелудочной железы» (Сочи, 7–10 ноября 2007 г.).– Вестн. хирургич. гастроэнтерологии.– 2007.– № 3.– С. 116. (Соавт.: Курбанов Ф.С., Ширинов З.Т., Алмамедов Э.А., Богопольский П.М.).
24. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным дуоденальным кровотечением и перфорацией, у пациента старческого возраста // Хирургия (Азербайджан).– 2007.– № 4 (12).– С. 83–84. (Соавт. – З.Т. Ширинов).
25. Gastroduodenal ulcer hemorrhage in patients suffering from liver cirrhosis with portal hypertension // Abstracts of 10-th International Euroasian Congress of Gastroenterology and Surgery.– Iran, Isfahan, 7–9 December, 2007.– P. 60–61.
26. Postvagotomy recurrent gastroduodenal ulcers complicated with hemorrhage // Abstracts of 10-th International Euroasian Congress of Gastroenterology and Surgery.– Iran, Isfahan, 7–9 December, 2007.– P. 69–70. (Соавт.: Mekhdiev A.G., Kurbanov F.S.).
27. The rentgenological examination in the “operated stomach diseases” // Abstracts of 10-th International Euroasian Congress of Gastroenterology and Surgery.– Iran, Isfahan, 7–9 December, 2007.– P. 137–138. (Соавт.: Shirinov Z.T., Mamedov M.M., Isgenderli S., Guliev B.H.).
28. A new method of operation for marginal ulcer of gastroduodenoanastomosis (GDA) after selective proximal vagotomy (SPV) // Abstracts of 10-th International Euroasian Congress of Gastroenterology and Surgery.– Iran, Isfahan, 7–9 December, 2007.– P. 85–86. (Соавт.: Shirinov Z.T., Kurbanov F.S.).
29. Гастродуоденальные кровотечения у больных с тяжелыми термическими ожогами // Хирургия.– 2007.– № 12.– С. 65–68.
30. Кровотечения из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии // Хирургия.– 2008.– № 2.– С. 37–41. (Соавт. : Мехдиев А.Г., Курбанов Ф.С.).
31. Диагностика и хирургическое лечение постваготомных язв // Анналы хирургии.–2008.– № 1.– С. 39–41 (Соавт. : Мехдиев А.Г., Курбанов Ф.С.).
32. Способ пластического ушивания больших пенетрирующих язв задней стенки двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением // Бюллетень Изобретения полезные модели.– 2008.– № 14.– С. Положительное решение от 07.11.2007 г. по заявке № 2007108208 от 06.03.2007 г. (Соавт.: Курбанов Ф.С., Богопольский П.М., Ширинов З.Т., Алмамедов Э.А.).
33. Хирургическое лечение низкой постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной профузным кровотечением // Хирургия.– 2008.– №4. – С. 63–64.

Казымов Ильхам Лазым оглы (Россия)

Хирургическое лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений различного происхождения

На основании анализа результатов лечения 1502 больных изучены причины и виды язвенных желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) различного генеза, а также их исходы в зависимости от тактики и методов лечения. Разработана активно-индивидуальная тактика лечения больных с язвенными ЖКК различного происхождения. Разработаны оптимальные алгоритмы диагностики и лечения эрозивно-язвенных ЖКК с учетом индивидуальных особенностей больного. Разработаны показания и доказана высокая эффективность консервативного лечения, включая первичный и повторный эндогемостаз, при острых язвенных ЖКК в различных группах больных. Усовершенствованы показания к оперативному лечению больных с ЖКК при язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в зависимости от генеза язв. Предложены варианты выбора наиболее оптимальных методов операций при язвенных ЖКК в различных клинических ситуациях, разработаны две новые эффективные операции при кровоточащих пенетрирующих язвах ДПК и рецидивных язвах гастродуоденоанастомоза после ранее выполненной ваготомии, на которые получены патент и положительное решение на изобретение. На основании изучения результатов доказана высокая эффективность разработанной индивидуально-активной тактики лечения больных с эрозивно-язвенными ЖКК различного происхождения.

Kazimov Ilkham Lazym ogly (Russia)

Surgical treatment of ulcer gastroduodenal hemorrhages of different genesis

On the basis of analysis of results of treatment of 1502 patients reasons and types of acute ulcerous gastrointestinal bleedings (GIB) of different genesis are studied, as well as their upshots depending on tactics and methods of management. Individually-active tactics of the treatment of patients with acute ulcerous GIB of different genesis is elaborated. Optimum algorithms of the diagnostics and treatment of acute ulcerous GIB depending on its genesis and with provision for individual features of patients are proposed. The evidence and high efficiency of designed conservative treatment, including primary and the repeated endoscopic hemostasis in acute ulcerous GIB in different groups of patients are proved. Indications for operative treatment of patients with GIB with ulcerous defeats of the stomach and the duodenum depending on their genesis are improved. The offered variants of the choice of the most optimum methods of surgery for GIB of erosive-ulcerous origin in different clinical situations, two new efficient operations for bleedings penetrating duodenal ulcers and recurrent ulcers of gastroduodenoanastomosis after earlier carried out vagotomy are designed and invented. A patent and a positive decision on invention of that two new operations are received. High efficiency of individually-active tactics of treatment of patients with acute ulcerous GIB of different origin is proved on the basis of studies of results.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

www.gastroscan.ru/literature/