

рекции функций органов и показателей гомеостаза, и специфические, воздыствующие на звенья углеорогенеза. К последним относится обязательное применение H2-гистаминоблокаторов, антацидных препаратов, энтерального питания.

К сожалению, в терапевтических отделениях вопросам профилактики уделяется недостаточно внимания, и больные с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью оказываются в критической ситуации из-за возникшего кровотечения. Этому посвящено наше сообщение.

Нами проанализировано 14 случаев перевода больных с признаками желудочно-кишечного кровотечения из разных отделений города в хирургический стационар ЦГКБ № 1 Октябрьского района за 9 мес текущего года. Среди них 3 перевода (21%) из СОКПБ № 1, из объединения «Фтизиопульмонология» - 3 случая (21%), 2 перевода из Екатеринбургского кардиоцентра (14%), 2 (14%) - из ГКБ № 24 и по 1 переводу из терапевтических отделений ГКБ № 25, ГПБ № 12, ГКБ № 6, ЦГКБ № 1 (по 7%).

Из поступивших - 9 мужчин (64%), 5 женщин (36%). Средний возраст мужчин составил 56 лет, женщин - 52 года. Согласно профилю отделений, основная патология была представлена следующим образом: 3 человека с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда, 3 - с раком легкого, 2 - с алкогольным психозом, 1 - с попыткой суицида, 1 - с шизофренией, 1 - с ОНМК, 1 - с острой пневмонией, 1 - с ревматоидным артритом, 1 - с хроническим панкреатитом. В сопроводительных выписках крайне скудно отмечено проводимое в терапевтических отделениях лечение, ни в одном случае не указано на применение антацидов, H2-гистаминоблокаторов с профилактической целью.

При поступлении в хирургический стационар и постановке диагноза кровотечения на фоне язвенной болезни желудка и ДПК установлено у 9 пациентов (64%), из острых язв желудка - у 3 (21%), острые эрозии в сочетании с синдромом Меллори-Вейса выявлены в 2 случаях (14%). Среди поступивших преобладали больные с тяжелой степенью кровопотери - 6 человек (42%), со средней степенью - 4 (28%), с легкой степенью - 3 пациента (21%).

Прооперировано в неотложном порядке 3 человека, оперативная активность составила 21%. В рассматриваемой группе умерло 3 больных, 2 из них прооперированы. Общая летальность составила 20%.

Таким образом, больные с тяжелой сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточностью на фоне отравления или проводимого лечения антикоагулянтами, воспалительными противовоспалительными препаратами являются группой риска в плане развития у них кровотечений из острых и хронических язв желудочно-кишечного тракта. Улучшить результаты лечения этих больных возможно путем применения комплексных профилактических мероприятий, снижающих риск возникновения таких осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карицкий А.П. Сочетание синдрома Мэллори-Вейса с острыми изъязвлениями слизистой оболочки желудка и ДПК. // Вестник хирургии. - 1994. - № 5-6.

2. Курыгин А.А., Румянцева В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. - СПб, 1992.
3. Хохла В.П. и др. Хирургическое лечение острых эрозий и язв органов пищеварения, осложненных профузным кровотечением. // Вестник хирургии. - 1995. - № 1.
4. Чернов В.Н., Мизнев И.А., Скорляков В.В. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 10-14.

УДК 616.342-002.44-007.251

И.В. Зеленцов

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕЛЕКТИВНУЮ ПРОКСИМАЛЬНУЮ КРОВОАГОТОМИЮ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДПК

Уральская государственная медицинская академия

На современном этапе не оставляют сомнений успехи медикаментозной терапии язвенной болезни ДПК. Последние десятилетия прошлого века внесли радикальные изменения в концепцию патогенеза язвенной болезни и в ее лечение благодаря внедрению мощных антисекреторных препаратов и эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Современные схемы последней позволяют добиться эрадикации более чем в 90% случаев, что, в свою очередь, приводит не только к рубцеванию язвы, но и многократному снижению ее рецидивов. По данным ряда авторов, в течение года рецидив возникает только у 10-20% пациентов, в то время как при отсутствии эрадикации — у 60-70%.

В то же время неуклонно растет число больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Так, в Екатеринбурге за последние 10 лет количество пациентов с таким грозным осложнением, как перфорация, выросло с 161 до 436, то есть в 2,7 раза.

За последние годы изменилось не только количество больных перфоративной язвой ДПК, но и их возрастной состав. Так, в США среди больных, госпитализированных по поводу данного заболевания, численность группы пациентов в возрасте старше 60 лет увеличилась до 40-48% от всех наблюдений. В Англии и Шотландии среди страдающих язвенной болезнью также отмечается увеличение контингента пожилых больных. В Норвегии и Германии средний возраст больных, у которых заболевание осложнилось перфорацией, увеличился почти на 20 лет, то есть с 40 до 60 лет. Подобная трансформация возрастного состава пациентов имеет место и в России.

Все это делает актуальной проблему выбора метода оперативного лечения ЯБ ДПК. Особенно тяжело решить вопрос о выборе операции в неотложном порядке. В первую очередь это касается больных с разлитыми перитонитами, а также пожилого и старческого возраста, так как в этих случаях больные плохо переносят травматичные длительные вмешательства. Операция должна быть малотравматичной, быстровыполнимой, технически простой. Резекция желудка по любой методике травматична, сложна технически, сопровождается большим

числом осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и возникновением пострезекционной болезни в отдаленном периоде.

В нашей клинике с 1980 г. операцией выбора является ваготомия. Однако и этот вид вмешательства имеет определенные недостатки. Стволовая ваготомия малотравматична, быстро выполняется, проста технически, но сопровождается денервацией всех органов брюшной полости. Селективная проксимальная ваготомия достаточно сложна технически, длительна по времени, требует высокой техники выполнения, имеет ряд специфических осложнений. Это делает актуальным поиск новых способов выполнения данного вмешательства.

В 1988 г. И.В. Козловым был предложен оригинальный способ выполнения селективной проксимальной ваготомии. В основе его лежит более высокая чувствительность нервной ткани к холодовому воздействию. Способ заключается в криодеструкции ветвей блуждающего нерва непосредственно в толще стенки желудка и характеризуется простотой, малой продолжительностью и возможностью уверенно воздействовать на ветви блуждающего нерва, сохранив основной ствол.

В эксперименте были разработаны параметры криовоздействия (КВ) и техника вмешательства. В качестве хладагента был выбран жидкий азот (температура -196°C). Использовались криодеструкторы как собственного, так и промышленного изготовления, обеспечивающие температуру на рабочей поверхности около -180°C . В ходе эксперимента было выявлено, что при температуре КВ -180°C наиболее выгодным будет интервал воздействия от 1 до 10 с. При данном времени развиваются выраженные деструктивные изменения в нервных волокнах при минимальных изменениях в окружающих тканях. Гистологические исследования, проведенные в сроки до 1 года с момента КВ, подтвердили выраженность деструктивных изменений нервных волокон в отдаленном периоде. Изучение «запаса прочности» стенки желудка к холодовому воздействию подтвердила безопасность выбранных параметров.

Техника криоваготомии была отработана в серии опытов на животных. Она заключалась в следующем. По передней поверхности желудка вдоль малой кривизны проводилась контактная криоваготомия на стенку желудка вверх от двигательных ветвей нерва Латарже до угла Гиса. Аналогичное воздействие проводилось по задней стенке желудка через «окно» в бессосудистой зоне большого сальника. Время выполнения криоваготомии не превышает 5-7 мин. Для выполнения воздействия был разработан специальный набор насадок для криодеструкторов, обеспечивающий оптимальное криовоздействие в различных точках приложения. Все это позволило нам применить разработанную методику в клинике. На данный способ получен патент Госкомизобретений России №2063181 (приоритет изобретения от 03.09.1992).

В лечении перфоративной язвы ДПК криоваготомия применяется с 1994 г. За период 1994-2000 гг. было прооперировано около 348 больных с перфоративной язвой ДПК. У части пациентов выполнение ваготомии по традиционной методике было невозможно. Ни в одном из случаев применения криоваготомии интраоперационных осложнений, как связанных с криовоздействием, так и каких-либо других, выявлено не было. Течение бли-

жайшего послеоперационного периода после криоваготомии благоприятное.

Для решения вопроса о месте разработанной нами селективной проксимальной криоваготомии в хирургическом лечении перфоративной язвы ДПК было необходимо изучить не только ближайшие и отдаленные результаты в смысле отсутствия или наличия рецидивов, а качество жизни прооперированных пациентов. Под качеством жизни понимается интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

Из множества опросников мы выбрали два, исходя из доступности самих анкет, методик их оценки, включая программное обеспечение, а также то, что они прошли культурную адаптацию в России. В качестве общего опросника нами использовалась шкала MOS SF-36, разработанная в The Health Institute, New England Medical Center, Boston. Из 36 пунктов анкеты 35 используются для обработки баллов по 8 шкалам (ролевого физического функционирования, физического функционирования, шкала боли, общего здоровья, ролевого эмоционального функционирования, шкала жизнеспособности, психологического здоровья, социального функционирования). Один пункт из 36 не используется в обработке баллов, а позволяет определить «переходную точку здоровья».

Второй опросник, выбранный нами — GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), представляет собой специальную шкалу для оценки качества жизни при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Он был разработан отделом изучения качества жизни в ASTRA Hassle и состоит из 15 пунктов, которые преобразуются в 5 шкал — абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспептический синдром и синдром запоров.

Из 348 больных, прооперированных по поводу перфоративной язвы ДПК, нам удалось привлечь для обследования 109 человек. Период наблюдения от момента операции составил от 2 до 8 лет. Обследование включало в себя опрос пациентов по составленной нами анкете, которая представляет собой попытку формализации жалоб и истории заболевания пациентов. Кроме того, использовались также объективные методы обследования, как клинико-лабораторные анализы, фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка.

Абсолютное большинство перенесших операцию считали себя здоровыми, диеты не придерживались, противорцидивное лечение не получали, место работы не меняли. В ходе эндоскопического и рентгенологического исследований было выявлено 9 больных с рецидивом язвы двенадцатиперстной кишки, что составило 8,6%.

Таким образом, метод криоваготомии прост в техническом исполнении, требует мало времени, может быть выполнен хирургом любой квалификации. Время выполнения собственно криоваготомии не превышает 5-7 мин. При этом не рассекаются ткани, не накладываются ни один зажим, сохраняются кровоснабжение и связочный аппарат желудка и ДПК. Операция может быть выполнена у пациентов пожилого и старческого возраста, а также у больных в тяжелом состоянии, когда традиционные оперативные методики крайне рискованны или вообще невыполнимы.

Данные опроса больных, оценки качества жизни по общей и специальной шкалам, результаты эндоскопической и рентгенологического исследований позволяют считать результаты применяемого у нас способа лечения хорошими.

УДК 617-089:616 34-007 272

В.А. Козлов, С.Ю. Медведева,
А.Г. Макарошкин, А.В. Чернов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРИТОНИТЕ

Уральская государственная медицинская академия,
Институт физики металлов УрО РАН,
Центральная городская клиническая больница №1

Синдром интестинальной недостаточности является обязательной составляющей патогенеза любой тяжелой абдоминальной патологии. Согласно современным представлениям, именно нарушения барьерной функции ЖКТ при синдроме кишечной недостаточности создает условия для неконтролируемой транслокации условно-патогенных микроорганизмов и поддержания септического процесса даже при достаточно эффективной санации других очагов инфекции. Наибольшее значение синдром интестинальной недостаточности имеет в развитии острой кишечной непроходимости и распространенного перитонита. Моторно-эвакуаторные нарушения при этой патологии сопровождаются мезентериальным ангиоспазмом, что приводит к ишемическому повреждению кишечной стенки, массивному поступлению условно-патогенных микроорганизмов, их токсинов в портальное кровеносное русло и лимфатическую систему и обуславливает неблагоприятный исход [2]. Кишечная недостаточность становится «мотором» полиорганной дисфункции, которая приводит пациента к летальному исходу [1,3,9].

С целью коррекции несостоятельности кишечного барьера предложены методики интестинального дренирования и лаважа, различные фармакологические и физиотерапевтические способы стимуляции моторной активности желудочно-кишечного тракта, применение антиглоксантов [4,5,10,11]. Механическое дренирование кишечника, к сожалению, не всегда способно предотвратить ишемию кишечной стенки, а возможности медикаментозных методов зачастую ограничены ввиду нарушенной регуляции сократительной активности кишки в условиях гипоксии [7].

Известно, что моторная активность тонкого кишечника находится под контролем внешней иннервации. При этом повышение давления в каком-либо из отделов тонкой кишки, характерное для кишечной непроходимости, за счет тормозного энтеро-энтерального рефлекса, реализуемого через головной мозг, приводит к торможению сократительной активности всего кишечника. Кроме этого, повышение внутрипросветного давления закономерно приводит к микроциркуляторным нарушениям в стенке кишки, обуславливая ее ишемию [4]. Работами

А.А. Курыгина и соавт. показано, что вагальная денервация устраняет негативное влияние на кровоснабжение и моторно-эвакуаторную активность кишечника за счет разобщения центров, отвечающих за моторную функцию и находящихся в продолговатом мозге, и эффекторных единиц, которыми являются система микроциркуляции, а также мышечный и сфинктерный аппарат кишечника [5,6]. При этом регуляция системы микроциркуляции и гладких мышц осуществляется внутристеночными нервными сплетениями. Аfferентные импульсы, генерируемые в подслизистом сплетении Мейсснера, передаются непосредственно на эfferентные нейроны внутристеночного сплетения Ауэрбаха. В итоге, под влиянием автономных интрамуральных метасимпатических нервных структур происходит улучшение интрамурального кровотока, снижение порога возбудимости тонкой кишки, усиление ее моторной, эвакуаторной и секреторной функции, что позволяет корректировать нарушения в тонкой кишке в условиях перитонита и предотвращать или существенно нивелировать развитие пареза кишечника и ишемического повреждения кишечной стенки, а значит, и прогрессирование синдрома кишечной недостаточности.

Таким образом, существуют реальные предпосылки применения денервации тонкой кишки в комплексе лечебных мероприятий при острой кишечной непроходимости. В.В. Плечевым был предложен способ денервации тонкой кишки, заключающийся во внутрибрюшечном периаартеральном введении клеевой композиции – «Сулфакрилата». Существенными недостатками данного способа являются неуверенность в эффекте и невозможность дозирования токсического воздействия во времени, так как для того, чтобы вещество, вводимое внутрибрюшечно, оказало свое действие, необходимо его высвобождение из композиции, диффузия и пропятие стенки артерии. Прогнозирование и регулирование этого процесса в предложенной методике невозможно. Отрицательным моментом использования клеевой композиции является опасность повреждения сосудов и некроза тканей брыжейки, трудоемкость и травматичность методики, связанная с введением большого количества композиции из нескольких пункционных точек, возможность инфицирования, а также развития непрогнозируемых аллергических реакций в связи с введением нерассасывающегося инородного вещества.

Ранее нами были показаны преимущества использования криогенного воздействия для деструкции нервных волокон, в частности, волокон блуждающего нерва в стенке желудка. В экспериментах на животных нами доказано, что криовоздействие с экспозицией до 15 с при надежном разрушении нервных волокон не сопровождается некрозом окружающих тканей, а перфорация органа наступала при криовоздействии с экспозицией 6 мин [8]. Это послужило обоснованием использования криовоздействия для лечения синдрома кишечной недостаточности кишечной непроходимости.

Целью нашего исследования являлось изучение возможностей применения криоденервации тонкой кишки для восстановления моторно-эвакуаторной функции тонкого кишечника при лечении острой кишечной непроходимости и перитонита.