

На правах рукописи

МЕЖИДОВ Заур Султанович

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ В УСЛОВИЯХ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЧЕЧЕНСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

(Клинико-экспериментальное исследование)

14.00.27 - хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Саратов – 2006

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Алипов Владимир Владимирович.

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Блувштейн Григорий Аврамович;
доктор медицинских наук, профессор
Громов Михаил Сергеевич.

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится « 29 » ноября 2006 года в 13 часов на заседании диссертационного совета Д 208.094.01 при ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава» по адресу: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава» (410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112).

Автореферат разослан « 18 » сентября 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук

Маслякова Г.Н.

2006 А
22834

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Перфорация — угрожающее жизни осложнение гастродуоденальной язвы, при котором летальность достигает 3-17% (Савельев В.С., 1996; Слесаренко С.С. и соавт., 2003; Лосев Р.З. и соавт.; 2003, Baker G.S., 1997).

По данным Ю.М. Панцырева (2003), частота перфорации язв приближается к частоте гастродуоденальных кровотечений; при этом у мужчин это осложнение отмечается в 7 раз чаще, чем у женщин. По данным МЗ Саратовской области в 2003 году по поводу перфорации язвы в стационарах области было пролечено 509 больных, а послеоперационная летальность составила 4,8%; позже 24 часов были доставлены 13,8% больных.

Неотложная хирургическая помощь больным с перфоративной язвой в 65% случаев оказывается в условиях ЦРБ, при этом указывается на тактические и диагностические ошибки на догоспитальном этапе (Кузин М.И. и соавт., 1996; .Nogueira C. et al., 2003, и др.). За последние 20 лет отмечено увеличение количества перфоративных язв в 2,4 раза (Борисов А.Е. и соавт., 2003), а в 2006 году среди сельских жителей прогнозируется увеличение числа этого осложнения язвы еще на 10% (Слепых Н.И., 2003).

Анализируя причины перфорации язв, еще в 1955 году С.С. Юдин указывал на преимущественное влияние «вейропсихогенного фактора при роковом моменте перфорации». Ряд авторов, оценивая особенности оказания помощи больным с перфоративной гастродуоденальной язвой (ПГДЯ) в сельском районе, отмечают как сложности диагностики, так и тактические ошибки в хирургическом лечении больных (Балалькин В.Д., 2003; Н.А.Alvarado-Aparicio et al., 2004).

В сроки от 12 до 24 часов с момента перфорации язвы в тяжелом состоянии госпитализируются от 28% до 42% больных (Совцов С.А., 2003; Тимербулатов В.М. и соавт., 2003) и среди них нередко пациенты пожилого возраста с сопутствующей патологией (Дубошина Т.Б., 2003, Nogueira C. et al., 2003). Хирургическое лечение данной категории больных должно осуществляться после проведения полноценной предоперационной подготовки или реанимационной терапии (Алипов В.В. и соавт., 2004, С.Svanes, 2000). При отсутствии технических условий для экстренной операции, определенные надежды возлагаются на использование малоинвазивных и эндоскопических технологий, временно или постоянно корригирующих перфорацию органа (Б.К. Шуркалин и соавт., 2001; С.А.Совцов и соавт., 2004).

Общепризнано, что хирургическое вмешательство является основным методом лечения перфоративной язвы. При этом одни авторы при обосновании выбора тактики хирургического лечения перфоративных язв указывали на целесообразность резекции желудка (Юдин С.С., 1955, Камардин Л.Н. и соавт., 1988), другие — на преимущества ваготомии и пилоропластики (Лупальцов В.И., Ягпюк А.И., 2003). На прошедшей в 2003 году в г. Саратове Всероссийской конференции хирургов утвержден стандарт хирургической

РОС. НАЦИОНАЛЬНАЯ
БИБЛИОТЕКА
С.-Петербург
03 2006 ак 914

тактики при перфоративных гастродуоденальных язвах: выполнять минимальное по объему вмешательство – ушивание перфорации, в том числе, лапароскопическое (Панцырев Ю.М., Афендулов С.А. и соавт.). В ряде случаев имеются технические противопоказания для ушивания дефекта: деформация и стеноз привратника, инфильтрация, отек его стенки. В связи с этим сообщается о возможностях бесшовного закрытия перфоративной язвы, расположенной в пилородуоденальной зоне (Горский В.А. и соавт., 2003, 2005).

Однако в ряде регионов России претворение в практику указанных стандартов является проблемой, далекой от полного разрешения. Во многом это связано с нерешенными организационными проблемами здравоохранения, в частности, в системе оказания неотложной хирургической помощи в условиях ЦРБ. Так, нередко в сельских районах существует техническая невозможность экстренного производства операции; по разным причинам возникает вынужденная отсрочка вмешательства, когда приходится увеличивать сроки предоперационной подготовки и принимать нестандартные решения в лечении больных с перфоративной язвой.

В период завершения контртеррористической операции в Чеченской Республике не выполнялись фундаментальные исследования, оценивающие особенности клинического течения и результаты хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы. Не разработаны инструментальные и лабораторные критерии диагностики перфоративных состояний, сроки и объем предоперационной подготовки, а также принципы хирургической тактики, исходя из специфики оказания помощи в условиях ЦРБ данного региона.

Таким образом, при нынешних социально-экономических условиях и материальных ресурсах в Чеченской Республике необходимо на базе четких диагностических критериев разработать рациональные, в том числе эндоскопические, способы лечения перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с перфоративными гастродуоденальными язвами путем оптимизации диагностики и хирургической тактики с использованием новых эндоскопических технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности хирургической тактики при лечении перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях ЦРБ Чеченской Республики.
2. Разработать устройства и способы временной эндоскопической obturации перфорации желудка в эксперименте.
3. Определить показания для клинического применения разработанных эндоскопических пособий.
4. Предложить лечебно-диагностический алгоритм при перфоративной гастродуоденальной язве, учитывая особенности организации медицинской помощи в сельских районах Чечни.

5. Оптимизировать хирургическую тактику при лечении перфоративной гастродуоденальной язвы с внедрением новых эндоскопических способов и устройств.

Научная новизна

Впервые исследованы особенности клиники, диагностики и лечения перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки в современных социально-экономических условиях сельских районов Чеченской Республики.

Разработаны алгоритмы инструментальных и лабораторных исследований, а также предоперационной подготовки, пригодные для применения в условиях ЦРБ Чечни.

Впервые разработаны, экспериментально апробированы и внедрены в хирургическую практику 4 устройства и способ для временной obtурации перфоративного отверстия, коррекции пневмоперитонеума, активного дренирования желудка и санации перигастральной области, имеющие при лечении перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях Чечни специальные показания.

Практическая значимость

Настоящая работа предназначена для практического использования в районных хирургических стационарах, оказывающих неотложную хирургическую помощь.

Впервые установлены частота и локализация перфоративных язв в сельских районах Чечни, сроки госпитализации пациентов, причины отказов пациентов или отсрочек экстренного хирургического лечения в ряде центральных районных больниц Чеченской Республики.

Разработан алгоритм, основанный на характерных клинических признаках и доступных диагностических критериях в условиях ЦРБ. Предложены различные варианты проведения предоперационной подготовки.

Определены показания к различным типам неотложных хирургических вмешательств, включая временные эндоскопические способы лечения как этап вынужденно отсроченной операции. Установлены причины неблагоприятных исходов и пути улучшения результатов лечения больных в условиях хирургических отделений центральных районных больниц Чеченской Республики.

Основные положения, выносимые на защиту

1. При вынужденной отсрочке хирургического вмешательства в качестве предоперационной подготовки целесообразно произвести временную эндоскопическую obtурацию перфоративного отверстия, ликвидацию пневмоперитонеума и активное дренирование желудка.

2. Практическое использование разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволяет уменьшить число диагностических ошибок, определить оптимальную хирургическую тактику и улучшить результаты лечения.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции хирургов (Пенза, 2004); на научно-практической конференции «Молодые ученые – здравоохранению региона» (Саратов, 2004, 2005); на научно-практической конференции «Молодежь и наука: итоги и перспективы» (Саратов, 2005) (за доклад награжден дипломом 1-й степени); Международном Конгрессе Московских хирургов (Москва, 2005); Международном Конгрессе хирургов (Ростов-на Дону, 2005); научно-практической конференции (Пермь, 2006).

Апробация работы проведена на расширенном заседании кафедр общей хирургии, скорой медицинской и анестезиолого-реанимационной помощи ФПК и ППС, хирургии ФПК и ППС, оперативной хирургии и топографической анатомии, факультетской хирургии лечебного факультета, госпитальной хирургии лечебного и педиатрического факультетов СГМУ, патологической анатомии СГМУ, а также заседании хирургического общества им. С.И. Спасокукоцкого (Саратов, 2006).

Внедрение результатов исследования

Предложенный алгоритм диагностики и стандарты хирургического лечения внедрены в нескольких районах (ЦРБ) Чечни, в Областной клинической больнице г. Саратова, используются на лекциях и практических занятиях при обучении студентов и врачей-курсантов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии СГМУ.

Внедрены в хирургическую практику устройство и способ эндоскопического лечения перфорации желудка, коррекции пневмоперитонеума и активного дренирования желудка (ЧР, 2006 г).

Публикации

Основные положения диссертации представлены в 13 публикациях, из них две из списка ВАК, получены патент на изобретение (№2283057) и 3 патента на полезные модели (№47647, 55270, 55269).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 146 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы и 4 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический

указатель включает 257 источников, из них 160 отечественных и 97 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 17 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Клинико-экспериментальные наблюдения и методы исследования

В основу работы положены изучение и анализ непосредственных результатов лечения 214 больных с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, лечившихся за последние 5 лет (2001-2005 гг.) в центральных районных больницах (ЦРБ) п. Шали и п. Ведено (Чеченская Республика), а также в 2001-2003 гг. в областной клинической больнице (ОКБ) г. Саратова.

В исследуемую группу были включены 87 больных, которых лечили по поводу перфоративных гастродуоденальных язв в центральных районных больницах п. Шали и п. Ведено, в том числе пациенты, у которых использованы временные эндоскопические способы лечения ПГДЯ.

Группа сравнения состояла из 127 больных, обследованных и оперированных в ОКБ.

Частота перфоративных гастродуоденальных язв в Чеченской Республике составляет 4 человека на 100 000 населения с летальностью до 21%. В Саратовской области отмечено 2 перфорации язвы на 100 000 населения с послеоперационной летальностью 4,8%, причем при поступлении пациентов позже 24 часов с момента перфорации летальность увеличилась до 14%.

Среди наблюдаемых больных с перфорациями язв отмечено значительное преобладание лиц мужского пола: 96% - в исследуемой группе и 84% - в группе сравнения. В возрасте от 20 до 50 лет были 64% больных исследуемой группы и 57% - группы сравнения.

У 68% больных исследуемой группы перфоративная язва располагалась в желудке, а в группе сравнения - в 48% случаев.

В сроки до 6 часов с момента перфорации были госпитализированы 10% больных исследуемой группы и 40% пациентов группы сравнения. Установлено, что в сроки более 24 часов с момента перфорации в группе сравнения оперированы 13,4% больных, тогда как в исследуемой группе - 27,8%. Наиболее частыми причинами поздней госпитализации в исследуемой группе были: несвоевременное обращение за медицинской помощью (58%), ошибки в диагностике на догоспитальном этапе (17%), транспортные проблемы (11%), стертая клиническая картина заболевания у больных пожилого возраста (12%) и прикрытая перфорация (9,5%).

Диагностика перфоративной язвы основывалась на изучении жалоб больных, анамнестических сведений, физикальных, инструментальных и лабораторных методах обследования. Анализ архивных данных лечения перфоративной язвы в ЦРБ за период до 2003 г. показал, что рентгенологический метод применялся лишь у 35% больных, а за последние 2 года в группах наблюдения он был использован в 100% случаев.

В сложных случаях дифференциальной диагностики использованы эндоскопические методы исследования: фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и лапароскопия. ФГДС выполнялась аппаратом «OLYMPUS – 20 PQ» и эндоскопом «ЛОМО – ГДБВО – Г10» с торцевым расположением оптики. Эти методы применены в 10% наблюдений первой группы и в 34% случаях подозрения на перфорацию полого органа в группе сравнения. В 12 сложных случаях для уточнения распространенности и характера перитонита применяли лапароскопию. Сочетанное использование рентгенологических и эндоскопических методов обследования позволило получить достоверный диагноз в группе сравнения в 92% наблюдений.

Анализ гемодинамики и лабораторных показателей, оценивающих степень эндогенной интоксикации при перфоративной язве проводили до операции, а также в первые 5 - 7 суток послеоперационного периода. В наших наблюдениях изучали следующие показатели: частоту сердечных сокращений и дыхания, артериальное давление, величину гематокрита, количество лимфоцитов и лейкоцитов крови, уровень мочевины крови, лейкоцитарный индекс интоксикации. Общелабораторные исследования крови и мочи, а также биохимические исследования уровня альбуминов и мочевины крови проводили по рутинным методикам. Величину гематокрита исследовали по методике Винтбора в модификации Тодорова, вязкость крови вискозиметром, а лейкоцитарный индекс интоксикации – по методике, предложенной Кальф-Калифом.

Экспериментальные исследования. Экспериментальный материал основывался на 57 исследованиях, выполненных на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Саратовского государственного медицинского университета с соблюдением правил использования лабораторных животных (приказ №755 МЗ СССР от 12.07.77), норм асептики и антисептики, под комбинированным обезболиванием.

Нами разработаны, экспериментально апробированы и запатентованы следующие способы и устройства для эндоскопической obtурации перфоративного отверстия: способ временной эндоскопической obtурации перфорации желудка и его активного дренирования, устройство для временной баллонной и двухбаллонной эндоскопической obtурации перфорации, устройство для временной эндоскопической obtурации перфорации, санации желудка и перигастральной области.

Перфоративный дефект желудка в эксперименте создавали через биопсийный канал фиброгастродуоденоскопа лазером «Lasermid 01-10» с длиной волны 1064 нм в постоянном режиме. Диаметр световода 600 мкм; мощность излучения на торце световода 8 – 10 Вт.

Устройство для временной эндоскопической коррекции перфорации желудка и его активного дренирования [Патент РФ № 47647] представляет собой тонкую внутреннюю трубку с баллоном на дистальном конце, заключенную в просвет наружной трубки, имеющей на дистальной ее части несколько (2-3) боковых отверстий, предназначенных для проведения активной аспирации из желудка.

Устройство для временной двухбаллонной эндоскопической obtурации перфорации желудка и коррекции пневмоперитонеума (рис.1) представляет собой трёхканальный катетер, один из каналов которого соединён с баллоном, другой канал соединён со вторым баллоном, а третий имеет отверстие на дистальном конце. Кроме того, нами разработан метод obtурации дефекта с помощью эластичного двухканального катетера, один из каналов которого соединён с баллоном, а на катетере проксимальнее баллона зафиксирована резиновая манжета; второй канал катетера имеет отверстие на дистальном конце. Устройство для временного эндоскопического трансгастрального дренирования брюшной полости при перфорации желудка, коррекции пневмоперитонеума и санации желудка представляет собой наружную эластичную трубку со сквозными отверстиями на дистальном конце, а внутри стенки наружной трубки расположен канал, герметично соединённый с баллоном, на расстоянии 0,5 – 1,0 см проксимальнее баллона соосно зафиксирована манжета; внутри наружной трубки расположена внутренняя эластичная трубка.

Экспериментальное обоснование указанных устройств и способов лечения основано на исследованиях различных методов герметизации перфоративного отверстия гастродуоденальной зоны, проведенных на пищеводно-желудочных органах комплексах, взрослых беспородных собаках и взрослых беспородных кошках.

Проведены 3 серии экспериментов. В первой серии выполнены 25 исследований на пищеводно-желудочных органах комплексах. Изучены технические возможности создания деструкции стенки полого органа и определены технические параметры эндоскопической obtурации дефекта. Во второй серии экспериментов выполнены 15 исследований на кошках, при которых изучали возможность моделирования перфорации гастродуоденальной зоны. В третьей серии экспериментов осуществлено 17 исследований на собаках, которым производили различные способы временной obtурации перфоративного отверстия гастродуоденальной зоны. Животных второй серии выводили из эксперимента на 1 – 3-и сутки после эндоскопического моделирования и коррекции перфорации желудка. Животных третьей серии наблюдали до 30 дней после временного закрытия дефекта и последующего оперативного ушивания перфоративного отверстия. Результаты анализировали на основании интраоперационных наблюдений, оценки состояния животных в послеоперационном периоде и данных динамических эндоскопических исследований.

Статистическая обработка материала. При сборе и анализе информации использовались специально разработанные статистические анкеты, персональный компьютер, комплекс программных средств общего назначения «BioSTAT-99» и «Statistica 6.0 for Windows». Значимость различий между исследуемыми признаками оценивали с помощью параметрических методов статистики: дисперсионного анализа, t-критерия Стьюдента, парного критерия Стьюдента, множественного сравнения критерия Стьюдента с

поправкой Бонферрони. Достоверность различий между группами по каждому признаку оценивали по уровню значимости $p < 0,05$.

Методы хирургического лечения, послеоперационные осложнения и летальность при перфоративной гастродуоденальной язве. Основным методом лечения перфоративной гастродуоденальной язвы в наших наблюдениях было неотложное хирургическое вмешательство. Так, из 214 наблюдаемых нами пациентов операция выполнена в 205 случаях (95,7%). По разным причинам консервативное лечение проведено 7 больным исследуемой группы и 2 пациентам группы сравнения. За изучаемый период в исследуемой группе и группе сравнения выполнены 159 паллиативных (74%) и 46 радикальных (21,5%) хирургических вмешательств. К паллиативным вмешательствам мы относили ушивание перфоративной язвы, ушивание с фиксацией сальника на ножке, ушивание в сочетании с гастроэнтеростомией, а также иссечение язвы и пилоропластику (табл.1)

Таблица 1.

Методы паллиативных вмешательств и исходы лечения ПГДЯ*

Название операции	Группы больных		Всего
	исследуемая	сравнения	
Ушивание	50 (4)	48 (2)	98 (6)
Ушивание+тампонада сальником	15 (2)	37 (2)	52 (4)
Ушивание +ГЭА	4 (1)	2 (1)	6 (2)
Иссечение язвы +	1	2	3
ИТОГО:	70 (7)	89 (5)	159 (12)

* – в скобках указано количество умерших больных.

К радикальным операциям относили различные варианты классической резекции желудка, экономные резекции с селективной ваготомией и селективную проксимальную ваготомию (СПВ) в сочетании с пилоропластикой (табл.2).

Основными осложнениями, развившимися в сроки до 5-7 суток послеоперационного периода, были: гнойно-септические осложнения (перитонит, абсцессы, пневмония, нагноение раны и др.) - 62%; сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – 16%; кровотечения и тромбозмболические осложнения – 16% больных.

Развитие ранних послеоперационных осложнений при лечении ПГДЯ у 41 больного было связано, прежде всего, с прогрессированием многокомпонентного интоксикационного синдрома в результате распространенного перитонита и нарушений в системе гомеостаза. Послеоперационные осложнения в исследуемой группе наблюдались в 27 случаях (33,7%), что было связано с тяжестью состояния более половины госпитализированных больных. В 5 случаях наблюдений исследуемой группы потребовались повторные операции.

Таблица 2.

Виды радикальных вмешательств и исходы лечения ПГДЯ *

Название операции	Группы больных		Всего
	исследуемая	сравнения	
Антрумэктомия + селективная ваготомия	1	15	16
Резекция 1/2 желудка	–	3	3
Резекция 2/3 желудка	4 (1)	6	10 (1)
Субтотальная резекция желудка	3 (2)	7 (1)	10 (3)
СПВ + пилоропластика	2	5	7
ИТОГО:	10 (3)	36 (1)	46 (4)

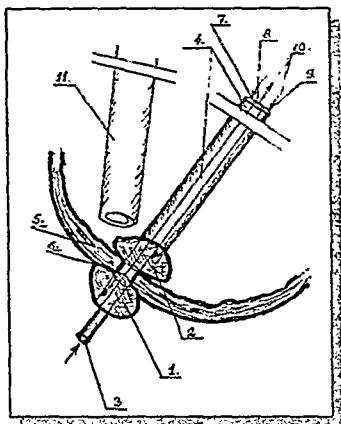
* – в скобках указано количество умерших больных.

Консервативные методы лечения себя не оправдывают: из 9 не оперированных пациентов умерли 7 (78% всех наблюдений). После проведения радикальных вмешательств послеоперационная летальность составила: в исследуемой группе наблюдений – 33%, а в группе сравнения – 3,6%. При паллиативном лечении после операции в исследуемой группе умерли 10% больных, а в группе сравнения – 5,6% больных.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении данных анамнеза в исследуемой группе наблюдения были установлены основные социально-экономические причины, способствующие прободению язвы: стрессовые ситуации (89%), неблагоприятные жилищные условия и низкий материальный уровень (85%), нерегулярный прием пищи и еда всухомятку (80%). Отягощающими причинами прободений в группе сравнения были: злоупотребление алкоголем (59%) и семейно-бытовые неурядицы (31%).

В исследуемой группе пациентов классические признаки прободения язвы желудка и 12-перстной кишки отмечены лишь у 58% больных, а в остальных случаях проявления перфорации были атипичными либо сочетались с другими осложнениями язвы. Диагностический алгоритм при сомнительной клинико-рентгенологической картине прободной язвы или атипичном течении заболевания включал проведение экстренного эндоскопического исследования (ФГДС и лапароскопия), а также УЗИ-исследование.

Диагностические возможности оценки тяжести эндогенной интоксикации при перфорации гастродуоденальных язв. При оценке изучаемых показателей гемодинамики и гомеостаза в зависимости от тяжести эндогенной интоксикации у больных группы сравнения были выделены 3 степени тяжести эндогенной интоксикации: легкая степень эндотоксикоза (49 больных); у 36 пациентов диагностирована средняя степень эндотоксикоза и у 17 больных установлен эндотоксикоз тяжелой степени.



Условные обозначения:

- 1 - первый баллон
- 2 - второй баллон
- 3 - дистальный конц трубки с отверстием
- 4 - трехканальный катетер
- 5 - стенка желудка
- 6 - перфоративное отверстие
- 7 - канал для раздувания первого баллона
- 8 - канал для эвакуации воздуха
- 9 - канал для раздувания второго баллона
- 10 - каналы клапанов

Рис.1 Устройство для временной двухбаллонной эндоскопической obtурации перфорации желудка

Определены следующие показания для проведения предоперационной подготовки: преклонный и пожилой возраст пациента (65 лет и старше); наличие тяжелой патологии систем, обеспечивающих основные витальные функции (ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхательной и др.); наличие распространенного перитонита более 12- часовой давности и эндотоксикоза средней и тяжелой степени; сочетание ПГДЯ с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом и профузным кровотечением.

Интенсивная предоперационная подготовка пациентам исследуемой группы в соответствии с разработанной нами программой лечения проведена при лечении 24% больных, а в остальных случаях перед операцией назначена лишь премедикация. Объем инфузионной терапии больным группы сравнения определяли в зависимости от сроков заболевания. Так, на ранних стадиях перитонита (реактивная фаза), общий объем двухчасовой инфузии до операции не превышал 20 - 35 мл/кг массы тела. Парентерально вводили растворы для возмещения ОЦК: ГЭК, инфукол, альбумин, дезинтоксикационные растворы (неокмпенсан, мафксол и др.), кристаллоидные растворы для коррекции водно-электролитного равновесия и кислотно-основного состояния. При перитонитах в токсической и терминальной фазах объем инфузионной терапии увеличивали до 35 - 50 мл/кг массы тела в течение 2 - 3 часов. В 8 случаях тяжелой интоксикации более суточной давности были определены показания для проведения предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения.

В результате проведения предоперационной подготовки частота сердечных сокращений уменьшилась со $106 \pm 2,9$ до $99,3 \pm 3,6$ в 1 мин. ($P < 0,05$), артериальное давление повысилось с $83,8 \pm 3,5$ до $94,8 \pm 3,5$ мм.рт.ст

($P < 0,05$) Констатирована также положительная динамика изучаемых показателей гомеостаза. Об эффективности проведенной детоксикационной терапии свидетельствовало снижение количества лейкоцитов - с $11,6 \pm 0,7$ до $10,9 \pm 0,46$ тыс. ($P < 0,05$), уровня мочевины - с $15,9 \pm 0,9$ до $10,5 \pm 0,72$ ммоль/л ($P < 0,05$), лейкоцитарного индекса интоксикации - с $6,8$ до $3,4$ ($P < 0,05$).

Результаты хирургического лечения. При хирургическом лечении больных исследуемой группы ушивание ПГДЯ выполнено 50 пациентам с 4 летальными исходами. По нашему мнению, причиной двух послеоперационных осложнений и неблагоприятного исхода лечения являлось неоправданное использование трехрядного шва при ушивании ПГДЯ. Установлено, что при сроках перфорации более 6 часов в 31 случае выполнялось ушивание язвы, при этих сроках заболевания радикальные вмешательства выполнены в 18 случаях, причем в 11 случаях отмечена «прикрытая» перфорация.

В исследуемой группе больных из 15 операций ушивания перфоративной язвы с тампонадой перфоративного осложнения со смертельным исходом отмечены в двух случаях при перитоните более суточной давности. Анализ результатов хирургического лечения позволил установить, что в условиях ЦРБ операцией выбора при ПГДЯ является ушивание перфоративного отверстия с его тампонадой сальником (летальность 12%). Выполнение первичных резекционных вмешательств на фоне перитонита крайне опасно: из 8 оперированных больных умерли 3. При наличии местного перитонита и выгодных технических условиях при перфоративной гастродуоденальной язве возможно выполнение органосохраняющих вмешательств в сочетании с ваготомией.

Сочетание перфорации язвы с кровотечением наблюдали в 13 случаях (6,5 %). По нашим наблюдениям, наиболее надежным методом лечения сочетания перфоративной гастродуоденальной язвы с кровотечением в условиях специализированного стационара являются резекционные вмешательства, а в ЦРБ может быть стволовая ваготомия и пилоропластика.

В 9 наших наблюдениях установлены следующие противопоказания к экстренной операции: крайне тяжелое состояние больного; тяжелая сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени, почек у больных пожилого и старческого возраста; множественные перфорации острых язв, тяжесть общего состояния в связи со сроками заболевания, распространенностью перитонита и возрастом больного. Организационные и религиозные причины откладывания сроков операции, а также временная отсрочка экстренной операции по просьбе родственников в 19 наблюдениях послужили причиной летальных исходов у 5 больных. Среди 25 пациентов, которым неотложная операция своевременно не выполнена, у 17 отмечен летальный исход, напрямую связанный с тяжестью состояния, тяжелой сопутствующей патологией, отсрочкой или отказом от операции и организационными причинами.

Клиническая апробация способов временной эндоскопической obturации перфоративного отверстия при ПГДЯ проведена при лечении 5 пациентов исследуемой группы. Показаниями для применения такой

хирургической тактики являлись: отсрочка операции по просьбе больного – 2; противопоказания к операции в связи с сопутствующей патологией – 1; необходимость предоперационной подготовки в связи с эндогенной интоксикацией на почве распространенного перитонита – 2. В 5 случаях ПГДЯ в ходе 4 – 12 часовой предоперационной подготовки проведены временная эндоскопическая баллонная obturation перфоративного отверстия, коррекция пневмоперитонеума, дренирование и активная аспирация из желудка. После проведения указанного лечения три пациента были оперированы в сроки до 6 часов после госпитализации, один человек был оперирован в сроки 6 – 12 часов после поступления, один больной с перфоративным перитонитом более суточной давности и тяжелой сопутствующей патологией лечился только консервативно (летальный исход в первые сутки нахождения в ЦРБ).

В результате проведения предоперационной подготовки с временной эндоскопической obturation перфоративного отверстия, коррекцией пневмоперитонеума и санацией желудка, удалось стабилизировать гемодинамику и улучшить ряд важных показателей гомеостаза - гематокрит, уровень лимфоцитов и мочевины крови. Так, частота сердечных сокращений уменьшилась в среднем со $106 \pm 7,7$ до $89 \pm 5,9$ в 1 мин ($P < 0,05$), частота дыхания с $24,8 \pm 1,9$ до $21,6 \pm 1,4$ в 1 мин ($P < 0,05$). Констатирована также положительная динамика изучаемых показателей гомеостаза. Об эффективности проведенной детоксикационной терапии свидетельствовали: стабилизация показателя гематокрита, снижение количества лейкоцитов с $12,8 \pm 2,0$ до $11,5 \pm 0,2$ тыс., лимфоцитов с $29, \pm$ до $23 \pm 3,0$ ммоль/л, уровня мочевины с $11,2 \pm 2,9$ до $4,4 \pm 1,7$ ммоль/л ($P < 0,05$) и показателя лейкоцитарного индекса интоксикации с 4,4 до 3,2 усл. ед.

Нами разработан следующий лечебно-диагностический алгоритм, пригодный для использования в условиях ЦРБ Чеченской Республики. (рис.2).

В соответствии с логикой указанной последовательности действий для первичной диагностики ПГДЯ достаточно оценить данные анамнеза, клинических симптомов и рентгенологических критериев. При сомнениях в причинах перитонита показано проведение уточняющей диагностики: ультразвукового исследования и эндоскопических методов (фиброгастродуоденоскопии и лапароскопии). Окончательное заключение о перфоративной язве является показанием для премедикации и неотложной операции. В данных ситуациях, а также отсрочке операции или отсутствии «условий» для ее выполнения показано использование эндоскопических способов временной obturation перфоративного отверстия с ликвидацией пневмоперитонеума и дренированием желудка в сочетании с интенсивной инфузионной терапией. После вынужденной отсрочки выполняется минимальная по объему хирургическая операция.

Таким образом, неудовлетворительные исходы при лечении пациентов в условиях ЦРБ Чеченской Республики были связаны не только с тяжестью состояния больного, отсутствием показанной в данных случаях предоперационной подготовки, необоснованной хирургической тактикой и

техникой вмешательства, но и отсрочкой (отказом) от операции по настоянию пациента, с организационными или техническими причинами. В этих случаях приходится применять медикаментозные и временные эндоскопические способы лечения, являющиеся важным этапом вынужденного отсроченного хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.

Практическое использование в 2005-2006 гг. указанной хирургической тактики, направленной на эффективную предоперационную подготовку с использованием эндоскопических технологий, проведение ушивания перфорации с тампонадой сальником, либо органосохраняющих операций, адекватную санацию и активное дренирование брюшной полости позволило улучшить непосредственные результаты лечения больных с ПГДЯ: количество послеоперационных осложнений снизилось с 33% до 20% , а послеоперационная летальность сократилась с 21% до 10,5%.

ВЫВОДЫ

1. Каждый третий больной с перфоративной язвой поступает в ЦРБ Чечни позже суток с момента перфорации, а оперируется с отсрочкой более 4 часов, что определяет выбор хирургической тактики.

Разработанные в условиях эксперимента временные эндоскопические способы лечения перфораций желудка позволяют герметично обтурировать перфоративное отверстие, корригировать пневмоперитонеум и санировать желудок.

2. Внедренные в работу хирургического отделения ЦРБ новые эндоскопические пособия показаны в ходе предоперационной подготовки при вынужденной отсрочке хирургического лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.

3. Операцией выбора при лечении перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях ЦРБ является минимальное по объему хирургическое вмешательство.

4. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволил оптимизировать хирургическую тактику лечения перфоративной язвы в ЦРБ Чечни и снизить количество послеоперационных осложнений с 33% до 20%, а послеоперационную летальность с 21% до 10,5 %.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

✦ Разработанный и внедренный в практику оказания экстренной помощи при перфоративной гастродуоденальной язве в условиях ЦРБ лечебно-диагностический алгоритм (рис.2) предусматривает следующую последовательность диагностических и лечебных мероприятий: оценку данных анамнеза, клинических симптомов и рентгенологических критериев. При положительном результате данных критериев показана экстренная, минимальная по объему хирургическая операция.

✦ При сомнениях в причинах перитонита целесообразно проведение

уточняющих рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических исследований (фиброгастродуоденоскопии и лапароскопии). Подтверждение диагноза является показанием для премедикации и неотложной операции.

- † При наличии противопоказаний для неотложной операции, а также отсрочке операции ввиду отсутствия «условий» для ее выполнения, показано использование эндоскопических способов временной obtурации перфоративного отверстия с ликвидацией пневмоперитонеума и дренированием желудка. После адекватной предоперационной подготовки с использованием временного эндоскопического пособия выполняется отсроченная, минимальная по объему хирургическая операция.

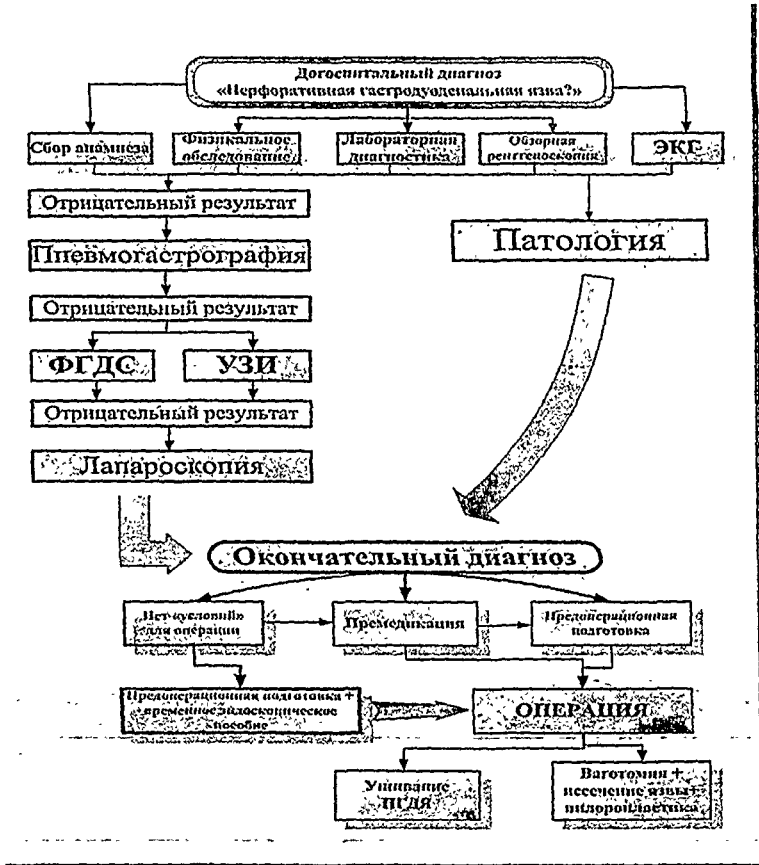


Рис.2 Лечебно-диагностический алгоритм при ПГДЯ

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Межидов, З.С. Выбор метода лечения перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях областной клинической больницы г.Саратова / С.В.Щедров, З.С.Межидов // Молодые ученые-здравоохранению региона: Материалы 65-й научно-практической конференции студентов и молодых специалистов СГМУ. - Саратов, 2004.- С. 257.
2. Межидов, З.С. Клинико-лабораторная оценка перитонита при перфорациях желудка язвенного и опухолевого генеза / В.В.Алипов, С.В.Щедров, З.С.Межидов // XIV Научные чтения памяти академика Н.Н.Бурденко: Материалы конф.- Пенза, 2004.- С.9.
3. Межидов, З.С. Лечебно-диагностический алгоритм при перфоративной гастродуоденальной язве / В.В.Алипов, С.И.Щедров, З.С.Межидов // XIV Научные чтения памяти академика Н.Н.Бурденко//Материалы. конф.- Пенза, 2004.- С. 9 - 10.
4. Межидов З.С. Особенности диагностики и хирургического лечения перитонита при перфорациях желудка различного генеза / В.В.Алипов, З.С.Межидов // Современные проблемы хирургии : Материалы научно-практической конф.- Саратов, 2004.- С.5-6.
5. Межидов, З.С. Особенности лечения перитонита при перфорациях желудка язвенной и опухолевой этиологии / В.В.Алипов, З.С.Межидов // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Материалы Первого конгресса московских хирургов.- Москва, 2005.- С.126-127.
6. Оптимизация бесшовных эндоскопических методов коррекции перфораций желудка различного генеза / В.В.Алипов, З.С.Межидов, А.Ф.Тараскин, И.Н.Дьяконов // Новые технологии в хирургии: Материалы международного хирургического конгресса. - Ростов-на Дону, 2005.- С.184.
7. Межидов, З.С. Особенности диагностики и лечения перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях центральной районной больницы / З.С.Межидов// Материалы 66-й научно-практ.конф. студентов и молодых специалистов СГМУ.- Саратов, 2005.- С.260-261.
8. Межидов, З.С. Оптимизация лечения перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях центральной районной больницы / В.В.Алипов, З.С.Межидов // Современные проблемы организации и оказания специализированной медицинской помощи: Юбилейный сборник научных трудов .- Саратов, 2005.- С.27-29.
9. Межидов, З.С. Экспериментальное обоснование способа временной обтурации перфорации желудка / В.В.Кузовахо, З.С.Межидов // Молодежь и наука: итоги и перспективы : Материалы 3-й осенней научно-практ. конф.- Саратов, 2005.- С.160-161.
10. Межидов, З.С. Оптимизация лечения перфоративных язвы и рака желудка в условиях ЦРБ / В.В.Алипов, З.С.Межидов, С.С.Кузовахо // Актуальные вопросы современной хирургии: Материалы Всерос. конф., посвященной 85-летию Астраханского областного научного медицинского общества хирургов .- Астрахань, 2006.- С.242.

11. Межидов, З.С. Бесшовная комбинированная эндоскопическая коррекция гастроудоденальной перфорации / В.В.Алипов, В.В.Кузовахо, З.С.Межидов // Вестник Гиппократа, - 2006.- №4.- С.17-21.
12. Экспериментальное обоснование способов эндоскопической коррекции гастроудоденальных перфораций // В.В.Алипов, А.Ф.Тараскин, З.С.Межидов и др.// Пермский медицинский журнал.- 2006.- Т.ХІІІ.- № 4.- С.33-40.
13. Межидов, З.С. Экспериментальное обоснование эндоскопической коррекции гастроудоденальных перфораций /В.В.Алипов, В.В.Кузовахо, З.С.Межидов // Материалы международной дистанционной конференции молодых ученых и студентов.-Пермь, 2006.-С.4.

Изобретения

1. Пат. 47647 РФ, МПК «А61В 17/00 А Устройство для временной эндоскопической obturации перфорации желудка и его активного дренирования /В.В.Алипов, Межидов З.С. Тараскин А.Ф., Дьяконов И.Н., Веретенников С.И.(РФ, СГМУ).-2005106836/22; Заявл.09.03.2005; Оpubл.10.09.2005. Бюл. №25.-С.27.
2. Пат. 2283057 РФ МПК А 61В 17/94 Способ временной эндоскопической obturации перфорации желудка /Алипов В.В., Межидов З.С., Тараскин А.Ф., Дьяконов И.Н., Веретенников С.И. (РФ, СГМУ).- 2005106770/14; Заявл.09.03.2005; Оpubл.10.09.2006 Бюл. №25.- С.28.
3. Пат. 55269 РФ, МПК А 61В 17/03 Устройство для временной баллонной эндоскопической obturации перфорации желудка /Алипов В.В., Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Урядов С.Е., Кузовахо В.В., Межидов З.С. (РФ, СГМУ).- 2006102413; Заявл. 26.01.2006; Оpubл.10.08.2006.Бюл.№22.-С.64.
4. Пат. 55270 РФ Устройство для временной двухбаллонной эндоскопической obturации перфорации желудка./Алипов В.В., Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Урядов С.Е., Кузовахо В.В., Межидов З.С. (РФ, СГМУ).- 2006102414/22; Заявл. 26.01.2006; Оpubл.10.08.2006. Бюл.№22.-С.64.

Подписано в печать 20.10.06 Объем - 1 печ. л.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 100. Заказ № 1284.

Отпечатано в типографии «Новый ветер»
г. Саратов, ул. Б. Казачья, 113

228 73

1006 A
22834