

the process of adaptation / S.S. Dzhimak, M.G. Baryshev, A.A. Basov // Doklady Biochemistry and Biophysics. – 2015. – Т. 465, № 1. – С. 370–373.

35. *Karslieva A. G.* Mixed saliva trace element composition in children with dentoalveolar anomalies through apparatus-involved treatment / A.G. Karslieva, D.A. Domenyuk, V.A.

Zelensky // Archiv euromedica. – 2014. – Vol. 4. – № 1. – P. 29–35.

36. *Kukko M.* Geographical variation in risk HLA-DQB1 genotypes for type 1 diabetes and signs of beta-cell autoimmunity in a high-incidence country. *Diabet Care* 2004;27:3:676–681.

Поступила 01.03.2017

Г. К. КАРИПИДИ, В. В. ЗОРИК, И. В. КАНКСИДИ, Ю. П. САВЧЕНКО

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +7 (918) 464-78-57. E-mail: gh-ksma@mail.ru

Целью нашего исследования было определение путей улучшения результатов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений. Перспективным направлением признается хирургическая тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения. Проанализированы результаты лечения 2365 пациентов с кровоточащими язвами гастродуоденальной зоны, которые находились на стационарном лечении в МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара с 2009 по 2016 год. Рецидив кровотечения в стационаре возник у 419 пациентов (17,7 %). Основными критериями для выбора тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений являются: степень устойчивости гемостаза в язве, тяжесть кровопотери и степень «риска операции». К дополнительным критериям относятся: локализация, размер язвы и критерии нарушения системы гемостаза. Дифференцированная тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения, поможет улучшить лечение и уменьшить послеоперационную летальность при гастродуоденальных кровотечениях.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, рецидив, хирургическое лечение.

G. K. KARIPIDI, V. V. ZORIK, I. V. KANKSIDI, YU. P. SAVCHENKO

OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDING

Department of hospital surgery FSBEI of HE Kuban state medical university Russian Ministry of health, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. +7 (918) 464-78-57. E-mail: gh-ksma@mail.ru

The aim of our research is to determine ways of improving the results of surgical treatment of gastroduodenal ulcer bleeding. A promising trend is to be recognized a surgical strategy based on the prediction of recurrence of bleeding. The results of therapy of 2365 patients with bleeding-forming ulcers of gastroduodenal zone, who have been taking steady-nary treatment in MBHI KCC HEMC Krasnodar from 2009 till 2016 years. The have been analysed recurrence of bleeding effect in hospital was registered in 419 cases (17,7 %). The main criteria for the choice of tactics of treatment of gastroduodenal ulcer bleeding are: the degree of stability of the hemostasis of the ulcer, the severity of the bleeding and degree of the "operation risk". Additional criteria include: location, size of ulcers and the criteria for the violation of hemostasis. Differential approach based on the prediction of recurrence of bleeding, will help to improve treatment and reduce postoperative mortality in gastroduodenal bleeding.

Keywords: gastroduodenal bleeding, recurrence, surgical treatment.

Введение

Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений остается серьезной проблемой неотложной хирургии. Актуальность данной темы не вызывает сомнений, так как рецидивы кровотечений наблюдаются в 12-33 % случаев, при этом послеоперационная летальность иногда может достигать 50 % [2]. Поэтому целью нашего исследования было определение возможных путей улучшения результатов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений. В

настоящее время перспективным направлением для решения этой задачи признается хирургическая тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения [1].

Материалы и методы

В нашей работе использованы результаты обследования и лечения 2365 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в хирургических

отделениях МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара с 2009 года по 2016 год. В зависимости от тактики ведения все больные были разделены на две группы. Ретроспективную группу составили пациенты, находившиеся на лечении с 2009г. по 2014г., в лечении которых была использована активно-выжидательная тактика. Проспективное исследование выполнялось на той же базе с 2015г. по 2016г. В лечении этой группы пациентов применялась дифференцированная тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения.

При поступлении в клинику всем пациентам с гастродуоденальным кровотечением определялась степень тяжести кровопотери по В.К. Гостищеву (2004 г.): легкая, средняя, тяжелая и крайне тяжелая. При легкой степени кровопотери дефицит ОЦК составлял менее 15 %, при средней – 15-25 %, при тяжелой – 25-35 %, при крайне тяжелой – более 35 %.

В среднем в течение первых двух часов с момента госпитализации всем пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями выполнялась фиброгастродуоденоскопия. Во время исследования устанавливался источник кровотечения и степень устойчивости гемостаза по классификации J. Forrest (1989г.), согласно которой выделяли продолжающееся кровотечение (I a – артериальное струйное, I b – венозное активное) и остановившееся кровотечение (II a – тромбированный сосуд на дне язвы, II b – сгусток крови на дне язвы, II c – солянокислый гематин на дне язвы). Язву, покрытую белым фибрином, характеризовали как Forrest III.

Для эндоскопической остановки кровотечения или усиления гемостаза использовали следующие методы: электрокоагуляцию, клипирование кровоточащего сосуда, обкалывание адреналином, орошение источника кровотечения раствором капрофера, 96 % спиртом. Иногда приходилось воспользоваться сочетанием описанных методик. В комплекс медикаментозного лечения для профилактики рецидива кровотечения включали ингибиторы протонной помпы [3]. По данным нашего анализа, рецидив кровотечения в стационаре возник у 419 пациентов (17,7 %) из общего количества пациентов. Больные в проспективной группе (138 человек) по полу, возрасту, тяжести кровопотери, источнику кровотечения и сопутствующим заболеваниям существенно не отличались от ретроспективной группы, что делает возможным сравнение результатов в этих двух группах.

У 120 больных с гастродуоденальными кровотечениями была изучена система гемостаза с использованием коагулометра ST art 4 фирмы "Diagnostica Stago/Roche Diagnostics".

Результаты и обсуждение

Тяжесть кровопотери являлась одним из важных моментов, определяющих количество реци-

дивов кровотечения [4]. Результаты анализа лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений свидетельствуют, что преобладающее количество летальных исходов наблюдалось при тяжелой (10.3 %) и крайне тяжелой (25.3 %) кровопотере, что и предопределило общую летальность 5.3 % при данной патологии. Появление рецидива кровотечения в клинике утяжеляло кровопотерю и требовало выполнения неотложного оперативного вмешательства, что во многом и привело к послеоперационной летальности в ретроспективной группе – 12,1 %.

Наибольшая летальность наблюдалась после выполнения экстренных операций – 18.3 %. Это связано с тем, что вмешательство выполнялось после кратковременной предоперационной подготовке на высоте кровотечения и геморрагического шока. Высокая летальность при неотложных (11.8 %) и отсроченных операциях – 9.8 % связана с госпитальным рецидивом кровотечения в этих группах больных. Такая высокая послеоперационная летальность прежде всего была обусловлена увеличением в структуре больных лиц пожилого и старческого возрастов, которые имели тяжелую сопутствующую патологию. Возникновение рецидива кровотечения у этой группы больных столь же опасно, как и выполнение экстренного оперативного вмешательства на фоне постгеморрагических нарушений функций органов и систем.

В настоящее время перспективным направлением улучшения результатов лечения и уменьшения уровня общей и послеоперационной летальности при гастродуоденальных кровотечениях признается хирургическая тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения.

Однако, окончательно риск рецидива кровотечения определялся по эндоскопическим данным. Так, например, при неуточненном гемостазе рецидив кровотечения развился более чем в 50 % случаев. Это указывает на необходимость обязательного визуального контроля источника кровотечения и степени устойчивости гемостаза в нем. Опасным в плане возникновения рецидива кровотечения является состояние после успешного эндоскопического гемостаза продолжающегося кровотечения (29,6 %), а также наличие крупного тромбированного сосуда в язвенном кратере (27,8 %) или рыхлого сгустка (37 %). Значительно реже возобновление кровотечения наблюдалось при наличии гематина на дне язвы (16.1 %) или при устойчивом гемостазе (8,6 %) в язве. Сравнительная частота рецидивов кровотечения из язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки отличалась незначительно.

Таким образом, высоким риском рецидива кровотечения обладают язвы с гемостазом Forrest Ia-Ib – после успешной эндоскопии и Forrest IIa-IIb, а низким риском – язвы с гемостазом Forrest IIc-III.

При сравнении частоты возникновения рецидива кровотечения от размеров язвы установле-

но, что для язвы желудка критическим размером возникновения рецидива кровотечения являлся диаметр 2 см. и более. В этом случае рецидивы возникают почти у каждого второго пациента. Для язвы двенадцатиперстной кишки таким диаметром может считаться размер 1 см. и более. Сравнение относительной частоты рецидивов кровотечения с учетом локализации язв выявило, что в двенадцатиперстной кишке наибольшее количество рецидивов приходилось на заднюю стенку луковицы, а в желудке наблюдалось увеличение частоты рецидивов от пилорического отдела (14 %) к кардиальному (26 %). Причем и в желудке возобновление кровотечения чаще возникало из язв, расположенных на его задней стенке.

Исследование системы гемостаза у 120 больных с гастродуоденальными кровотечениями показали цикличность изменений в ней при острой кровопотере. Степень активации свертывающей системы прямо пропорционально тяжести кровопотери. В зависимости от степени тяжести кровопотери гиперкоагуляционные изменения сменяются гипокоагуляцией разной степени выраженности и может вызывать диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови. Наши исследования показали, что увеличение АЧТВ более чем в 1,5 раза, снижение фибриногена до $1,5 \text{ г/л}$ и уменьшение тромбоцитов менее $130 \times 10^9/\text{л}$ могут быть приняты в первые сутки постгеморрагического периода за лабораторные признаки развития ДВС-синдрома, который определялся в 93 % случаев у больных с рецидивным кровотечением. Кроме того, установлено, что у пожилых пациентов ДВС-синдром возникает легче и протекает тяжелее, что связано с исходной эндотелиальной дисфункцией на фоне распространенного атеросклероза. В случае определения в крови лабораторных критериев ДВС-синдрома, нарушение микроциркуляции органов ведет к усилению анаэробного окисления глюкозы, ацидозу. Ацидоз поддерживает эндотелиальную дисфункцию, способствует экспозиции тканевого фактора и поддержанию повышенного внутрисосудистого свертывания крови. При проведении инфузионной терапии при ДВС-синдроме необходимо учитывать, что при переливании СЗП многие факторы свертывания будут расходованы в результате сильной активации свертывающей системы крови, поэтому объем переливаемой плазмы должен составлять не менее 1000 мл в сутки. С целью купирования ацидоза целесообразно введение антиоксидантов, в частности «Реамберина». Кроме того, в лечении больных с ДВС-синдромом важна адекватная коррекция анемии, лечение сопутствующих заболеваний и возникших осложнений [5].

Исходя из выше изложенного, нами предлагается дифференцированная тактика лечения язвенных кровотечений основанная на прогнозе рецидива кровотечения после первичного гемостаза. При принятии решения о тактике ведения

больного целесообразно пользоваться не только основными, но и дополнительными критериями риска рецидива кровотечения.

Основными критериями риска для выбора тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений являются:

Эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения или степени устойчивости гемостаза в язве по классификации J. Forrest (1989г.)

Тяжесть кровопотери и связанные с ней патофизиологические сдвиги в организме больного.

Определение риска анестезиологического пособия и операции в зависимости от объема предстоящего хирургического лечения.

При оценке общесоматического статуса целесообразно использовать Шкалу ASA и выделять пациентов группы "риска операции", лечебная тактика у которых должна быть максимально консервативной.

К дополнительным критериям риска рецидива для выбора тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений можно отнести:

- локализация язвы (локализации язв в теле и кардиальном отделе желудка вдоль малой кривизны и на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки)

- размер язвы (размер язвы более 2 см., для язвы желудка и более 1 см. для язвы двенадцатиперстной кишки)

- лабораторные критерии ДВС-синдрома.

Учитывая выше приведенные данные, показаниями для хирургического лечения при гастродуоденальных кровотечениях являются:

- для экстренной операции (в течение 2-х часов) – продолжающееся профузное кровотечение.

- для неотложной операции (до 24-х часов) – неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидив язвенного кровотечения в стационаре.

- для отсроченной операции (после 24 часов) – при высоком риске рецидива кровотечения без положительной динамики эндоскопических признаков кровотечения.

Отсутствие положительной динамики всех трех дополнительных признаков рецидива кровотечения должно склонять к выполнению отсроченной операции.

Вопрос о плановой операции решается индивидуально после коррекции постгеморрагических нарушений функций органов и систем. Показанием к ней в настоящее время, как правило, является невозможность исключить малигнизацию язвы желудка, а также язвенный стеноз.

В основу выполненного оперативного лечения был положен органосохраняющий принцип. Так мостовидная дуоденопластика была произведена у 47 % пациентов (261 человек), при этом у 40 из них (7,2 %) ее дополнили селективной проксимальной ваготомией. У 17 пациентов (3 %) при выполнении дуоденопластики была прошита кро-

воточащие сосуды в пенетрирующей язве 8 – образными и П – образными швами, дно было вынесено за пределы просвета кишки и оставлено в рубцовых тканях. Дистальная и проксимальная резекция желудка, а так же гастрэктомия выполнены всего у 102 пациентов, что составило 18,2 %. У всех них характер патологического процесса (гигантские язвы, обширные инфильтраты, пенетрация и т.д.) не позволили сохранить в целостности полый орган, то есть резекция желудка выполнялась, как «операция отчаяния». Следует отметить, что реконструктивная резекция желудка всем 16 больным произведена по поводу кровоточащей пептической язвы анастомоза. У 7 пациентов кровотечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки сочеталось с их перфорацией. Все они были прооперированы в экстренном порядке в течение 2 часов после госпитализации. Четверым была выполнена мостовидная дуоденопластика, двоим – стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой, одному – клиновидная резекция желудка. Послеоперационная летальность в проспективном исследовании составила 7,3 %, что значительно ниже, чем в ретроспективной группе больных (12,1 %)

Таким образом, дифференцированная тактика, основанная на прогнозе рецидива кровотечения, поможет улучшить лечение и уменьшить послеоперационную летальность при гастродуоденальных кровотечениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вербицкий В. Г. Желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
2. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 480 с.
3. Гостищев В. К. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): монография / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с.
4. Панин Л. Е. Системные представления о гомеостазе // Бюллетень СО РАМН. – 2007. – Т.127. – № 5. – С. 10–16.
5. Тарасенко С. В. Хирургия осложнений язвенной болезни: монография / С. В. Тарасенко, О. В. Зайцев, В. П. Кочуков. – М.: Проспект, 2015. – 242 с.

Поступила 20.02.2017

**Н. В. КОСТЕНКО^{1,2}, С. В. РОЖКОВА³, А. Г. РАЗУВАЙЛОВА¹, В. Н. БЕССАРАБОВ²,
Д. В. ЦУКАНОВ³, Р. Р. МУХАМЕДЖАНОВ², Э. А. КЧИБЕКОВ¹**

РАЗВИТИЕ И ИСХОДЫ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

¹Кафедра хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121; тел. +7 (909) 373-15-08. E-mail: kostenki@mail.ru,

²ЧУЗ «Медико-санитарная часть» 414057 г. Астрахань, ул. Кубанская, д.5

³ГБУЗ АО «Патологоанатомическое бюро», 414056, г. Астрахань, Вокзальный проезд, д.2

В статье проанализированы данные о развитии аппендикулярного инфильтрата и хронического аппендицита на основании компьютерной томографии и морфологических исследований. Определены КТ критерии, характеризующие процесс воспаления при деструктивных формах острого аппендицита. Проведена сравнительная оценка морфологических изменений в червеобразном отростке при остром и хроническом воспалении, сформулированы показания к отсроченной операции при аппендикулярном инфильтрате.

Ключевые слова: аппендикулярный инфильтрат, хронический аппендицит, компьютерная томография, морфологическая диагностика.

**N. V. KOSTENKO^{1,2}, S. V. ROZHKOVA³, A. G. RAZUVAYLOVA¹, V. N. BASSARABOV²,
D. V. TSUKANOV³, R. R. MUKHAMEDZHANOV² E. A. KCHIBEKOV¹**

DEVELOPMENT AND OUTCOME OF APPENDICEAL INFILTRATE ACCORDING TO COMPUTER
TOMOGRAPHY AND MORPHOLOGICAL STUDIES

¹Department of surgical diseases of postgraduate education with a course of coloproctology FSBEI HE
“Astrakhan state medical university” Ministry of Health Protection, Russian Federation