МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ГАНЖИЙ ВЛАДИМИР ВАЛЕНТИНОВИЧ

УДК 616.33+616.342] -002.44-005.1-089:[612.4:577.175.5

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНЫМ**

**КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14.01.03 - хирургия

Диссертация

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

Чл.-кор. НАН и АМН Украины, доктор медицинских наук,

профессор В.Ф. Саенко

Запорожье – 2005

СОДЕРЖАНИЕ Стр.

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………....10

РАЗДЕЛ I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ……………………………………………..22

1.1. Медико – социальная значимость язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной острым желудочно–кишечным кровотечением……………………………..………………..22

1.2. Прогнозирование рецидива и выбор хирургической тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии…...37

1.3. Оценка методов хирургического лечения при желудочно–кишечных кровотечений язвенной этиологии.……………….………..59

1.4. Состояние иммунного статуса при острых желудочно – кишечных кровотечениях язвенной этиологии и методы его коррекции..……....69

1.5.Современные взгляды на социальную значимость медикаментозно ассоциированные гастродуоденопатии осложненные острой геморрагией………………..……………………………….……74

1.6. Результаты хирургического лечения острых желудочно – кишечных кровотечений..……………………………………………….78

РАЗДЕЛ II. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПРОГРАММА ИССЛЕ-ДОВАНИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ……......87

2.1. Характеристика клинической базы……………………………......88

2.2. Статистический учет и анализ поступивших больных…..…….....91

2.2.1. Возраст и пол………………………………………………….......93

2.2.2. Сопутствующие заболевания………………………………….....96

2.2.3. Степень кровопотери…………………………………………....100

2.2.4. Продолжающееся кровотечение при поступлении……………107

2.2.5. Рецидив кровотечения в стационаре…………………………...108

2.2.6. Длительность геморрагического периода……………………...110

2.3. Краткие итоговые данные………………………………………...114

2.4. Методы исследования, диагностики и лечения………………….118

РАЗДЕЛ III. ДИАГНОСТИЧКИЙ АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕН-ТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛУДОЧНО–КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ...………...…….……………...……123

3.1. Первичное клинико–лабораторное обследование больных.........123

3.1.1. Диагностический алгоритм исследования больных с пептическими язвами………….……………………………………….124

3.2. Исследование хеликобактерной инфекции при пептических язвах желудка, двенадцатиперстной кишки и хронических медикаментозых язвах гастродуоденальной зоны……………………………………….128

3.3. Изменение основных показателей иммунологической реактив-ности в зависимости от степени острой кровопотери у больных с пептическими язвами желудка, и двенадцатиперстной кишки и хронических медикаментозных язвах………….….………………….133

3.4. Морфологические особенности структуры пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных острым кровотечением………………………………………..………………...137

РАЗДЕЛ IV. ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА ТАКТИКИ БЫСТРОГО АДЕКВАТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ…….......................140

4.1. Разработка алгоритма прогноза раннего рецидива кровотечения и оценка его достоверности…………………………..………….…..….141

4.2. Принципы тактики быстрого адекватного реагирования, основанной на прогнозе раннего рецидива язвенного ОЖКК, применения жизнесберигающих методов оперативного вмешательства и результаты ее клинической апробации…………………………......151

4.2.1. Первичная оценка полученных результатов применения тактики адекватного реагирования в лечении ОЖКК язвенной этиологии…153

4.3. Экстренная фиброгастродуоденоскопия………………….…...…163

4.3.1. Точность первичной эндоскопии…………………………..…...165

4.3.2. Эндоскопическая характеристика способов местного гемостаза…………………………………………………………….….172

4.3.3. Эндоскопическая остановка кровотечения………………….…175

РАЗДЕЛ V. ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ХРОНИЧЕСКИХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ЯЗВАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО–КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ..….…183

5.1. Показания к операции и особенности выполнения оперативного вмешательства в зависимости от состояния местного гемостаза в язвенном субстрате при пептической язве гастродуоденальной зоны и хронических медикаментозных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки………………………………………………………………..…..183

5.2. Техника хирургического шва при оперативных вмешательствах у больных с пептической язвой гастродуоденальной зоны и хронических медикаментозных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных острым желудочно–кишечным кровотечением………..186

5.3. Примененные виды хирургических вмешательств…………...…189

5.4. Особенности способов оперативного вмешательства при язвенной болезни желудка и хронических медикаментозных язвах желудка, осложненных острой геморрагией……………………………………191

5.4.1. Медиогастральная язва………………………………………….197

5.4.2. Сочетанные язвы гастродуоденальной зоны (II тип язв)...........219

5.4.3. Кардинальные язвы желудка (III тип)………………………….223

5.4.4. Язвы большой кривизны тела желудка (IV тип).……………...232

5.4.5. Язвы дна желудка (V тип)…………………………….………...237

5.4.6. Множественные язвы желудка (VI тип)……………………….237

5.5. Особенности способов оперативного вмешательства при язвенной болезни пилородуоденального отдела и пептических медикаментозных язвах ПДО, осложненных острым желудочно – кишечным кровотечением…………………………………..….……...240

5.5.1. Характеристика выполненных ваготомий…………………..…248

5.5.2. Препилорические язвы желудка………………………………..251

5.5.3. Язвы пилорического отдела желудка…………………………..263

5.5.4. Язвы бульбарного отдела двенадцатиперстной кишки…….....269

5.5.5. Язвы залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки…….278

РАЗДЕЛ VI. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ЯЗВ ГАСТРОДУОДЕ-НАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО–КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ………………………………….…283

6.1.1. Диагностический алгоритм исследования больных с хроническими медикаментозными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки…………………………………………....283

6.1.2. Исследование хеликобактерной контаминации у больных с хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны, осложненными острым кровотечением………………………………...287

6.1.3. Изменение основных показателей иммунологической реактивности в зависимости от степени острой кровопотери у больных с хроническими медикаментозными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки…………………………………………...291

6.1.4. Морфологические особенности строения хронических медикаментозных язв гастродуоденальной зоны, осложненных острым кровотечением…….……………………………………………….……294

6.2. Экстренная фиброгастродуоденоскопия…………………………297

6.2.1 Особенности эндоскопической остановки кровотечения у больных с хроническими медикаментозными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки……………………………………………298

6.3. Особенности тактики быстрого адекватного реагирования в лечении пациентов с хроническими медикаментозными язвами ………………304

РАЗДЕЛ VII***.*** СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛОВ КУРАЦИИ И ЦЕЛЕНАП-РАВЛЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕП-ТИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫ-МИ ЯЗВАМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ……...311

7.1. Стандарты клинико-диагностического и лечебного алгоритма у больных с пептическими и хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны, осложненными острым желудочно–кишечным кровотечением……………………………………………..311

7.2. Стандарты послеоперационного ведения больных с пептическими язвами и хроническими медикаментозными язвами, осложненными острым желудочно–кишечным кровотечением…………………………320

7.3. Принципы целенаправленной медицинской реабилитации больных с пептическими язвами и хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны, осложненными острым желудочно–кишечным кровотечением……………………………………………………………323

РАЗДЕЛ VIII. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕПТИ-ЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ МЕДИКАМЕНТОЗ-НЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШ-КИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО–КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ……………………………………………….…..327

8.1. Непосредственные исходы и ближайшие результаты хирургического лечения………………………………………………327

8.2. Исследования качества жизни и отдаленные результаты хирургического лечения больных……………………………………370

ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………..375

ВЫВОДЫ………………………………………………………………………394

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ………………………………398

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ, ЕДЕНИЦ И ТЕРМИНОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В РАБОТЕ

АД артериальное давление

АР адреналин

АХБТ антихеликобактерная терапия

АЭ антрумэктомия

ВСС «внезапная» сердечная смерь

ВСР вариабельность сердечного ритма

ВАК вакуолизирующий цитотоксин

в/в внутривенно

в/м внутримышечно

ВСХ высокая степень хеликобактериоза

ВНС вегетативная нервная система

ГБО гипербарическая оксигенация

ГО глобулярный объем эритроцитов

ГД(Э)А гастродуодено (ентеро) анастомоз

ГДО гастродуоденальная область

ГДС гастродуоденальная система

ДС дуоденостаз

ДГР дуоденогастральный рефлекс

ДА двигательная активность

ДП дуоденопластика

ДПК двенадцатиперстная кишка

ДС демпинг синдром

ДНК дезоксирибонуклеиновая кислота

ЕАС-РОК ЕАС-52 розеткообразования

ЖКТ желудочно-кишечный тракт

КВ комбинированная ваготомия

КЖ качество жизни

КОС кислотно-основное состояние

КЩС кислотно-щелочное состояние

К-во количество

ИМА индекс моторной активности

МДА малоновый диальдегид

ММК мигрирующий моторный комплекс

МЭН моторно-эвакуаторные нарушения

МОК минутный объем крови

мм рт.ст. миллиметр ртутного столба

мм водн.ст. миллиметр водного столба

ОЖКК острое желудочно-кишечное кровотечение

ОСО органосохраняющие операции

О(Д)ЦК объем (дефицит) циркулирующей крови

О(Д)ЦП объем (дефицит) циркулирующей плазмы

ОИМ острый инфаркт миокарда

ПВД постваготомная диарея

ПДО пилородуоденальный отдел

ПЖ поджелудочная железа

ПС пилоросохраняющие

ПСРЖ пилоросохраняющая резекция желудка

ПП пилопластика

п/оп послеоперационный

РО2 А парциальное напряжение кислорода в артериальной крови

РО2 В парциальное напряжение кислорода в венозной крови

РО2 т парциальное напряжение кислорода в тканях

СОЖ слизистая оболочка желудка

СПВ селективная проксимальная ваготомия

СВ селективная ваготомия

СЗ сопутствующие заболевания

Ств стволовая ваготомия

Сат.О2 А насыщение (сатурация) гемоглобина кислородом в артериальной крови

Сат.О2 В насыщение гемоглобина кислородом в венозной крови

ССС сердечно-сосудистая система

СГ сердечные гликозиды

НПВП нестероидные противовоспалительные препараты

ФВД функция внешнего дыхания

ФА фагоцитарная активность

ФАН фагоцитарная активность нейтрофилов

ФЧ фагоцитарное число

ФГДС фиброгастродуоденоскопия

ХДН хроническая дуоденальная непроходимость

ХК хеликобактерная контаминация

УД ударный объем

ЦВД центральное венозное давление

ЦИК циркулирующие иммунные комплексы

ЦП цирроз печени

ЧДД частота дыхательных движений

ЧСС частота сердечный сокращений

ЭКГ электрокардиограмма

ЭПАСМРЖ экономная пилороантрумсохраняющая медиогастраль-ная резекция желудка

Э-РОК спонтанного розеткообразования

ЭС экспертная система

ЭЭА энтеро-энтеро анастомоз

ЭзЭА эзофаго-энтеро анастомоз

ЯБ язвенная болезнь

ЯЭ язвенная этиология

рН измерение уровня кислотности

НР Helicobacter pylori (хеликобактер пилори)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы*.* В консервативной терапии пептических язв желудка и ДПК за последние годы достигнуты значительные успехи. Применение блокаторов Н2-рецепторов гистамина позволило добиться заживления язвенного дефекта более чем у 90% больных [18, 22, 28, 76, 82, 123, 124, 126, 128, 189, 191, 308, 344, 345, 347, 349, 370, 430, 433], а их пролонгированное назначение - стойкой ремиссии у 60-70% [18, 22, 125, 190, 192, 193, 308, 345, 346, 348, 350, 370, 430, 432]. На этом фоне отмечается уменьшение числа операций при ЯБ, в первую очередь, плановых [31, 34, 36, 43, 47, 76, 98, 135, 184, 345, 384, 384, 389, 470]. Однако ожидаемого сокращения процента осложненных форм заболевания не происходит. Единичные авторы [18, 138, 308, 345, 346, 347, 348, 350], указывают на уменьшение количества осложнений ЯБ, большинство же говорят о его росте, в особенности острых кровотечений [23, 34, 36, 42, 46, 51, 53, 55, 59, 68, 73, 76, 79, 86, 89, 98, 99, 150, 174, 176, 179, 181, 206, 343, 379, 387, 417, 420, 422, 423, 436, 438, 440, 442, 445, 470, 522].

За последнее десятилетие заболеваемость язвой желудка и ДПК в нашей стране возросла, за период с 1996 по 2002 гг. на Украине частота выявления кровоточащей язвы увеличилась с 196,2 до 246,7 на 10.000 больных [76, 79, 325, 383, 384, 390, 391, 409, 445, 470].

Если после плановых органосохраняющих операций летальность составляет 0,1-0,7% и 1,0-1,5% после резекции желудка, то при хирургическом лечении кровоточащих язв «на высоте кровотечения» она достигает 13-15% [206, 316, 341, 343, 379, 387, 391, 409, 423, 444, 445, 470].

Активная, активно-выжидательная и выжидательная тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях существует давно, вместе с тем число сторонников и противников каждой из них периодически меняется.

Внедрение в широкую клиническую практику современной эндоскопической техники, позволяющей проводить остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы, появление новых поколений противоязвенных и гемостатических средств, склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики. Однако до настоящего времени основной причиной летальных исходов при ОЖКК является запоздалое решение о необходимости операции [206, 341, 379, 382, 387, 388, 390, 405, 445], тем самым потеря «золотого часа». Выполненные «операции отчаяния» на фоне рецидива тяжелого кровотечения, приводят к гибели до 45% больных [206, 382, 389, 445]. Вместе с тем срочная операция (на следующий день от момента поступления) сопровождается 5% летальностью [340, 343, 382, 389, 422, 423, 442, 443, 444].

Некоторые хирурги считают, что единственно радикальным способом остановки геморрагии при гастродуоденальных язвах является резекция желудка [165, 166, 168, 170, 172]. Однако в последнее время отмечается увеличение числа сторонников органосохраняющих операций [34, 36, 42, 46, 55, 62, 69, 73, 89, 91, 94, 98, 206, 213, 215, 295, 296, 333, 335, 382, 390, 422, 437, 440, 466].

Неблагоприятные результаты лечения больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами во много связаны с отсутствием алгоритма диагностики и лечения, рациональной, аргументированной тактики ведения таких больных [22, 36, 206, 218, 292, 299, 339, 343, 382, 388, 390, 422].

В настоящее время успехи в решении этой проблемы связаны, прежде всего, с клиниками, занимающимися неотложной хирургией и с созданием на их базе специализированных центров по лечению ОЖКК [22, 61, 62, 63, 66, 68, 70, 71, 92, 116, 206, 214, 218, 291, 292, 390, 420, 422, 440, 442, 445]. Новые предложения и разработки, внедряемые в этих центрах, соответствующее оборудование и прогрессирующих профессионализм работающих там кадров дают возможность уменьшить летальность до 3,4-5,6% [76, 89, 90, 98, 206, 217, 218, 258, 292, 299, 303, 382, 390, 422, 423, 436, 437, 439, 440, 441, 445, 452].

Успехи хирургического лечения при гастродуоденальных язвах заключаются не только в излечении от заболевания, но и в «цене» этого излечения. Появление и большое разнообразие органосохраняющих операций при ЯБ являются следствием желания добиться не просто минимального количества осложнений и рецидивов, но и максимального улучшения качества жизни больных после операций [31, 35, 41, 123, 126, 206, 230, 260, 271, 296, 297, 319, 332, 334, 390, 422, 446, 452].

С учетом вышеизложенного чрезвычайно актуальным является создание и совершенствование новых комплексных программ и технологий лечения кровоточащих язв желудка и ДПК.

*Связь работы с крупными научными программами планами, темами.*Диссертация выполнена по плану научных исследований Запорожского государственного медицинского университета. Тема роботы утверждена на заседании Проблемной комиссии «Хирургия» от 24 апреля 2002года (протокол №7) и заседании Ученого совета Запорожского государственного медицинского университета от 12 мая 2002 года (протокол №5), номер гос. регистрации 01980035678. Работа была фрагментом Государственной научно - исследовательской работы кафедры общей хирургии ЗГМУ «Ранняя диагностика и лечение неотложной абдоминальной хирургической патологии» (№ гос. регистрации 0100У002400) в выполнении которой, автор принимал непосредственное участие.

*Цель работы.* Улучшить непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты комплексного хирургического лечения больных с ЯБ гастродуоденальной зоны и хроническими медикаментозными язвами желудка и ДПК, осложненной кровотечением, путем разработки тактики активного хирургического вмешательства и индивидуального выбора рационального оперативного метода с коррекцией нарушений иммунной системы.

*Задачи исследования:*

1. Изучить частоту, структуру и причины неудовлетворительных результатов комплексного лечения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями в зависимости от генеза язвы.
2. Определить особенности клинического течения ЯБ и хронических медикаментозных язв, осложненных ОЖКК по материалам Запорожского центра по оказанию помощи больным с ОЖКК за 4 года (1998-2001гг.), и дать клиническую характеристику этих пациентов.
3. На основании многофакторного анализа данных, полученных при помощи современных методов диагностики и лечения кровоточащих язв желудка и ДПК, а так же хронических медикаментозных язв гастродуоденальной зоны, выделить клинические группы больных и обосновать показания, сроки выполнения и характер оперативных вмешательств в каждой из них.
4. Определить критерии, повышающие достоверность прогнозирования рецидива кровотечения и разработать новую эффективную тактику лечения с учетом оценки раннего рецидива кровотечения из язв.
5. Определить роль метода эндоскопического гемостаза, его надежность и степень возможности раннего рецидива геморрагии у больных с ЯБ и хроническими медикаментозными язвами ОЖКК.
6. Разработать и внедрить в практическое здравоохранение дифференцированную систему оперативных вмешательств, при кровоточащих язвах желудка и ДПК, а так же хронических медикаментозных язва гастродуоденальной области, в зависимости от локализации язвенного субстрата и его морфологических особенностей.
7. Усовершенствовать существующие методы лечения кровоточащих язв гастродуоденальной зоны и разработать новые современные технологии оперативных вмешательств на кардинальном отделе желудка и язвах юкстапапиллярной области.
8. Разработать новые современные технологии оперативных вмешательств на кардиальном отделе желудка; обосновать и предложить новую методику органосохраняющих вмешательств при кровоточащей язве кардиального отдела и хронической медикаментозной язве той же локализации.
9. Изучить закономерности восстановления гомеостаза с целью определения оптимальных сроков медицинской реабилитации у больных с ЯБ и хроническими медикаментозными язвами, ОЖКК и разработать новый вариант коррекции иммунной и гемопоэтической системы у больных с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери с применением клеточно - тканевой терапии.
10. На основании результатов сравнительной оценки различных вариантов органосохраняющих операций при использовании принципов индивидуализации хирургического лечения и медицинской реабилитации больных создать оптимальный диагностический и лечебный алгоритм, который включает все ступени лечения ЯБ и медикаментозных язв осложненных ОЖКК.

*Объект исследования**-* 1491 больной с ОЖКК ЯЭ (1224 больных с пептическими язвами желудка и ДПК, 267 пациентов с хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны), которые находились на лечении в Запорожском городском центре оказания помощи больным с ОЖКК.

*Предмет исследования*– Больные с пептическими и хроническими медикаментозными язвами, осложненными кровотечением, вызывающие нарушение клеточного, гуморального иммунитета. Разработка комплексного хирургического лечения больных, включающего использование тактики быстрого адекватного реагированияв лечении больных при помощи разработанных методик оперативного лечения и усовершенствованных методик коррекции иммунной системы.

*Методы исследования****.*** С целью оценки общего состояния больных с ЯБ желудка и ДПК, а также пациентов с хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны, осложненными кровотечением, проводили их обследование. Общеклиническое обследование больных включало оценку общего состояния, гемодинамических показателей [Ps, ЧСС, АД, ЦВД], объема кровопотери, иммунного статуса. Наряду с общеклиническими методами обследования в работе был использован эндоскопический метод исследования эзофагогастродуоденальной зоны, с проведением биопсии язвы, рентгенологическое исследование желудка и ДПК, электрогастрографическое исследование, внутрижелудочная рН-метрия, гистологическое исследование биоптатов. Проводимые лабораторные исследования включали: общеклинический анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, биохимические исследования крови, с определением общего билирубина и его фракций, уровень активности аминотрансфераз, амилазы, кислой и щелочной фосфатазы, определение количества общего белка и его фракций, альбумино-глобулинового индекса, количество мочевины и креатинина, электролитного состава, свертывающей системы крови. Определяли состояние иммунной системы. В предоперационном периоде больным производилось ЭКГ-исследование, определялись показатели внешнего дыхания, ультразвуковое исследование органов, рентген исследование и эндоскопия. Интраоперационно использовались методики диагностики кислотности желудка и ДПК. Для оценки состояния показателей иммунологического статуса в п\оп периоде у ряда больных было выполнены иммунологические исследования крови.

*Научная новизна.* В работе впервые разработаны концепция тактики быстрого адекватного реагирования у больных различными клиническими вариантами ЯБ и хроническими медикаментозными язва гастродуоденальной зоны, осложненными ОЖКК, основанная на моделирования прогноза вероятности рецидива кровотечения, которая определяет способ лечения и сроки оперативного вмешательства.

Разработан и обоснован алгоритм лечения больных с хроническими медикаментозными язвами и язвенными гастродуоденальными геморрагиями на основе широкого применения современных методик эндоскопического гемостаза, включающих коагуляцию, инъекционно-коагуляционную терапию, применение поляризующих средств, криовоздействие, а также метода эндоскопического клипирования кровоточащего сосуда.

Впервые изучена эффективность и дана сравнительная оценка лечебных возможностей различных методик эндоскопического гемостаза при различной активности кровотечения.

Впервые предложена новая рабочая классификация оперативных вмешательств у больных с ЯБ и хроническими медикаментозными язвами ОЖКК (Жизнеугрожающая: субтотальная резекция желудка, проксимальная резекция желудка (кардэктомия), гастрэктомия; Трудно переносимая: способы резекции желудка по Бильрот-II, поперечные (секторальные) резекции по типа Риделя, включая совмещение с СПВ; Средне переносимая: способы резекции желудка по Бильрот-I, включая лестничные, трубчатые, экономные (антрум-резекция) и СПВ; Легко переносимые: а) в процессе работы модифицированы нами операции клиновидной резекции малой или большой кривизны желудка в сочетании с СПВ или СтВ; б) иссечение язв передней стенки ДПК с пилоропластикой и СтВ; в) иссечение язв боковых или задне-боковых стенок ДПК из поперечного разреза передней стенки; г) новые способы иссечение язв любой локализации ПДО желудка, включая пилорические язвы желудка и залуковичные язвы ДПК; Доказана целесообразность выполнения в отдельных случаях паллиативных операций: термокоагуляция или криовоздействие на источник кровотечения при эндоскопии; зашивание язвы без иссечения краев или с иссечением; тампонада язвы стенкой органа; перевязка внеорганных сосудов участка кровотечения; а также ваготомий без иссечения язвы.

Впервые определенны показания и принципы выбора различных вариантов органосохраняющих вмешательств и дренирующих операций у больных с ЯБ желудка и ДПК, а так же пациентов с хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны.

Выделенные три разновидности источника ОЖКК (истинный, действительно конкурирующий и потенциально конкурирующий), позволили определить алгоритм выполнения оперативного вмешательства на высоте кровотечения и избежать рецидивов геморрагии в раннем п\оп периоде.

Впервые изучены особенности заживления по линии анастомоза в зависимости от технических особенностей хирургического шва у больных с хроническими медикаментозными язвами желудка и ДПК.

Разработана и внедрена методика оперативного вмешательства при язвах ДПК осложненных дуоденальным стенозом и ОЖКК (Декларационный патент Украины № 53600А от 13.03.2003г.).

Предложен вариант иссечения задне-боковых язв и хронических медикаментозных язв ДПК осложненных ОЖКК (Декларационный патент Украины №54358А от 17.02.2003г.).

Разработана и внедрена методика органосохраняющих операций при язвах кардиального отдела желудка (Заявка на Декларационный патент Украины №0000013400058 от 27.09.2003г.).

Разработана система оперативных вмешательств, при кровоточащей юкстапапиллярной язве (Заявка на Декларационный патент Украины №0000013400059 от 27.09.2003г.).

Разработан вариант экономной секторальной резекции желудка при острокровоточащей хронической медикаментозной язве тела желудка (Заявка на Декларационный патент Украины № 0000356704021 от 19.12.2003г.).

Разработан и применен метод клеточно - тканевой терапии с целью коррекции иммунной и гемопоэтической систем у больных с ОЖКК ЯЭ тяжелой и крайне тяжелой степени.

Определены показания и разработана система медицинской реабилитации после различных видов органосохраняющих операций и резекции желудка с обоснованием сроков ее стационарного этапа по результатам восстановления основных показателей гомеостаза, включая иммунологические аспекты, и функционального состояния оперированного желудка и ДПК у больных с ЯБ желудка и ДПК, а так же хроническими медикаментозными язвами гастродуоденальной зоны.

Впервые изучены результаты целенаправленной медицинской реабилитации и доказана ее эффективность после различных вариантов органосохраняющих операций и резекции желудка у больных с ЯБ и хроническими медикаментозными язвами. Произведена сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов различных вариантов органосохраняющих операций при ЯБ желудка и ДПК, а так же хроническими медикаментозными язвами с использованием принципов индивидуального хирургического лечения и целенаправленной медицинской реабилитации.

По материалам работы оформлено 5 заявок на изобретения, выдано 2 Декларационных патента Украины, на 3 из них получены положительные решения государственной патентной экспертизы Украины.

*Практическая значимость полученных результатов.*

1. Реализация в практической деятельности разработанного подхода к хирургическому лечения больных ЯБ желудка и ДПК, а так же пациентов с хроническими медикаментозными язвами, осложненными тяжелыми кровотечениями, позволяет добиться улучшения результатов комплексного лечения больных с данной патологией.
2. Разработана и внедрена тактика быстрого адекватного реагирования в лечении больных с гастродуоденальными геморрагиями, которая позволяет определить группы больных, нуждающихся в неотложном, срочном или отсроченном оперативном вмешательстве, проведении консервативной терапии.
3. Установлено, что при идентификации истинного источника кровотечения во время операции следует ориентироваться не только на наличие тромбированного сосуда, но и оценить соответствует ли диаметр сосуда интенсивности кровотечения, а цвет тромба давности последнего эпизода геморрагии.
4. Внедрение системы выполнения оперативных вмешательств на желудке с учетом локализации язвенного дефекта и его морфологической характеристики, дает врачу четкую ориентацию выбора метода операции в каждом конкретном случае.
5. Разработанные и внедренные новые технологии выполнения оперативных вмешательств при кардиальной локализации, кровоточащей желудочной язвы позволили решить проблему оперативного лечения высоких язв и добиться снижения п\оп летальности до 2,7%.
6. Разработаны и внедрены новые способы оперативных вмешательств, при юкстапапиллярных язвах осложненных ОЖКК, что позволило добиться снижения п\оп летальности у этой категории больных до 1,9%.
7. Разработан метод клеточно – тканевой терапии с цель коррекции иммунных и гемопоэтических систем у больных с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери, что позволило снизить п\оп летальность у этого контингента больных до 3,1%.
8. Разработана и внедрена система индивидуализации хирургического лечения, медицинской реабилитации и диспансерного наблюдения при участии терапевтов-гастроэнтерологов и оперировавших хирургов, позволили улучшить как непосредственные, и отдаленные результаты лечения, что привело соответственно к улучшению КЖ.

*Внедрение в практику****.*** Использование в практике всей комплексной программы или ее отдельных компонентов позволило существенно улучшить результаты лечения этого контингента больных.

Данные настоящего исследования, практические предложения и рекомендации внедрены в хирургических, реанимационном, эндоскопическом и отделении интенсивной терапии Запорожского центра экстремальной медицины и скорой медицинской помощи, ежедневно применяются в работе Запорожского городского центра по лечению ОЖКК. Положения настоящего исследования используются в учебном процессе на кафедре общей хирургии с уходом за больными и курсом анестезиологии Запорожского государственного медицинского университета. По материалам диссертации получено два удостоверения на рационализаторские предложения.

*Личный вклад диссертанта.* Диссертационная работа является законченным самостоятельным исследованием В.В. Ганжий.

Автором был проведен научно-патентный поиск по разработанной теме, а также обобщены данные литературы, разработана цель и задачи работы, методологически спланированы клинические исследования. Автором самостоятельно был проведен набор клинического материала, анализ историй болезни, статистическая обработка полученных результатов лечения.

Автором проанализированы и обобщены результаты, основные теоретические и практические положения клинических разделов исследований, проведено оформление их в виде диссертационной работы. Изложенные в диссертации научные положения, идеи и выводы автор сформулировал самостоятельно.

В научных статьях, опубликованных в соавторстве, соискателю принадлежит фактический материал, его участие является основополагающим и состоит в библиографическим поиске, клинических и инструментальных исследованиях, хирургических вмешательствах, статистических вычислениях, анализе полученных результатов, формировании выводов. Соавторство других научных работников и практических врачей в работах опубликованных по материалам диссертации, состоит в соучастии в лечебно-диагностическом процессе, консультативной помощи и технико-материальном обеспечении. Всего во время работы над выбранной темой автор разработал и внедрил в клиническую практику 5 новых способов лечения, 2 защищенных патентами и на 3 выдано положительное решение на выдачу патента.

*Апробация результатов исследования****.*** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: Всеукраинской научно-практической конференции «Екстрена медична допомога: сучасні проблеми організації» Киев 2001г.; всеукраинской конференции с международным участием «Актуальні проблеми відновлювальної xipypriї» Запорожье, 2001г.; международной конференции «Современные технологии в общей хирургии» Москва, 26-27 декабря 2001г.; научно-практической школе-семинаре «Гнійно–септичні ускладнення у невідкладній хірургії. Профілактика, диагностика i лікування» Харьков, 5-6 сентября 2002г.; XX съезде хирургов Украины, Тернополь, 17-20 сентября 2002г.; 2-й Всеукраинской конференции «Актуальные вопросы неотложной и восстановительной медицины» Крым, Ялта 14-17 октября 2002г.; научно - практической конференции «Сучасні тенденції в xipyprii XXI століття» до 80-річчя кафедри xipyprii Київської медичної академії післядипломної освіти iм П.Л. Шупика. Киев, 14-15 ноября 2002г.; научной конференции «Hoві технології в хірургії» Киев, 27-28 ноября 2002г.; научно-практической конференции «Лікування хірургічних ран» Киев, 12-13 декабря 2002г.; IX Всеукраинской научно-методической конференции «Викладання та сучасні проблеми хірургії» Запорожье, 14 февраля 2003г.; Второй научно-практической конференции с международным участием «Нове в xipypriї та трансплантології. Проблеми профілактики, диагностики та лікування післяопераційних ускладнень. Кліничні аспекти трансплантації органів». Киев, 14-16 мая 2003г.; международной научно практической конференции «Нерешенные и спорные вопросы хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны» Одесса, 26-27 июня 2003г.; всеукраинской научно-практической конференции с международным участием «Сучасні аспекти хірургічного сепсису» Запорожье, 30-31 октября 2003г.; научно-практической конференции «Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки» (терапевтичні, хірургічні та онкологічні аспекти) Киев, 25-26 мая 2004г.; научно–практической конференции «Актуальні питання хірургії ХХІ століття» присвячена 100-річчю з дня народження професора І.І. Кальченка. Київ 20-21 січня 2005р.; засиданиях Запорожского областного общества хирургов. Запорожье (1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004гг.).

*Опубликованность результатов****.*** Основные положения работы отражены в 37 научных печатных работах с общим количеством страниц -284. 31 статей в изданиях ВАК Украины, 30 моностатей, 5 описаний изобретений, получено два Декларационных патента Украины на изобретение, на 2 получены положительные решения государственной экспертизы на его получение, сделано 2 рационализаторских предложений.

*Структура и объем диссертации****.*** Диссертация изложена на 465 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы (6 разделов), собственного исследования (7 разделов), заключения, выводов и указателя литературы. Работа иллюстрирована 126 рисунками, содержит 104 таблиц, 3 схемы. Список использованной литературы содержит 703 источников, из которых 499 отечественных и 204 зарубежных автора.

1. ВЫВОДЫ

В диссертационной работе представлено и научно обосновано новое направление неотложной хирургии – тактика комплексного лечения пептических и медикаментозных гастродуоденальных язв, осложненных желудочно-кишечным кровотечением.

1. Консервативная терапия с применением антацидных, противохеликобактерных препаратов не обеспечила значительное снижение частоты осложнений язвенной болезни. Количество оперативных вмешательств, выполняемых по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК, в Запорожской области в последние годы имеет возрастающую тенденцию к увеличению в 1993г. – 230 операций, в 2002г. – 1148.
2. В структуре пептических язв гастродуоденальной зоны 20% составляют хронические медикаментозные язвы, возникающие вследствие применения преимущественно нестероидных противовоспалительных препаратов при различных заболеваниях, характеризующиеся морфологическими признаками хронической язвы с образованием широкой зоны фибриноидного некроза в дне язвы, сегментарным либо тотальным некрозом стенки сосудов и окружающей соединительной ткани, отсутствием регенераторных процессов в краевых отделах, дне язвы и выраженного отека подслизистой основы, распространяющегося более чем на 2см.
3. Внедрение разработанной программы рационального хирургического лечения пациентов с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, в основу которой положен принцип быстрого реагирования, может быть эффективным при условии синхронной работы хирургического и эндоскопического отделений, лабораторной и диагностической служб, а также отделений интенсивной терапии и реанимации, организационно объединенных в единый центр хирургии желудочно-кишечного кровотечения, функционирующий круглосуточно.
4. Применение разработанного алгоритма тактики лечения больных с гастродуоденальными и хроническими медикаментозными язвами, осложненными кровотечением, направленного на оптимизацию всех звеньев центра по оказанию помощи больным с желудочно-кишечным кровотечением, позволяет снизить послеоперационную летальность при остром желудочно-кишечном кровотечении с 10,5 до 1,7%.
5. Динамический эндоскопический мониторинг при условии прецизионного технического исполнения процедуры позволяет определить источник кровотечения и его локализацию, характер язвенного субстрата, осуществить биопсию, окончательный или временный гемостаз, не отягощает состояние больных и дает возможность оценить целесообразность дальнейшего наблюдения или принятия решения о необходимости выполнения неотложного хирургического вмешательства.
6. Комбинированный эндоскопический гемостаз с применением разработанной методики, включающий криокоагуляцию, диатермокоагуляцию и аппликацию пленкообразующих растворов с последующим активным клинико-эндоскопическим наблюдением является эффективным способом гемостаза и профилактики рецидива кровотечения, особенно при наличии кровоточащих медикаментозных язв, позволяет у 86% больных избежать выполнения неотложного оперативного вмешательства.
7. Операция по поводу кровоточащей язвы желудка и ДПК, а также хронических медикаментозных язв должна быть радикальной, малотравматичной, адекватной состоянию больного. Этим принципам соответствуют разработанные модификации существующих операций, которые применяют в плановой хирургии, и предложенные способы органосохраняющих операций, адаптированных к неотложной хирургии, которые обеспечивают благоприятный исход у 98% больных.
8. Хирургическую тактику и сроки выполнения оперативных вмешательств у больных с острым гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии выбирают на основе использования лечебно-диагностического алгоритма, критериями которого являются: определение степени операционного риска с учетом состояния иммунной системы, состояние гемостаза в кратере язвы, вероятность возникновения рецидива кровотечения, достижение надежного эндоскопического гемостаза.
9. Оперативное лечение больных с пилородуоденальной язвой, осложненной кровотечением, предусматривает приоритетность органосохраняющих принципов, обязательное удаление язвенного субстрата, адекватную ваготомию и хирургическую коррекцию нарушений проходимости дуоденоеюнального перехода.
10. Массивная кровопотеря обусловливает снижение основных показателей иммунитета, особенно его гуморального звена и фагоцитоза, наиболее медленно восстанавливаются показатели иммунной защиты организма, после проффузного кровотечения. Наиболее быстрое восстановление иммунореактивности отмечено после выполнения органосохраняющих операций по сравнению с таковым после применения резекционных методов.
11. Применение клеточно-тканевой терапии в пред- и послеоперационном периодах, оказывающей иммуномодулирующее, противовоспалительное и репаративное действие, способствует нормализации клинических и биохимических показателей крови, что позволяет в 8 раз снизить частоту осложнений, в 3 раза – послеоперационную летальность и продолжительность лечения пациента в стационаре.
12. Индивидуализация хирургического лечения и медицинской реабилитации с участием хирурга и терапевта-гастроэнтеролога, обеспечивает улучшение как ближайших, так и отдаленных результатов оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, а также хронических медикаментозных язв, осложненных кровотечением, снижение в 1,5-2 раза числа больных с диспептическими явлениями, которым показана врачебная помощь. Применение разработанной системы тактики быстрого адекватного реагирования лечения и целенаправленной гастроэнтерологической, общесоматической и психологической реабилитации способствует восстановлению основных показателей гомеостаза и функционального состояния оперированного желудка, улучшая качество жизни пациентов.
13. Внедрение разработанного подхода к лечению пациентов с язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненной кровотечением, основанного на органосохраняющем принципе с учетом коррекции нарушений иммунного статуса, применения противохеликобактерной терапии способствовало улучшению ближайших и отдаленных результатов, послеоперационная летальность снизилась с 10,5 до 1,7%, частота послеоперационных осложнений – с 21,8 до 5,3%, неблагоприятных результатов в отдаленном (1-6 лет) периоде – с 29,5 до 5,2%, частота рецидивов – с 5,7 до 0,8%.