

Выводы. 1. Применение интраоперационного УЗИ позволяет выявить не пальпируемые метастазы в лимфоколлекторах желудка.

2. Уточнение интраорганного распространения опухоли позволяет определить адекватный объем операции при раке желудка.

Литература:

1. Вашкамадзе Д.П., Шипуло Н.В. Ультразвуковое исследование для определения степени распростране-

ния рака проксимального отдела желудка // Советская медицина. - 1991. - № 6. - С. 63 - 66.

2. Стилиди И.С. Рак желудка // Врач. - 1999. - № 7. - С.10 -13.

3. Горшков А.Н., Мешков В.М., Грачева Н.И. Возможности лучевых методов исследования (УЗИ, КТ) в предоперационной оценке внутривенной инвазии рака желудка // Вестник рентгенологии. - 2000. - №2. - С. 27-34.

ЖЕДЕЛ ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ ГОМЕОСТАЗДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТАКТИКА

А. Ж. Омарбеков

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Резюме

Гомеостатические изменения и хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях

Процент летальности у больных с желудочно-кишечными кровотечениями остается высоким, достигает 10%.

Это обстоятельство заставило искать объективные критерии патофизиологического субстрата, характеризующие состояние внутренней среды организма в ответ на кровопотерю. Исходя из этого нами проведены исследования 380 больным с гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии, поступивших в хирургическое отделение БСМП г.Семей за последние 3 года. Кровотечения язвенной этиологии встретились у 195 больных (51,32%), неязвенной у 185 больных (48,68%). Среди кровотечений язвенного генеза преобладала язва двенадцатиперстной кишки (67,0%). На 2-ом месте кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – 123 больных (33%). Возраст больных с кровотечениями колебался от 25 до 75 лет, при этом обращает внимание преобладание лиц молодого и среднего возраста (77,63%). Умерло после операции 16 больных, из них 12 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, 4 язвенные. Общая летальность составила 4,2%.

Summary

The homeostatic changes and surgical technique at an acute gastro-duodenal hemorrhages

The percentage of the patients' lethality with stomach and intestinal hemorrhages is still high and reaches 12%.

This circumstance forced to find objective criteria of the pathophysiological substrate, which is characterized by an internal condition of the organism due to the blood loss. Thus, we have checked 380 patients with gastro-duodenal hemorrhages of different etiology. The patients were admitted for last three years to the surgical department of the Emergency Hospital, Semey city. The patients with ulcerous hemorrhage etiology is 195 (51,32%), non-ulcerous one is 185 (48,68%). The ulcer of the duodenum (67,0%) is predominated among the ulcerous genesis hemorrhages. The second one is varicose dilation of the esophageal veins- 123 patients (33%). The age of the patients is between 25 and 75 years old. We have noticed that there are predomination of the young and middle age individuals (77, 63%). Sixteen patients died after the surgical operation, twelve of them with hemorrhage from the varicose dilation of the esophageal and stomach veins, and four with ulcerous hemorrhage. Total lethality is 4, 2%.

Гастродуоденалдық қанауға байланысты хирургиялық операциялар түрлері, қазіргі кезде, толық меңгерілген, уақытында диагноз қоюға арналған эндоскопиялық әдістер кең қолданыс тапты. Анестезиология мен реаниматология жетістіктері операциялар қаупін, асқинуларын біршама төмендетті. Бірақ, осы жетістіктерге қарамастан, асқазан-ішек жолдарынан қан кетуге байланысты өлім көрсеткіші жоғары деңгейде қалып отыр ол 12%- ды құрайды[7].

Бұл жағдай, қан кетуге сәйкес адам организміндегі ішкі орта өзгерісін патофизиологиялық тұрғыдан зерттеп, объективті деректерді анықтауға мәжбүр етті. Осы мақсатпен біз кейінгі үш жыл аралығында Семей қаласының Жедел медициналық жәрдем ауруханасына түскен, себебі әртүрлі гастродуоденалдық қанауы бар кетумен түск 380 науқасқа зерттеулер жүргіздік. Асқазан мен он екі елі ішек ойық жарасының қанауымен 195 науқас (51,32%), басқа себептерден болған қанаулар 185 (48,68%) құрады. Ойық жаралар ониекеі елі ішек үлесі басым болды, ол 67,0%-ға тең

болды. Екінші орында өңештің варикозды кеңейген тамырларынан қан кету 123 (33%) науқаста кездескен. Қан кетумен түскен науқастардың жасы 25- 75 жас аралығында, сонымен қатар жас және орта жастағы науқастардың басым болғаны анықталды - 295 (77,63%). Ал ойық жарасы жоқ, басқа этиологиялық қанауларға әкелген ауруларға 85(22,37%) науқаста, эрозиялық гастрит 22, асқазан обыры 7, гипертония ауруы-4, полиптар -7, Меллори-Вейс синдромы және т.б 45 науқаста кездесті, бұл топта орта жастағы науқастар басым (30-60 жас) болды. Асқазан-ішек қанауымен түскен науқастардың ішінде ер адамдар 288 (75,78%), ал әйел адамдар 92 (24,22%) құрады. Науқастардың көбі алғашқы екі тәулікте түсті, қанағаннан 24 сағаттан кейін 52 адам, кешігіп түскендер 13,68% құрады. Науқастардың жалпы жағдайының ауырлығын және қан жоғалту дәрежесін анықтау барысында, олардың тері жабындысының түсіне, тыныс алу мен тамыр соғу жиілігіне, артериялық қан қысымының деңгейіне, орталық көктамырлық

қысымға, гематокритке, қанның жалпы зерттеуіне, айналымдағы қан көлеміне (АҚК) және оның құрамына, қандағы және зәрдегі ақуыз бен электролиттер мөлшеріне, организмнің сулы ортасына көңіл бөлінді [1,5]. Барлық науқастарға фиброгастроуденоскопия (ФГДС) жүргізілді. А.И. Горбашконың глобулярлық көлем (ГК) жіктеуі бойынша, қан жоғалту дәрежесі [2]: 1-ші дәрежемен 35% науқас, 2-ші дәрежемен - 20%, 3-ші дәрежемен - 45% түсті. Бірақ, АҚК анықтау кезінде, организмдегі су ұстаушы құрылымды ескермей, жоғалған қанның нақты көлемін нақтылау мүмкін емес, ол өз тұрғысынан хирургиялық тактиканы таңдауға мүмкіндік бермейді. Сондықтан, біз тактикалық негізге, қанауға байланысты волемиялық өзгерістерге, олардың фазаларына мән бердік, патофизиологиялық концепцияға сүйендік [3,4].

Қан аз мөлшерде кеткенде гидремиялық реакция салдарынан, айналымдағы қан көлемінің жетіспеушілігі болмайды (нормоволемия), бұл волемияның нольдік фазасына сәйкес келеді, тек белоктың глобулярлық фракцияларының жоғарылағаны ғана байқалады. Осы фазада 7,2% науқастар түсті. Көбірек қан кеткенде АҚК-нің жетіспеушілігі пайда болады, бұл волемиялық бұзылыстардың I-ші фазасына сәйкес келеді, бұл кезеңде гастродуоденалды қан кетумен 10,8% науқас түсті. Айналымдағы қанның ГК-нің, белок құрамының және натрийдің төмендеуі волемиялық бұзылыстардың II-ші кезеңіне сәйкес келеді. Бұл фазада науқастардың 32%-ы түскені анықталды. Волемиялық бұзылыстардың III-ші фазасында ПК айналымдағы натрий мен ақуыздың глобулинді фракциясы есебінен өседі, яғни АҚК азайып, ГК төмендейді. бұл кезеңде науқастардың 45%-ы түсті. Эритроциттердің ісінуіне байланысты және олардың деподан және эритропоздан қанға өтуінен ГК көбейеді, бұл 4^а кезеңге сәйкес келеді. Бұл фазада АҚК барлық компоненттері қалыпты немесе жоғары болады, сары судағы және эритроциттердегі натрий деңгейі айтарлықтай жоғарылайды, бірақ зәрдегі мөлшері төмендейді, эритроциттердің орташа көлемі артады. АҚК компоненттерінің және ГК қалыпты көрсеткіштерінде айналымдағы гемоглобин деңгейінің төмендеуі - волемиялық бұзылыстардың 4^б кезеңіне сәйкес келеді. Бұл кезеңдерде волемиялық көрсеткіштердің алдамшы жақсаруына қарамастан науқастардың жалпы жағдайы өте ауыр болады, осы өзгерістермен біз 5,0% науқасты бақыладық. Гастродуоденалды қан кетумен түскен 32 науқастың су алмасуын зерттеу барысында, организмдегі оның өзгерістері, волемиялық фазаларға сәйкес екендігі дәлелденді.

Сонымен, волемиялық бұзылыстардың фазалық өзгерістерін анықтау гомеостаздың нақты жағдайын білуге, хирург тактикасын дұрыс таңдауға мүмкіндік береді. Волемиялық бұзылыстарды қалпына келтіру үшін трансфузиялық емді дәл жоспарлау мүмкін болады. Осы тұжырымдарға сүйене отырып біз операциялық көмекті қан кетудің алғашқы 12 сағатында жасау керек деп ойлаймыз. Үшінші және төртінші кезеңде операциялық ем міндетті түрде жүргізілуі керек. Өйткені, екіншілік қан кету қаупі операциялық ем қаупінен жоғары болады. Әсіресе егде жастағы, вазоконстрикторлық механизмінің жетіспеушілігі бар науқастарда операцияның қажеттілігі күман туғызбайды. Эзофагогастроуденалды қан

кетумен түскен науқастарды емдеу үшін біз белсенді – күту тактикасын ұстанамыз. Емдік шаралар қан кетуді тоқтатуға бағытталған консервативті терапиядан, науқасты коллапстық жағдайдан шығарудан және АҚК қалпына келтіруден басталады. Осы мақсаттағы емдік шаралар комплексіне тобы сәйкес қанды, жаңа мұздатылған сары суды, фибриногенді, тромбоцитті массаны, аминоксапон қышқылын, 1%-кальций хлорид ерітіндісін құюды және викасол дәрісімен енгізу жатады. Жергілікті гипотермияны қолданамыз, қан кетуді тоқтатқаннан кейін Мейленграхт диетасын тағайындаймыз. Кейбір жағдайларда асқазанды мұздай суық сумен немесе аминоксапон қышқылымен жуамыз. Инфузиялық тераияны бұған асты көктамырына катетер қою арқылы жүргіземіз, сонымен қатар, трансфузиялық программа волемиялық бұзылыстар фазаларын ескере отырып құралады. Өңеш пен асқазан веналарының кеңейінен қанаған 12 науқасқа Блэкмор зондын қолдану ауыр өтсе де оң нәтиже берді. Консервативтік емнің нәтижесіздігіне байланысты 49 науқасқа қан кету кезінде (сонымен қатар ойық жарадан қан кетумен түскен 33 науқасқа, өңеш және асқазанның варикозды кеңейген тамырларынан қан кеткен 16 науқасқа) өмірлік қажеттілік бойынша операциялық ем жасалынды. Сонымен қатар операцияға рецидивті қан кетумен түскен науқастар да алынды. Ойық жарадан қан кету кезінде біз асқазан резекциясын Бильрот 1 әдісімен жүргізуді дұрыс деп санаймыз. Науқастың жасын, жалпы жағдайын, қан жоғалту көлемін, анамнезін, ойық жараның түрін ескере отырып 17 науқасқа асқазан резекциясы жасалынды, өлім болған жоқ. Жараның түбіндегі қанаған тамырды тігу және байлау, паллиативті операциялар - 5 науқасқа, ойық жараны тіліп алу және пластика жасау 11 науқасқа, 16 науқасқа лапоротомия, гастротомия, өңеш және асқазанның кардиалды бөліміндегі варикозды кеңейген тамырларды тігу және байлау операциялары жүргізілді. Операциядан кейін 16 науқас қайтыс болды, олардың ішінде 12 науқас өңеш және асқазанның варикозды кеңейген тамырларынан қан кетуден, 4 науқас ойық жаралы аурудан. Жалпы өлім көрсеткіші 4,2% құрайды. Өңеш және асқазанның варикозды кеңейген тамырларынан қан кетуге байланысты жасалған операциядан кейінгі өлім көрсеткіші 42,2%, ойық жарадан профузды қан кету кезінде өмірлік көрсеткіштер бойынша жасалған паллиативті операциялардан кейінгі летальдық көрсеткіш – 9,4%.

Қорытынды:

1. Волемиялық бұзылыстардың кезеңін анықтау гомеостаздың нақты көрсеткіштерін анықтау және хирург тактикасын дұрыс таңдауға мүмкіндік береді.

2. Волемиялық бұзылыстардың кезеңін анықтау гомеостаздың нақты жағдайын көрсетеді, хирург тактикасын анықтауға, сонымен қатар трансфузиялық жоспарлы жолмен қалпына келтіруге мүмкіндік береді.

3. Жоғарыдағы тұжырымдарға сүйене отырып біз операциялық көмекті қан кетудің алғашқы 12 сағатында жасау керек деп шештік. Үшінші, әсіресе төртінші кезеңдер операциялық емнің бірден бір көрсеткіші болып табылады, өйткені екіншілік қан кету қаупі операцияның өз қаупінен жоғары саналады. Егде жастағы, вазоконстрикторлық механизмінің жетіспеушілігі бар науқастарға операция қажеттілігі артады.

4. Эзофагогастродуоденалды қан кетумен түскен науқастарды емдеу кезінде біз белсенді – күту тактикасын ұстанамыз және волемиялық өзгерістерінің фазаларын ескереміз.

Әдебиеттер:

1. Калдыбаев М.А. Изменения водных разделов у больных с гастродуоденальными кровотечениями. – Хирургия. - 1982. - № 3. – С. 23-25.
2. Горбашко А.И. Желудочно-кишечные кровотечения. - Москва. - 1984.
3. Калдыбаев М.А. Волемические нарушения при желудочно-кишечных кровотечениях. Дис. канд. мед. наук. – Москва. - 1977. -
4. Лукомский Г.И., Алексеев М.Е. с соавт. В книге «Пути коррекции метаболических расстройств в экстренной и плановой хирургии». – М. 1976. – С. 130-139.

5. Калдыбаев М.А. с соавт. Некоторые аспекты комплексной терапии острых гастро-дуоденальных кровотечений. Материалы XXII Пленума Правления Всесоюзного Общества хирургов и V съезда хирургов Казахстана. – Алматы. – 1990. – С. 82-84.

6. Калдыбаев М.А., Қанафина М.М. Асқазан-ішек ойық жарасының қанауына байланысты хирургиялық тактиkanı патофизиологиялық тұрғыда негіздеу. – Хирургия. - 2010. - № 3. – С. 148-154.
7. Юсков В.Н. Хирургия в вопросах ответа. - Ростов на Дону. – 2000.
8. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения // Здоровье. –Киев. -1972. – С. 288-347.
9. Стручков В.И., Луцевич Э.В. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия.

УДК 616.381-072.15

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

А. И. Тусупбаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

Широкое применение лечебной эндоскопии у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями позволяет избежать хирургического вмешательства на высоте кровотечения, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и снизить общую летальность.

Асқазан ойық жарасынан қан кету кезіндегі эндоскопиялық гемостаздың ролі

Асқазанның ойық жарасынан қан кету кезінде эндоскопиялық гемостаз тәсілдерін кеңінен қолдану, әсіресе қосымша ауыр патологиялары бар науқастарға, жедел операция жасаудан сақтайды және жалпы летальдық көрсеткішті төмендетеді.

Role of endoscopic haemostasis at bleeding peptic ulcers

Wide application of medical endoscopy at patients with bleeding peptic ulcers allows to avoid surgical intervention at height of bleeding, especially at patients with a heavy accompanying pathology and to lower the general lethality.

Срочный гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается одной из актуальных проблем urgentной хирургии. Наиболее частой причиной кровотечения является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Применение лечебной эндоскопии у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями позволяет избежать хирургического вмешательства на высоте кровотечения, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и снизить общую летальность [1,2].

В настоящее время применяют различные методы эндоскопического гемостаза, такие как инъекционные способы, электротермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, аргонплазменная коагуляция. Наиболее часто используют обкалывание источника кровотечения раствором адреналина в разведении 1:10 000, этиловым спиртом [3].

Инъекционные способы гемостаза представляют наибольший интерес, так как доступны всем лечебным учреждениям, не дорогие и простые в выполнении. По данным литературы, известно, что 20,8% первичных попыток эндоскопического гемостаза оказываются неэффективными [3]. Это связано и с труд-

ностями локализации источника кровотечения, и с недостаточной эффективностью самих методов.

Целью данной работы является анализ эффективности эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоскопической остановки кровотечений при желудочно-кишечных кровотечениях язвенного генеза у 125 больных, пролеченных в 2009-2010 годы в отделении эндоскопии ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана. Возраст больных колебался от 19 до 88 лет. Интенсивность кровотечения при поступлении оценивалась как легкая, средняя и тяжелая по классификации А.И. Горбашко. Для оценки степени вероятности повторного кровотечения мы использовали классификацию по J.A. Forrest (1974).

Эндоскопическое исследование проводили фиброскопами фирмы «Olympus» и Pentax (Япония) с торцевым расположением оптики. В ходе фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) уточняли локализацию язвы и степень устойчивости гемостаза по Forrest. При неустойчивом гемостазе выполняли ФГДС в динамике. Для местной анестезии ротоглотки использовали дикаин (1%) или аэрозольный лидокаин (10%). Экстренная ФГДС проводилась без предварительного-