

3. Попов В.А. Перитонит.- Л., - 1985. – 198 с.
4. Симонян К.С. Перитонит.- М., 1971. – 218 с.

5. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. - Киев, 1981. – С. 23-27

Тұжырым

ЖАЙЫЛҒАН ІРІНДІ ПЕРИТОНИТПЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕРІ, ҚАУПІ ЖӘНЕ АСҚЫНУЛАРЫ

Н.М. Абишев, А.Д. Жилкайдаров, М.М. Гладинец

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Хирургия және травматология кафедрасы

Жайылған іріңді перитонитпен ауырған 208 науқасты емдеу кезінде диагностикалық, тактикалық және техникалық жағынан кеткен қателіктер зерттелген. Осылай, жайылған іріңді перитонит іш қуысы мүшелерінің жедел хирургиялық аурулардың бүгінгі күнге дейін ең ауыр асқынуы болып қалады және осы науқастар тобының сапалық көрсеткішін анықтайды. Операциядан кейінгі летальдыққа әсер ететін қателіктер мен асқынулардың мінездемелік есебі, жайылған іріңді перитониттің емдік нәтижелерін жақсартуға бағытталады.

Негізгі сөздер: Эндотоксикоз, иммуногенез, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия, эвентрация.

Summary

ERRORS, HAZARDS, AND COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PURULENT PERITONITIS

N.M. Abichev, A.D. Jilkaidarov, M.M. Gladinets

Semey State Medical University,
Chair of surgery and traumatology

Errors and complications encountered in the treatment of 208 patients with generalized purulent peritonitis are analysed. The importance of preoperative management of patients is shown, when properly conducted it improves the results of treatment. The author discusses tactical and technical errors which are encountered most frequently during the operation and lead to increase of the mortality rate. Rational postoperative management requires particular attention. The immediate results of treatment are improved when errors, hazards, and complications occurring in the treatment of patients with generalized purulent peritonitis are taken into account.

Key words: Endotoxiosis, immunogenesis, detoxication, relaparotomy, eventration.

УДК 616.33-005.1-089

Б.А. Галиев

КГП на ПХВ «Центральная районная больница», г. Зыряновск

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Аннотация

Статья посвящена эндоскопическому и хирургическому лечению острого язвенного кровотечения, освещены различные методы лечения, обобщен практический опыт.

Ключевые слова: Лечение, острого, язвенного, кровотечения.

В лечении больных с язвенным кровотечением (ЯК) на сегодня ещё не выработано единого тактического подхода в ведении этих пациентов [9, 19]. Как известно, рекомендуется совместное лечение различными специалистами и своевременное привлечение специально подготовленного эндоскописта [1, 2]. Ранняя эндоскопия также позволяет определить показания к безопасной выписке пациентов группы низкого риска, таким образом, снижая расходы на их лечение [2, 24]. Целями ранней эндоскопии являются определение источника кровотечения, прогноза и проведение эндоскопического лечения при наличии показаний. Рекомендации по лечению касаются, прежде всего, первых 72 ч после поступления и эндоскопического обследования, так как риск повторного кровотечения наиболее высок именно в этот период [8, 14].

Пациентам с кровотокающими язвами, отнесенным к группе высокого риска при эндоскопии (активное кровотечение или видимый кровеносный сосуд), должен быть выполнен эндоскопический гемостаз, который снижает риск повторного кровотечения, экстренного оперативно-

го вмешательства и смерти [1, 2, 6]. К числу современных методов эндоскопического вмешательства относят инъекции (например, физиологического раствора, вазоконстрикторов, склерозирующих веществ, препаратов, склеивающих ткани или их комбинаций), термальные воздействия (контактные, такие как многополярная электрокоагуляция, и бесконтактные, такие как коагуляция с применением аргоновой плазмы) или механические воздействия (прежде всего эндоскопическое клипирование). Все методы эндоскопических вмешательств доказано превосходят отсутствие какого-либо вмешательства [1, 2]. В то же время добавление второго метода гемостаза (инъекции, термального воздействия) к введению адреналина (в физиологическом растворе в разведении 1 к 10 000) в еще большей степени снижает вероятность повторного кровотечения, оперативных вмешательств и смерти [4] по сравнению с введением одного адреналина, которого следует избегать [1, 18, 21]. Хотя эффективность введения только склерозирующего вещества считается сомнительной, оно редко приводит к повреждению тканей [21].

Существующие рекомендации считают более предпочтительным комбинированное лечение (введение адреналина с целью достижения местной вазоконстрикции и облегчения визуализации кровоточащего сосуда с последующим термальным воздействием) [2], однако преимущества комбинированного лечения перед только термальным воздействием доказаны не окончательно [32]. Эндоскопическое лечение среди пациентов с высоким риском, имеющим закрепленный тромб, продолжает оставаться противоречивым [2, 10, 12, 26].

Применение методов механического воздействия, прежде всего эндоскопической установки клипс, считается весьма перспективным [2]. Точная роль эндоскопической установки клипс окончательно не определена, имеющиеся данные указывают на то, что по эффективности она аналогична только термальному воздействию, комбинации инъекции и контактного термального воздействия, а также установке клипс в сочетании с инъекцией [18, 27]. Этот вопрос требует дальнейшего изучения. Возможно, в будущем оптимальный метод лечения будет зависеть от расположения и внешнего вида язвы. В настоящее время эндоскопистам следует применять те методы гемостаза, которые они лучше знают, так как все эти методы достаточно эффективны. Однако применение только инъекции эпинефрина является неоправданным. Точная роль новых методов эндоскопического гемостаза, таких как криотерапия, ушивание и применение металлических клипс, должна быть установлена в будущих исследованиях.

Обязательное выполнение повторной эндоскопии в течение первых 24 ч после первого исследования не рекомендуется [1, 2]. Хотя эффективность подобной процедуры была подтверждена в двух мета-анализах [5, 17], снижение частоты рецидивов кровотечения является небольшим.

Эпидемиологические исследования показывают ежегодное увеличение числа экстренных хирургических операций с 5,2 до 7,0 на 100 тыс. жителей в период с 1987 по 1999 г. [20]. В связи с лучшим пониманием природы язвенной болезни значение хирургических вмешательств в ее лечении в последние два десятилетия значительно снизилось. В частности, в настоящее время консультация хирурга не считается обязательным компонентом обследования пациентов с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Целью экстренных оперативных вмешательств является не излечение болезни, а остановка кровотечения в тех случаях, когда эндоскопического вмешательства недостаточно или оно недоступно. Роль раннего планового оперативного вмешательства все еще окончательно не определена, равно как и оптимальная хирургическая методика у пациентов с острым процессом [19, 22]. Недавно проведенный анализ, в котором сравнивали ваготомию с дренированием и ваготомию с резекцией желудка, не выявил достоверных различий [7]. Хирургическое вмешательство продолжает оставаться безопасным и эффективным методом лечения для отдельных групп пациентов с неконтролируемым кровотечением (т.е. тех, у кого не получается добиться стабилизации гемодинамики путем переливания кристаллоидов и продуктов крови), а также больных, которые могут не перенести рецидив или усиление кровотечения [9]. У большинства пациентов с признаками продолжающегося или повторного кровотечения вторая попытка эндоскопического вмешательства с целью достижения гемостаза в большинстве случаев оказывается эффективной, может реже сопровождаться осложнениями по сравнению с хирургическим вмешательством и является рекомендуемым методом лечения [15]. Исключениями могут яв-

ляться пациенты с язвами более 2 см в диаметре, а также те, у кого развивается гипотензия на фоне повторного кровотечения, так как в подобных случаях повышен риск того, что второе эндоскопическое вмешательство вновь окажется неэффективным [1, 15].

Ангиография с чрескатетерной эмболизацией является еще одним методом неоперативного лечения пациентов, у которых кровотечение не было остановлено или его очаг не был выявлен при эндоскопии. Для эмболизации кровоточащих сосудов применяют такие вещества, как Gelfoam, поливинил этанол, цианакриловые клеи и кольца [11]. Эффективность подобных вмешательств варьирует в пределах от 52 до 94%, а частота повторных кровотечений, требующих эмболизации, составляет около 10% [16]. В исследованиях было показано, что эмболизация значительно снижает смертность пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [11], хотя в некоторых случаях и сопровождается такими осложнениями, как кишечная ишемия, вторичный дуоденальный стеноз, а также инфаркты желудка, печени и селезенки [16]. В большинстве клиник радиологические вмешательства выполняют у пациентов, которым не помогли эндоскопические вмешательства, особенно тех из них, кто имеет высокий риск развития осложнений в результате оперативного вмешательства. Ретроспективный анализ не выявил существенных отличий между эмболизацией и хирургическими вмешательствами в отношении частоты повторных кровотечений (29,0 и 23,1% соответственно), необходимости в выполнении дополнительных оперативных вмешательств (16,1 и 30,8%) и смертности (25,8 и 20,5%), несмотря на старший возраст и более высокую частоту сердечно-сосудистых заболеваний в группе пациентов, которым выполняли эмболию [23]. Хотя радиологическое вмешательство в ряде случаев и не приводит к окончательному излечению, оно позволяет стабилизировать состояние пациента до того момента, когда можно будет провести другое лечение [11].

Обсуждение долгосрочного лечения пациентов с острым ЯК выходит за рамки настоящей статьи, тем не менее, мы считаем необходимым упомянуть о крайней важности выявления и лечения *H. pylori* [25]. Кроме того, у отдельных пациентов важным является установление необходимости в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов, а также дезагрегантов: если подобное лечение требуется, следует также назначать им гастропротективные препараты [13].

Литература

1. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60:497–504. [Erratum, *Gastrointest Endosc* 2005; 61:356].
2. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139:843–57.
3. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002; 51:Suppl 4:iv1–iv6.
4. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology* 2004; 126:441–50.
5. Chiu PW-Y, Lau T-S, Kwong K-H, Suen DT-K, Kwok SP-Y. Impact of programmed second endoscopy with appropriate retreatment on peptic ulcer re-bleeding: a systematic review. *Ann Coll Surg Hong Kong* 2003; 7:106–15.

6. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102:139–48.
7. de la Fuente SG, Khuri SF, Schiffner T, Henderson WG, Mantyh CR, Pappas TN. Comparative analysis of vagotomy and drainage versus vagotomy and resection procedures for bleeding peptic ulcer disease: results of 907 patients from the Department of Veterans Affairs National Surgical Quality Improvement Program database. *J Am Coll Surg* 2006; 202:78–86.
8. Freeman ML, Cass OW, Peine CJ, Onstad GR. The non-bleeding visible vessel versus the sentinel clot: natural history and risk of rebleeding. *Gastrointest Endosc* 1993; 39:359–66.
9. Imhof M, Ohmann C, Roher HD, Glutig H. Endoscopic versus operative treatment in high-risk ulcer bleeding patients – results of a randomised study. *Langenbecks Arch Surg* 2003; 387:327–36.
10. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2005; 129:855–62. [Erratum, *Gastroenterology* 2006; 131:980–1].
11. Kim SK, Duddalwar V. Failed endoscopic therapy and the interventional radiologist: non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Tech Gastrointest Endosc* 2005; 7:148–55.
12. Laine L. Systematic review of endoscopic therapy for ulcers with clots: can a meta-analysis be misleading? *Gastroenterology* 2005; 129:2127–8.
13. Lanas A, Hunt R. Prevention of antiinflammatory drug-induced gastrointestinal damage: benefits and risks of therapeutic strategies. *Ann Med* 2006; 38:415–28.
14. Lau JY, Chung SC, Leung JW, Lo KK, Yung MY, Li AK. The evolution of stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcers: a sequential endoscopic study. *Endoscopy* 1998; 30:513–8.
15. Lau JYW, Sung JJY, Lam Y, et al. Endoscopic re-treatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med* 1999; 340:751–6.
16. Ljungdahl M, Eriksson LG, Nyman R, Gustavsson S. Arterial embolisation in management of massive bleeding from gastric and duodenal ulcers. *Eur J Surg* 2002; 168:384–90.
17. Marmo R, Rotondano G, Bianco MA, Piscopo R, Prisco A, Cipolletta L. Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: is a second look necessary? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:62–7.
18. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco MA, D'Angella R, Cipolletta L. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:279–89, 469.
19. Millat B, Hay JM, Valleur P, Fingerhut A, Fagniez PL. Emergency surgical treatment for bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomized trial. *World J Surg* 1993; 17:568–73.
20. Paimela H, Oksala NK, Kivilaakso E. Surgery for peptic ulcer today: a study on the incidence, methods and mortality in surgery for peptic ulcer in Finland between 1987 and 1999. *Dig Surg* 2004; 21:185–91.
21. Park WG, Yeh RW, Triadafilopoulos G. Injection therapies for nonvariceal bleeding disorders of the GI tract. *Gastrointest Endosc*. 2007; 66:343–54.
22. Poxon VA, Keighley MR, Dykes PW, Heppinstall K, Jaderberg M. Comparison of minimal and conventional surgery in patients with bleeding peptic ulcer: a multicentre trial. *Br J Surg* 1991; 78:1344–5.
23. Ripoll C, Banares R, Beceiro I, et al. Comparison of transcatheter arterial embolization and surgery for treatment of bleeding peptic ulcer after endoscopic treatment failure. *J Vasc Interv Radiol* 2004; 15:447–50.
24. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med* 2001; 161:1393–404.
25. Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med* 2002; 347:1175–86.
26. Sung JJ, Chan FK, Lau JY, et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with nonbleeding visible vessels or adherent clots: a randomized comparison. *Ann Intern Med* 2003; 139:237–43.
27. Sung JJ, Tsoi KK, Lai LH, Wu JC, Lau JY. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Gut* 2007; 56:1364–73.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ОЙЫҚ ЖАРАСЫНЫҢ ҚАНТ КЕТУІНІҢ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Б.А. Галиев

Зыряновск аудандық ауруханасы

Мақалада жедел ойық жарасының қант кетуінің эндоскопиялық және хирургиялық емдеу тұралы арналған, әдістер айырмашылықтар емдеу тұралы жарық түсіру, практикалық зерттеу.

Негізгі сөздер: емдеу, жедел, қант кету.

Summary

ENDOSCOPIC AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ULCER BLEEDING

B.A. Galiyev

Central Regional Hospital, Zyryanovsk

Is devoted to endoscopic and surgical treatment of acute ulcer bleeding, highlighted the various methods of treatment, generalized experience.

Key words: treatment, acute, ulcer, bleeding.