

## ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +7-918-497-06-07. E-mail: Avakimyansv@mail.ru*

Проведён анализ 127 больных язвенной болезнью с одновременным сочетанием нескольких осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз, пенетрация). Предложен способ оценки определения кровопотери. Проведён корреляционный анализ предлагаемого способа с определением ОЦК с использованием синего Эванса. Коэффициент корреляции – 0,87. Высокая степень корреляции между изучаемыми признаками и ОЦК, определяемым способом Эванса, позволяет рекомендовать предлагаемую методику для широкого применения в практику. Важно то, что предлагаемые признаки для определения степени тяжести кровотечения информативны, не требуют специального оборудования, легко выполнимы в любое время суток неоднократно. Обоснована тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни.

*Ключевые слова:* язвенная болезнь, осложнения, тактика хирурга.

V.A. AVAKIMYAN, G.K. KARIPIDI,  
S.V. AVAKIMYAN, M.T. DIDIGOV, E.S. BABENKO

SURGEON'S TACTICS AT COMBINED  
THE COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCER DISEASE

*Department of hospital surgery of the Kuban state medical university,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. +7-918-497-06-07. E-mail: Avakimyansv@mail.ru*

The analysis of 127 patients with peptic ulcer disease and simultaneous combination of several complications (bleeding, perforation, stenosis, penetration). A method for determining the assessment of blood loss. The correlation analysis of the proposed method with the definition of VCB with Evans Blue. The correlation coefficient – 0,87. The high degree of correlation between the studied traits and bcc, Evans determined by the way we can recommend the proposed methodology for broad application in practice. It is important that the proposed signs to determine the severity of bleeding informative, do not require special equipment, it is easy to carry out at any time of the day repeatedly. Substantiates the surgeon during the tactics combined complications peptic ulcer.

*Key words:* Peptic ulcer, complications, a surgeon's tactics.

### Введение

Сочетание нескольких осложнений язвенной болезни представляет собой сложную и далёкую от своего разрешения диагностическую и хирургическую проблему. Принято считать, что сочетание urgentных осложнений является достаточно редким. На самом деле оно встречается довольно часто и, согласно данным авторов, достигает 8–10 % [3, 9, 10].

Весьма актуальными остаются диагностика и выбор хирургической тактики осложнённых кровотечением и перфорацией пептических язв гастроэнтероанастомоза [2, 7, 9]. Несмотря на современные достижения в диагностике, хирургической технике, анестезиологии, клинической фармакологии, летальность при сочетанных, особенно urgentных,

осложнениях остаётся на высоком уровне, достигая 15 и более процентов [4, 5, 7, 10], и не имеет существенной тенденции к снижению.

### Материал и методы исследования

В клиническую разработку включено 127 больных с различным сочетанием, в том числе и urgentных, осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии с 2005 по 2015 год.

Для решения вопросов диагностики и хирургической тактики нами были применены следующие методы исследования: анамнестические, объективные клинические, лабораторные и специальные аппаратные.

## Результаты исследования и их обсуждение

Наш опыт основан на хирургическом лечении 127 больных в возрасте от 21 года до 87 лет. Средний возраст больных составил  $45,7 \pm 1,4$  года. Время поступления в стационар колебалось от 3 часов до 5 суток. Наиболее рано (в первые сутки от начала заболевания) поступали больные, у которых на первый план в клинической картине заболевания выходили признаки острого перитонита. Больные с другими осложнениями язвенной болезни, в том числе кровотечением, поступали в более поздние сроки.

Общее число наблюдений, характер осложнений язвенной болезни и различные их сочетания представлены в таблице 1.

В таблице 1 обращает на себя внимание тот факт, что у 39,4 % больных с язвенным стенозом привратника имели место и ряд других осложнений, в частности, пенетрация язвы и кровотечение из неё.

С нашей точки зрения, это связано с тем, что при стенозе имеется различной степени выражен-

ния стеноза мы придерживались классификации М.И. Кузина (1985), который различал воспалительные, рубцово-язвенные и рубцовые стенозы. Такая классификация стеноза позволяет чётко ориентироваться в выборе тактики лечения больных.

Так, при язвенном стенозе показано консервативное лечение. После ликвидации параязвенного отёка нормализуется перистальтика и, нередко, заживает язва. При рубцово-язвенном стенозе после ликвидации отёка, если выявляется суб- и декомпенсированный стеноз, больному показано оперативное пособие. При рубцовом суб- и декомпенсированном стенозе после кратковременной предоперационной подготовки больному показано оперативное лечение.

В той же таблице 1 обращает на себя внимание значительное число пептических язв желудочно-кишечного соустья – 21,2 % вместо 1–2 %, когда методом выбора лечения язвенной болезни была резекция 2/3 желудка.

Объяснение этому нужно искать в чрезмерном

Таблица 1

### Редкие сочетанные осложнения язвенной болезни

Осложнения язвенной болезни	Число больных	%
Перфорация язвы в сочетании с кровотечением в просвет ЖКТ	10	7,8
Перфорация язвы в сочетании с кровотечением в свободную брюшную полость	3	2,4
Перфорация одной язвы в сочетании с кровотечением из другой язвы	7	5,6
Перфорация язвы в сочетании с кровотечением в просвет ЖКТ и в свободную брюшную полость	4	3,2
<b>Сочетание трёх и более осложнений ЯБ</b>		
Язва, осложнённая стенозом, пенетрацией и кровотечением в просвет ЖКТ	50	39,4
Перфорация язвы в сочетании со стенозом, пенетрацией и кровотечением	11	8,6
Обоснованное подозрение на перерождение язвы в рак в сочетании с пенетрацией язвы и кровотечением из неё	15	11,8
Пептические язвы желудочно-кишечного соустья, осложнённые кровотечением	16	12,6
Пептические язвы желудочно-кишечного соустья, осложнённые перфорацией	11	8,6
<b>ВСЕГО</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

ности гастростаз, а известно, что растяжение антрального отдела желудка ведёт к гиперпродукции гастрина и, как следствие этого, к гиперпродукции свободной соляной кислоты. Последняя и поддерживает непрерывное течение язвенной болезни, способствуя развитию пенетрации язвы и кровотечению из неё.

Как показали ранее проведённые нами исследования [1], гиперпродукция соляной кислоты наблюдается во всех стадиях развития стеноза, вплоть до развития выраженного атрофического гастрита, при котором отмечается снижение продукции свободной соляной кислоты.

Стоит отметить, что при выборе метода лече-

увлечении хеликобактерной теорией патогенеза язвенной болезни. Хирурги почти отказались от классической резекции желудка в плановом порядке в пользу паллиативных операций при возникновении urgentных осложнений язвенной болезни.

Терапевты долго и упорно лечат консервативно язвенных больных, что привело к увеличению urgentных осложнений в 2,5 раза с ростом летальности после неотложных операций в три раза [3, 5]. Отказ от радикальных оперативных вмешательств при осложнённой язве привёл к тому, что многие хирурги в настоящее время не владеют в достаточной мере техникой выполнения классической резекции желудка.

Увлечение паллиативными оперативными вмешательствами привело к многократному росту неудовлетворительных результатов хирургического лечения язвенной болезни (незажившие, рецидивные язвы и возникновение пептических язв желудочно-кишечного соустья). Все 127 больных были оперированы в неотложном или срочном порядке. В неотложном порядке были оперированы все больные с прободением язвы независимо от других осложнений язвенной болезни.

исходами, что составило 16,2 %. Среди 90 больных, перенесших органосберегающие или органосажающие операции, умерло 13 человек, или 4,4 %. Все 127 больных были оперированы. Общая послеоперационная летальность составила 14,9 %.

На выбор метода и объёма операции у этого тяжёлого контингента больных влияли многие факторы, такие как общее состояние больного, возраст и тяжесть сопутствующих заболеваний, выраженность электролитных нарушений, степень

Таблица 2

### Характер осложнений язвенной болезни, объём оперативного вмешательства и их исходы

Характер осложнения язвенной болезни	Характер оперативного вмешательства	Число больных	Умерло
Перфорация язвы и кровотечение из неё в просвет ЖКТ	Дуоденопластика	8	1
	Пилоропластика	5	1
	Резекция 2/3 желудка	2	1
Перфорация и кровотечение в брюшную полость	Дуоденопластика	2	1
	Резекция 2/3 желудка	1	1
Перфорация одной язвы и кровотечение в ЖКТ из другой язвы	Резекция 2/3 желудка	4	1
	Сегментарная дуоденопластика	2	1
	Дуоденопластика + прошивание кровоточащей язвы	1	1
Перфорация + кровотечение в брюшную полость и в ЖКТ	Пилоропластика	1	1
	Дуоденопластика	2	1
	Резекция 2/3 желудка	1	1
Пенетрация + стеноз + кровотечение в ЖКТ	Пилоропластика + Ст. В.	7	1
	Пилоропластика	10	1
	Резекция 2/3 желудка	11	2
	Прошивание сосуда + ГЭА	4	2
Перфорация + стеноз + пенетрация + кровотечение	Дуоденопластика	18	2
	Резекция 2/3 желудка	5	1
	Зашивание язвы + ГЭА	2	1
Обоснованное подозрение на перерождение язвы в рак + пенетрация + кровотечение	Дуоденопластика	4	1
	Резекция желудка различного объёма	10	1
Перфорация пептической язвы желудочно-кишечного соустья	Клиновидное иссечение язвы	5	1
	Резекция желудка	1	
Кровотечение из пептической язвы желудочно-кишечного соустья	Иссечение язвы	3	
	Зашивание перфоративного отверстия язвы	7	1
	Резекция желудка	2	
Кровотечение из пептической язвы желудочно-кишечного соустья	Иссечение язвы	9	1
	Прошивание кровоточащего сосуда в язве	5	1
	<b>ВСЕГО</b>		<b>127</b>

Характер оперативных вмешательств и их исходы у всех 127 больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, резекция 2/3 желудка была выполнена у 37 больных с 6-ю летальными

распространённости перитонита и его тяжесть, степень тяжести кровопотери. Все эти факторы зачастую заставляют хирурга прибегать к паллиативным операциям.

Определение степени тяжести кровопотери приведено в таблице 3.

Таблица 3

### Определение степени тяжести кровотечения

Исследуемые показатели	Степень тяжести кровотечения		
	лёгкая	средняя	тяжёлая
Частота пульса в 1 мин.	менее 100	от 100 до 120	более 120

Исследуемые показатели	Степень тяжести кровотечения		
	лёгкая	средняя	тяжёлая
АД (макс) в мм рт. ст.	более 100	от 100 до 80	менее 80
Индекс шока (пульс/АД)	до 1,0	от 1,0 до 1,5	более 1,5
Эритроциты в Т/л	более 3,5	от 3,5 до 2,5	менее 2,5
Гемоглобин, г/л	более 100	от 100 до 70	менее 70
Гематокрит	более 35	от 35 до 25	менее 25
Диурез, мл/час	более 40	от 40 до 20	менее 20
ЦВД в мм вод. ст.	более 40	от 40 до 20	менее 20
Дефицит ОЦК в %	менее 20	от 20 до 30	более 30

Обоснованием к практическому применению предлагаемой таблицы послужило то, что тесты, которые положены в основу таблицы 3, могут быть выполнены в любом хирургическом отделении и в

Оценку состояния гемостаза в язве, что, по сути дела, определяло тактику лечения больного, проводили согласно таблице 4.

Оценка состояния гемостаза в зоне язвенного дефекта и выбор метода хирургического лечения

Таблица 4

### Тактика хирурга при кровотечении из язвы в зависимости от состояния эндоскопического гемостаза в язве

Группы больных	Состояние гемостаза в язве по данным ФГДС	Выбор тактики лечения и сроков оперативного вмешательства
1-я группа	Язвенный дефект, покрытый фибрином или детритом	Консервативно лечение. Операция выполняется при наличии показаний в отсроченном или «плановом» порядке
2-я группа	Язвенная ниша выполнена красным тромбом. Сгустки крови в желудке или двенадцатиперстной кишке	Показана срочная операция через 3–4 часа после стабилизации гемодинамики
3-я группа	Капиллярное кровотечение из краёв язвы или подтекание крови из-под тромба	Показан эндоскопический гемостаз. При продолжающемся кровотечении, подтверждённом ФГДС, показано оперативное вмешательство в неотложном порядке
4-я группа	Артериальное кровотечение или, подтверждённая ФГДС, повторная атака кровотечения	Показано неотложное оперативное вмешательство

любое время суток. Все эти показатели весьма динамичны и позволяют следить за течением патологического процесса практически постоянно.

Показания к гемотрансфузии ставили в тех случаях, когда дефицит ОЦК колебался в пределах 20–30 %.

Такое отслеживание состояния кровотечения позволяет своевременно менять врачебную тактику. При стабилизации показателей продолжали консервативное лечение и прибегали, при соответствующих показаниях, к оперативному вмешательству в отсроченном порядке. При продолжающемся снижении изучаемых показателей прибегали к оперативному пособию.

Мы провели корреляционный анализ ОЦК, определяемый с использованием синего Эванса с дефицитом ОЦК по предлагаемой таблице. Выявлена тесная корреляционная связь между разбираемыми признаками. Коэффициент корреляции составил 0,87, т.е. выявлена высокая степень корреляции.

базировались на выше приводимых критериях, которые представлены в таблице 4.

Выбор тактики лечения и сроков оперативного вмешательства в зависимости от эндоскопической оценки и состояния гемостаза в язве (см табл.4).

Таким образом, на выбор метода хирургического лечения язвенной болезни с одновременным сочетанием нескольких осложнений, прежде всего, влияет общее состояние больного, обусловленное тяжестью кровотечения, распространённостью перитонита и стадией развития стеноза гастродуоденального перехода. В тех случаях, когда хирург сталкивается со стенозом, мы рекомендуем при выборе объёма операции руководствоваться классификацией стеноза, предлагаемой нами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В.А., Багдасарьян А.С. Патогенез и лечение язвенной болезни // Монография. – Краснодар. – 2004. – 254 с.
2. Вачев А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В. Выбор объёма операции при сочетании перфорации язвы двенадцати-

перстной кишки с другим осложнением язвенной болезни // Хирургия. – 2013. – № 11. – С. 29–31.

3. *Вербицкий В.Г., Багненко С.В., Курыгин А.А.* Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение) // Монография. – СПб.: Политехника. – 2004. – 242 с.

4. *Горбашко А.И.* Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Вестник хирургии. – 1980. – Т. 126. – № 12. – С. 28–34.

5. *Гринберг А.А., Ермолов А.С., Муселиус С.Г.* Неотложная абдоминальная хирургия (справочное пособие для врачей) // Под редакцией А.А. Гринберга. – М.: Триада. – 2010. – 496 с.

6. *Дурлештер, В.М., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К.* Способ дуоденопластики при хронической язве луковицы двенадцатиперстной кишки, осложнённой декомпенсированным стенозом

и пенетрацией в интрапанкреатическую часть общего желче-выносящего протока // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 4 (133). – С. 45–48.

7. *Жанталинова Н.А.* Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и ДПК // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 30–32.

8. *Курыгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф., Курыгин Ал.А.* Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. – СПб.: Политехника. – 2004. – 168 с.

9. *Лобанков В. М.* Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.

10. *Мидленко В.И. Барбашин С.И., Смольнина А.В., Герасимов Н.А.* Оптимизация лечения осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующей патологией гастропанкреатодуоденальной зоны // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9 (1). – С. 89–93.

Поступила 01.09.2016

**С.К. БОГУС<sup>1</sup>, А.В. ЗЕЛЕНСКАЯ<sup>1</sup>, К.Ф. СУЗДАЛЕВ<sup>2</sup>,  
П.А. ГАЛЕНКО-ЯРОШЕВСКИЙ<sup>1</sup>**

## ИССЛЕДОВАНИЕ ANTIANGINALНЫХ СВОЙСТВ СОЕДИНЕНИЯ SS-68 И ВЫЯСНЕНИЕ РОЛИ АТФ-ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ K<sup>+</sup>-КАНАЛОВ В ИХ РЕАЛИЗАЦИИ НА ИЗОЛИРОВАННОМ СЕРДЦЕ

<sup>1</sup>Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8 (861) 261-34-99. E-mail: Sayda\_777@mail.ru

<sup>2</sup>Кафедра химии природных и высокомолекулярных соединений  
химического факультета Южного федерального университета,  
Россия, 344090, г. Ростов-на-Дону, ул. Зорге, 7. Тел. 8-918-856-71-00. E-mail:konsuz@gmail.com

Показано, что производное индола SS-68 ( $10^{-6}$  и  $10^{-5}$  М) в экспериментах на изолированном сердце крыс проявляет выраженную антиангинальную, а также антиаритмическую активность, при этом оно не оказывает существенного влияния на сократительную функцию миокарда при нормальном уровне перфузии.

Снижение сопротивления коронарных сосудов под влиянием SS-68 в значительной степени подавляется бло-катором АТФ-чувствительных K<sup>+</sup>-каналов (I<sub>КАТФ</sub>) глйбенкламидом.

Полученные данные позволяют предполагать наличие у SS-68 свойств открывателя I<sub>КАТФ</sub>.

**Ключевые слова:** соединение SS-68, изолированное сердце, антиангинальное действие, I<sub>КАТФ</sub>.

**S.K. BOGUS<sup>1</sup>, A.V. ZELENSKAYA<sup>1</sup>, K.F. SUZDALEV<sup>2</sup>,  
P.A. GALENKO-YAROSHEVSKY<sup>1</sup>**

RESEARCHING ANTIANGINAL PROPERTIES OF THE SS-68 COMPOUND AND FOUNDING OUT THE  
ROLE OF ATP-SENSITIVE K<sup>+</sup>-DUCTS IN ITS REALIZATION ON ISOLATED HEART

<sup>1</sup>Chair of Pharmacology of the SBEI HPE «Kuban State  
Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. (8612) 262-34-99. E-mail: Sayda\_777@mail.ru

<sup>2</sup>Chair of Chemistry of Natural and Macromolecular Compounds  
of the faculty of Chemistry of the South Federal University,  
Russia, 344099, Rostov-on-Don, Zorge str., 7. Tel. 8-918-856-71-00. E-mail:konsuz@gmail.com

It was presented that the indole SS-68 derivative ( $10^{-6}$  and  $10^{-5}$  M) revealed the manifested antianginal action as well as the antiarrhythmic one in experiments on rats' isolated heart, at the same time it had no considerable influence on the contractile myocardium function by the normal perfusion level.