

Г.А. Соломонова

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЦИДИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ПЕНЕТРАЦИЕЙ

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Минск

Проведен анализ хирургического лечения язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной рецидивным кровотечением и пенетрацией у 22 пациентов. Предложен метод иссечения, экстрадуоденизации язвы, поперечной дуоденопластики, который сопровождается хорошими непосредственными результатами, может быть рекомендован для широкого практического применения.

Ключевые слова: язва двенадцатиперстной кишки, рецидивное кровотечение, пенетрация, иссечение, экстрадуоденизация язвы, поперечная дуоденопластика.

G.A. Solomonova

SUBSTANTIATION REPORT OF THE COMPLICATED WITH BLEEDING RECURRENCE AND PENETRATION DUODENAL ULCER SURGICAL TREATMENT METHOD

There were analyzed the results of 22 patients' treatment with chronic duodenal ulcer, complicated with bleeding recurrence and penetration. All the patients have undergone duodenal resection, exteriorizing of the ulcer base from duodenal lumen, diametrical duodenoplasty according to the method, offered by the author. The suggested method of duodenal resection, exteriorizing of the ulcer base from duodenal lumen, diametrical duodenoplasty, has shown good near-term results, can be recommended for wide practical application.

Key words: duodenal ulcer, bleeding recurrence, penetration, duodenal resection, exteriorizing of the ulcer base from duodenal lumen, diametrical duodenoplasty.

Проблема лечения дуоденальных язвенных кровотечений в настоящее время является актуальной в неотложной хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в лечении данной категории больных, общая летальность при язвенных кровотечениях составляет 13-15%, послеоперационная 14-25% [6, 15]. Широко применение методов эндоскопического гемостаза, эффективной противоязвенной, антисекреторной терапии, внедрение эмболизации кровоточащих сосудов, привело к уменьшению количества операций, выполняемых при данной патологии [16]. Вместе с тем, 10-12% пациентов с язвенным кровотечением нуждаются в оперативном лечении как окончательном методе остановки кровотечения [4, 5].

Современные методы лечения позволяют добиться первичного гемостаза у 90-95% пациентов [5, 11, 12]. Но в 10-35% наблюдений наступает рецидив кровотечения [5, 11]. Оперативные вмешательства при рецидивах кровотечения сопровождается высокой летальностью, достигающей 35-75% [1, 2, 13]. Вопрос о выборе метода хирургического пособия при рецидиве кровотечения остается дискуссионным [10, 14, 7, 8].

Цель исследования. Изучить эффективность иссечения и экстрадуоденизации язвы (ЭД), поперечной дуоденопластики (ПД) в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ) и без неё при язве ДПК, осложненной рецидивным кровотечением и пенетрацией.

Под нашим наблюдением находилось 22 пациента, лечившихся в Минской городской клинической больнице скорой медицинской помощи, 10 городской клинической больнице г. Минска с 2000 по 2010 годы. Из них 17 мужчин (77,3%) и 5 женщин (22,7%) (таблица 1). Соотношение мужчин и женщин составило 3,4:1. Количественные данные возраста больных соответствовали закону нормального распределения (Shapiro-Wilk-критерий $W=0,93$, $p=0,1$). Средний возраст пациентов составил $41,8 \pm 12,1$ лет (95% ДИ: 36,4-47,1, min 21, max 71).

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст (в годах)	Всего		Пол			
	абс.	%	женщины		мужчины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	2	9,1	-	-	2	11,7
30-39	7	31,8	1	20	6	35,3
40-49	10	45,5	2	40	8	47,1
60-69	2	9,1	1	20	1	5,9
70-79	1	4,5	1	20	-	-
Итого	22	100	5	100	17	100

У всех пациентов причиной кровотечения явилась хроническая язва ДПК, пенетрирующая в соседние органы и ткани.

Пациенты поступили в клинику от момента начала кровотечения в среднем через 61,7 часа (медиана - 38,0, 25%-75% квартили - 25-51, min 5,5 max 420). До 6 часов от момента начала кровотечения госпитализировано 1 больной (4,6%), от 6 до 24 часов - 2 (9,1%), от 24,1 до 72 часов - 16 (72,7%), свыше 72 - 3 (13,6%).

Язвенный анамнез отсутствовал у 7 пациентов (31,8%). У остальных в среднем он был 7,1 года (медиана - 5,0, 25%-75% квартили - 2-10, min 0,25, max 25): до 1 года - у 1 (6,7%), от 1,0 до 10 лет - у 9 (60%), от 10,0 до 20 лет - у 4 (26,6%), свыше 20 лет - у 1 (6,7%). Трое из них оперированы ранее: одному выполнено ушивание, второму - иссечение прободной язвы, третьему - иссечение кровоточащей язвы. Кровотечение возникло впервые у 15 пациентов (68,2%), повторным было у 4 больных (18,2%), третьим - у 3 (13,6%).

Показатели гемодинамики при поступлении: артериальное давление (АД) систолическое - $115,7 \pm 15,3$ мм. рт. столба (95% ДИ: 108,9-122,5, min 80, max 140), диастолическое - 70,9 мм. рт. столба (медиана - 70,0, 25%-75% квартили - 70-80, min 20, max 100). Пульс в среднем был 96,5 удара в минуту (медиана - 91,0, 25%-75% квартили

В помощь практикующему врачу

– 88-100, min 82, max 132).

Кровопотеря легкой степени (до 15%) имела у 4 больных (18,2%), средней степени – у 3 (13,6%), тяжелой (свыше 25%) – у 15 (68,2%). Объем кровопотери составил в среднем 36,8±19,2% (95% ДИ: 28,8-45,3, min 6, max 71), в абсолютных числах - 1856,1±970,3 мл (95% ДИ: 1425,9-2286,4, min 364, max 3479).

Количество эритроцитов было снижено у 17 пациента (77,3%), в среднем – 3,5±0,8·10¹² (95% ДИ: 2,7-3,4, min 1,8, max 4,4). Показатели гемоглобина ниже нормы у 16 больных (72,7%), в среднем составили 97,1±33,5 г/л (95% ДИ: 82,3-112,5, min 33, max 158). Величина гематокрита средняя 0,28±0,08% (95% ДИ: 0,24-0,32, min 0,13, max 0,42).

Применение ранговой корреляции по Spearman показало наличие зависимости уровня эритроцитов и гемоглобина от сроков поступления пациентов в стационар (обратная корреляция, сила коррелятивной связи слабая: - 0,24, p=0,26 и - 0,23, p=0,29).

Воспалительные изменения в крови отмечены у 10 пациентов (45,5%), количество лейкоцитов в среднем – 9,1±2,9·10⁹ (95% ДИ: 7,9-10,4, min 4,4, max 15,0). Палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево имелся у 12 (54,5%), в среднем 5,5±2,9% (95% ДИ: 4,2-6,9, min 1, max 12).

Уровень тромбоцитов снижен у 3 пациентов (13,6%), средняя их величина 200,6·10⁹ (медиана – 193,0, 25%-75% квартили – 153,0-225,0, min 73,0, max 517,0).

Гипопротеинемия, как следствие кровопотери, наблюдалась у 15 пациентов (68,2%). Показатели белка в среднем 59,7 г/л (медиана – 56,6, 25%-75% квартили – 53,8-67,0, min 44,6, max 79,0). Применение ранговой корреляции по Spearman показало наличие обратной зависимости уровня белка от сроков поступления больных в стационар (сила коррелятивной связи слабая: - 0,03, p=0,86) и объема кровопотери (корреляция слабая: 0,23, p=0,29).

Мочевина была повышена у 16 пациентов (72,7%). Средний уровень мочевины – 11,4±4,9 ммоль/л (95% ДИ: 9,2-13,6, min 3,8, max 26,6). Уровень α-амилазы увеличен лишь у 3 пациентов (13,6%), в среднем составил 50,8 у/е (медиана – 43,5, 25%-75% квартили – 25,0-68,0, min 14,0, max 155,0). Билирубин повышен у двоих пациентов, средние цифры его 12,5 ммоль/л (медиана – 11,5, 25%-75% квартили – 8,0-14,0, min 2,9, max 31,7).

По данным ЭКГ синусовая тахикардия наблюдалась у 17 пациентов (72,3%). Признаки ишемии миокарда передней или задней стенок левого желудочка имелись у 3 (13,6%).

При поступлении в стационар эзофагогастроуденоскопия (ЭГД-скопия) проведена всем пациентам. Продолжающееся кровотечение было у 6 (27,3%), состоявшееся – у 16 больных (72,7%). Эндоскопический гемостаз раствором 70% спирта с 1,0 мл адреналина выполнен 19 пациентам (86,4%).

После госпитализации проводилась гемостатическая, противоязвенная терапия, восполнялся объём циркулирующей крови. До операции перелито свежезамороженной плазмы (СЗП) - 440,0 мл (медиана – 260,0, 25%-75% квартили – 220-600 min 200, max 1200); эритроцитарной массы (эр. массы) - 948,8 мл (медиана – 810, 25%-75% квартили – 610-859, min 500, max 2342) (таблица 2).

Таблица 2. Объем плазмо- и гемотрансфузии пациентам с язвенным дуоденальным кровотечением

Время переливания	Объем перелитой плазмы (мл)				Объем перелитой эритроцитарной массы (мл)			
	n	Me	min-max	25-75 проценти	n	Me	min-max	25-75 проценти
До операции	12	440,0	200,0-1200,0	220,0-600,0	13	948,8	500,0-2342,0	610,0-859,0
Во время операции	18	382,8	160,0-1200,0	240,0-480,0	19	747,9	233,0-1658,0	560,0-866,0
После операции	11	392,7	220,0-1010,0	240,0-490,0	8	650,1	450,0-1070,0	484,0-810,0
Всего	21	785,2	200,0-2400,0	500,0-990,0	20	1587,0	233,0-3761,0	964,0-2157,0

Повторная ЭГД - скопия выполнена всем пациентам. Рецидив кровотечения констатирован при этом у 10 больных (45,5%). Признаки состоявшегося кровотечения были у 9 пациентов (40,9%). Язва ДПК, покрытая фибрином, определялась у троих (13,6%). 19 больным (86,4%) был выполнен повторный эндоскопический гемостаз. По показаниям третья ЭГД - скопия проведена 7 пациентам (31,8%). Соответственно, ЭГД - скопия 2 раза выполнена 10 больным, 3 - 7, 4 - 3 и 5 раз – 2 пациентам, в среднем 2,7 раза (медиана – 3,0, 25%-75% квартили – 2-3, min 2, max 5).

Показатели гемодинамики перед операцией: частота сердечных сокращений (ЧСС) – 101,7 ударов в минуту (медиана – 98,0, 25%-75% квартили – 88-120, min 65, max 150). АД систолическое - 118,2 мм. рт. ст. (медиана – 120, 25%-75% квартили – 110-130, min 70, max 150), АД диастолическое - 73,8 мм. рт. ст. (медиана – 80, 25%-75% квартили – 70-80, min 40, max 90).

Снижение уровня гемоглобина наблюдалось у всех больных (100%), в среднем его величина 90,8±18,8 г/л (95% ДИ: 82,3-99,0, min 56, max 121). Количество эритроцитов ниже нормы было у 21 пациента (95,5%), средние показатели 2,9±0,6·10¹² (95% ДИ: 2,6-3,2, min 1,8, max 4,0). Средняя величина гематокрита - 0,26±0,06% (95% ДИ: 0,24-0,29, min 0,15, max 0,37).

Результатом кровопотери явилось изменение свертывающей системы крови. Количество тромбоцитов было снижено у 3 из 11 пациентов (27,3%), средняя величина 258,9±115,0·10⁹ (95% ДИ: 191,6-336,2, min 95, max 456). Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) удлинено у 4 из 20 обследованных (20%), в среднем 28,9±6,3 секунды (95% ДИ: 25,9-31,8, min 18,4, max 69,5).

Все пациенты (22) были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Оценку анестезиологического риска при поступлении больных в стационар проводили при помощи шкалы ASA [14].

У 6 (27,3%) пациентов был установлен ASA Class II (пациенты были с контролируемыми сопутствующими заболеваниями без системных эффектов). У 12 (54,5%) – ASA Class III (они имели сопутствующие заболевания с выраженными системными нарушениями, периодически приводящими к значительной функциональной недостаточности). У 4 (18,2%) – ASA Class IV (пациенты с плохо контролируемым физическим состоянием, что связано со значительной дисфункцией и потенциальной угрозой для жизни).

Операционный доступ – верхнесрединная лапаротомия. При ревизии у всех больных во время операции обнаружена кровь в тонком и толстом кишечнике. Кроме того, кровь в желудке была у 3 (13,6%). В области верхне-

горизонтальной ветви ДПК у всех больных определялась рубцовая деформация и воспалительный инфильтрат.

Язвенный процесс располагался на расстоянии от 1,0 до 2,0 см от пилоруса у 10 пациентов (45,5%), от 2,0 до 3,0 см – у 9 (40,9%), свыше 3,0 см – у 3 (13,6%). В среднем – 1,9 см (медиана – 2,0, 25%-75% квартили – 1,5-2,0 min 1,0, max 4,0).

Наиболее часто язва локализовалась на задней стенке – у (22,7%), верхней+задней – у 5 (22,7%), передней+верхней+задней стенках – у 5 пациентов (22,7%) (таблица 3).

Таблица 3. Локализация язвы ДПК во время операции

Стенка ДПК	Количество пациентов	
	абсолютное	%
Задняя	5	22,7
Верхняя+задняя	5	22,7
Передняя+верхняя+задняя	5	22,7
Передняя+верхняя+задняя+нижняя	1	4,5
Двойная локализация	3	13,7
Множественная локализация (3)	3	13,7
Всего	22	100

Размеры язвенного кратера варьировали от 0,5 см до 4,0 см в диаметре, в среднем 1,4 (медиана – 1,0, 25%-75% квартили – 0,8-1,5 min 0,5, max 4,0) (таблица 4). При двойной локализации язвы величина второй язвы была – 0,7 см (медиана – 0,6, 25%-75% квартили – 0,5-0,8 min 0,5, max 1,0). При множественной локализации язв диаметр третьей язвы у всех пациентов составил 0,5 см.

Таблица 4. Размеры язвы ДПК во время операции

Размеры язвы (см)	Количество пациентов	
	абсолютное	%
< 1,0	5	22,7
1,0 – 1,9	13	59,1
2,0-2,9	3	13,6
> 2,9	1	4,6
Всего	22	100

Тромбированный сосуд в дне язвы определялся у 16 больных (72,8%). Дно язвы было заполнено алой кровью у 4 (18,2%), сгустком – у 1 (4,5%), фибрином с солянокислым гематином – у 1 (4,7%) пациента.

Субкомпенсированный дуоденальный стеноз имелся у 5 пациентов (22,7%).

Пенетрация язвы имела место у всех пациентов. В поджелудочную железу она пенетрировала у 11 (50%), гепатодуоденальную связку – у 5 (22,7%), поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку – у 5 (22,7%), малый сальник – у 1 (4,6%) пациента.

При пенетрирующих язвах верхней (латеральной), задней, нижней (медиальной) стенок ДПК нами предложена следующая методика [7, 9]. Проводим минимальную мобилизацию указанных стенок верхнегоризонтальной ветви ДПК. Затем выполняем поперечную дуоденотомию. Часть язвы, находящаяся на передней стенке, иссекаем. Оставшаяся часть пенетрирующей язвы, расположенная на верхней (латеральной), задней либо нижней (медиальной) стенке ДПК выводим за ее просвет. Задняя, верхняя (латеральная), нижняя (медиальная) стенки ДПК ушиваем непрерывным однорядным швом атравматической иглой с рассасывающейся нитью над язвой через все слои со стороны просвета кишки. Переднюю стенку ушиваем отдельными серозно-мышечными швами [7, 9]. Все швы накладываем

в поперечном по отношению к кишке направлении.

При наличии кровотечения или тромбированного сосуда в дне пенетрирующей язвы, невозможности её удаления, перед выведением язвы за просвет кишки проводилось прошивание сосуда в язве.

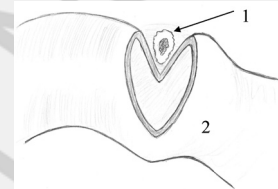
Иссечение язвы, ЭД, ПД выполнена всем пациентам. Дополнительно СПВ проведена 13 (59,1%).

Пациенты оперированы в среднем через 27,9 часа от начала кровотечения (медиана – 24,0, 25%-75% квартили – 12,7-36,0 min 5,0, max 91). Средняя длительность операции 178,9±58,3 минут (95% ДИ: 153,0-204,7, min 80,0, max 300,0).

Объем трансфузии во время операции составил в среднем 2885,6 мл (медиана – 2496,5, 25%-75% квартили – 2270-3200,0, min 1200, max 6158). СЗП перелито в среднем 382,8 мл (медиана – 285,0, 25%-75% квартили – 240-480, min 160,0, max 1200,0), эр. массы – 747,9 (медиана – 720,0, 25%-75% квартили – 560-866, min 233, max 1658,0) (таблица 2).

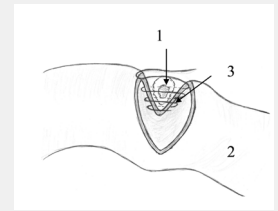
Показатели гемодинамики во время операции были следующими: ЧСС в начале операции в среднем 100,2 ударов в минуту (медиана – 100,0, 25%-75% квартили – 88-120, min 74, max 140), в конце операции – 86,0 (медиана – 80,0, 25%-75% квартили – 80-100, min 60, max 140). Вначале операции систолическое АД в среднем – 127,7 мм. рт. ст. (медиана – 125, 25%-75% квартили – 120-140, min 70, max 200), диастолическое – 76,4 (медиана – 80, 25%-75% квартили – 70-80, min 40, max 120). В конце операции средние цифры систолического АД составили 134,3мм. рт.ст. (медиана – 130, 25%-75% квартили – 120,0-150,0, min 120, max 160); диастолического – 83,7 мм. рт. ст. (медиана – 80,0, 25%-75% квартили – 80-90, min 70, max 100).

Сопутствующая патология имела у 8 пациентов (36,4%). Ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия была у 3, жировой гепатоз – у 4, ревматизм, сочетанный аортальный порок – у 1. В послеоперационном периоде пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, в среднем 1,3 суток (медиана – 1,0, 25%-



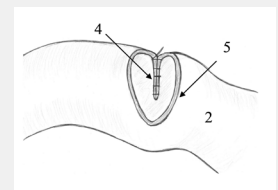
1 – язвенный кратер
2 – 12-перстная кишка

Рис. 1. Выведение язвенного кратера за просвет 12-перстной кишки после ее мобилизации



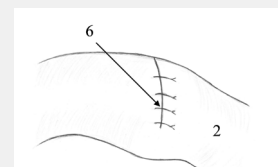
1 – кратер язвы
2 – 12-перстная кишка
3 – этап наложения непрерывного кишечного шва над язвенным кратером

Рис. 2. Наложение непрерывного кишечного шва на заднюю стенку 12-перстной кишки над язвенным кратером



2 – 12-перстная кишка
4 – ушитая задняя стенка 12-перстной кишки над язвенным кратером
5 – края дуоденотомического отверстия на передней стенке 12-перстной кишки

Рис. 3. Вид ушитой задней стенки 12-перстной кишки.



2 – 12-перстная кишка
6 – серо-серозные швы на передней стенке 12-перстной кишки

Рис.4. Завершающий этап дуоденопластики.

В помощь практикующему врачу

75% квартили – 1,0-2,0, min 0, max 3,0). Им проводилась коррекция изменений объема циркулирующей крови, противоязвенная, антибактериальная терапия. Все больные получали цефалоспорины в течение 5-10 дней, 16 пациентов – метранидозол – 3-7 дней. Дополнительно проводилось лечение аминогликозидами 14 пациентам (3-8 дней), фторхинолонами – 4 (3-7 дней). Овамид в течение 3-5 суток после операции вводился 9 больным, сандостатин – одному. Пациенты, у которых не выполнялась селективная проксимальная ваготомия, в течение 4-6 суток после операции получали Н-2 блокаторы или ингибиторы протонной помпы внутривенно. Затем больные принимали указанные препараты и антациды внутрь.

Пациентам на протяжении первых, вторых суток после операции эвакуировалось содержимое желудка, оценивалось количество его и характер.

Объем трансфузии после операции составил: СЗП – 392,7 (медиана – 270,0, 25%-75% квартили – 240-490, min 220, max 1010), эр. массы – 650,1 (медиана – 546,0, 25%-75% квартили – 484,5-810, min 450, max 1070) (таблица 2).

На 10-13 сутки после иссечения, ЭД язвы, ПД 10 пациентам (45,5%) с целью изучения моторно-эвакуаторной функции выполнена рентгеноскопия желудка с контролем эвакуации. 8 из них (80%) выполнена дополнительно СПВ. Обычных размеров и формы желудок был у 9 больных (90%), несколько увеличен у 1 (10%). Натощак небольшое количество жидкости в желудке определялось у 6 (60%), у остальных – не было. Тонус желудка нормальный у 4 обследованных (40%), у 6 после СПВ (60%), несколько снижен. Привратник округлой формы, хорошо функционирует у всех. Луковица ДПК нормальной величины и формы у 5 пациентов (50%), отечна, умеренно деформирована у 5 (50%).

Эвакуация протекала ритмично у 9 обследованных (90%). Скорость ее была несколько замедлена у 6 (19,4%). Контроль пассажа бария по кишечнику прослежен у всех больных. Через 2 часа контрастная масса в желудке отсутствовала у 5 пациентов (50%), ее следы определялись у 4 (40%). Через 8 часов в желудке контрастной массы не определялось. Нарушение эвакуации бариевой взвеси из желудка было у 1 пациентки (10%) в связи с развившимся анастомозитом. После проведенного в течение 10 дней лечения (аспирация желудочного содержимого 2 раза в день, метаклопрамид 3 раза в день, инфузионная терапия, физиотерапия) повторно выполнена рентгенологическое исследование. Отмечено восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка.

Результаты гистологического заключения получены у 18 пациентов (81,8%): хроническая язва с обострением была у 13 (72,2%), фрагменты слизистой ДПК с инфильтрацией, хроническим воспалением, сосудом – у 5 (27,8%).

При выписке отмечалась нормализация показателей красной крови. Количество эритроцитов в среднем – $3,9 \pm 0,4 \cdot 10^{12}$ (95% ДИ: 3,7-4,1, min 3,1, max 5,1). Показатели гемоглобина в среднем составили $119,5 \pm 14,1$ г/л (95% ДИ: 113,3-125,8, min 95, max 150). Величина гематокрита средняя $0,37 \pm 0,04$ (95% ДИ: 0,35-0,39, min 0,28, max 0,48).

Уменьшились воспалительные изменения. Количество лейкоцитов в среднем – $7,9 \pm 2,4 \cdot 10^9$ (95% ДИ: 6,9-9,1, min 4,7, max 13,4). Снизилось количество палочкоядерных нейтрофилов. Палочкоядерные нейтрофилы составили в среднем 3,1% (медиана – 2,5, 25%-75% квартили – 2,0-4,0, min 1, max 7).

Повысился уровень тромбоцитов, средняя их величина $327,2 \cdot 10^9$ (95% ДИ: 189,8-464,6, min 158,0, max 443,0).

Стабилизировались биохимические показатели крови. Средние показатели белка $64,9 \pm 11,0$, г/л (95% ДИ: 60,0-69,8, min 45,7, max 83,3). Нормализовался уровень мочевины, средняя ее величина $4,9 \pm 1,7$ (95% ДИ: 4,1-5,6, min 1,9, max 8,4). Количество билирубина – $12,6 \pm 4,3$ ммоль/л (95% ДИ: 10,6-14,5, min 3,9, max 18,4). Величина а-амилазы крови, в среднем $52,4$ у/е (медиана – 36,5 25%-75% квартили – 25,0-61,0, min 10, max 188).

Послеоперационный период протекал без особенностей у 21 больного (95,5%). У 1 пациента (4,5%) имел место анастомозит. Летальных исходов не было.

Средняя длительность пребывания в стационаре 15,0 дней (медиана – 14,0, 25%-75% квартили – 13-15, min 10, max 27). Койко-день после операции в среднем 13,1 (медиана – 13,0, 25%-75% квартили – 11-14, min 2, max 23).

Выводы

1. Возникновение рецидива кровотечения зависит от тяжести кровопотери, локализации, размеров язвы. У 81,8% пациентов кровопотеря была средней или тяжелой степени. У 45,4% пациентов язва локализовалась на задней либо задней и верхней (латеральной) стенках. У 77,3% больных размер язвы превышал 1 см.

2. Разработанный нами метод оперативного лечения язвы ДПК, осложненной кровотечением, сопровождается хорошими ближайшими результатами: низким процентом осложнений (4,5%), отсутствием летальности, сохранением естественного пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту, сократительной функции желудка и ДПК, быстрым восстановлением показателей общего анализа крови, биохимических тестов и свертывающей системы.

3. Показанием к иссечению, экстродуоденизации язвы, поперечной дуодено-нопластике по нашей методике является язва ДПК любой локализации, осложненная кровотечением, пенетрирующая в соседние органы и ткани, размерами от 0,5 до 4 см.

Литература

1. Гостищев, В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). – ГОЭТАР-Медицина, 2008. – 384 с.
2. Затевахин, И.И. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / И.И. Затевахин, А.А. Щеголев, Б.Е. Титков. – М.: Курсив, 2002. – 166 с.
3. Курбонов, Ф.С. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных по-жилого и старческого возраста / Ф.С. Курбонов, Х.М. Авад, Д.А. Балогланов // Анна-лы хирургии. – 2009. - № 3. – С. 37-41.
4. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Т.В. Бархударова / Хирургия. – 2009. - № 2. - С. 32-34.
5. Лебедев, Н.В., Климов А.Е. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. – М.: Би-ном, 2010. – 175 с.
6. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестн. хир. – 2007. – Т. 166, № 4. – С. 71-75.
7. Соломонова, Г.А. Выбор оптимального метода хирургического лечения кровоточащей дуоденальной язвы / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада // Медицинский журнал. – 2011. - № 1. – С. 9-15.
8. Соломонова, Г.А. Отдаленные результаты иссечения, экстродуоденизации язвы, поперечной дуоденопластики при кровоточащей дуоденальной язве / Соломонова Г.А. // Медицинский журнал. – 2012. - № 2. – С. 112-117.
9. Способ поперечной дуоденопластики при пенетрирующей язве двенадцатиперстной кишки: пат. 7976 Респ. Беларусь, МПК С1 А 61В 17/03 / Г.А. Соломонова, Н.В. Завада; заявитель Государственное учреждение образования “Белорусская медицинская академия

В помощь практикующему врачу

последипломного образования” № а 20030467; заявл. 27.05.2003; опубл. 30.04.2006 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. – 2006. – № 2. – С. 41.

10. *De Caestecker, J.* Upper Gastrointestinal Bleeding: Surgical Perspective // *Medicine from WebMD, Article Last Updated, 2006, Apr.* – Vol. 11, № 18. – P. 80-89.

11. *Embolization* as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastropointestinal hemorrhage / L. Defreyne [et al.] // *Radiology.* – 2001. – Vol. 218, №3. – P. 739-748.

12. *Hojer, A.M.* Endoscopic treatment of bleeding gastroduodenal ulcers / A.M. Hojer, A. Bak-Christensen, N.E. Bralje // *Ugeskr Laeger (Denmark).* – 2001. – V.14. – N.5. – P. 2778-82.

13. *Prospective* validation of the Rockall risk scoring system for upper GI hemorrhage in sub-groups of patients with varices and peptic ulcers // D.S. Sanders [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 97. – № 6. – P. 630-635.

14. *Targownik, L.E.* Trends in management and outcomes of acute nonvariceal upper gastropointestinal bleeding: 1993-2003 / L.E. Targownik, A. Nabalamba // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2006. – № 4. – P. 1459-1466.

15. *The Canadian* Registry on Nonvariceal Upper Gastropointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with involved outcomes in a real-life setting / A. Barkun [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – № 11. – P. 1238-1246.

16. *Treatment* of gastrointestinal hemorrhage / P. Charbonnet [et al.] // *Abdominal Imaging.* – 2005 Nov-Dec. – P. 719-726.

17. *Venbrux, A.C.* Percutaneous Endoscopy for Biliary Radiologic Interventions / A.C. Venbrux, C.D. McCormick // *Techniques in Vascular and Interventional Radiology.* – 2001. – Vol. 4, № 3. – P. 186-192.

Поступила 1.12.2012 г.