

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
имени академика М.А.ТОПЧИБАШЕВА

*На правах рукописи*

**СЕЙМУР ИСА оглы ХАЛИЛОВ**

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЭРОЗИЙ И ЯЗВ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ  
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ПОВОДУ  
КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ**

3213.01 – Хирургия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицине

БАКУ – 2013

Работа выполнена на кафедре общей хирургии Саратовского Государственного Медицинского Университета Российской Федерации и в Центральной Больнице Нефтянников Азербайджанской Республики.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук

**З.Т.ШИРИНОВ**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, профессор

**Д. Н.ГАДЖИЕВ**

**М.М.МАМЕДОВ**

**Ведущее учреждение:** Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, кафедра общей хирургии-II.

Защита диссертации состоится «\_15\_»\_04\_\_\_\_\_2013 года в «  
» часов на заседании Диссертационного Совета FD.03.061 при  
Научном Центре Хирургии им.акад. М.А.Топчибашева Министерства  
Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Адрес: AZ1122 ,г. Баку, ул. Шарифзаде 196, конференц-зал.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научного Центра Хирургии им. акад.М.А.Топчибашева.

Автореферат разослан «\_\_»\_\_\_\_\_2013 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета FD 03.061

доктор медицинских наук

**И.Л.КЯЗИМОВ**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Основные заболевания ведущие к критической ишемии нижних конечностей это — атеросклероз, тромбангиит, эндартериит и диабетическое поражение сосудов. Проблема комплексного лечения критической ишемии нижних конечностей является одной из наиболее трудоемкой в ангиологии и сосудистой хирургии. Точной информации о частоте встречаемости критической ишемии нижних конечностей нет. Однако ряд исследований, в том числе национальное исследование Vascular Society of Great Britain (2003) сообщает, что критической ишемией на фоне атеросклероза страдают от 500 до 1000 пациентов на 1 млн. населения в год. При этом у 25% пациентом потребуются ампутация нижних конечностей, а у диабетиков эти изменения возникают в среднем в 5 раз чаще.

Ближайшая послеоперационная летальность по данным А.В. Покровского (2002) при ампутациях верхней 1/3 части голени варьирует от 5 до 15%, увеличиваясь до 11-39%, если конечность ампутируется на уровне средней и верхней 1/3 части бедра. Зачастую тяжесть течения послеоперационного периода и летальные исходы связаны с ранними послеоперационными осложнениями, среди которых острые послеоперационные изъязвления слизистой оболочки желудочнокишечного тракта (ЖКТ), осложненные кровотечением, составляют по данным разных авторов 8-18%. (Чикаев В.Ф., 2003, Струсский Л.П., 2003).

Атеросклероз редко поражает лишь одну часть артериальной системы, как правило, он затрагивает систему кровообращения в целом. Вот почему 50-70% пациентов с окклюзией периферических артерий имеют также сопутствующее поражение коронарных артерий, у них же могут поражаться и вносить свой вклад в операционный риск каротидные, церебральные, почечные и висцеральные артерии. Более того, подавляющее большинство пациентов, подвергающихся сосудистым операциям, являются пожилыми людьми и страдают от гипертонией (до 60%), сахарным диабетом (9%), легочными заболеваниями (5%) и хронической почечной недостаточности (4%). Как правило, эти пациенты принимают множество медикаментов, которые могут взаимодействовать с препаратами анестезии. Одной из причин смерти больных после операций на сосудах нижних конечностей является острая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда и тромбоэмболия легочной артерии.

В 1989 г. в Берлине был составлен 1-й Согласительный документ по лечению критической ишемии нижних конечностей, который был уточнен в апреле 1991 г. и утверждён как 2-й Согласительный документ. В нём представлены все аспекты распространения, эпидемиологии, патофизиологии и тактики лечения хронической критической ишемии нижних конечностей.

В Российской Федерации ежегодно производят 200 ампутаций нижних конечностей по поводу атеросклеротической ишемии и 3900 ампутаций в связи с диабетической ишемией на 1 миллион населения (Козлов В.А., 2003). Высокая частота инвалидизации населения привела к необходимости поиска нового направления для улучшения результатов хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей.

Проблема острых язв гастродуоденальной зоны привлекает внимание отечественных и иностранных исследователей, однако, проведенные по этой проблеме исследования касаются полостных вмешательств. Публикации об острых гастродуоденальных изъязвлениях, осложнившейся оперативным вмешательством по поводу критической ишемии нижних конечностей единичны и носят, преимущественно описательный характер.

При этом не изучены факторы патогенеза острых язв и эрозии при критической ишемии нижних конечностей, не определены группы риска среди пациентов, не разработаны мероприятия профилактического характера.

Все это свидетельствует об актуальности данного исследования.

**Цель исследования:** Улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей путем ранней диагностики, лечения и предупреждения развития острых послеоперационных эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта после оперативных вмешательств по поводу критической ишемией нижних конечностей.
2. Исследовать звенья патогенеза возникновения острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта после оперативных вмешательств по поводу критической ишемией нижних конечностей.
3. Исследовать патоморфологические изменения в желудке и ДПК при острых послеоперационных эрозиях и язвах гастродуоденальной зоны у больных, оперированных по поводу критической ишемии нижних конечностей

4. Определить группы риска возникновения острых послеоперационных язв у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.
5. Предложить алгоритм диагностики и лечения острых язв гастродуоденальной зоны, осложненных кровотечением.
6. Предложить эффективные методы профилактики острых послеоперационных изъязвлений гастродуоденальной зоны.

#### **Научная новизна.**

- Изучены частота развития, звенья патогенеза возникновения острых язв гастродуоденальной зоны у больных, оперированных по поводу критической ишемии нижних конечностей.
- Исследованы морфологические изменения в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны у больных после оперативных вмешательств по поводу критической ишемии нижних конечностей.
- Выявлены группы риска возникновения острых эрозий и язв (ОЭЯ) среди пациентов, нуждающихся в операции по поводу критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

**Практическая значимость работы.** В диссертации представлены апробированные в клинике алгоритмы диагностики ОЭЯ, их лечения, ведения послеоперационного периода у больных с высоким риском возникновения ОЭЯ после хирургического лечения КИНК. Составлены рекомендации и информационные письма по ведению послеоперационного периода у больных с высоким риском возникновения острых послеоперационных эрозий и язв желудка и ДПК. Предложены методы профилактики возникновения ОЭЯ.

**Внедрение.** Предложенные автором методы диагностики, консервативного лечения и профилактики острых послеоперационных язв желудка и 12 перстной кишки у больных, оперированные по поводу критической ишемии нижних конечностей, были внедрены в практическую деятельность в отделении гнойной хирургии Городской клинической больницы №2 города Саратова Российской Федерации в отделении общей хирургии Центральной Клинической Больницы Нефтянников города Баку Азербайджанской Республики.

**Связь исследования с проблемным планом медицинских наук.** Диссертационная работа являлась частью тематического плана Научного Центра Хирургии им. М.А. Топчибашева «Особенности лечения острых послеоперационных эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки после ампутации нижних конечностей по поводу критической ишемии» (гос. регистрация № 0106 AZ00883)

## **Основные положения выносимые на защиту:**

1. После оперативных вмешательств по поводу критической ишемией нижних конечностей (КИНК) тяжесть течения послеоперационного периода и летальные исходы связаны с ранними послеоперационными осложнениями, среди которых острые послеоперационные изъязвления слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), осложненные кровотечением, по данным разных авторов составляют 8-18%.

2. Проведенный анализ данных позволяет выделить корреляцию возникновения острых послеоперационных эрозии и язв желудка и ДПК от группы из 6 параметров. Среди которых были креатинин, мочевины, билирубин, р02, фибриноген, МДА.

3. Проведенные эндоскопические исследования до и в послеоперационном периоде позволяет установить, что состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), коррелируются состоянием больного и развитием влажной и сухой гангрены нижних конечностей.

4. Прогноз кровотечения из острых эрозии и язв гастродуоденальной зоны после ампутации по поводу критической ишемией нижних конечностей (КИНК) зависит от различных факторов. Наиболее значимые факторы: отек слизистой оболочки желудка и 12 перстной кишки, парез желудка, коагулопатия, пневмония, искусственная вентиляция легких (ИВЛ), гиперкреатининемия.

5. По данным большинство исследователей до 90% больных с послеоперационным эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ лечатся неоперативными методами. Оперативное лечение проводится лишь при осложнении в виде перфорации полого органа, профузном или упорно-рецидивирующем кровотечении при неэффективности методов эндоскопического гемостаза.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на:

XV научно-практической конференции памяти акад. Н.Н.Бурденко г. Пенза, РФ, 2006; 68 научно-практической конференции студентов и молодых ученых Саратовского Государственного Медицинского Университета РФ, 2007; на заседании апробационной комиссии по специальности «14.00.27-хирургия» при НЦХ имени акад.М.А.Топчибашева, Баку (06.10.2012).

**Публикации результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из них 7 статей и 4 тезиса.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 149 страницах компьютерного текста формата Times New Roman состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Иллюстрирована 13 таблицами, 6 диаграммой и 14 рисунками. В библиографию включено 327 литературных источников (38 отечественных и 289 зарубежных авторов).

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования.**

Работа была выполнена на базе гнойного хирургического отделения Городской клинической больницы №2 города Саратова под руководством кафедры общей хирургии Саратовского Государственного Медицинского Университета Российской Федерации и в отделении общей хирургии Центральной Клинической Больницы Нефтянников города Баку Азербайджанской Республики за период с 2001 по 2010 гг. Проанализированы результаты исследования и лечения 169 больных с критической ишемией нижних конечностей, что составило 13,7% от пациентов с другими гнойными заболеваниями.

Среди этих больных женщин было 27 (16 %), мужчин – 142 (84%). Все они были в возрасте с выше 50 лет.

Согласно классификации Фонтена- А.В. Покровского в модификации В.С. Савельева и В.М. Кошкина мы наблюдали IIIб стадию ишемии у 21 пациента (12.4%), IVа стадию у 35 (20.7%) пациентов, IVб стадию у 113 (66.9%) пациентов.

При клиническом обследовании у 98 (58%) пациентов обнаружен сахарный диабет 2 типа. Ишемическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов у 122 (72,2%) пациентов.

Критериями установления диагноза КИНК являлись клиничко-анамнестические данные. При осмотре нижних конечностей больного констатировали симметричность изменений окраски кожи, атрофию мышц, трофические расстройства, изменения формы ногтей и выпадение волос, бледность кожи, характер пульсации сосудов на нижней конечности. Функциональные пробы, проводимые при осмотре, позволяли оценить состояние кровообращения в конечностях.

Для оценки выраженности болевого синдрома в предоперационном периоде использовали стандартные методики: Визуально аналоговая шкала (В.А.Ш.) и Мак-Гилловский болевой опросник (М.Б.О.)

Для объективизации данных больные обследовались с применением УЗИ. Ультразвуковая доплерография на основании аускультативной картины и морфологии доплерографической волны, а также величины линейной скорости кровотока и регионарного артериального давления и индекса давления обеспечивает точную топическую диагностику окклюзии артерий нижних конечностей. При ишемии II степени индекс давления в дистальных отделах нижних конечностей составляет  $0,59 \pm 0,04$ , при ишемии III степени— $0,41 \pm 0,03$ , при IV—  $0,22 \pm 0,06$ .

Артериографию применяли не всем больным, в связи с общим тяжелым соматическим состоянием пациентов. Лишь 30 больным (17,8%) проводилась ангиография нижних конечностей.

Эндоскопические исследования с биопсией выполняли всем больным до операции, а затем в различные сроки после нее (от 1 до 5 суток).

Из биохимических исследований определяли: общий белок, билирубин, мочевины, креатинин, прокоагулянтного, антикоагулянтного звеньев системы гемостаза, компонентов системы фибринолиза, протромбинового индекса, МДА и СОД.

Для статистической обработки полученных данных использованы W-критерий Уайта и критерий согласия Пирсона –  $\chi^2$ .

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Всем больным были поставлены показания к оперативному лечению.

11 (6,5%) больным произведена ампутация на уровне верхней 1/3 части голени, а 158 (93,5%) больным на уровне верхней и средней 1/3 части бедра.

Оперативные вмешательства проводились под обезболиванием с помощью спинномозговой анестезии или внутривенным наркозом с управляемой вентиляцией легких. Ампутация выполнялась по стандартным методикам трехмоментным способом, сосудистый пучок и нерв перевязывались лигатурами дважды, гемостаз при пересечении мышц достигался наложением прошивных лигатур. В



послеоперационном периоде скончались 9 пациентов (5,3%). Данные показатели послеоперационной летальности соответствуют средним показателям в России для данной категории пациентов, которая по данным А.В. Покровского (2002) составляет от 5 до 15%.

На основании клинических данных, степени выраженности интоксикации и в соответствии с хирургической тактикой всех больных условно разделили на 2 группы. В I группу были включены 109 пациентов (64,5% от общего числа больных), у которых имела место влажная гангрена нижних конечностей. В данной группе больных наблюдалась выраженная интоксикация, более тяжелое состояние пациентов, дооперационный период составил в среднем  $2,5 \pm 0,5$  суток. Во вторую группу были включены 60 пациентов (35,5% от общего числа), у которых констатировали развитие сухой гангрены. Общее состояние было менее тяжелым, интоксикация была выражена незначительно. Оперативные вмешательства выполняли в более поздние сроки после дообследования, проведения адекватной предоперационной подготовки, дооперационный день- койки составила  $6,5 \pm 2,5$  суток.

С целью более достоверного статистического анализа в исследование была включена группа из 20 больных в возрасте от 47 до 65 лет, у которых отмечались нагноительные заболевания мягких тканей. В 9 случаях фоновым заболеванием являлся сахарный диабет 2 типа, у 11 пациентов были признаки хронической ишемии нижних конечностей 1-11ст. В данной группе производились оперативные вмешательства по вскрытию и дренированию гнойников мягких тканей.

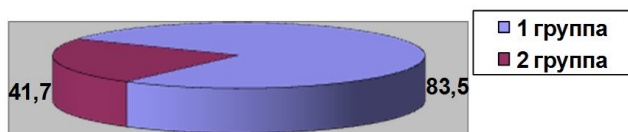
В соответствии с поставленной задачей по определению истинной частоты образования острых язв в послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу гангрены нижних конечностей (ГНК), мы производили мониторинг состояния слизистой оболочки гастродуоденальной зоны до операции и в раннем послеоперационном периоде. Проведение ФГДС было стандартизировано: до операции, на 2-е, 5-е, 7-е сутки после операции, но всегда соотносилось с общим состоянием пациента.

В первой группе пациентов, куда были включены больные с признаками влажной гангрены нижних конечностей, в дооперационном периоде мы наблюдали характерные изменения слизистой оболочки. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка большей части наблюдаемых пациентов до операции выявлена картина хронического воспаления.

Примечательно, что в 19 препаратах (17,4%) в подслизистом слое отмечена обсемененность *Helicobacter pylori*. У 12 больных (11%) на фоне гиперемированной слизистой оболочки мы наблюдали единичные эрозии. Размер эрозий не превышал 3-4мм, они имели круглую форму, располагались преимущественно в выходном отделе желудка. Во второй группе из 60 больных изменения слизистой оболочки в дооперационном периоде были выражены менее.

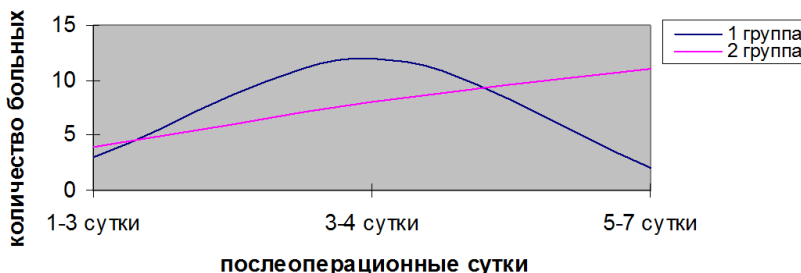
В основном имелись явления очагового хронического гастрита: слизистая оболочка была участками гиперемирована, отечна, контактно кровоточива. В 2 наблюдениях (3,3%) отмечены округлые точечные эрозии диаметром до 3 мм.

В послеоперационном периоде отмеченная нами тенденция проявляется еще более ярко.



**Рисунок 1.** Частота эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки желудка и ДПК после операции, %.

В послеоперационном периоде имеющиеся изменения прогрессируют. Возникают острые эрозии и язвы, часть из которых осложняется кровотечением. Частота язвообразования и сроки находятся в прямой зависимости от типа поражения нижних конечностей. Изменения коррелируют с состоянием больного и при развитии влажной гангрены нижних конечностей отмечаются чаще почти в 4 раза.



**Рисунок 2.** Сроки язвообразования в сравниваемых группах.

Таким образом, нами отмечено, что у больных критической ишемией нижних конечностей, в послеоперационном периоде, возникновение острых язв является типичным и выявляется в среднем в  $62,6 \pm 19,3\%$ , в ряде случаев осложняясь кровотечением, и частота язвообразования находится в прямой зависимости от тяжести некротических процессов на нижней конечности.

В ходе изучения патогенетических механизмов вероятно влияющих на возникновение острых послеоперационных язв гастродуоденальной зоны у пациентов, оперированных по поводу гангрены нижних конечностей, мы подвергли исследованию динамику изменения ряда биохимических показателей сыворотки крови и показателей свертывающей и противосвертывающей системы и системы фибринолиза. Выбор показателей, которые мы подвергли исследованию, обусловлен тем, что все они свидетельствуют о развитии гиперметаболизма в тканях на фоне стрессовой ситуации – оперативного вмешательства. Это и является, по нашему мнению, одним из пусковых механизмов язвообразования.

О проявлениях гиперметаболизма свидетельствуют прогрессирующая легочная гипоксемия, гипергликемия, увеличение уровня билирубина и креатинина, мочевины, а также отмечается коагулопатия, тромбоцитопения, ДВС-синдром.

В I группе пациентов, у которых отмечалась влажная гангрена и более тяжелое состояние имелись некоторые отклонения в параметрах. Отмечено повышение содержания холестерина, количество белка находится на нижней границе нормы, содержание азотистых шлаков- мочевины и креатинина на верхней границе нормы. Некоторое повышение содержания МДА и снижение концентрации СОД свидетельствует о рассогласовании процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты.

Клинико-лабораторные исследование мы проводили как при сухой гангрене, так же и при влажной гангрене нижних конечностей при критической ишемии.

В группе пациентов, у которых отмечалась сухая гангрена, биохимические показатели меньше отличаются от нормы. Исключением явилось увеличение содержания холестерина, повышение концентрации фибриногена и снижение фибринолитической активности. Эти показатели достоверно отличаются от показателей группы сравнения и характеризуют проявление генерализованного атеросклероза.

Таблица № 1

Клинико-лабораторные данные больных влажной и сухой гангреной нижних конечностей на 2-3 сутки после операции.

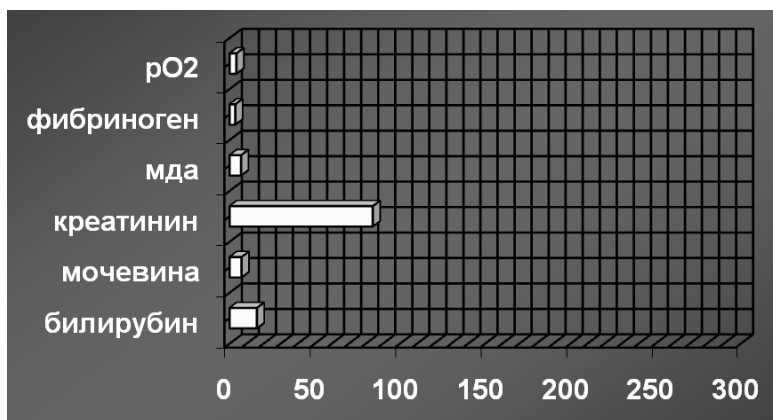
ПОКАЗАТЕЛЬ	Группа 1	Группа 2	Группа сравнения	норма	P	P <sup>2</sup>
<b>Биохимические параметры</b>						
Общий билирубин, мкмоль/л	18,26±2,1	13,3±3,0	12,6±1,9	3,4-22,2	>0,05	<0,05
АЛТ, ед.	26,5±7,5	25,0±5,5	25,5±3,5	5-40	>0,05	>0,05
АСТ, ед.	32±3,5	29±2,5	27±4,5	5-40	>0,05	>0,05
КФК, ед/л	66,3±3,5	58,3±4,5	48,2±4,1	26-180	>0,05	>0,05
Общий белок	58±4,3	62±3,6	65±5,5	60-80	>0,05	<0,05
Холестерин, ммоль/л	7,7±0,72	5,9±1,34	4,76±0,65	3,6-5,7	<0,05	<0,05
Мочевина, ммоль/л	7,3±0,46	7,0±0,38	4,5±2,3	2,5-8,3	>0,05	<0,05
Креатинин, мкмоль/л	93,4±6,3	89,4±4,3	69±5,1	62-133	<0,05	<0,05
Альбумины, г/л	39,8±0,95	40,1±0,65	42,8±6,4	40-50	<0,05	<0,05
Глюкоза, моль/л	6,44±1,57	6,2±1,1	5,0±0,45	3,3-5,8	<0,05	<0,05
МДА, мкмоль/л	7,56±1,63	7,0±1,3	5,97±0,53	4,9-6,7	<0,05	<0,05
СОД, ед. акт./мл плазмы	199,32±7,2	278,11±4,2	367,36±5,28	350-455	<0,05	<0,05
pO <sub>2</sub> , %	83	85	88	80-100	>0,05	>0,05
<b>Показатели свертывающей системы крови и фибринолиза</b>						
Протромбиновый индекс, %	93±4,5	90±4,5	85,6±4,8	90-105	>0,05	<0,05
ВСК, мин	3мин.30 сек.±25сек	3мин.30 сек.±25сек	5мин.55 сек.±35сек		<0,05	>0,05
Фибриноген, г/л	3,4±0.96	3,1±0.55	2,1±1,1	2-4	>0,05	<0,05
Фибринолитическая активность, %	12,5±2,3	14,1±2,8	18,4±4,4		<0,05	<0,05

- P – по отношению к норме
- P<sup>2</sup> - по отношению к группе сравнения

В послеоперационном периоде стадийно развиваются процессы отражающие реакцию организма на стрессовое воздействие. Возникает гипергликемия, увеличивается содержание мочевины и креатинина, отражающие процессы глюконеогенеза как механизма адаптации к стрессовой ситуации. Одновременно с этим

увеличивающееся потребление кислорода в тканях приводит к тканевой гипоксии и развитию метаболического ацидоза. Гипоксия приводит к снижению содержания фибриногена, увеличению ВСК на фоне высокого ПТИ и пониженной фибринолитической активности. В этих условиях и возникают острые язвы слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Проведенный анализ данных позволил выделить корреляцию возникновения острых послеоперационных язв желудка и ДПК от группы из 6 параметров. Среди последних были креатинин, мочеви́на, билирубин,  $pO_2$ , фибриноген, МДА. Результат представлен на рисунке 3.



**Рисунок 3.** Корреляция возникновения острых послеоперационных язв желудка и ДПК от группы из 6 параметров.

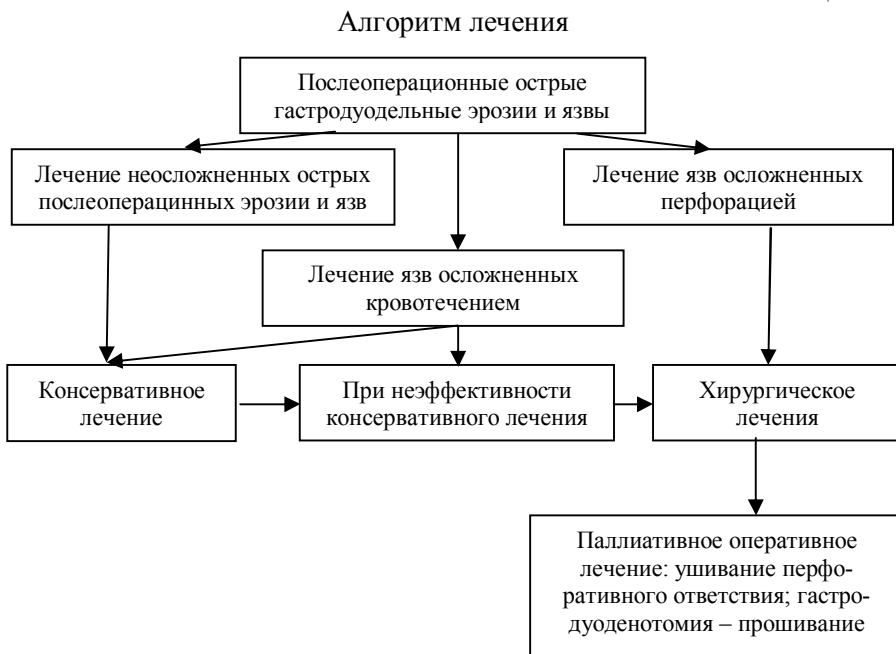
Наибольшая корреляционная взаимосвязь установлена между содержанием креатинина сыворотки крови и возникновением острых послеоперационных язв желудка и ДПК (коэффициент корреляции  $r = 0,57$ ), между концентрацией билирубина и возникновением острых послеоперационных язв желудка и ДПК (коэффициент корреляции  $r = 0,32$ ).

В отношении острых послеоперационных эрозии и язв желудка и ДПК, мы, как и большинство исследователей, придерживаемся мнения о целесообразности консервативного лечения. По данным большинства исследований до 90% больных с послеоперационным эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ лечатся неоперативными методами.

Оперативное лечение проводится лишь при осложнении в виде перфорации полого органа, профузном или упорно-рецидивирующем кровотечении при неэффективности методов эндоскопического гемостаза.

В настоящее время существует большое количество различных методов эндоскопического гемостаза. Накопленный нами опыт при изучении литературы и проведения исследования позволяет утверждать, что лечение острых послеоперационных эрозий и язв гастродуоденальной зоны можно рассматривать в трех аспектах: Лечение неосложненных острых послеоперационных эрозий и язв гастродуоденальной зоны; Лечение язв, осложненных кровотечением; Лечение язв, осложненных перфорацией.

Таблица № 2



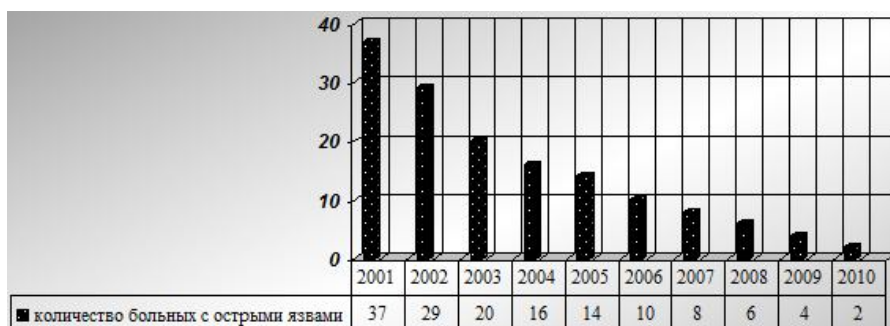
Проведен ретроспективный анализ всех историй болезни пациентов с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением из острых эрозий и язв желудка и ДПК. В итоге были выделены 11 факторов, вероятно влияющих на частоту язвообразования. Проведенный анализ данных позволил выделить корреляцию возникновения

острых послеоперационных язв желудка и ДПК от различных факторов. Среди данных факторов исследовались возраст пациента, наличие влажной гангрены, эндогенная интоксикация, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, длительная искусственная вентиляция легких, парез желудка, отек слизистой оболочки желудка, гипотензия, коагулопатия и наличие сопутствующей пневмонии.

При анализе 23 историй болезни пациентов с осложненными кровотечениями острыми язвами желудка и ДПК установлено, что 6 факторов риска присутствовали у 3 пациентов, 5 факторов у 9 пациентов, 4 фактора у 6 больных, 3 фактора у 3 пациентов, 2 фактора у 2 больных. Из этого следует, что при сочетании 3-х факторов риска и более, становится достоверно вероятным осложненное течение острых послеоперационных изъязвлений.

В соответствии с этим была выделена группа пациентов с высоким риском образования послеоперационных изъязвлений. Им проводились следующие профилактические мероприятия: Мероприятия общего характера; Специальные мероприятия.

Наш клинический опыт свидетельствует об эффективности данного протокола профилактики язвообразования в послеоперационном периоде. После начала использования в клинической практике данной схемы частота образования язв снизилась, что наглядно видно на представленной рисунком 4.



**Рисунок 4.** Частота язвообразования после приема протокола профилактики.

## ВЫВОДЫ

1. Частота язвообразования находится в прямой зависимости от типа поражения нижних конечностей. В первой группе больных, с влажной гангреной нижних конечностей острые эрозии и язвы возникли в 83,5% наблюдений, при этом в 15 (17,9%) случаях имело место желудочное кровотечение. Во второй группе больных, с сухой гангреной, эрозии и язвы после операции возникли в 41,7% наблюдений и осложнились кровотечением у 8 (19,1%) пациентов. Таким образом, нами отмечено, что у больных критической ишемией нижних конечностей, в послеоперационном периоде, возникновение острых язв выявляется в среднем в  $62,6 \pm 19,3\%$ , у 19,8% случаев осложняясь кровотечением.

2. Проведенный нами анализ позволил, выделить корреляцию возникновения острых послеоперационных эрозий и язв желудка и ДПК от биохимических показателей. Наибольшая корреляционная взаимосвязь установлена между содержанием креатинина сыворотки крови ( $r=0,57$ ), концентрацией билирубина ( $r=0,32$ ). В остальных случаях корреляционные взаимоотношения слабые и статистически недостоверные.

3. При эндоскопическом исследовании больных, оперированных по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК), частота эрозивно-язвенных изменений в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки дооперации составляет: в первой группе 11%; во второй группе 3,3%. В послеоперационном периоде соответственно 83,5% и 41,7% наблюдений.

4. В результате были выделены 6 факторов риска возникновения острых послеоперационных эрозий и язв желудка и ДПК. Наиболее значимые факторы и коэффициент корреляции язвообразования в послеоперационном периоде: отек слизистой оболочки  $r=0,25$ ; парез желудка  $r=0,18$ ; коагулопатия  $r=0,23$ ; пневмония  $r=0,4$ ; ИВЛ  $r=0,37$ ; гиперкреатининемия  $r=0,4$

5. Консервативное лечение является выбором метода лечения кровоточащих острых послеоперационных эрозий и язв желудка и ДПК. Частота кровотечения отмечалась у 23 больных (19,8%), из 116 пациентов. В связи с безуспешности консервативного лечения, 2 больным (8,7%) произведена оперативное вмешательство.

6. Нами была выделена группа пациентов с высоким риском образования послеоперационных изъязвлений. Им проводились



профилактические мероприятия общего характера и специальные мероприятия. И наш клинический опыт свидетельствует об эффективности данного протокола профилактики язвообразования в послеоперационном периоде. После начала использования в последние годы в клинической практике данной схемы частота образования язв снизилась в два раза.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Для диагностирования больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) необходимо проведение Ультразвуковую доплерографию и Ангиографию нижних конечностей.

2. Больным подлежащим оперативному лечению по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК) рекомендуется эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) до и после операционном периоде.

3. При динамическом изменении биохимических параметров сыворотки крови и показателей коагулограммы, больным оперированным по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК) необходимо провести комплексное противоязвенное лечение.

4. Для прогнозирования кровотечения из острых эрозий и язв желудка и ДПК, после ампутации по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК) большое значение имеют следующие факторы: отек слизистой оболочки желудка и 12 перстной кишки, парез желудка, коагулопатия, пневмония, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и гиперкреатинемия. При этом рекомендуется начать профилактическую противоязвенную и гемостатическую терапию.

## **Список опубликованных научных трудов по теме диссертации**

1. Стрессовые язвы gastroduodenальной зоны, осложненные кровотечением, у больных после ампутации нижних конечностей. // XV научные чтения памяти Академика Н.Н.Бурденко «Актуальные вопросы современной клинической медицины». Программа научно-практической конференции, г. Пенза-2006, с.100 (Ефимов Е.В. и соавт.)

2. Клиническое течение стрессовых язв гастродуоденальной зоны, возникших после различных хирургических операций. // XV научные чтения памяти Академика Н.Н.Бурденко «Актуальные вопросы современной клинической медицины». Программа научно-практической конференции, г. Пенза-2006, с. 99 (Ефимов Е.В. и соавт.)

3. Причины острых желудочных кровотечений. // Материалы 68 научно-практической конференции студентов и молодых ученых Саратовского Государственного Медицинского Университета: «молодые ученые-здравоохранению региона», г. Саратов-2007, с. 309-310 (Зевякина В.А. и соавт.)

4. Роль болевого синдрома в возникновении стрессовых язв ЖКТ после ампутации нижних конечностей. // Аспирантские чтения выпуск 1, г. Саратов-2007, с. 72 (Ефимов Е.В. и соавт.)

5. Острые послеоперационные эрозии и язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. // Azərbaycan Tibb Jurnalı, №3, 2010, səh.165-170 (Şirinov Z.T. və həmmüəl.)

6. Эндоскопические исследования до и после оперативного вмешательства у больных с критической ишемией нижних конечностей. // Вестник хирургии Казахстана. Журнал Национального научного центра хирургии им.А.Н.Сызганова, №03(23), 2010, с.38-40 (Ширинов З.Т. соавт.)

7. Факторы, ведущие к образованию острых послеоперационных изъязвлений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных с критической ишемией нижних конечностей. // Сərrahiyə, №3 (23), 2010, səh. 49-55 (Şirinov Z.T. və həmmüəl.)

8. Лечение и профилактика острых послеоперационных эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, №3, 2010, səh.22-27 (həmmüəl və Şirinov Z.T.)

9. Частота встречаемости острых послеоперационных эрозий и язв желудочно-кишечного тракта. // Sağlamlıq, №4, 2010, səh.11-16 (Şirinov.Z.T. və həmmüəl.)

10. Профилактика и прогноз острых послеоперационных язв желудка и ДПК у больных после ампутации нижних конечностей. // Patoloji proseslər və onların korreksiya üsulları. Патологические процессы и методы их коррекции. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Azərbaycan Tibb Universiteti Elmi Tədqiqat Mərkəzi, X Buraxılış, Bakı, 2012, s. 195-196. (Ширинов З.Т. и соавт.)

11. Факторы, ведущие к образованию острых послеоперационных изъязвлений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных с ампутацией нижних конечностей. // Patoloji proseslər və onların korreksiya üsulları. Патологические процессы и методы их коррекции. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Azərbaycan Tibb Universiteti Elmi Tədqiqat Mərkəzi, X Buraxılış, Bakı, 2012, s. 196-197. (Ширинов З.Т. и соавт.)

## SEYMUR İSA oğlu XƏLİLOV

### AŞAĞI ƏTRAFLARIN KRİTİK İŞEMİYASINA GÖRƏ AMPUTASIYA ƏMƏLİYYATINDAN SONRA MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN KƏSKİN EROZIYA VƏ XORALARININ MÜALİCƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

#### XÜLASƏ

Elmi iş 2001-2010-ci illər ərzində Rusiya Federasiyası, 2№-li Saratov şəhər klinik xəstəxanasının irinli cərrahiyyə şöbəsində Saratov Dövlət Tibb Universitetinin ümumi cərrahiyyə kafedrasının rəhbərliyi altında və Bakı şəhəri Azərbaycan Respublikası Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasının ümumi cərrahiyyə şöbəsində aşağı ətrafların kritik işemiyasına görə əməliyyata məruz qalmış 169 xəstənin müalicəsinin nəticələrinə əsaslanmışdır. Yumşaq toxumaların irinli-iltihabi prosesinə görə əməliyyat olunmuş 20 xəstə isə kontrol qrup kimi götürülmüşdür.

Xəstələrdən 27 (16%) qadın, 142 (84%) kişi olmuşdur. Xəstələr əksərən 50-70 yaş arasında olmuşdur.

Xəstələr şərti olaraq 2 qrupa bölünmüşlər. I qrup 109 xəstə (64,5%) aşağı ətrafların yaş qanqrenası. II qrup 60 xəstə (35,5%) aşağı ətrafların quru qanqrenası ilə olanlar.

Bütün xəstələr kliniki laborator və instrumental müayinələrdən keçmişlər. 158 xəstəyə (93,5%) aşağı ətrafın budun yuxarı və orta 1/3 səviyyəsindən amputasiya əməliyyatı, 11 (6,5%) xəstəyə isə baldırın yuxarı 1/3 hissəsindən amputasiyası icra olunmuşdur. Letallıq göstəricisi 9 xəstə 5,3% təşkil edir.

Endoskopik müayinə standart olaraq xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra 2, 5 və 7-ci sutkalar ərzində aparılmışdır. I qrup xəstələrdə ə/qabaq 11%; ə/sonra 83,5% hallarda kəskin eroziya xə xora aşkarlanıb, 15 (17,9%) xəstədə qanaxma müşahidə edilib. II qrup xəstələrdə isə ə/qabaq 3,3%; ə/sonra 41,7% hallarda kəskin eroziya xə xora aşkar edilib, 8 (19,1%) xəstədə qanaxma müşahidə olunub.

Bütün xəstələrdə əməliyyatdan əvvəlki və əməliyyatdan sonrakı kliniki-laborator göstəricilər öyrənilərək, müqayisəli təhlil edilmişdir.

Bütün bunları analiz etməklə xoraların əmələ gəlməsi ilə bu göstəricilər arasında bir korrelyasiya asılılığının olduğunu təsdiq etmişik.

Bizim əksər xəstələrimizdə konservativ tədbirlər effektiv olmuşdur. 3 xəstəyə 1,77 % cərrahi əməliyyat icra olunub.

## **SEYMUR ISA KHALILOV**

# **THE PECULIARS OF TREATMENT OF ACUTE POSTOPERATIVE EROSIONS, STOMACH AND DUODENAL ULCERS AFTER LOWER EXTREMITY AMPUTATION FOR CRITICAL ISCHEMIA**

### **SUMMARY**

The work is based on the results of surgical treatment of 169 patients suffering from critical ischemia of the lower extremities performed at the Department of Purulent Surgery of Municipal Clinical Hospital №2 under the supervision of the Chair of Central Surgery of Saratov State Medical University of Russian Federation and at the Department of General Surgery of Central Hospital of Oil Workers of Baku, Azerbaijan from 2001 to 2010. There were 27 (16%) women and 142 (84%) men aged 50-70 years. All patients were divided in two groups. Group I consisted of 109 (64,5%) patients suffering from moist gangrene of the lower extremities. Group II included 60 (35,5%) patients suffering from dry gangrene. 20 patients who underwent surgery for purulent diseases of soft tissues served as controls. Moreover, all patients underwent laboratory and instrumental methods of study. 11 (6,5%) patients have had amputations at the level of 1/3 crus, 158 (93,5%) patients required amputations at the level of upper, median 1/3 of femur. The lethality showed 9 (5,3%) patients. It should be noted, that all patients required the endoscopic studies before surgery and then at 2, 5, 7 days after surgery regarding a patient's general condition. In group I patients 11 % of cases showed erosive-ulcerous changes before surgery, 83,5% of cases – after surgery. Moreover, a stomach bleeding was encountered in 15 cases. In group II the erosive-ulcerous changes developed in 3,3% of patients, in postoperative period – in 41,7% of patients and bleedings were encountered in 8 patients. All patients underwent the comparative analysis of clinical and laboratory values before and after surgery. We can conclude from this finding that the analysis performed allows us to state a high correlative link between ulcer formation and these values. For these reasons in the majority of patients the conservative measures can be considered the most effective method of treatment. 3 (1,77%) patients required surgical intervention.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI  
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

Akad. M.A.TOPÇUBAŞOV adına  
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

*Əlyazması hüququnda*

**SEYMUR İSA OĞLU XƏLİLOV**

**AŞAĞI ƏTRAFLARIN KRİTİK İŞEMİYASINA  
GÖRƏ AMPUTASIYA ƏMƏLİYYATINDAN  
SONRA MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN  
KƏSKİN EROZİYA VƏ XORALARININ  
MÜALİCƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ**

3213.01 – Cərrahlıq

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsi  
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiya işinin

**A V T O R E F E R A T I**

Bakı – 2013

Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Sifariş 384. Tiraj 100.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76