

помощи в Санкт-Петербурге / А.Е. Борисов // Эндоскоп. хирургия. — 2002. — Т. 8, № 2. — С. 21–22.

3. Борисов, А.Е. Значение и возможности эндоскопической хирургии в диагностике и комплексном лечении острого панкреатита / А.Е. Борисов [и др.] // Эндоскоп. хирургия. — 1997. — Т. 3, № 1. — С. 52.

4. Гринберг, А.А. Первый опыт применения видеолaparоскопии при проникающих ранениях брюшной полости / А.А. Гринберг [и др.] // Эндоскоп. хирургия. — 2001. — Т. 7, № 2. — С. 15–16.

5. Емельянов, С.И. Эндоскопическая хирургия в лечении желчно-каменной болезни и ее осложненных форм. В кн. «Избранные лекции по эндоскопической хирургии» / С.И. Емельянов [и др.]; ред. В.Д. Федоров. — СПб., 2004. — С. 39–48.

6. Ермолов, А.С. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита / А.С. Ермолов [и др.] // Хирургия. — 1987. — № 3. — С. 37–40.

7. Ермолов, А.С. Перспективы внедрения малоинвазивных методов при неотложных состояниях / А.С. Ермолов // Эндоскоп. хирургия. — 2002. — № 2. — С. 40.

8. Иванов, П.А. Определение показаний к лечебно-диагностической лапароскопии с помощью значения коэффициента тяжести больных острым панкреатитом / П.А. Иванов [и др.] // Хирургия. — 1997. — № 1. — С. 38–40.

9. Кригер, А.Г. Острый аппендицит / А.Г. Кригер [и др.]. — М., 2002.

10. Кубышкин, В.А. Дренирующие операции при остром панкреатите / В.А. Кубышкин // Хирургия. — 1996. — № 1. — С. 29–32.

11. Майстренко, Н.А. Эндохирургия неотложной патологии органов брюшной полости / Н.А. Майстренко // Воен.-мед. журн. — 1998. — Т. 319, № 11. — С. 51–57.

12. Мосягин, В.Б. Возможности лапароскопических вмешательств при остром панкреатите / В.Б. Мосягин // Неотложная хирургия: организация и передовые технологии: материалы конф. — Финляндия, 1997. — С. 45–47.

13. Мошев, Д.А. Анестезиологическое пособие при лапароскопической холецистэктомии / Д.А. Мошев // Эндоскоп. хирургия. — 1999. — Т. 5, № 4. — С. 48–49.

14. Сажин, В.П. Лапароскопическая диагностика и оперативное лечение острого аппендицита: методические рекомендации / В.П. Сажин. — Рязань, 2003.

15. Соловьев, Г.М. Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях / Г.М. Соловьев // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 18–20.

16. Сухопарова, Ю.Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии / Ю.Н. Сухопарова. — СПб., 2003.

17. Сухопара, Ю.Н. Учебно-методические принципы подготовки по неотложной лапароскопической хирургии / Ю.Н. Сухопара // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — Т. 8, № 5. — С. 211–212.

18. Cozza, C. Anaesthesia / C. Cozza [et al] // Laparoscopic surgery. — Masson, 1994. — P. 77–90.

19. Gigot, J.F. A stratified intraoperative surgical strategy is mandatory during laparoscopic common bile duct exploration for common bile duct stones. Lessons and limits from an initial experience of 92 patients / J.F. Gigot [et al] // Surg. Endosc. — 1997. — Vol. 11, № 7. — P. 722–728.

20. Gotz, F. Modified laparoscopic appendectomy in surgery / F. Gotz // Surg. Endosc. — 1990. — Vol. 4. — P. 6–9.

21. Navez, B. Laparoscopy for management of nontraumatic acute abdomen / B. Navez // World J. Surg. — 1995. — Vol. 19, № 3. — P. 382–386.

Поступила 23.06.2006

УДК 616.342-002.44-007.271-07-08-089

ЯЗВЕННЫЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ (обзор литературы)

А.А. Призенцов

Гомельский государственный медицинский университет

До 10% населения мира страдает язвенной болезнью. Основываясь на этом, некоторые исследователи называли ее «болезнью века». В отечественных условиях заболеваемость язвенной болезнью не имеет тенденции к снижению, а число ее осложненных форм в последние годы возросло. Учитывая то, что стеноз является наиболее частым показанием к плановой операции при дуоденальной язве, эта патология остается актуальной проблемой современной хирургии.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стеноз, хирургическое лечение.

ULCEROUS DUODENAL STENOSES (review of literature)

A.A. Prizentsov

Gomel state medical university

Up to 10% of a world's population suffers ulcer disease. Being based on it, some researchers have named it «illness of a century». In domestic conditions ulcer disease has no tendency to decrease, and the number of its complicated forms last years has increased. Taking into account that the stenosis is the most often indication to scheduled operation to duodenal ulcer, this pathology remains an actual problem of modern surgery.

Key words: ulcerous disease of duodenum, stenosis, surgical treatment.

Введение

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта занимает одно из первых мест. В резолюции Всероссийской конференции хирургов (Саратов, 2003) отмечено, что заболеваемость язвенной болезнью не имеет тенденции к снижению, а число ее осложненных форм в последние годы возросло [17].

По данным отечественной и зарубежной литературы, стеноз наблюдается в среднем у 5–10% больных дуоденальной язвой [14, 25]. Несмотря на успехи консервативного лечения язвенной болезни, число операций по поводу стеноза за последние десятилетия заметно не снизилось [8, 28]. Кроме того, отмечено, что в последнее время стеноз участился у лиц молодого возраста с непродолжительным язвенным анамнезом [10]. Больные, оперированные со стенозом, составляют от 20 до 45% всех оперированных по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, что, по-видимому, связано с сокращением объема плановых операций по относительным показаниям [17]. В структуре летальности от язвенной болезни на долю стеноза приходится 11–13%, при этом летальность в 1,5–2 раза выше, чем при хирургическом лечении неосложненной язвенной болезни [9]. В настоящее время стеноз язвенной этиологии является абсолютным показанием к оперативному лечению [1, 4, 8, 24].

Историческая справка

Впервые сужение выхода из желудка, как причина его расширения, было описано во второй половине XVII века. В эксперименте на собаках первым выполнил резекцию привратника Merrem в 1810 г., одна-

ко его опыты остались без должного внимания. Подобные эксперименты были повторены ассистентами Бильрота Gussenbauer и Winiwarter только в 1874 г. 21 ноября 1881 г. Rydygier успешно произвел первую резекцию желудка с гастродуоденоанастомозом конец в конец больному с язвенным стенозом. Гастроэнтеростомию при язвенном стенозе впервые выполнил Н.Д. Монастырский в 1882 г. В 1881 г. Richter, а в 1882 г. Loreta предложили пальцевое расширение зоны стеноза через гастротомию. В 1886 г. Heineke, а в 1887 — Miculicz независимо друг от друга предложили пилоропластику, позже названную их именами. Первую ваготомию с лечебной целью выполнил в 1901 г. Jaboulay [23].

Патоморфология

При развитии стеноза основными морфологическими признаками являются преобладание отека при активном язвенном процессе и рубцовые изменения стенки в стадии ремиссии язвенной болезни, а также сочетание этих механизмов. Заживление язвенного дефекта сопровождается необратимыми изменениями в циркулярном мышечном слое стенки двенадцатиперстной кишки, замещением миоцитов соединительной тканью различной степени зрелости, вплоть до фиброзной [13]. При этом, по данным Д.М. Кадырова (1998), в основе развития стеноза у больных дуоденальной язвой лежат повышенный синтез коллагена и извращение саногенеза дуоденальных язв с избыточным фиброгенезом. Автор выявил, что пусковыми моментами этого процесса являются: пенетрация язвы, высокоагрессивный кислотно-пептический фактор, активация перекисного окисления липидов, нарушение энергетического баланса слизи-

стой оболочки двенадцатиперстной кишки, аутоиммунный компонент [5]. На этом фоне происходит постепенное и необратимое сужение просвета двенадцатиперстной кишки. В необратимом сужении просвета играет также существенную роль перидуоденальный спаечный процесс, являющийся следствием перенесенных периульцерозных инфильтратов [24].

В.И. Оноприевым и соавт. (1998) при исследовании патоморфологии осложненной дуоденальной язвы было показано, что на отдалении до 1,5 см от ее фиброзного слоя отмечаются выраженные разрастания соединительной ткани, которые распространяются циркулярно в сегменте язвы или постязвенного рубца, замыкаясь в кольцо. Соединительнотканые тяжи обнаруживаются в подслизистом, мышечном и серозном слоях. Эти разрастания авторы предлагают именовать «рубцовым полем» язвы. Это патологический очаг, лишенный полноценного крово- и лимфообращения и иннервации, поэтому именно эту область авторы считают необходимым оперативно удалять в пределах здоровых тканей [13].

Многими авторами было отмечено, что при дуоденальной язве вовлечение привратника в зону стеноза наблюдается не так часто (по Г.П. Рычагову — около 18% [18], по Д.М. Кадырову — 15,8% [5], по В.А. Хребтову — 7,2% [22]). По данным D. Rignault и соавт. [30], стеноз всегда является постпилорическим. Мы также не встречали вовлечения привратника в рубцовый процесс, всегда зона стеноза находилась в пределах начального отдела двенадцатиперстной кишки, не затрагивая привратник. Стенозирование при язве желудка мы также не наблюдали. Из этого следует, что повсеместно употребляющиеся термины «стеноз привратника», «стеноз выходного отдела желудка», «пилородуоденальный стеноз» далеко не всегда четко характеризуют особенности данного патологического процесса. В подавляющем большинстве случаев имеет место чисто дуоденальный стеноз, а точнее, бульбарный.

Классификация

Существует множество классификаций стеноза, базирующихся, как правило, на клинических и рентгенологических проявлениях заболевания. Многие классификации не получили широкого распростране-

ния из-за своей громоздкости или схематичности. Для подразделения дуоденального стеноза по степеням используются клинические, рентгенологические, эндоскопические, функциональные и другие критерии. При этом учитывается дилатация желудка, количество и характер тощачового содержимого, диаметр стенозированного участка, время эвакуации контраста, сократительная способность желудочной стенки.

Общепринятая классификация по степеням подразделяет пилородуоденальный стеноз язвенной этиологии на компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный [18, 19, 24]. В 1977 г. Ю.М. Панцырев и соавт. предложили свой вариант классификации, основанный на сопоставлении показателей функционального состояния желудка с клиническими, рентгенологическими и эндоскопическими данными. При этом были выделены: формирующийся (I степень), компенсированный (II степень), субкомпенсированный (III степень) и декомпенсированный (IV степень) стеноз [14, 15]. Некоторые авторы различают обратимую и необратимую фазы стадии декомпенсации [1, 22]. По результатам электрогастрографии и динамического рентгенологического наблюдения после внутривенного введения церукала Д.М. Кадыров (1998) считает целесообразным подразделять суб- и декомпенсированный стеноз на три подстадии: А, Б и В, означающие, соответственно, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные резервные возможности функции желудка [5]. Ряд авторов предлагает выделение последовательных стадий стенозов — воспалительной, рубцово-язвенной, рубцовой [19].

При несомненных достоинствах классификация стеноза по степеням не лишена существенных недостатков. Клинический опыт указывает на частое несоответствие клинико-рентгенологических признаков стеноза и интраоперационных находок, а также данных функциональных исследований [4, 5, 8, 14]. Кроме того, данная классификация не объясняет возможность уменьшения проявления стеноза на фоне консервативной терапии. При этом в одну группу могут быть включены как больные, имеющие многолетние проявления гастростаза, так и больные с дебютом последнего. Анализ клинических данных, результатов ком-

плексного обследования больных и сопоставление их с данными интраоперационной ревизии пилоробульбарной зоны и данными гистологического исследования операционных препаратов позволяют выделить 3 основные формы стеноза: инфильтративную, инфильтративно-рубцовую и рубцовую [16].

Диагностика

В диагностике стенозов язвенной этиологии применяются клинический, эндоскопический, рентгенологический, функциональный и другие методы, причем наибольшее распространение получили эндоскопический и рентгенологический [1, 4, 8, 24].

При эндоскопическом исследовании обращают внимание на размеры, форму язвы, состояние слизистой вокруг язвы. Учитывают объем и характер желудочного содержимого натошак, оценивают тонус стенок, активность перистальтики, форму и функцию привратника, выявляют наличие рубцовой деформации и престенотических псевдодивертикулов луковицы двенадцатиперстной кишки [13].

При полипозиционном рентгенологическом исследовании изучают наличие содержимого натошак, форму, величину и положение желудка, смещаемость его различных отделов, эластичность стенок, перистальтику, скорость и характер эвакуации бариевой взвеси из желудка. Определяют степень и протяженность деформации пилорoduodenальной зоны, наличие «язвенной ниши», периульцерозного инфильтрата, их размеры и локализацию. Для определения степени стеноза проводят досмотр через 2, 6, 12 и более часов [14].

Нетипичным в диагностике стенозов остается такой простой и общедоступный метод, как ультразвуковой. Как правило, на основании этого метода диагностируется увеличение, расширение, опущение желудка. Однако возможности этого метода еще далеко не исчерпаны. С нашей точки зрения, ультразвуковое исследование должно шире применяться в дифференциальной диагностике различных форм стеноза [16].

Предоперационная подготовка

Основным в предоперационной подготовке больных язвенным стенозом традиционно является коррекция электролитных и обменных (в первую очередь, белковых) нарушений [6, 11, 14], и если на настоящий момент относительно этой проблемы в ли-

тературе можно встретить достаточное единодушие, то взгляды на необходимость предоперационного противоязвенного лечения, а также его объем и сроки его проведения весьма разноречивы.

И.С. Вардинец (1995) ключевым моментом в предоперационной подготовке считает традиционные мероприятия, направленные на устранение гидроионных нарушений, однако указывает на необходимость применения противоязвенной терапии. При этом, по мнению автора, длительность подготовки должна быть не более 5–6 дней, так как дальнейшее ее проведение не приносит улучшения общего состояния больного. Весь комплекс лечения, направленный на восстановление гомеостаза и белковых нарушений, переносится на послеоперационный период, когда восстанавливается адекватное пероральное питание [2].

К.И. Мышкин и соавт. (1989) также придерживаются той точки зрения, что возможность ликвидации белковых сдвигов до операции весьма сомнительна. Авторы указывают, что рациональная парентеральная водно-солевая терапия может в сроки до 2–3 дней восполнить дефицит жидкости и солей, нормализовать кислотно-щелочное состояние и этим значительно улучшить общее состояние больных [11]. Авторы считают, что стеноз должен быть ликвидирован оперативно в возможные более короткие сроки.

Г.П. Рычагов (1993) и Д.М. Кадыров (1998) отмечают, что комплексное противоязвенное и противовоспалительное лечение даже в случае суб- и декомпенсированного стеноза может привести к улучшению эвакуации пищи из желудка. Авторы считают, что предоперационную подготовку при стенозе следует проводить под контролем не только клинических и эндоскопических признаков, но и биохимических показателей, в частности, сиаловых кислот. Эти же авторы рекомендуют иммунокоррекцию с помощью реинфузии облученной ультрафиолетом собственной крови [5, 18].

Ю.М. Панцырев и соавт. (2003) считают, что консервативная терапия при пилорoduodenальном стенозе является предоперационной подготовкой больных к плановому хирургическому вмешательству, а рубцевание язвы создает целый ряд преимуществ в технике операции, и рекомен-

дуют противоязвенное лечение на основе H₂-блокаторов и антигеликобактерных препаратов. Кроме того, авторы предлагают при обнаружении во время операции незажившей язвы продолжать лечение и в послеоперационном периоде [15].

А.М. Choudhary et al. (2001) отмечают, что в настоящее время точно не установлено влияние эрадикации *H. pylori* на течение осложненной язвенной болезни. При этом авторы сообщают об эффективности у нескольких больных парентеральной антибиотикотерапии (без целенаправленной эрадикации) при впервые возникших явлениях стеноза [27].

Некоторые авторы отмечают необходимость использования в предоперационном периоде назоинтестинальной интубации [6, 15, 18].

В.С. Казаков (1990) считает, что белковый дефицит является приоритетной целью лечебного плана при язвенных стенозах. Автор исследовал результаты до- и послеоперационной коррекции белковой недостаточности у 169 больных при использовании энтерального зондового и парентерального питания. В предоперационном периоде использовался силиконовый зонд диаметром 2 мм, который заводился за зону стеноза при помощи эндоскопа, в послеоперационном периоде для зондового питания применялась игольно-катетерная микроэнтеростомия. Автор показал, что энтеральная коррекция является более эффективной, нежели парентеральная. При этом в группе больных с энтеральной коррекцией внутрибрюшные осложнения наблюдались в 2 раза реже, а стоимость лечения была в 2,4 раза ниже [6].

Хирургическое лечение

Резекция желудка, как метод лечения стеноза, начала распространяться в 20-х годах прошлого столетия, когда была показана несостоятельность гастроэнтеростомии при данной патологии, а в 1938 г. была признана «операцией выбора» при язвенных стенозах. По литературным данным и в настоящее время большинство отечественных хирургов являются сторонниками резекционных методов при любой степени стеноза [10, 22]. Некоторые авторы на современном этапе признают селективно-проксимальную ваготомию в сочетании с дуоденопластикой оптимальной операцией при стенозах [10, 13, 21].

В последнее время (в основном в зарубежной литературе) появились публикации об эндоскопической баллонной дилатации при стенозах, однако число наблюдений невелико и отдаленные результаты изучены недостаточно. В то же время А. Farca et al. (1993) считают эндоскопическую баллонную дилатацию альтернативой хирургическому лечению у пациентов с высоким операционным риском [26].

В. Millat et al. (2000) проанализировали результаты хирургического лечения 48 больных, которым были выполнены органосохраняющие и органосберегающие вмешательства. При этом, несмотря на одинаковые ближайшие результаты, в отдаленном периоде лучший эффект авторы отметили у пациентов, перенесших селективную ваготомию с антрумэктомией, нежели перенесших селективно-проксимальную ваготомию с гастроеюностомией и с гастродуоденоэктомией [29].

В.И. Курка (1992) представил данные о 324 пациентах со стенозом. У 140 была выполнена резекция желудка, у остальных — различные виды органосохраняющих вмешательств. Послеоперационные осложнения при резекции наблюдались в 2 раза чаще, чем при ваготомии. Летальность составила 3,5%. Рецидив язвы выявлен в 2,4% [9].

М.Н. Окоемов (2001) привел данные о 1107 больных язвенным стенозом. Органосохраняющие операции с различными видами ваготомии были выполнены 795 (причем декомпенсированный стеноз был у 40 больных), обширные и экономные резекции желудка — 312 пациентам. У 86 больных произведена селективно-проксимальная ваготомию с дуоденопластикой. Использовались 4 вида дуоденопластики: по типу Heineke-Miculicz, по типу Finney, по типу Mochel «Y-en-V» и дуоденодуоденоанастомоз по типу Jaboulay. У 10 пациентов выполнили интраоперационную дуоденодилатацию, у 14 (с компенсированным стенозом) — изолированную селективно-проксимальную ваготомию. Ранние послеоперационные осложнения развились у 138 больных (12,5%). Частота их после резекции составила 20,5%, после ваготомии — 9,3%. Наименьшее число осложнений наблюдалось после селективно-проксимальной ваготомии с дренирующими пособиями (5,6%), наибольшее — после резекции желудка

после Бильрот-2 и Бильрот-1 (28,6 и 27,3% соответственно). Летальность после органосохраняющих операций составила 0,2%, после резекций — 1,3%. При сравнении с литературными данными полученный уровень летальности был минимальным. На основании полученных результатов автор рекомендует при выборе операции предпочтение отдавать стволовой ваготомии с экономной резекцией желудка и анастомозом на выключенной по Ру петле и селективно-проксимальной ваготомии с дуоденопластикой или пилоропластикой [12].

В.А. Криль и соавт. (2002) привели данные о 98 больных суб- и декомпенсированным стенозом, которым была выполнена органосохраняющая операция (селективно-проксимальная ваготомия — у 90, стволовая ваготомия — у 8) с дренированием (пилоропластика по Финнею — у 95, гастродуоденоанастомоз — у 3). Рубцовый стеноз был у 90 больных, и лишь у 8 выявлена ниша. Для профилактики гастростаза в послеоперационном периоде авторы применяли бензогексоний, который обладает парадоксальным действием на денервированный желудок, усиливая его моторику. Дисфагия была отмечена у 30% больных, однако в 10-дневный срок купировалась. Диарея была у 5 больных (5,1%), рецидив развился у 1 больного. На основании полученных результатов авторы рекомендуют селективно-проксимальную ваготомию с пилоропластикой по Финнею как «операцию выбора» при стенозе [7].

Г.П. Рычагов и соавт. (2003) применили селективно-проксимальную ваготомию с дуоденопластикой у 208 больных стенозом. При этом с целью сохранения привратника использовались 5 типов дренирующей операции, причем базисным вариантом была дуоденопластика типа Finney. Во всех случаях дуоденопластику завершали поэтажным ниппельным зондированием желудка и тощей кишки. Авторы отметили удовлетворительное течение раннего послеоперационного периода у всех больных. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 4,5% больных. Летальных исходов не было. В отдаленном периоде хороший и отличный результат был получен у 95% больных [20].

И.Н. Гришин и соавт. (2002), обследовав 280 больных с пилородуоденальным

стенозом, пришли к выводу, что нарушению эвакуации из желудка после селективно-проксимальной ваготомии с пилоропластикой способствует угол, образующийся между верхней горизонтальной частью двенадцатиперстной кишки и большой кривизной желудка. Авторы отмечают, что если расправить «угол провисания» до 180°, то пассаж после пилоропластики по Финнею быстро восстанавливается и при декомпенсированном стенозе. Это достигается за счет значительного перемещения дна и тела желудка вокруг пищевода, при этом малая кривизна поджимается к малому сальнику. Таким образом, от пищевода до двенадцатиперстной кишки образуется почти прямая трубка. Авторы считают, что при применении данной методики противопоказания к органосохраняющим операциям при стенозах сводятся практически к нулю [3].

Ю.Б. Мартов и соавт. (2002) выполнили селективно-проксимальную ваготомию с дренирующими операциями 312 больным язвенным стенозом, комбинированную желудочную ваготомию с дренирующими операциями — 75 больным, причем из них декомпенсированный стеноз был у 110. Ранние послеоперационные осложнения составили 3,1%. Отличные и хорошие отдаленные результаты наблюдались у 96,9% пациентов. Рецидив язвы отмечен у 4,2%. Полученные данные позволили авторам рекомендовать органосохраняющие вмешательства с дренирующими операциями при стенозе вне зависимости от его степени [21].

Заключение

По данным отечественной и зарубежной литературы, пилородуоденальный стеноз наблюдается в среднем у 5–20% больных дуоденальной язвой, причем число операций по данному поводу за последнее время заметно не снизилось. Стеноз является абсолютным и в тоже время наиболее частым показанием к плановому оперативному лечению при язвенной болезни.

Учитывая частое несоответствие клинико-рентгенологических признаков стеноза и интраоперационных находок, а также невозможность объяснить факт уменьшения его проявлений на фоне консервативной терапии, можно сделать вывод, что классификация стенозов нуждается в усовершенствовании с позиций патоморфоло-

гии. С этой же целью требуют уточнения некоторые аспекты морфогенеза стенозов.

Для оптимизации дифференциальной диагностики различных форм стеноза нуждаются в уточнении эндоскопические и рентгенологические критерии. Требуется определения диагностическая значимость при стенозах такого метода, как ультразвуковой. Необходимо разработать объективный критерий дифференциальной диагностики различных форм стеноза.

В качестве предоперационной подготовки большинство авторов предпочитают применять только традиционные мероприятия, направленные, главным образом, на коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений. Учитывая наличие в настоящее время эффективных противоязвенных препаратов в парентеральных формах, необходимо уточнить объем и сроки предоперационного противоязвенного лечения у больных с преобладающей инфильтрацией в зоне стеноза.

Таким образом, обзор отечественной и иностранной литературы свидетельствует, что проблема дуоденальных стенозов язвенной этиологии в настоящее время остается актуальной и обоснованно требует проведения новых исследований.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Батвинков, Н.И. Выбор метода хирургического лечения больных язвенной болезнью: материалы XXIII Пленума Правления общества белорусских хирургов: сб. ст. / Н.И. Батвинков [и др.]; ред. кол. Н.И. Батвинков и др.: в 2-х ч. — Часть 1. — Гродно, 1999. — С. 15–16.
2. Вардинец, И.С. Дифференцированный подход к выбору хирургических методов лечения стенозирующих пилородуоденальных язв: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. — Моск. мед. стоматол. ин-т. им. Н.А. Семашко. — М., 1995. — 24 с.
3. Гришин, И.Н. Расправление угла провисания — важный компонент хирургического лечения стенозов желудка и двенадцатиперстной кишки // XII съезд хирургов Республики Беларусь: матер. съезда в двух частях / И.Н. Гришин [и др.]; под ред. С.И. Леоновича. Часть 1. — Минск : БГМУ, 2002. — С. 155.
4. Гришин, И.Н. Хирургическое лечение язвы желудка и 12-перстной кишки (стратегия и тактика): матер. XXIII Пленума Правления общества белорусских хирургов: сб. ст. / И.Н. Гришин; ред. кол. Н.И. Батвинков и др. — в 2-х ч. — Часть 1. — Гродно, 1999. — С. 31–33.
5. Кадыров, Д.М. Этиопатогенез и хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.27 / Д.М. Кадыров / Ин-т гастроэнтерол. Акад. наук Таджикистана. — Душанбе, 1998. — 44 с.
6. Казаков, В.С. Коррекция белково-энергетической недостаточности в до и послеоперационном периодах у больных с поздними стадиями пилородуоденального стеноза язвенного происхождения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.С. Казаков. — Харьков, 1990. — 18 с.
7. Криль, В.А. Органосохраняющие операции при язвенном стенозе выходного отдела желудка // XII съезд хирургов Республики Беларусь: матер. съезда: в 2-х ч. / В.А. Криль; под ред. С.И. Леоновича. Часть 1. — Минск : БГМУ, 2002. — С. 162.
8. Кузин, М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Кузин // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 27–32.
9. Курка, В.И. Обоснование выбора хирургического лечения язвенного пилородуоденального стеноза. Практические результаты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.И. Курка / Кишиневский гос. мед. ун-т. — Кишинев, 1992. — 23 с.
10. Мартов, Ю.Б. Лечение больных язвенной болезнью, осложненной стенозом: матер. XXIII Пленума Правления общества белорусских хирургов: сб. ст. / Ю.Б. Мартов [и др.]; ред. кол. Н.И. Батвинков и др. : в 2-х ч. — Часть 1. — Гродно, 1999. — С. 61–62.
11. Мышкин, К.И. Хирургическая тактика при язвенных пилородуоденальных стенозах / К.И. Мышкин // Хирургия. — 1989. — № 10. — С. 3–9.
12. Окоемов, М.Н. Хирургическое лечение язвенных пилородуоденальных стенозов: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.27 / М.Н. Окоемов / Моск. мед. акад. м. И.М. Сеченова. — М., 2001. — 40 с.
13. Оноприев, В.И. Позиция хирурга в лечении осложненных дуоденальных язв и новые технологии / В.И. Оноприев // Рос. журн. гастроэнтерол, гепатол, колопроктол. — 1998. — № 6. — С. 63–70.
14. Панцырев, Ю.М. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах / Ю.М. Панцырев [и др.] — М. : Медицина, 1979. — 159 с.
15. Панцырев, Ю.М. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза / Ю.М. Панцырев [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 2. — С. 18–21.
16. Призенцов, А.А. Дифференцированная хирургическая тактика при различных формах язвенного пилородуоденального стеноза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / А.А. Призенцов / Учр. образ. «Гродн. гос. мед. ун-т». — Гродно, 2004. — 22 с.
17. Резолюция Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвен-

ной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» (Саратов, 25–26 сентября 2003 г.) // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 86–87.

18. Рычагов, Г.П. Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии / Г.П.Рычагов. — Минск : Выш. шк., 1993. — 183 с.

19. Кузин, М.И. Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенного стеноза / М.И. Кузин [и др.] // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 3–10.

20. Рычагов, Г.П. Современные возможности сфинктеросохраняющих технологий в хирургии осложненной язвенной болезни / Рычагов Г.П. [и др.] // Синграальная хирургия. — 2003. — № 1–2. — С. 43–44.

21. Мартов, Ю.Б. Тридцатилетний опыт хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Современные технологии в хирургии: матер. науч.-практ. конф. / Ю.Б. Мартов [и др.]; под ред. Г.П. Рычагова, В.М. Русиновича. — Минск : БГМУ, 2002. — С. 93–95.

22. Хребтов, В.А. Применение пилоросохраняющих операций в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Семипалатинская гос. мед. акад. — Барнаул, 1998. — 34 с.

23. Черноусов, А.Ф. Хирургия язвенной болез-

ни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов. — М. : Медицина, 1996. — 253 с.

24. Мартов, Ю.Б. Язвенная болезнь глазами хирурга / Ю.Б. Мартов [и др.]. — Витебск, 1995. — 269 с.

25. Pinero Madrona, A. Evolution of the need for operation for peptic pyloric stenosis over a period of 24 years (1976-1999) / A. Pinero Madrona [et al.] // Eur. J. Surg. — 2001. — Vol. 167, № 10. — P. 758–760.

26. Farca, A. Endoscopic management of pyloric stenosis in patients with high surgical risk / A. Farca [et al.] // Rev. Gastroenterol. Mex. — 1993. — Vol. 58, № 3. — P. 223–224.

27. Choudhary, A.M. Helicobacter pylori-related gastric outlet obstruction: is there a role for medical treatment? / A.M. Choudhary [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. — 2001. — Vol. 32, № 3. — P. 272–273.

28. Hurtado-Andrade, H. Surgical treatment of peptic ulcer / H. Hurtado-Andrade [et al.] // Rev. Gastroenterol. Mex. — 2003. — Vol. 68, № 2. — P. 143–155.

29. Millat, B. Surgical treatment of complicated duodenal ulcer: controlled trials / B. Millat [et al.] // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24, № 3. — P. 299–306.

30. Rignault, D. Ulceres duodenax en stenose traites par vagotomie fundique—duodenoplastie. Resultats a distance / Rignault D. [et al.] // Chirurgie. — 1985. — Vol. 111, № 3. — P. 273–278.

Поступила 24.01.2006

УДК 616.718.19-001-083.98(035)

СИСТЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОЛИТРАВМЫ И КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕЙ

Часть 2. Разработка систем и концепций в СССР, России (обзор литературы)

М.М. Дятлов

Гомельский государственный медицинский университет

Представлен обзор мировой литературы о научных взглядах на определение степени тяжести нарушений при тяжелой политравме, о разработанных системах и способах ее оценки, а также о концепциях хирургической помощи при сочетанных и множественных повреждениях. Столь системный обзор литературы по данной проблеме на русском языке публикуется впервые. В данной части статьи показаны системы и концепции, разработанные в СССР и России.

Ключевые слова: политравма, степень тяжести политравмы, балльная оценка, концепции хирургической помощи.

DETECTION OF POLYTRAUMA SEVERITY DEGREE AND SURGICAL ASSISTANCE CONCEPT

Part II. Systems and concepts development in the ussr and russia (references review).

M.M. Dyatlov

Gomel State Medical University

The present article reviews the world references regarding the detection of the polytrauma severity degree, the developed systems of its definition, and also the concept of surgical assis-