актуальных проблем неотложной хирургии. За последние 20 лет, по данным разных авторов, частота кровотечений увеличилась в 2-3 раза, что связано со значительным ростом числа больных циррозами печени различной этиологии.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечения 89 больных цирроз печени с варикозным расширением вен пищевода и желудка, осложненных кровотечением. Согласно критериев Child-Pugh 43 (48,3%) были отнесены к группе А, 26 (29,2%) – к группе В, 20 (22,4%) – к группе С.

Результаты и обсуждение: эндоскопию рассматривали как элемент комплексного лечения и применяли: 1) в экстренном порядке с целью достижения гемостаза и при остановившемся кровотечении; 2) в плановом порядке. С целью остановки продолжающегося кровотечения эндоскопическая склерооблитерация проведена у 22, при неустойчивом гемостазе после распускания манжет зонда-обтуратора - у 31, в отдаленном послеоперационном периоде - у 15, с целью профилактики рецидива геморрагии – у 13 и в качестве первичной профилактики - у 8. При плановом склерозировании вен пищевода использовали интравазальное введение 3 % раствора тромбовара (фибровейна, этоксисклерола) в общей дозе не более 5 мл. Частота первичного гемостаза при продолжающемся кровотечении составила 81,8% (18 пациентов). У 1 больного неэффективность склеротерапии заключалась в возникновении рецидива кровотечения из ВРВ кардиального отдела желудка, еще у 3 – из ВРВ пищевода. В течение 3 мес. после проведения эндоскопического воздействия при продолжающемся кровотечении и неустойчивом гемостазе у 53 больных, рецидивы кровотечения развились у 8. Это были пациенты с декомпенсированным циррозом печени, которым оперативное вмешательство не выполнялось. Из 13 больных после эндоскопической склерозирования с целью вторичной прфилактики рецидив развился у 2 (15,3%).

Выводы: таким образом, эндоскопическое склерозирование является достаточно эффективным методом при кровотечении из расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозами печени.

161. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДО, ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ И ЧЕРЕЗ 3 ГОДА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ЛитвиноваН.В. ,ОсипенкоМ.Ф., ВолошинаН.Б., Фролов Я.А., Холин С.И.

Новосибирский государственный медицинский университет,Новосибирск, Россия

Число проводимых холецистэктомий (ХЭ) продолжает увеличиваться и до сих пор остается практически единственным радикальным способом лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Несмотря на накопленный огромный опыт их выполнения, хирургическое вмешательство далеко не всегда приводит к полному излечению. По данным разных авторов, у 4,3-80% больных после в различные сроки ХЭ возникает так называемый постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), лечение которого представляет значительные трудности в связи со сложностью патогенеза и многообразием клинических проявлений и заставляет пациента обращаться за медицинской помощью. По данным российской и зарубежной литературы термин ПХЭС ввиду своей неоднородности вызывает ряд споров. В последние годы он стал использоваться реже. Чаще применяется понятие «патологические состояния после ХЭ».

Цель исследования: изучить структуру клинических симптомов до, через 6 месяцев и через 3 года после выполнения ХЭ по поводу ЖКБ.

Материалы и методы: нами был проведен опрос и обследование 40 пациентов (34 женщины и 6 мужчин). Средний возраст пациентов - 58,3 года. ЖКБ диагностировалась в возрасте от 29 до 79 лет. Наследственная отягощенность по ЖКБ прослеживалась у 22,5%. В плановом порядке прооперированы 11 человек, экстренно –29. Структура операций: ХЭ из мини-лапаротомного доступа - 34 человека, ХЭ из открытого лапаротомного доступа –5 больных, лапароскопическая ХЭ у1человека. Послеоперационные осложнения встречались у 3 человек (7,5%)-желчный перитонит.

Результаты: до ХЭ (N=40)предъявляли жалобы на билиарные боли 35 пациентов(87,5%), синдром диспепсии 30 человек (75%), запор и диарею отметили 4 человека(10%).Через 6 месяцев после ХЭ (N=40) билиарные боли отмечались у 22 человек (64,7%), синдром диспепсии у 50%, запор и диарея у 14 человек(44,1%).Через 3 года после ХЭ (N=34) пациенты предъявляли жалобы на билиарные боли 16 человек(47,1%), синдром диспепсии 19 человек (55,9%), запор и диарея- 17 человек(50%).

Выводы: частота разных клинических проявлений после ХЭ составляет от 44,1% до 64,7%, что соответствует данным литературы. Обращает внимание уменьшение после ХЭ болевого синдрома, синдрома диспепсии, но возрастание частоты запоров и диареи.

162. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Лифшиц В.Б., Сернов С.П.

ГОУ ВПО Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель исследования. Оптимизация диагностики алкогольной болезни печени (АБП) с помощью построения математической модели, в которую входят признаки, позволяющие с высокой степенью вероятности идентифицировать определенную стадию заболевания.

Материалы и методы. Если обозначить как $Z = \{z_1, z_2, z_3\}$ множество вариантов решения, где z_1 – стеатоз, z_2 – хронический алкогольный гепатит, z_3 – цирроз печени, то модель должна давать возможность выбора стадии АБП z_i. В основу такого решения должен быть положен инструмент, осуществляющий классификацию пациентов на 3 класса по заданным признакам и выявляющий наиболее значимые. Для реализации поставленной задачи нами был выбран