

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза и профилактики кровотечений из гастродуоденальных язв методом аргоноплазменной коагуляции у 245 больных. У 119 (48,6 %) больных источником кровотечения были хронические и у 126 (51,4 %) — острые гастродуоденальные язвы. Мужчин было 165 (67,4 %), женщин — 80 (32,6 %). До 30 лет было 26 (10,6 %) больных, в возрасте 30—39 лет — 26 (10,6 %) больных, 40—49 лет — 47 (19,2 %), 50—59 лет — 52 (19,3 %), 60—69 лет — 39 (15,9 %), 70—79 лет — 41 (16,7 %) и старше 80 лет было 14 (5,7 %) больных. Подавляющему большинству — 177 (72,2 %) больных неотложное эндоскопическое исследование было проведено в первые три часа после их поступления в больницу. Большинство больных (217 или 88,6 %) были направлены на эндоскопическое исследование с синдромальным диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения, 16 (6,5 %) — с язвенным кровотечением и 12 (4,9 %) больных — с другим диагнозом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Продолжающееся кровотечение было у 83 (33,9 %) больных, в том числе у 7 больных оно было расценено, как F1a и у 76 — как F1b. У 162 (68,1 %) больных кровотечение было остановившимся. У всех 83 больных с продолжающимся кровотечением удалось достичь первичного гемостаза аргоноплазменной коагуляцией источника кровотечения. У 162 больных АПК проведена для снижения риска возникновения рецидива кровотечения.

Рецидив кровотечения возник у 29 (11,8 %) больных, в том числе у 11 (13,3 %) из 83 больных после остановки кровотечения и у 18 (11,1 %) после профилактического применения аргоноплазменной коагуляции. У 20 больных с рецидивом кровотечения во время эндоскопии удалось остановить кровотечение, однако у 10 из них оно вновь повторилось.

Операции в экстренном и срочном порядке выполнены у 39 (15,9 %) больных. У 12 из них показанием к хирургическому вмешательству послужил рецидив кровотечения и у 27 — высокая вероятность его возникновения.

Летальный исход констатирован у 17 (7,6 %) больных, в том числе у 5 (4,2 %) из 119 больных с кровотечением из хронических и у 12 (9,5 %) из 126 больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв. Причем ни у одного из 12 больных с кровотечением из острых язв последнее не явилось причиной летального исхода.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Аргоноплазменная коагуляция является эффективным методом гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении, позволяющим в большинстве случаев добиться первичного гемостаза. Однако рецидив кровотечения после аргоноплазменной коагуляции отмечен в 11,8 % случаев и может возникнуть как после остановки геморрагии, так и при профилактике рецидива кровотечения. Аргоноплазменная коагуляция требует дальнейшего изучения и совершенствования техники проведения манипуляции.

**В.П. Будашеев, Б.Г. Гармаев, Ч.В. Содномов, В.П. Саганов, Б.С. Хабинов**

**ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

*Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

**ВВЕДЕНИЕ**

Проблема перитонита остается актуальной, несмотря на все достижения научно-технического прогресса. Вряд ли в хирургии можно выделить проблему более древнюю и более актуальную, чем проблема перитонита. Научно-технический прогресс, достижения в области хирургии, к сожалению, еще не разрешили ее, и мы продолжаем терять больных. Разлитой гнойный перитонит является одним из наиболее грозных осложнений острых воспалительных заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. Летальность при перитоните и по сей день остается самой высокой среди всех хирургических заболеваний. По данным различных авторов, она составляет от 18,3 до 62,8 %. Самая высокая летальность наблюдается при послеоперационном перитоните — от 45 до 92,3 %. Поиск методов улучшения результатов лечения больных с РПП побуждает клиницистов к изучению факторов риска, которые в конечном результате могут повлиять на исход заболевания. Многолетний клинический опыт отделения гнойной хирургии РКБ им. Н.А. Семашко, а также литературные данные позволяют прийти к заключению, что программированные санации при абдоми-

нальном сепсисе, в условиях тяжелой полиорганной недостаточности, с поражением трех и более систем и органов, утрачивают свои преимущества, целиком сохраняя существенные недостатки. Показания к программируемым санационным релапаротомиям должны основываться на понимании положительных и отрицательных сторон этого метода и объективной оценке тяжести состояния больного. В связи с этим проведено комплексное обследование больных для выявления факторов риска гнойно-септических инфекций.

**Цель работы** — изучение структуры и частоты послеоперационных осложнений параллельно с исследованием целого ряда клинических и социальных показателей, которые могут быть использованы в качестве факторов риска и их развития.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

К факторам риска гнойно-септических инфекций при разлитом гнойном перитоните относят: возраст (пожилой, старческий); избыточный подкожно-жировой слой; эндокринные нарушения; значительная продолжительность оперативного вмешательства; техническое усовершенствование хирургического вмешательства, исключающего попадания условно-патогенных микроорганизмов в рану; предотвращение циркуляции условно-патогенной микрофлоры в стационаре; организационные дефекты в развитии гнойно-септической инфекции: время от начала заболевания до госпитализации; время от момента госпитализации до операции; очередность проведения операций и перевязок; диагностические дефекты: сроки установления диагноза; точность диагноза; неполная оценка гомеостаза; тактические дефекты: характер обезболивания; выбор оперативного доступа; характер оперативного вмешательства (оценка жизнеспособности кишки, выбор способа пластики при грыжах, тактика окончания операции); оценка морфологических изменений тканей; сопутствующая патология. В основу исследования факторов риска гнойно-септических инфекций положен клинический анализ (на основании историй болезни) диагностики и лечения 117 больных. Из них 89 человек (I группа) имеют два, и более факторов риска, и 28 человек (II группа) их не имеют. При детальном изучении соответствующих показателей этих групп, выявлена значимость указанных факторов на исходы.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ исходов лечения гнойного перитонита с учетом времени от начала заболевания и до поступления больных в стационар. Так, среди больных из I группы осложнения имели 20,7 ± 5,3 %, а во II группе — 4,5 ± 1,5 % ( $p < 0,01$ ). Таким образом, по результатам исследования среди всех факторов риска, указанных выше, фактору времени придается первостепенное, и решающее, значение.

Кроме фактора времени весьма существенное значение на исход заболевания также оказывает и объем оперативного вмешательства — минимальный его характер обеспечивает наилучшие исходы (78,9 ± 2,3 %). В то время как увеличение объема оперативного вмешательства с вынужденной резекцией кишечника или сальника повышает процент нагноений в 3 раза — 16,1 ± 2,3 % ( $p < 0,001$ ).

#### ВЫВОДЫ

1. С целью достижения благоприятных результатов лечения распространенного гнойного перитонита, необходимо учитывать упомянутые выше факторы риска, которые в конечном случае помогут прогнозировать исход заболевания.
2. В случаях выявления у больных двух и более факторов риска с целью улучшения исходов лечения больных с гнойно-септическими инфекциями при разлитом гнойном перитоните следует усматривать, прежде всего, в расширении показаний к выполнению плановых вмешательств и, по возможности, в уменьшении объема травматичности оперативного пособия.

**В.П. Будашеев, Е.Н. Цыбиков, В.П. Саганов**

### ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЛАВАЖ – КАК МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время достаточно трудным и неоднозначным остается вопрос выбора оптимальной диагностической и хирургической тактики лечения распространенного гнойного перитонита. Основ-