

осложнениям, способным закономерно перерасти в менингит, сепсис и даже заканчиваться смертью пострадавшего. Например, Pers С., Gahrn-Hansen В. и Frederiksen W. (1996) зафиксировали 39 случаев сепсиса *S. Canimorsus* после укусов собак, у 14 пациентов развился ДВС-синдром, у 5 - менингит, у 1 – эндокардит.

Весьма показательна и такая статистика. По данным специальной литературы и в результате проведенного изучения годовых отчетов антирабического центра Санкт-Петербурга, установлено, что за последние 5 лет в нашей стране, в том числе Псковской, Ленинградской, Тверской и Московской областях, было зарегистрировано 256 случаев заболевания людей бешенством, причем в 80% источником заражения явились собаки.

Таким образом, при проведении судебно-медицинских освидетельствований по поводу причинения повреждений животными необходимо оценивать укусы животных не только как результат действия физического (механического) фактора, но и учитывать вполне возможные инфекционные последствия (острые и отсроченные, местные и общие) от воздействия биологического повреждающего фактора.

*Чебыкина М.О., Дудаев А.В., Варзин С.А.*

#### **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ**

*Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,  
mouse\_007.88@mail.ru, simon\_deboro@mail.ru*

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (ЯБ), равно как и рак желудка на протяжении последнего столетия остаются наиболее социально значимыми заболеваниями во всем мире. Хорошо известно, что заболеваемость язвенной болезнью напрямую зависит от социально-экономической и общественно-политической ситуации. Начавшееся в условиях кризиса снижение уровня жизни неизбежно вызовет дальнейший рост заболеваемости и увеличение количества угрожающих жизни осложнений, таких как кровотечение и перфорация язвы (Черноусов А.Ф., 2009).

Распространенность ЯБ среди взрослого населения у мужчин достигает 10-12%, у женщин – 3-5%. Первичная заболеваемость ЯБДПК варьирует от 800 до 5000 случаев на 100 тыс. жителей в год и для язвенной болезни желудка составляет около 500. Показатель этот выше у населения экономически развитых стран, среди горожан и представителей низших социальных слоев: неквалифицированных

рабочих, работников ручного труда, мигрантов, безработных и др. (Беланков В.М., 2011).

Смертность от язвенной болезни колеблется в разных странах от 6-7,1 на 100 тыс. населения при язве желудка, от 0,2-9,7 – при язве двенадцатиперстной кишки (Фадеев П.А., 2009).

**Перфорация.** Одним из грозных осложнений язвенной болезни является перфорация язвы, частота которой составляет 4 - 30%. Чаще отмечается прободение язвы двенадцатиперстной кишки. У мужчин это осложнение встречается в 10 раз чаще, чем у женщин (И.И. Белов, 2004). В настоящее время на долю перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки приходится 0,1% среди всех хирургических заболеваний, а при острой хирургической патологии органов брюшной полости она составляет 1,9-2,6% (В.Н. Сацукевич, 2001., Румянцев А.Ш., 2004). Летальность при перфоративных язвах остается высокой и составляет 5 - 15% (А.Е. Борисов и соавт., 2003). Летальность при перфорации гигантских язв достигает 10,1 - 27,3% и более.

**Кровотечение.** Около 60-75% желудочно-кишечных кровотечений являются следствием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Желудочное кровотечение, как и перфорация, нередко бывает первым проявлением язвенной болезни. По данным статистических материалов МЗ РФ (2000), язвенные гастродуоденальные кровотечения наблюдаются у 70 человек на 100 тыс. населения. При язвенной болезни источником кровотечения чаще всего является артерия, реже кровотечение носит артериовенозный характер. Кровотечение может быть обильным (при эрозии крупного сосуда), умеренным и незначительным (скрытое кровотечение, при поражении капиллярной сети). Для характеристики гастродуоденальных кровотечений на практике используется классификация Форреста (J. Forrest, 1987).

Непосредственной причиной кровотечения являются трофические нарушения тканей в зоне язвы вблизи кровеносного сосуда. Из всех осложнений язвенной болезни кровотечения встречаются до 80% случаев. Вероятность возникновения кровотечения выше у пациентов, которые длительное время страдают язвенной болезнью, у пожилых людей, а также на фоне приёма нестероидных противовоспалительных препаратов. Доказано что бесконтрольный прием НПВС вызывает в 70% случаев кровотечения из язвенного дефекта.

Летальность при кровотечениях из язв высока и колеблется в пределах 4-10%, однако, в случаях рецидива кровотечения на фоне консервативного лечения у пациентов с выраженной соматической патологией достигает 30%. От осложнений язвенной болезни в России в трудоспособном возрасте ежегодно умирает около 6 тысяч больных (Шапошников А.В. 2007).

**Стеноз.** Пилородуоденальный стеноз - сравнительно частое и прямое осложнение язвенной болезни, частота которого по данным разных авторов колеблется в весьма широких пределах от 6% до 17%.

Стеноз является причиной смерти 11-13% больных, умерших от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Средний возраст погибших пациентов составлял 44 года (Кубышкин В.А., Козлов И.А., 2003; Кузин Н.М. с соавт., 2003).

**Пенетрация.** Пенетрация гастродуоденальных язв является одним из тяжелых осложнений. Пенетрация встречается в 1-1,5% случаев среди всех осложнений язвенной болезни. Различают 3 стадии развития пенетрации: стадию проникновения через все слои стенки желудка и двенадцатиперстной кишки (40 — 50%), стадию фиброзного сращения с подлежащим органом (25 — 30%) и стадию завершённой перфорации в полый или и проникновения в паренхиматозный орган (22 — 29%) (Фадеев П.А., 2009).

Пенетрирующие язвы у большинства больных (60-70%) сопровождаются острыми кровотечениями или рубцовыми стенозами пилородуоденального канала. Нередко встречается сочетание трех вторичных осложнений: пенетрация, кровотечение, стеноз (Жерлов Г.К. с соавт., 2003; Пугаев А.В. с соавт., 2003; Казымов И.Л. с соавт., 2008).

Исходя из особенностей течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее грозных осложнений и учитывая их частоту, которая на протяжении многих лет остается относительно стабильной, мы вправе высказать свое суждение о причине этого постоянства (Варзин С.А., 2006).

Эволюция язвенного дефекта может протекать в нескольких вариантах и их мы связываем с различной степенью нарушения нервно-рефлекторной регуляции трофики тканей в конкретном локусе кишки.

Нарушения трофики тканей могут проявляться: 1) с преобладанием дистрофически-дегенеративных процессов (сопровождаются кровотечением, перфорацией или пенетрацией); 2) с преобладанием пролиферативных процессов (стенозирование); 3) без преобладания дистрофически-дегенеративных или пролиферативных процессов (в случае неосложненной язвы, как правило с длительным анамнезом).

## **Литература.**

1. Черноусов А.Ф. Ответы на вопросы online-конференции по проблемам язвенной болезни / <http://www.mma.ru/conference/id49254> (дата обращения - 25.10.2012)
2. Беланков В.М. Медико-социальные аспекты хирургии язвенной болезни в Беларуси. Исследование хирургической эпидемиологии язвенной болезни в

Беларуси. Новый взгляд на лечебную стратегию и тактику / Напечатано в России: Изд-во LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. 266 с. (ISBN: 978-3-8465-2904-1).

3. Варзин С.А. Два различных исхода ваготомии (выздоровление и рецидив заболевания) у больных язвой двенадцатиперстной кишки / Проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию кафедры хирургии МФ СПбГУ. СПб., 2006. С.26-29.

*Р.О. Чепцов, М.М. Крамчанинов, А.М. Мансуров,  
А.А. Протасов, М.А. Шатиль*

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
ПО ДАННЫМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.  
И.П. Павлова, Кафедра общей хирургии; СПб ГБУЗ «Городская больница Святого  
Великомученика Георгия», [roman.cheptsov@mail.ru](mailto:roman.cheptsov@mail.ru)*

Проанализированы истории болезней больных, которым в гнойно-септическом отделении городской больницы Св. Георгия в течении года были выполнены высокие ампутации нижних конечностей при отсутствии показаний к реваскуляризации. Общее число больных – 92, из них 51 больной страдал облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК), им были выполнены ампутации бедра в средней трети (32), в верхней трети (19). У 38 больных был ОАСНК на фоне сахарного диабета (СД), им были выполнены ампутации бедра в средней трети (33), на уровне голени в верхней трети (5). 3 больным выполнены ампутации голени по поводу отморожения.

Представлены результаты ампутаций бедра. Из 92 больных было 44 женщины и 48 мужчин. Все больные рассмотрены в трех возрастных группах: до 60 лет, от 60 до 75 лет и старше 75 лет.

В группе больных с ОАСНК, которым выполнена ампутация бедра в средней трети, наблюдался исходный уровень некроза преимущественно дистальных отделов нижней конечности, чаще всего стопы; преобладающий уровень окклюзии артерий - бедренно - подколенный сегмент. Синдром системной воспалительной реакции чаще был выражен в возрастной группе от 60 до 75 лет (61%). Операции чаще были отсроченные. Осложнения со стороны послеоперационной раны, в виде нагноения, наблюдались только в возрастной