

консервативное лечение) экстренному оперативному лечению. Среди пациентов контрольной группы оперативное лечение потребовалось 9 (30%) из 30 больных. Показанием к оперативному лечению было наличие задержки гнойного отделяемого либо появление очага размягчения в области инфильтрации.

Отдаленные результаты лечения пациентов обеих групп были прослежены в срок до 1,5 лет. Всего из 55 пациентов удалось связаться с 49 (23 пациента из основной группы и 26 из контрольной группы). Частота рецидивов заболевания в двух группах была различной. Из 26 пациентов контрольной группы рецидив заболевания наступил у 12 пациентов (46%). Из 23 пациентов основной группы рецидив наступил у 4 больных (17,4%). При этом все 4 пациента имели срок заболевания более 2х лет, в анамнезе у всех имелись неоднократные рецидивы заболевания.

Таким образом, было установлено, что проведение пациентам с хроническим послеоперационным остеомиелитом нижних конечностей курса лимфотропной антибактериальной терапии с временным фармакологическим блоком современными остеотропными антибиотиками способствует более быстрому купированию воспалительных явлений. Помимо этого, рецидив заболевания наступает у таких пациентов значительно реже, чем у пациентов, получавших традиционное лечение. При этом, простота методики, позволяет применять такой метод лечения в любом стационаре, включая ЦРБ.

*В.Э. Федоров, Б.С. Харитонов*

#### **ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Росздрава, [pppfsurg@yandex.ru](mailto:pppfsurg@yandex.ru)*

Каждый год в мире производится более 2,5 млн самых разнообразных операций на желчевыводящих путях, накоплен огромный научно-практический опыт по ведению таких пациентов, однако число послеоперационных осложнений по-прежнему остается на высоких цифрах, колеблющихся от 12,3 до 57,8 %. Особенно неблагоприятно выглядят результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложнениями в виде механической желтухи.

За последние 10 лет в клинике факультетской хирургии находилось на лечении 275 больных механической желтухой неопухолевого генеза пожилого и старческого возраста. При исследовании системы гемокоагуляции было установлено, что изменения в этой системе носили неоднозначный характер. У

54% больных не отмечено существенных изменений в свертываемости крови, у 37% была гипокоагуляция, а у 9% - гиперкоагуляция. При этом установлено, что направленность и выраженность изменений гемостаза не зависят от уровня билирубинемии – одного из традиционных показателей тяжести заболевания. При анализе клинической картины у больных механической желтухой также обнаружено, что билирубинемия не определяет тяжести состояния больного. Хорошо известен тот факт, что у больных обтурационной механической желтухой (камень холедоха, опухоль головки pancreas) несмотря на билирубинемия до 300-400 мкмоль/л общее состояние долгое время может не страдать, тогда как при невысоком содержании билирубина (20-30 мкмоль/л) при панкреатитах или холангитах развиваются тяжелые нарушения гомеостаза в целом. Такое положение навело на мысль о том, что определяющим в состоянии больного является не столько билирубиновая интоксикация, сколько развивающийся эндотоксикоз при различных заболеваниях, гипербилирубинемия при которых является лишь одним из симптомов.

Дальнейшие исследования привели к разработке понятия «фазы эндотоксикоза» при механической желтухе (В.Э.Федоров, 1998), которые подразделяются на холестатическую, цитолитическую и экзогенную фазы. При этом выявлено, что у больных на разных фазах изменения гемокоагуляции носят разнонаправленный характер

При неосложненной холестатической желтухе развиваются гипокоагуляция и угнетение фибринолиза, зависящие от прямого гипокоагуляционного действия желчных пигментов на факторы системы свертывания крови и снижения их синтеза в печени.

При исследовании системы гемостаза у больных с цитолитическим эндотоксикозом обнаруживается гиперкоагуляция. Усиление фибринолиза по сравнению с холестатической формой и переход гипокоагуляции в гиперкоагуляцию явно свидетельствует о появлении латентного ДВС-синдрома, особенно в тех случаях, когда у больного с холестатической формой эндотоксикоза присоединяется цитолиз.

Экзогенная форма имеет другие характерные черты: по данным электрокоагулограммы на фоне гиперкоагуляции наблюдается усиление фибринолиза. Содержание фибриногена было нормальным или умеренно пониженным. Эти изменения были расценены нами как признаки дальнейшего развития ДВС-синдрома.

Сопоставляя число тромботических осложнений до и после разделения больных по фазам эндотоксикоза (2005г.), обнаружено значительное уменьшение числа осложнений данной природы - тромбоз мезентериальных сосудов – с 1,8% до 0%; нарушение мозгового кровообращения с 8,8% до 0%; сердечно-сосудистая

недостаточность (инфаркты миокарда, тромбоэмболии легочной артерии – с 21,1% до 9,6%. Кроме того, осложнения имели более легкое течение, сочетанных тромбозов и летальных исходов от них не было.

Таким образом, тромбоэмболические осложнения у больных механической желтухой связаны не с самим фактом гипербилирубинемии, а с возникающим эндотоксикозом. При этом образующиеся лейкоцитарные протеазы, тромбопластин, поврежденный эндотелий сосудов, продукты распада тканей, ацидоз являются пусковыми моментами в развитии ДВС-синдрома. Особую опасность в возникновении тромбозов несет I стадия ДВС-синдрома, которая возникает при развитии экзогенной фазы механической желтухи. Поэтому само по себе изменение фазы желтухи является прогностическим фактором развития нарушений гемокоагуляции и возникновения тромбоэмболии.

Профилактика тромбоэмболических осложнений при механической желтухе должна опираться на критерии фаз эндотоксикоза, а лечебная тактика - строиться с учетом фазовых патоморфологических изменений в печени. В первую фазу эндотоксикоза профилактика тромбоэмболий аналогична классическим постулатам для хирургических больных, во вторую стадию необходимо обратить внимание на коррекцию гепатодепрессии. а в третью – показана активная хирургическая тактика ведения больных, малотравматичная декомпрессия билиарного тракта и экстракорпоральная детоксикация.

*Федоров В.Э., Дубошина Т.Б., Харитонов Б.С., Лагун М.А.*

#### **ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Росздрава, [pppfsurg@yandex.ru](mailto:pppfsurg@yandex.ru)*

В различные периоды жизни в организме человека практически все физиологические и патологические процессы протекают неодинаково и проявление различных заболеваний имеет свои характерные возрастные особенности.

В связи с увеличением средней продолжительности жизни людей нарастает число больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста.

За 10 лет в клинике факультетской хирургии лечилось 128 больных язвенной болезнью старше 60 лет. Оперировано из них 58, что составляет 45%.

Следует отметить особенности развития и течения язвенной болезни в этой возрастной группе.

1. У 80 из 128 пациентов язва впервые была диагностирована в пожилом