

- 4.4. Хронический продуктивный (фибропластический) перитонит (К 65.8).
- 4.5. Абсцесс печени (К 75.0).
- 4.6. Флегмона стенки живота (L 03.3).
- 4.7. Лигатурные свищи послеоперационных рубцов (L 08.8).

Классификация имеет рабочий характер, она позволяет проводить комплекс реабилитационных мероприятий, как в ранние сроки заболевания, так и в отдаленном периоде. Больные, перенесшие перитонит, взяты на диспансерный учет. При проведении реабилитационных мероприятий применялось два направления. Первое — профилактическое, когда при лечении разлитого гнойного перитонита уже изначально использовались охраноспособные технологии, предупреждающие развитие осложнений и неблагоприятных последствий или снижающие их тяжесть. Так, в лечении перитонита обязательным мероприятием считаем дренирование кишки. Для этих целей разработан «Энтеральный зонд» (патент № 2121376) и пять его модификаций, позволяющие не только дренировать кишку, но и выполнять комплекс по профилактике и коррекции энтеральной недостаточности, в основе которого лежит «Способ энтеросорбции» (патент РФ № 2122868) с использованием жидких и плотных сорбентов. При выраженных гнойно-некротических, фибринозных напастованиях на органах, в полостях абсцессов у 52 больных использована сорбционно-аппликационная технология по патентам № 2123361 и № 2294702. Аналогичная технология использована при лечении панкреонекроза по патенту № 2188045, примененная у 34 пациентов. Энтеральный зонд, введенный анте- или ретроградно, надежно шинирует кишку в функционально выгодном положении, что предупреждает в будущем развитие спаечной кишечной непроходимости.

Второе направление — собственно реабилитационное, когда при развитии того или иного последствия перитонита используются новые технологии лечения и устройства для их реализации. В лечении кишечных свищей используем обтурационные технологии. Для этого разработано «Устройство для обтурации наружного свища желудочно-кишечного тракта» (патент № 2143285), использованное у 64 больных со сформированными свищами; «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент № 2224554), «Способ обтурации наружных трубчатых свищей пищеварительного тракта и остаточных полостей абдоминальной области» (патент № 2262942), применяемые при лечении трубчатых и губовидных несформированных свищей. Для лечения сформированных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент № 2228149), успешно примененный у 163 человек. Для лечения спаечной болезни — неизбежного неблагоприятного последствия перитонита, у 26 пациентов использован «Способ лечения спаечной болезни» (патент № 2177741). Для лечения ран разработан и применен более чем у 480 пациентов «Способ лечения гнойных ран» (патент № 2195291). В последнее время способ усовершенствован за счет применения обогащенного природного сорбента по патенту № 2264865 («Способ обогащения цеолитсодержащих пород»). Обогащенный цеолит входит и в состав разработанной нами БАД «Цесейдин» (патент № 2307522), на которую утверждены технические условия и получено разрешение Фармкомитета на использование в медицине.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение на практике двух направлений по предупреждению развития неблагоприятных последствий перитонита и по их коррекции с помощью более совершенных технологий лечения и устройств для их реализации позволило добиться хороших и удовлетворительных результатов у большинства больных.

Н.И. Богомолов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Цель исследования: оптимизация тактики, диагностики и лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Забайкальском крае проживает 1 112 000 человек. За последние 16 лет количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями неуклонно росло. Доля язвенных кровотечений на 1987 г. составляла $53,2 \pm 6,3 \%$, в 2009 — $42,85 \pm 9,7 \%$. Если в 1995 г. количество язвенных кровотечений было 71, с неуклонным ростом до 470 случаев в 2008 г. ($257,2 \pm 36,2$). Диагностика и радикальное лечение заболеваний, осложнившихся желудочно-кишечным кровотечением — стратегическая задача хирургической службы. Послеоперационная летальность при кровотечениях желудочно-кишечного тракта колебалась на протяжении последнего десятилетия от 5,4 % до 20,9 % ($14,4 \pm 2,8 \%$). Внедрение современных эндоскопических и хирургических технологий позволило существенно снизить этот показатель. Все больные

с желудочно-кишечным кровотечением госпитализируются в хирургические стационары, где выполняется эндоскопическое исследование. При продолжающемся или состоявшемся кровотечении источник подвергается аргон-плазменной обработке и орошается капрофером. Аргон-плазменная коагуляция – эффективная эндоскопическая процедура, позволившая остановить кровотечение из большинства источников в 94–98 % из 157 случаев. Воздействие капрофером у 132 человек в чистом виде и в сочетании с аргон-плазменной коагуляцией или моноактивной электрокоагуляцией позволяло остановить кровотечение практически в 100 % случаев. С 1980 г. при хирургическом лечении активно применяем органосохраняющие (ваготомии) процедуры, по материалам 2-х клиник располагаем опытом более 2600 таких операций, включая 44 в эндовидеохирургическом варианте. Послеоперационная летальность при таких операциях в 2,2 раза меньше, чем при классической резекции желудка. Благодаря внедрению эффективных эндоскопических технологий гемостаза за последнее десятилетие количество операций за год уменьшилось с 83 до 42. Приказом министра в крае ведется мониторинг больных с желудочно-кишечными кровотечениями, проводится регулярная подготовка и переподготовка хирургов.

ВЫВОДЫ

Улучшение результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями можно достичь: путем оздоровления нации за счет снижения потребления алкоголя; широкого внедрения передовых эндоскопических методик гемостаза; всеобщей диспансеризации и своевременной медикаментозной терапии больных язвенной болезнью; активном и раннем применении органосохраняющих и органоспадающих методик хирургического лечения язвенных кровотечений, в том числе и в эндовидеохирургическом варианте их исполнения.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, И.В. Вотьев,

ЩАДЯЩАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1 (Чита)*

Целью работы явилась разработка малоинвазивных технологий лечения холедохолитиаза (ХЛ), протекающего с механической желтухой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Традиционные хирургические пособия при ЖКБ с механической желтухой сопровождаются тяжелыми осложнениями и не всегда завершаются успешно. Малоинвазивные технологии лечения данной патологии – «золотой стандарт» современной билиарной хирургии.

1) Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) по усовершенствованной технологии, гарантирующей окончательную остановку кровотечения из разреза, выполнена у 64 больных. Экстракция камней осуществлялась корзиной Дормиа, либо они отходили самостоятельно. ЭПСТ, как правило, предшествовала холецистэктомии, что позволяло выполнить удаление желчного пузыря эндовидеохирургическим способом или через мини-доступ.

2) Холедохоскопия интраоперационная, реже – чреспапиллярная осуществлена у 532 больных, экстракция камней осуществлялась корзиной Дормиа, катетером Фогарти, щипцами и вымыванием из протоков.

3) Экстракция «забытых» камней через или совместно с дренажем корзинами Дормиа из металла с памятью формы модели «Захват» под рентгенологическим контролем осуществлена у 19 пациентов. Для этой процедуры важно, чтобы дренаж в холедохе был установлен по процедуре Керте.

4) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) выполнена у 374 пациентов, что позволило завершить дифференциальный диагноз при механической желтухе и принять окончательное решение о варианте хирургического пособия.

5) Лапароскопия и лапароскопическая холецистостомия выполнена у 32 больных, что позволило купировать желчную гипертензию.

6) Литолиз «забытых» холестериновых камней традиционными препаратами или гипохлоритом натрия по собственному предложению применен у 29 человек с полным или частичным успехом.

7) Назобилиарное и (или) традиционное наружное дренирование протоковых структур для лечения гнойного холангита по собственной технологии (патент РФ № 2277916) успешно применено у 32 пациентов.

8) Чрескожная транспеченочная холангиостомия в исполнении рентгенхирургов использована в 126 случаях, причем у 6 пациентов дренаж через папиллу проведен в двенадцатиперстную кишку, что облегчало ЭПСТ.