

КБ 123 ФМБА России, Одинцово, филиал №4  
ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, Краснознаменск,  
Россия

**Цель исследования:** определить вероятность риска развития эрозивно-язвенных повреждений (ЭЯП) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных, находящихся в критическом состоянии, и оценить возможности их профилактики.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 95 больных в критическом состоянии (тяжесть состояния составила  $(52,8 \pm 2,5)$  балла по SPACHE-II). Средний возраст больных составлял  $(35,7 \pm 1,5)$  года.

У 59 больных проводилась «традиционная» терапия и были использованы ингибиторы протонной помпы пантопразол или омепразол 80 мг внутривенно болюсно, затем в виде капельной инфузии 8 мг/ч на протяжении 3 дней; у 20 пациентов применяли H<sub>2</sub>-блокаторы — ранитидин (в рекомендуемых дозировках); у 16 — антацидные средства (кальция карбонат или магния трисиликат).

**Результаты.** Установлено, что с высокой вероятностью эти осложнения могли развиваться при остром ОРДС ( $RR > (15,2 \pm 1,1)$ ) септическом шоке ( $RR > (14,5 \pm 1,0)$ ), инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком ( $RR > (10,7 \pm 0,9)$ ) и гемодинамическом отеке легких ( $RR > (9,5 \pm 0,8)$ ), острой печеночной недостаточности ( $RR > (3,7 \pm 0,1)$ ), острой почечной недостаточности ( $RR > (2,3 \pm 0,1)$ ).

Установлено, что все антацидные средства были не эффективны для профилактики ЭЯП ЖКТ, так как последние в этой группе больных развились в 62,5% случаев. Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов оказались слабо эффективны для указанной профилактики, осложнения развились в 35% случаев. Ингибиторами протонной помпы значительно снижался риск развития ЭЯП ЖКТ, поскольку в этой группе больных они были выявлены в 8,5% случаев.

**Заключение.** У больных в критическом состоянии имеется большой риск развития ЭЯП ЖКТ. Протокол лечения больных в критическом состоянии должен включать применение ингибиторов протонной помпы.

#### 9. Результаты современных методов хирургического лечения посттравматического панкреонекроза

Болотников А. И., Розанов В. Е.,  
Сторожилов В. А., Хайкин И. В.

КБ 123 ФМБА России, Одинцово, филиал №4  
ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, Краснознаменск,  
Россия

**Цель исследования:** установить роль видеолапароскопической техники апоптоза в лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 66 пострадавших с травмой поджелудочной железы (ПЖ), которые оперированы с достоверно диагностированным панкреонекрозом. Средний возраст пострадавших составил  $(30,9 \pm 1,9)$  года.

**Результаты.** В I группе (59,1% больных) пострадавшим проводились «традиционные» для данной патологии операции. Формировали в 11 случаях внебрюшинную, в 17 — чрезбрюшинную

и в 11 — комбинированную ретроперитонеостомию. В 35,8% наблюдениях отмечалось нарастание гнойно-некротического процесса, и пострадавшие умерли.

Во II группе (40,9% больных) для лечения панкреонекроза была использована видеолапароскопическая техника. В 16 наблюдениях выполняли марсупинизацию сальниковой сумки с эндоскопическим наложением двух полукисетных швов на отверстие в желудочно-ободочной связке, с введением в сальниковую сумку двухпросветного дренажа и подшиванием полукисетным швом к апоневрозу. В 11 случаях осуществляли промывание гнойной полости, аспирацию рыхлой некротизированной жировой клетчатки и механическое удаление плотных секвестров. Лапароскопический этап операции завершали наложением холецистостомы (9) с применением интракорпоральных ручных швов, фиксирующих дренажную трубку в просвете пузыря к его стенке или выполняли холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому. Всем пострадавшим оставляли гильзу для проведения динамической санационной видеолапароскопии в послеоперационном периоде. В среднем у каждого пострадавшего осуществляли по четыре этапных лечебных оментопанкреатоскопии. Умерли в этой группе 22,2% пострадавших.

**Заключение.** Использование видеолапароскопической техники для лечения травматического панкреонекроза позволяет снизить частоту летальности от гнойно-септических осложнений с 35,8% до 22,2%, то есть в 1,6 раза ( $p < 0,01$ ).

#### 10. Межпищеварительная периодическая секреторная деятельность желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Борисов Ю. Ю., Борисенко В. В.  
КММИВСО, Краснодар, Россия

**Цель исследования:** изучение соотношения фазных величин кислотопродукции в структуре периодического межпищеварительного цикла секреторной и моторной деятельности желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и хроническим гастритом.

**Материал и методы.** Обследованы 36 человек (мужчин 23, женщин 13) в возрасте от 17 до 54 лет (средний возраст  $(34,0 \pm 2,4)$  года), в том числе 18 больных ЯБ ДПК, 12 больных хроническим гастритом и 6 здоровых добровольцев. Параллельная регистрация моторной и секреторной деятельности верхнего отрезка желудочно-кишечного тракта проводилась методом открытых катетеров. Величину кислотопродукции учитывали отдельно в фазе усиления секреторной активности (УСА) и в фазе относительного секреторного покоя (ОСП).

**Результаты.** Установлено, что периодическая секреция париетальных клеток в межпищеварительном периоде при ЯБ ДПК существенно отличается от таковой у здоровых лиц и больных хроническим гастритом. Эти различия включают не только выраженную гиперсекрецию кислоты за единицу времени, но и значение соотношения выработки кислоты в фазе УСА к фазе ОСП. Этот коэффициент (УСА/ОСП) у больных с ЯБ ДПК в среднем в 1,6 раза выше, чем в группе лиц без такого заболевания ( $2,5 \pm 0,2$