

## ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

*Федеральное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (Ленинск-Кузнецкий)*

У пациентов с политравмой часто возникают острые эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что обусловлено нарушением защитных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Наиболее частыми осложнениями острых эрозий и язв ЖКТ у больных с тяжелой сочетанной травмой являются кровотечения, что значительно утяжеляет течение основного патологического процесса. По данным различных исследователей, частота кровотечений у данной группы больных колеблется в пределах 30–50 %.

Широкое применение современных лекарственных препаратов для профилактики эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ привело к снижению частоты развития кровотечений до 5–10 %, однако летальность до настоящего времени остается высокой, составляя 5–50 %, по данным различных исследователей, а в тяжелых случаях достигает 80 %.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность диагностической и лечебной фиброгастроуденоскопии (ФГДС) при кровотечениях из острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с политравмой.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ у 57 больных с политравмой (мужчин — 46 (80,7 %), женщин — 11 (19,3 %)). Тяжесть состояния больных по CSG ≤ 8 баллов.

Источник кровотечения выявляли при ФГДС, которую осуществляли в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Для проведения ФГДС использовали фиброгастроуденоскопы фирмы Olympus (Япония). Степень активности кровотечения определяли в соответствии с классификацией J. Forrest (1974).

Из методов эндоскопического гемостаза применяли: эндоклипирование; инъекционно-инфильтративный метод (5 и 10% раствором глюкозы); химический метод (орошение кровоточащего дефекта слизистой оболочки 5% раствором азотнокислого серебра или 96° этиловым спиртом).

При активном кровотечении и остановившемся кровотечении применяли смешанный вид эндоскопического гемостаза (эндоклипирование и инъекционный). При состоявшемся кровотечении выполнялся только химический гемостаз.

У больных с активным и остановившимся кровотечением осуществляли эндоскопический мониторинг.

При Forrest-I мониторинг проводился через 2–4 часа с эндоскопическим гемостазом, при Forrest-II — через 6–8 часов. Состоявшееся кровотечение (F-III) проведения мониторинга не требовало. Критериями эндоскопического гемостаза считали: эффективный гемостаз — полная остановка кровотечения за одну эндоскопическую процедуру; надежный гемостаз — отсутствие рецидивов кровотечения после первой процедуры в течение данного патологического процесса (изъязвления).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

При эндоскопическом исследовании верхних отделов ЖКТ у 29 (50,8 %) пациентов с политравмой источником кровотечения явились множественные острые эрозии желудка (эрозивные гастриты), при этом у 16 (28 %) больных зарегистрированы остановившееся кровотечение (F-IIА, В), а у 13 (22,8 %) пациентов выявили состоявшееся кровотечение. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки были обнаружены у 28 (49,1 %) обследованных пациентов с политравмой, при этом в 14 (24,6 %) случаях диагностировано активное кровотечение, а у 14 (24,6 %) обследованных кровотечение было остановившимся. У 14 (24,6 %) пациентов с острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при активном кровотечении, проводили смешанный гемостаз (эндоклипирование и инъекционный) и осуществляли эндоскопический мониторинг через 2–4 часа.

У 14 (24,6 %) пациентов с острыми язвами и эндоскопической картиной остановившегося кровотечения проводили инъекционный гемостаз, но эндоскопический мониторинг осуществляли через 6–8 часов.

У пациентов с эрозивным гастритом и эндоскопической картиной остановившегося кровотечения наиболее крупные эрозии орошали 5% раствором азотнокислого серебра и проводили эндоскопический мониторинг через 6–8 часов, а в случаях состоявшегося кровотечения мониторинг не проводили.

Эффективность эндоскопического гемостаза, по нашим данным, составила 98,2 %, а надежность (отсутствие рецидива) — 96,5 %. Неэффективный гемостаз был отмечен у 1 больного с профузным кровотечением F-IA. Больной был прооперирован. Рецидив кровотечения был отмечен у 2 пациентов с кровотечением F-IB.

### ВЫВОДЫ

1. ФГДС у пациентов с острыми эрозивно-язвенными поражениями верхнего отдела ЖКТ, осложненными кровотечениями позволяет в 100 % выявить источник кровотечения и определить степень его активности, что требует обязательного введения эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки в комплекс лечебно-диагностических мероприятий у больных с политравмой.

2. Лечебная эндоскопия при кровотечении из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ у пациентов с политравмой обладает высокой эффективностью и позволяет осуществить гемостаз в 96 – 98 % случаях.

3. Проведение эндоскопического мониторинга у пациентов с активным и остановившемся кровотечением из острых изъязвлений верхних отделов ЖКТ позволяет повысить эффективность и надежность эндоскопического гемостаза в остром периоде политравмы.

**В.Н. Зеленин, А.С. Золотов, И.А. Куклин**

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ И ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)  
Городская больница (Спасск-Дальний)**

Закрытые травмы ахиллова сухожилия считаются самыми частыми среди повреждений крупных сухожилий человека (Ситник А.А., 2003). Открытые ранения пяточного сухожилия встречаются реже, но тяжесть травмы часто требует применения сложных реконструктивных операций. Среди пострадавших преобладают мужчины наиболее работоспособного возраста (30 – 50 лет). Уровень раневых осложнений и повторных разрывов сухожилия после хирургического лечения остается довольно высоким. В связи с этим актуальным является выработка тактики лечения различных ранений ахиллова сухожилия.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 1997 по 2004 г. проведено лечение 60 пациентов с травмами ахиллова сухожилия. Возраст пациентов варьировал от 12 до 63 лет. В зависимости от вида и давности повреждения все больные были разделены на 4 группы.

*Первая группа* – свежие по Т. Nyssonen (2003) (до двух недель) закрытые повреждения (27 больных).

*Вторая группа* – застарелые (после двух недель) закрытые повреждения (20 больных).

*Третья группа* – свежие открытые повреждения без дефекта мягких тканей (6 больных).

*Четвертая группа* – застарелые открытые повреждения с дефектом мягких тканей (7 больных).

При лечении пациентов первой группы применялось открытое сшивание поврежденного сухожилия конец в конец швом Kuneo или швом Tsuge в нашей модификации. В 10 случаях место шва дополнительно было укреплено сухожилием подошвенной мышцы. В трех случаях применен метод подкожного шва сухожилия (Ma G.W., Griffith T.G., 1977).

При лечении пациентов второй группы применялась пластика сухожилия по Чернавскому, V –

У пластика, пластика с использованием сухожилия подошвенной мышцы.

При лечении третьей группы пациентов после выполнения первичной хирургической обработки раны поврежденное пяточное сухожилие восстанавливали швом Kuneo или Tsuge в нашей модификации.

При лечении самой сложной категории больных – четвертой группы – одновременно с пластикой сухожилия выполнялось закрытие дефекта кожи свободными лоскутами на микрососудистых анастомозах (торакодорсальный лоскут – 1, лопаточный лоскут – 1, лучевой лоскут с включением кровоснабжаемых сухожилий лучевого сгибателя запястья и длинной ладонной мышцы – 5).

В послеоперационном периоде применялась иммобилизация оперированной конечности гипсовой шиной в течение 6 недель, с последующей дозированной нагрузкой до 4 месяцев.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Инфекционные осложнения в виде лигатурных свищей встретились в 3 (5 %) случаях (1 – после закрытого шва, 1 – после открытого шва, 1 – после пластики сухожилия). Еще в двух случаях (3,33 %) наблюдался повторный разрыв сухожилия (1 – после закрытого шва, 1 – после пластики сухожилия).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 52 человек. Исходы лечения оценивались по методике А.Р. Treuffer (1974). Отличные результаты наблюдались у 32 (61,54 %) пациентов, хорошие у 12 (23,08 %), удовлетворительные – у 6 (11,54 %), плохие – у 2 (3,85 %).

Использование микрососудистых лоскутов для одновременного замещения дефектов кожи и восстановления ахиллова сухожилия показало правильность выбранной тактики. Включение в лос-