

возрасте от 17 до 89 лет. Локализация язвы в желудке была у 54 (34,3 %), а в двенадцатиперстной кишке у 103 (65,6 %) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент поступления при эзофагогастродуоденоскопии у 115 пациентов выявлены данные свершившегося кровотечения (Forest IIa), не потребовавшего эндоскопического гемостаза и оперативного вмешательства. Им проводилась консервативная терапия, объем которой зависел от степени кровопотери.

Эндоскопический гемостаз выполнен 42 (26,7 %) пациентам. Из них у 15 (35,7 %) пациентов был рецидив кровотечения, при попытке остановки кровотечения эндоскопический гемостаз был безуспешным и они оперированы.

Объем оперативных вмешательств был разным: стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу (5), резекция желудка по Бильрот – I (5), резекция желудка с сохранением пиллорического жома (2), прошивание сосуда в язве (2), иссечение кровоточащей язвы (1).

В послеоперационном периоде у одного больного после резекции желудка по Бильрот – I и второго после стволовой ваготомии с дренирующей операцией по Гейнеке – Микуличу развилась двусторонняя полисегментарная пневмония с полиорганной недостаточностью, что явилось причиной смерти. Причиной летальности третьего больного была декомпенсация тяжелой сопутствующей патологии (острая сердечная недостаточность).

Послеоперационная летальность составила 3 (20,1 %), а общая летальность 3 (1,9 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопический гемостаз, как быстрый и доступный метод, является приоритетным методом остановки кровотечения язвенной этиологии, однако, он не всегда эффективен.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, Д.В. Сафронов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Цель исследования: повышение эффективности лечения тяжёлых гнойных висцеральных процессов и ран с помощью охраноспособных сорбционных технологий на основе синтетических и природных сорбентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оптимизации работы с больными, перенесшими перитонит, в 2000 г. нами предложена классификация последствий перитонита (ПП), нозологические формы, включенные в нее, адаптированы к МКБ-10. Выделено 4 группы синдромов последствий перитонита, в скобках указан шифр.

- I. Функциональные последствия перитонита.
 - 1.1. Неинфекционные гастроэнтериты и колиты (К 52).
 - 1.2. Функциональные кишечные нарушения (К 59).
 - 1.3. Синдром слепой петли (К 90.2).
 - 1.4. Дисфункция после колостомии и энтеростомии (К 91.4).
- II. Механические синдромы.
 - 2.1. Непроходимость 12-перстной кишки – сжатие, стеноз (К 31.5).
 - 2.2. Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (К 56.5).
 - 2.3. Женское бесплодие (N 97.8).
- III. Органические синдромы.
 - 3.1. Эрозии (острые язвы) желудка (К 25), 12-перстной кишки (К 26).
 - 3.2. Грыжа передней брюшной стенки инцизионная (К 43).
 - 3.3. Брюшинные спайки (К 66).
 - 3.4. Рубцовые состояния, фиброз кожи брюшной стенки (L 90.5).
- IV. Острая и хроническая хирургическая инфекция.
 - 4.1. Свищ желудка и 12-перстной кишки (К 31.6).
 - 4.2. Кишечный свищ (К 63.2).
 - 4.2.1. Сформированный.
 - 4.2.2. Несформированный.
 - 4.3. Абсцесс брюшной полости (К 65.0).

- 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 напластованиях на органах, в полостях абсцессов у 52 больных использована сорбционно-апликационная 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