2) с показателем $К_{РК}$ в пределах от 0,5 до 0,8 (10 пациентов), у 4 из них возник рецидив кровотечения, которое было успешно остановлено с помощью эндоскопических методов гемостаза;

3) с показателем $К_{РК}$ менее 0,5 (2 пациента), при этом у обоих пациентов в сроке до 6 часов после исследования возник рецидив язвенного кровотечения, потребовавший выполнения экстренной операции.

ВЫВОД

Предлагаемый способ прогнозирования рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв является высокоточным и объективным методом, позволяющим своевременно определить лечебную тактику и избежать рецидива кровотечения.

Н.Р. Мустафаев, И.А. Алтухов

ПРОВЕДЕНИЕ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ В РЕГИОНЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН (Новосибирск)

В последнее время остеоартроз коленных суставов привлекает все больше внимания исследователей и практических врачей. Несмотря на открытие новых препаратов для его лечения пока не удается приостановить рост заболеваемости.

В развитии патологического процесса в суставах важное значение имеют изменения микроциркуляции, венозного и лимфатического оттока, что приводит к нарушениям транссудации и резорбции синовиальной жидкости, следовательно, к расстройствам метаболизма суставного хряща.

При обследовании пациентов с гонартрозом выявлены нарушения микроциркуляции, венозного и лимфатического оттока усиливающиеся в зависимости от стадии заболевания.

Для коррекции нарушений микроциркуляции, венозного и лимфатического оттока в регионе коленного сустава у пациентов с гонартрозом разработана методика лимфотропного лечения.

Для контроля эффективности проведенного лечения пациентам проводятся реолимфовазография и импедансометрия региона коленного сустава.

Лимфотропное лечение заключается в введении комплексной смеси лекарственных препаратов в жировое тело Гоффа, содержащее большое количество лимфатических коллекторов и находящееся непосредственно в переднем отделе коленного сустава. Курс лечения состоит из проведения пяти инъекций с интервалом в 48 часов.

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 1 стадии после проведения курса лимфотропных лимфостимулирующих инъекций выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на уровне верхней трети голени на 15,7 % (0,03 Ом/сек) и объема лимфатического оттока, на 14,3 % (0,04 Ом). В нижней трети бедра было выявлено увеличение скорости лимфатического оттока, на 17,4 % (0,03 Ом/сек), и объема лимфатического оттока, на 16,5 % (0,04 Ом). Скорость венозного оттока на уровне верхней трети голени увеличилась на 19,6 % (0,04 Ом/сек), объем венозного оттока увеличился на 17,7 % (0,04 Ом), на уровне нижней трети бедра увеличение скорости венозного оттока составило 20,3 % (0,04 Ом/сек), увеличение объема венозного оттока составило 19,9 % (0,05 Ом). Показатель активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей на уровне верхней трети голени увеличился на 24,2 % (12,7 Ом), на уровне нижней трети бедра увеличение составило 27,7 % (14,2 Ом).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 2 стадии после проведения курса лимфотропных лимфостимулирующих инъекций на уровне верхней трети голени выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 18,9 % (0,04 Ом/сек), объема лимфатического оттока, на 18,5 % (0,05 Ом). В нижней трети бедра увеличение скорости лимфатического оттока составило 20,2 % (0,05 Ом/сек), увеличение объема лимфатического оттока составило 18,7 % (0,05 Ом). Увеличение скорости венозного оттока на уровне верхней трети голени составило 20,5 % (0,05 Ом/сек), увеличение объема венозного оттока составило 18,7 % (0,05 Ом), скорость венозного оттока на уровне нижней трети бедра увеличилась на 23,4 % (0,06 Ом/сек), объем венозного оттока увеличился на 20,9 % (0,05 Ом). Показатель импедансометрии на уровне верхней трети голени увеличился на 28,3 % (17,8 Ом), увеличение на уровне нижней трети бедра составило 31,3 % (19,5 Ом).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 3 стадии после курса лимфотропных лимфостимулирующих инъекций на уровне верхней трети голени было выявлено увеличение скорости лимфатического оттока на 23,5 % (0,06 Ом/сек) и объема лимфатического оттока на 19,8 % (0,06 Ом). В нижней трети бедра увеличение скорости лимфатического оттока составило 27,3 % (0,07 Ом/сек) и объема лимфатического оттока на 24,4 % (0,08 Ом). Увеличение скорости венозного оттока на уровне

верхней трети голени составило 24,9 % (0,06 Ом/сек), объем венозного оттока увеличился на 22,8 % (0,05 Ом), на уровне нижней трети бедра увеличение скорости венозного оттока выявлено на 26,1 % (0,07 Ом/сек), объем венозного оттока увеличился на 25,8 % (0,06 Ом). Увеличение показателя активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей на уровне верхней трети голени составило 34,6 % (20,2 Ом), на уровне нижней трети бедра показатель увеличился на 35,9 % (22,7 Ом).

При проведении лимфотропных лимфостимулирующих инъекций в жировое тело Гоффа смесь препаратов доставляется непосредственно в регион коленного сустава, чем достигается выраженное увеличение венозного и лимфатического оттока. При поздних стадиях гонартроза эффективность предложенного лечения выше в связи с более выраженными нарушениями гемолимфоциркуляции в регионе коленного сустава.

При лечении пациентов с гонартрозом необходимо учитывать имеющиеся нарушения лимфатического и венозного оттока на всех стадиях заболевания и корректировать их с применением лимфотропных методов.

К.Г. Норкин, Н.И. Бояринцев

ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

ВВЕДЕНИЕ

Проблема осложнений в абдоминальной хирургии, связанные с этим вопросы повторных операций и сохраняющиеся высокие цифры летальности после релапаротомий, заставляют вновь и вновь обращаться к этому вопросу множество отечественных и зарубежных хирургов.

Резервом улучшения лечения послеоперационной патологии живота является абдоминальная эндоскопия. Лапароскопия позволяет в более ранние сроки выставить диагноз послеоперационного осложнения и, в возможных случаях, провести гораздо менее травматичное его лечение. Немаловажным является и то, что лапароскопия является организационно и финансово досягаемой для большинства населения. И если вопросам лапароскопической диагностики послеоперационных осложнений посвящено достаточное количество работ, то лапароскопическому лечению возникших осложнений — гораздо меньше.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представленная работа основана на сравнительном анализе результатов лечения 147 повторно оперированных плановых больных в двух рандомизированных группах за период с 1988 по 2004 гг. Диагностика и лечение послеоперационных осложнений осуществлялась как традиционными способами (в первой группе), так и с применением лапароскопии (во второй). Созданный диагностический алгоритм позволял в неясных ситуациях, во второй группе, применяя лапароскопические исследования, сокращать время наблюдения за больным, уменьшая тем самым количество запоздалых оперативных вмешательств.

В предоперационном периоде больным, помимо рутинных методов диагностики, проводилось ультразвуковое исследование, по результатам которого на передней брюшной стенке определялись места для введения троакаров. В показанных случаях у больных во второй группе диагностическая лапароскопия переходила в лечебную, являясь тем самым окончательным методом лечения. При картине разлитого или диффузного перитонита производилась устранение его источника, а также санация и дренирование брюшной полости. При абсцессах, гематомах, холеомах брюшной полости производилась лапароскопическая санация водным раствором хлоргексидина и фурациллина с общим объемом от 1 до 2 литров с последующим дренированием брюшной полости. При выявлении источника крово- и желчеистечения проводилась остановка кровотечения с последующей санацией и дренированием брюшной полости. Лапароскопический адгезиоэнтеролизис применялся при устранении спаечной кишечной непроходимости. Кроме того, в показанных случаях с помощью фиброгастродуоденоскопа производилась интубация тонкой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе, где диагностика и лечение осуществлялась на основе традиционных методик, находилось 50 человек. В послеоперационном периоде из них погибли 19 пациентов, что составило 38,0 % летальности. Во второй группе, где для диагностики послеоперационных осложнений на ранних стадиях развития применялись традиционные и лапароскопические исследования (97 пациентов), умерло 15 больных, что составило 15,5 %. Немаловажным фактором являлось и то, что летальность среди больных пожи-