

язвы 12-п кишки способствует более быстрому выздоровлению, что доказывалось клиническими, биофизическими, иммунологическими методами исследования.

2. Биофизические методы исследования – рефрактометрия, поляризационная микроскопия – являются информативными в оценке течения послеоперационного периода, проводимого лечения и отображают динамику патологического процесса на более ранних стадиях.

3. Применение в комплексе послеоперационного лечения НИЛИ активирует все звенья иммунитета, особенно кислородзависимого метаболизма нейтрофилов и ускоряет разрешение иммунодефицита.

4. Включение в комплекс лечебных мероприятий после операции у больных с ушиванием перфоративной язвы 12-п кишки лазеротерапия позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений воспалительного характера в 2,8 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.С. 1635999. МКИ А 61 N 5/06. Способ определения индивидуальной чувствительности к лазерному воздействию / В.М. Лисенко, Р.И. Минц, Е.А. Скопнинов, О.В. Дробинкина, М.В. Северин. – N 423456; заявл. 21.04.87; опубл. 22.11.90 // Бюл. №11. – 3с.
2. Королёв М.П. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. – 1996. - №1. – С.96-100.
3. Кошелёв В.Н. Лазеротерапия гастродуоденальных язв. – Саратов, 1986. – 125с.
4. Лисенко В.М., Минц Р.И., Скопнинов С.А. Применение лазеров в клинике и медицине // Тезисы международного симпозиума по лазерной хирургии и медицине. – Самарканд, 1988. – С.529-530.
5. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. – М., 1997. – 1070с.
6. Морфологические аспекты лазерных воздействий / И.М. Байбеков, Ф.Г. Назыров, Ф.А. Ильхамов и др. – Ташкент: Издательство медицинской литературы имени Абу Али ибн Сины, 1996. – 206с.
7. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложнённых дуоденальных язвах. – М.: Медицина, 1979. – 159с.
8. Персидерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва. – Киев: Здоровья, 1987. – 158с.
9. Сравнительная характеристика непосредственных результатов традиционного и лапароскопического ушивания перфоративных пилородуоденальных язв / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, В.М. Савранский и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2000. - №3. – С.5-7.
10. Техника лапароскопического ушивания перфоративных пилоро-бульбарных язв / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, В.М. Савранский и др. // Вестник хирургии. – 1999. - №5. – С.62-64.
11. The therapeutic strategies in performing emergency surgery for gastroduodenal ulcer perforation in 130 patients over 70 years of age / K. Tsugawa, N. Koyanagi, M. Hashizume et al. // Hepatogastroenterology. – 2001. – Jan-Feb. N48 (37). – P.156-162.

УДК 616-089.197.3

О.А. Виноградов

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ТЯЖЕЛЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Уральская государственная медицинская академия, Центр экспериментальной и клинической хирургии Центральной городской клинической больницы №1

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ являются острой хирургической патологией, требующей незамедлительной госпитализации больного в хирургический стационар. Зачастую такие больные поступают в хирургию из терапевтических отделений, где они находились на стационарном лечении.

Известно, что на фоне атеросклероза, ИБС, остро го инфаркта миокарда, ОНМК, а также вследствие интенсивной терапии этих заболеваний высок риск развития кровотечений из острых и хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенез острых гастродуоденальных язв и возникающего кровотечения сложен и включает много различных звеньев. Большинство авторов сходятся во мнении, что первым из главных моментов патогенеза является нарушение соотношения местных факторов слизистой оболочки желудка: агрессивных (кислотность желудочного сока, активность его ферментов) и защитных (гель слизи, секреция бикарбоната, способность слизистой к репарации) с преобладающей активацией кислотно-пептического фактора. В результате стресса, под влиянием нервных и нейрогуморальных воздействий возникает язва слизистой оболочки, приводящая к нарушению энергетического обмена в ней, уменьшению продукции слизи и изменению её состава, снижению репаративных свойств эпителия. Эти изменения усугубляются за счет поступающих в желудок желчных кислот в результате дуоденогастрального рефлюкса, что приводит к усилению обратной диффузии ионов водорода и развитию глубокого ацидоза клеток слизистой. Все это сопровождается отсутствием аппетита у больного, недостаточным объемом питания и его нерегулярностью. В таком состоянии клетки легко подвергнутся воздействию пепсина с образованием острых или обостренным хронических язв ЖКТ. Кровотечение из таких язв возникает от 20 до 80% случаев.

Нередко с острыми и хроническими язвами сочетается синдром Меллори-Вейса, характеризующийся пищеводно-желудочным кровотечением из остро возникших продольных разрывов слизистой абдоминального отдела пищевода или кардии.

На сегодняшний день вопросы хирургического лечения осложнённых вторичных поражений слизистой ЖКТ не решены окончательно. Общеизвестно, что эффективность медикаментозной терапии в сочетании с эндоскопическими методами остановки кровотечения высока и составляет 76-96%, и все же около 10% пациентов требует хирургического лечения.

С учетом растущей частоты, трудности диагностики, недостаточно эффективного лечения, высокой летальности решающее значение придается профилактике этого грозного осложнения. При этом необходимо использовать общие мероприятия, направленные на кор-

рекции функций органов и показателей гомеостаза, и специфические, воздышающие на звенья углеорогенеза. К последним относится обязательное применение H2-гистаминоблокаторов, антацидных препаратов, энтерального питания.

К сожалению, в терапевтических отделениях вопросам профилактики уделяется недостаточно внимания, и больные с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью оказываются в критической ситуации из-за возникшего кровотечения. Этому посвящено наше сообщение.

Нами проанализировано 14 случаев перевода больных с признаками желудочно-кишечного кровотечения из разных отделений города в хирургический стационар ЦГКБ № 1 Октябрьского района за 9 мес текущего года. Среди них 3 перевода (21%) из СОКПБ № 1, из объединения «Фтизиопульмонология» - 3 случая (21%), 2 перевода из Екатеринбургского кардиоцентра (14%), 2 (14%) - из ГКБ № 24 и по 1 переводу из терапевтических отделений ГКБ № 25, ГПБ № 12, ГКБ № 6, ЦГКБ № 1 (по 7%).

Из поступивших - 9 мужчин (64%), 5 женщин (36%). Средний возраст мужчин составил 56 лет, женщин - 52 года. Согласно профилю отделений, основная патология была представлена следующим образом: 3 человека с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда, 3 - с раком легкого, 2 - с алкогольным психозом, 1 - с попыткой суицида, 1 - с шизофренией, 1 - с ОНМК, 1 - с острой пневмонией, 1 - с ревматоидным артритом, 1 - с хроническим панкреатитом. В сопроводительных выписках крайне скудно отмечено проводимое в терапевтических отделениях лечение, ни в одном случае не указано на применение антацидов, H2-гистаминоблокаторов с профилактической целью.

При поступлении в хирургический стационар и постановке диагноза кровотечения на фоне язвенной болезни желудка и ДПК установлено у 9 пациентов (64%), из острых язв желудка - у 3 (21%), острые эрозии в сочетании с синдромом Меллори-Вейса выявлены в 2 случаях (14%). Среди поступивших преобладали больные с тяжелой степенью кровопотери - 6 человек (42%), со средней степенью - 4 (28%), с легкой степенью - 3 пациента (21%).

Прооперировано в неотложном порядке 3 человека, оперативная активность составила 21%. В рассматриваемой группе умерло 3 больных, 2 из них прооперированы. Общая летальность составила 20%.

Таким образом, больные с тяжелой сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточностью на фоне отравления или проводимого лечения антикоагулянтами, воспалительными противовоспалительными препаратами являются группой риска в плане развития у них кровотечений из острых и хронических язв желудочно-кишечного тракта. Улучшить результаты лечения этих больных возможно путем применения комплексных профилактических мероприятий, снижающих риск возникновения таких осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карицкий А.П. Сочетание синдрома Мэллори-Вейса с острыми изъязвлениями слизистой оболочки желудка и ДПК. // Вестник хирургии. - 1994. - № 5-6.

2. Курыгин А.А., Румянец В.В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии. - СПб, 1992.
3. Хохла В.П. и др. Хирургическое лечение острых эрозий и язв органов пищеварения, осложненных профузным кровотечением. // Вестник хирургии. - 1995. - № 1.
4. Чернов В.Н., Мизнев И.А., Скорляков В.В. Хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв и эрозий гастродуоденальной зоны // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 10-14.

УДК 616.342-002.44-007.251

И.В. Зеленцов

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕЛЕКТИВНУЮ ПРОКСИМАЛЬНУЮ КРОВОАГОТОМИЮ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДПК

Уральская государственная медицинская академия

На современном этапе не оставляют сомнений успехи медикаментозной терапии язвенной болезни ДПК. Последние десятилетия прошлого века внесли радикальные изменения в концепцию патогенеза язвенной болезни и в ее лечение благодаря внедрению мощных антисекреторных препаратов и эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Современные схемы последней позволяют добиться эрадикации более чем в 90% случаев, что, в свою очередь, приводит не только к рубцеванию язвы, но и многократному снижению ее рецидивов. По данным ряда авторов, в течение года рецидив возникает только у 10-20% пациентов, в то время как при отсутствии эрадикации — у 60-70%.

В то же время неуклонно растет число больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Так, в Екатеринбурге за последние 10 лет количество пациентов с таким грозным осложнением, как перфорация, выросло с 161 до 436, то есть в 2,7 раза.

За последние годы изменилось не только количество больных перфоративной язвой ДПК, но и их возрастной состав. Так, в США среди больных, госпитализированных по поводу данного заболевания, численность группы пациентов в возрасте старше 60 лет увеличилась до 40-48% от всех наблюдений. В Англии и Шотландии среди страдающих язвенной болезнью также отмечается увеличение контингента пожилых больных. В Норвегии и Германии средний возраст больных, у которых заболевание осложнилось перфорацией, увеличился почти на 20 лет, то есть с 40 до 60 лет. Подобная трансформация возрастного состава пациентов имеет место и в России.

Все это делает актуальной проблему выбора метода оперативного лечения ЯБ ДПК. Особенно тяжело решить вопрос о выборе операции в неотложном порядке. В первую очередь это касается больных с разлитыми перитонитами, а также пожилого и старческого возраста, так как в этих случаях больные плохо переносят травматичные длительные вмешательства. Операция должна быть малотравматичной, быстровыполнимой, технически простой. Резекция желудка по любой методике травматична, сложна технически, сопровождается большим