

Анализ возрастного состава больных показал, что 76% больных были в возрасте до 60 лет, 20% больных достигли возраста 75 лет.

В клинике используются общепринятые показания для оперативного лечения, осложненной кровотечением ЯБ и применяется активно-индивидуализированная лечебная тактика. В зависимости от состояния больных выполняются 3 группы оперативных вмешательств: радикальные – в виде резекции желудка разного объема, паллиативные – в виде прошивания кровоточащего сосуда в язве, и условно-радикальные – в виде открытого и закрытого иссечения-ушивания органов с удалением язвенного субстрата и ликвидации сопутствующих первичных осложнений.

На кафедре общей хирургии разработан ряд методов закрытого иссечения язв желудочной и дуоденальной локализации, а для усовершенствования методов оперативного лечения предложен ряд новых инструментов повышающих качество выполнения условно-радикальных операций.

Результаты проведенного исследования подвергнуты статистической обработке. Статистическая обработка выполнялась с помощью стандартных офисных программ.

Результаты исследования. Аргументацией применения УРО в неотложной гастроэнтерологии являются: недостаточное обследование функционального состояния желудочно-кишечного тракта (характера желудочной секреции и моторики), высокая степень операционного риска больных (возрастные, сопутствующая патология), тактико-технические особенности экстренной хирургии.

С учетом степени кровопотери при поступлении в хирургическое отделение больные распределялись следующим образом: I степень выявлена у 61%, II степень – 24%, III степень – 15%.

Всем больным при поступлении проводилась экстренная ФГДС, которая должна установить источник кровотечения, характер и активность кровотечения, а также вероятность его рецидива. Информативность экстренной ФГДС при первичном исследовании возросла за истекший период с 87 до 97%. Число повторных исследований на одного больного составило 2,9.

Результаты распределения больных после изучения эндоскопической картины у пациентов с осложнением ЯБ кровотечением при поступлении с учетом классификации Форрест следующие: FIA – 2%, FIB – 1%, FIIA – 50%, FIIB – 40%, FIII – 13%, FIII – 5%.

Первичный неоперативный гемостаз (эндоскопический и медикаментозный) расценивался как временный и использовался для последующего проведения диагностических и лечебных мероприятий с учетом индивидуальной ситуации. Эффективность его составила до 12%. За анализируемый период тактика консервативной терапии язвенной болезни и коррекции гиповолемии существенно не менялись. Больные получали антисекреторные инъекционные препараты, гемостатическую терапию и коррекцию гиповолемии с расчетом дефицитным методом объема корригирующих препаратов. Хирургическая тактика строилась с учетом прогнозирования рецидива ЖКК.

За анализируемый период оперативное лечение проведено у 138 больных. Оперативное вмешательство по экстренным показаниям при продолжающемся кровотечении или его рецидиве выполнено у 116 больных. Распределение с учетом вида выполненных вмешательств следующее: 42 больным выполнены радикальные операции, в 26 случаях – УРО и у 49 больных выполнены паллиативные вмеша-

тельства. Срочные оперативные вмешательства выполнены у 22 больных. Все они носили радикальный характер.

Анализ динамики показателя оперативной активности за пять лет показывает, что он колебался в пределах от 23,3% до 29,8%.

Показатель послеоперационной летальности в анализируемый период постепенно снижается от 12% в 2007 г. до 5,4% в 2009 г. В 2010 и 2011 г. летальных исходов не было. В 2012 г. послеоперационная летальность составила 5,8%, а в 2013 г. – 5,9%.

Показатель общей летальности с 3,9% в 2007 г. снизился до 2,3% в 2011 г. Средние сроки лечения больных составили 5,2 койко/дня при консервативном лечении и 12,7 – при оперативном. Положительная динамика послеоперационной и общей летальности у больных ЖКК свидетельствует о рациональной лечебно-диагностической тактике применяемой в лечебном учреждении. Важное значение в полученных результатах имеет и более широкое внедрение в последние годы УРО у больных с высокой степенью операционного риска.

Применение методики закрытого иссечения язвенного инфильтрата и новых инструментов для его осуществления упростили методику операций, сократили время её выполнения, уменьшили количество осложнений воспалительного характера в раннем послеоперационном периоде и улучшили качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Рост частоты ЯБЖ и ЯБДК, осложненной кровотечением, высокая общая и послеоперационная летальность требуют более дифференцированного подхода к диагностике, выбору объема оперативного вмешательства, определению показаний для радикальных, условно-радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, совершенствованию методики их выполнения. Госпитализация больных в более ранние сроки, применение активно-индивидуализированной тактики позволяет уменьшить объем оперативных вмешательств у больных с высокой степенью операционного риска, а, следовательно, количество послеоперационных осложнений и процент послеоперационной летальности. Для решения основной задачи неотложных операций, спасения жизни больного наиболее обоснованными являются УРО. В связи с этим следует более широко применять УРО, так как число послеоперационных осложнений органического и функционального характера значительно снижается в сравнении с радикальными операциями, а качество жизни прослеженное в ближайшие 3-5 лет после УРО выше.

Список литературы

1. Гостищев В.К. Острые гастродуоденальные кровотечения: стратегическая концепция и лечебная тактика В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. – М.: Медицина, Анти-Эко, – 2005. – 352 с.
2. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты / М.А. Евсеев. – М., 2009. – 173 с.
3. Ермолов А.С. Выбор метода гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении А.С. Ермолов, Т.П. Пинчук, Ю.С. Тетерик // Эндоскопическая хирургия. 2012. № 3. С. 3-8.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПО МАТЕРИАЛАМ ГМУ ГБ СМП Г. КУРСКА

Новомлинец Ю.П., Петухов В.М., Петухов И.М., Анохин А.Ю., Росторгуев Д.Ю., Холименко Н.М., Скорятина М.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: anokhinalleks@mail.ru

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки продолжают

занимать важное место. Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки страдает 10% всего взрослого населения. При массовых профилактических осмотрах язвы и рубцовоязвенные изменения стенки желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживают у 10–20% обследованных [3]. На протяжении последних лет перфоративная язва встречается у 10–15% больных язвенной болезнью и является вторым по частоте осложнением язвенной болезни после острых гастродуоденальных кровотечений.

Цель исследования

Изучить результаты лечения осложненной перфорацией гастродуоденальной язвенной болезни по материалам ГМУ ГБ СМП г. Курска за 2007–2013 гг. Оценить эффективность применения разработанных на кафедре общей хирургии Курского государственного медицинского университета инструментов и методов оперативного лечения язв желудочной и дуоденальной локализации.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов хирургического лечения 1364 больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Осложнения перфорацией было у 245 больных, что составляет 17,9%. Соотношение женщин и мужчин в возрасте до 65 лет составило 1:5, а в старшей возрастной группе 1:1,9. Наибольшая заболеваемость язвенной болезнью приходится на возраст от 26 до 52 лет.

Результаты исследования

Анализ сроков госпитализации показал, что до 6 часов с момента перфорации госпитализировано 69,8%, от 6 до 24 часов – 16,1% больных и свыше 24 часов – 14,1% больных. Процент поздней госпитализации в исследуемом периоде колебался от 5% до 23%.

Язвенный анамнез отсутствовал у 28% больных. Продолжительность заболевания от 1 до 5 лет отмечена у 9,2% больных и более 5 лет у 60,8% пациентов.

С учетом локализации перфорации больные распределились следующим образом. Дуоденальная язва имела место в 69% случаев, желудочная 31%. Среди язв желудочной локализации пилорические язвы имели место в 16%, антральные составили – 10%, тела желудка – 5% случаев.

Сроки выполнения экстренных оперативных вмешательств были следующими: 78% больных оперированы в первые три часа, от 3 до 6 часов оперировано 12,5%, в сроки от 6 до 12 часов – 7,2% и до суток – 2,3% больных.

С учетом характера и распространенности перитонита больные распределились следующим образом. Местный серозно-фибринозный перитонит выявлен у 45% больных, распространенный серозно-фибринозный перитонит отмечен в 39% случаев.

По локализации перфоративной язвы и сочетании с другими осложнениями больные распределены следующим образом. Перфорация хронической язвы желудка в сочетании с кровотечением встретилась у 3,5% больных, в сочетании с пилородуоденальным стенозом – 2,5%. Перфорация ЯБДК в сочетании с кровотечением имела место в 6% случаев, а в сочетании с нарушением эвакуаторной функции отмечена в 4%.

Все больные старше 60 лет имели сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной системы и других органов и систем, что повышало риск оперативного вмешательства.

В клинике общей хирургии Курского государственного медицинского университета используются общепринятые показания для оперативного лечения

перфоративных язв желудка и ДПК выполняются три группы оперативных вмешательств.

Радикальные операции в виде дистальной резекции желудка выполнены у 26% больных. Паллиативные операции (ушивание перфорации) – у 7%, условно-радикальные операции (иссечение язвы и язвенного инфильтрата с пластическим ушиванием открытым или закрытым методом) – у 67% больных.

На кафедре общей хирургии КГМУ разработан ряд инструментов для закрытого иссечения язв желудка и ДПК. Получены патенты на полезную модель № 38281 и № 91277. Инструменты позволяют ускорить и облегчить иссечение язв желудка и ДПК и осуществлять иссечение закрытым методом. Разработаны новые методы закрытого иссечения язв желудочной и дуоденальной локализации. Получены патенты на способ иссечения язв желудка и ДПК № 2261666, № 2270617 и № 2415650.

Методика закрытого иссечения разных по размеру фрагментов стенки органов заключается в мобилизации стенки желудка (или двенадцатиперстной кишки) и применении зажимов комбинированного действия. Губки эластичной фиксации зажима располагаются со стороны подлежащих ушиванию стенок желудка или двенадцатиперстной кишки. Под губками эластичной фиксации зажима стенки желудка прошивают непрерывным трапециевидным швом атравматическим шовным материалом. Начало и конец лигатур фиксируют зажимами. Между губками жесткой и эластичной фиксации желудок или двенадцатиперстную кишку пересекают, зажим с иссеченным фрагментом удаляют. Непрерывным швом вторым рядом ушивают стенки желудка или двенадцатиперстной кишки обвивным швом в обратном направлении.

Заканчивают прошивной вариант шва стенок желудка связыванием начала трапециевидной и обвивной части шва. Прошивной шов перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами.

Аналогичным способом, в поперечном направлении к оси двенадцатиперстной кишки производится иссечение, а при необходимости пластика и ушивание перфоративных язв этой локализации.

Анализ динамики выполняемых оперативных вмешательств показал, что соотношение радикальных, условно-радикальных и паллиативных операций за анализируемый период изменилось. Произошло снижение количества паллиативных операций в 2,7 раза, число радикальных операций уменьшилось на 37%, а количество условно-радикальных увеличилось в 2 раза.

Послеоперационные осложнения выявлены у 8,7% больных. После условно-радикальных операций осложнения отмечались реже. Они носили только функциональный характер.

Послеоперационная летальность за анализируемый период колебалась от 5,8 до 3,2%, а в 2013 она составила 4,1%.

Заключение. У больных ЯБЖ и ЯБДК, осложненной перфорацией, необходимо более дифференцированно определять показания для паллиативных, радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств. Методика закрытого иссечения осложненных язв желудочной и дуоденальной локализации с использованием разработанных на кафедре общей хирургии КГМУ инструментов упростила технику операции иссечения и ушивания язв, снизилось число послеоперационных осложнений органического и воспалительного характера. Полученные результаты позволяют рекомендовать методику закрытого иссечения и ушивания осложненных язв для более широкого применения в клинической практике из ко-

торой должны быть исключены операции типа Опле-ля-Поликарпова.

Список литературы

1. Курыгин, А.А. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв / А.А. Курыгин, С.И. Перегудов // Хирургия. 2004. № 2. С. 15-19.

2. Рыбачков, В.В. Прободные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, М.И. Сим, Н.А. Шичкин, А.Г. Аленкин // Хирургия. 2012. № 12. С. 19-22.

3. Шиленок, В.Н. Лечение прободных гастродуоденальных язв / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, Ю.В. Приступа // Хирургия. 2007. № 3. С. 11-13.

Секция «Экология и здоровье человека», научный руководитель – Колосова О.Н., д-р биол. наук, профессор

СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У КРЫС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЛУЧЕВОГО ДЕЙСТВИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Ильдербаева Г.О., Жетписбаев Б.А., Ильдербаев О.З.
Государственный медицинский университет, Семей,
e-mail: oiz5@yandex.ru

Развитие атомной энергетики увеличивает количество людей, имеющих профессиональные контакты с ионизирующим излучением. Поэтому проблема влияния ионизирующей радиации на организм человека и в перспективе будет иметь большое практическое значение. Проблема развития отдаленных последствий облучения, в первую очередь, канцерогенных эффектов становится наиболее значимой в условиях длительного воздействия ионизирующего излучения. Цель работы: изучить влияние эмоционального стресса на состояние перекисного окисления липидов облученного организма в отдаленном периоде последствие фракционированной дозы гамма-излучения. Для изучения поставленной цели нами проведено экспериментальное исследование на белых крысах, у которых изучали содержание диеновых конъюгатов (ДК) и малоновых диальдегидов (МДА) в отдаленном периоде последствие фракционированной дозы гамма-излучения и эмоционального стресса. Последствия фракционированной дозы радиации в отдаленном периоде содержание МДА повышено в печени, селезенке, надпочечниках. Уровень ДК повышено в селезенке, надпочечниках. В опытной группе после эмоционального стресса повышен уровень диеновых конъюгатов и малоновых диальдегидов в печени, селезенке, надпочечниках. На вторые сутки после стрессорного воздействия наблюдается снижение содержания МДА в надпочечниках, повышение в печени и селезенке. И в этот период наблюдается снижение содержание диеновых конъюгатов во всех изучаемых органах. В последующей стадии в опытной группе уровень МДА остается высокими в печени, а в селезенке и надпочечниках содержание нормализуется. В опытной группе в ранней стадии общего адаптационного синдрома происходит повышение содержание ДК и МДА в селезенке, надпочечниках, в последующей стадии адаптации повышение содержания МДА наблюдается в печени. В позднем периоде последствие фракционированного гамма-облучения эмоциональный стресс вызывает в ранней стадии общего адаптационного синдрома повышение липопероксидации, в последующей стадии адаптации отмечается снижение содержание диеновых конъюгатов в печени, селезенке, надпочечниках.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОСИТЕЛЬСТВА ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА У СТУДЕНТОК ООМК СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСКОЕ ДЕЛО»

Исмагилова Н.Ф., Кожевникова Ю.П., Соколова Е.В.
Оренбургский областной медицинский колледж, Оренбург,
e-mail: nasimaismagilova@mail.ru

Выбор темы обусловлен высоким уровнем распространности внутрибольничных инфекций (ВБИ) в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Основным источником ВБИ является медицинский персонал – носитель госпитальных штаммов патогенных микроорганизмов.

Наибольшую опасность представляют бактерионосители в родильных домах, перинатальных центрах, т.к. инфицированию подвергаются пациенты с иммунодефицитным состоянием-новорожденные и родильницы.

Самым распространенным возбудителем ВБИ в родовспомогательных учреждениях является золотистый стафилококк (*S.aureus*), который способен вызывать тяжелые формы инфекции, угрожающие здоровью и жизни новорожденных и родильниц.

Актуальность темы исследования подтверждается вспышками ВБИ стафилококковой этиологии в родильных отделениях ЛПУ г. Оренбурга в 2012 и 2013 годах.

Цель исследования: Выявление и изучение количественной и качественной характеристик носительства золотистого стафилококка у студенток I курса ООМК специальности «Акушерское дело».

Для достижения поставленной цели были решены задачи:

Изучены статистические данные:

- по распространенности стафилококкового носительства среди населения – 30% взрослого населения являются транзитными носителями *S.aureus*;
- по распространенности стафилококкового носительства среди медицинского персонала и частоте выделения антибиотикоустойчивых штаммов *S.aureus* – в Европейских странах до 50% медицинского персонала являются стафилококковыми носителями, причем 25% выделенных штаммов принадлежат к MRSA (метициллинрезистентный *S.aureus*); в РФ до 35% медицинских работников являются стафилококковыми носителями и все выделенные штаммы идентифицировались как MRSA;
- по локализации золотистого стафилококка в организме носителя – до 75% штаммов *S.aureus* выделены из полости носа (назальное носительство).

Изучены нормативные документы МЗ Российской Федерации регламентирующие методы и этапы диагностики стафилококкового носительства – «золотой стандарт» диагностики стафилококкового носительства – бактериологический метод.

Проведено анкетирование студенток I курса специальности «Акушерское дело». Результаты анкетирования выявили недостаточный уровень знаний студенток (50%) по вопросам этиопатогенетической роли *S.aureus* в возникновении гнойно-септических осложнений у родильниц и новорожденных; получено согласие студенток (96%) на прохождение бактериологического обследования.

На базе бактериологической лаборатории клинической больницы № 2 проведено бактериологическое исследование.

Проведенный анализ результатов свидетельствует, что транзитное назальное стафилококковое носительство у студенток составляет – 29%, частота выделения антибиотикорезистентных штаммов *S.aureus* – 75% устойчивы к пенициллину, 75% устойчивы к эритромицину.