

- но-тренировочной деятельности. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2008. – №6. – С. 213-217.
5. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. – М.: Речь, 2004. – 392 с.
 6. *Чораян О.Г., Айдаркин Е.К., Чораян И.О.* Индивидуально-типологические особенности регуляции и взаимодействия функциональных систем в разных режимах деятельности. Валеология. – 2001. – №2. – С. 4-16.
 7. *Vossel G., Zimmer H.* Psychometric properties of non-specific electrodermal response frequency for a sample of male students. International Journal of Psychophysiology, 1990, Vol. 10 (1). – Pp. 69-73.

Унакафов Антон Михайлович

ЗАО «ОКБ Ритм».

E-mail: anton@rista.ru.

347900, г. Таганрог, ул. Петровская, 99, тел.: (8634)383963.

Зав. сектором разработки ПО.

Unakafov Anton Mihaylovich

RITM OKB ZAO.

E-mail: anton@rista.ru.

99, Petrovskaya, Taganrog, 347900, Russia, Phone: (8634)383963.

Software development team leader.

Непышная Татьяна Геннадьевна

Кубанский государственный университет физической культуры и спорта.

E-mail: titu2001@rambler.ru.

350015, г. Краснодар, ул. Буденного, 161, тел.: (861)2553517.

Аспирант.

Nepishnaya Tatyana Gennadyevna

Kuban State University of Physical Education, Sport and Tourism.

E-mail: titu2001@rambler.ru.

161, Budyonnogo Street, Krasnodar, 350015, Russia, Phone: (861)2553517.

Post-graduate student.

УДК: 616.33-002.44-005.1-08:611.13/16

В.Н. Чернов, С.С. Кещян**ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ
ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ**

Анализируются результаты наблюдения, комплексного обследования и лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённые кровотечением. При неэффективности эндоскопического гемостаза выполнялись операции в экстренном и срочном порядке. В дальнейшем обязательным исследованием являлась рентгеноскопия желудка с дуоденографией и РН-метрией содержимого желудка.

Язвенная болезнь; гастродуоденальные кровотечения.

V.N. Chernov, S.S. Keshyan

**TACTICS OF COMPLEX TREATMENT OF ACUTE ULCEROUS
GASTRODUODENAL BLEEDING, DEPENDING ON THE ULCER
LOCALIZATION**

Monitoring results, comprehensive examination and treatment of patients with gastric ulcer and duodenum complicated by bleeding are analyzed. All patients have been fully examined and medically treated. If endoscopic hemostasis proved to be inefficient or bleeding relapsed, emergency and immediate operations were performed. X-ray examination of stomach with duodenography and pH-meter of gastric contents were elements of compulsory further research. Ulcer; gastroduodenal bleeding.

Введение.

Проблема язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и развивающиеся при них осложнения, по сей день остаются одной из важнейших проблем неотложной хирургии и гастроэнтерологии [5, 6]. В настоящее время уровень летальных исходов от гастродуоденальных кровотечений по данным разных авторов составляет от 2,7 до 35,2 %. [2, 3]. Данное обстоятельство связано с качеством оценки тяжести больного при поступлении в стационар и качеством оказанной помощи.

Применение современных методов эндоскопического гемостаза, быстрое и адекватное восполнение ОЦК, во многом способствуют предотвращению рецидива кровотечения [1]. По нашему мнению для адекватного комплексного лечения язвенных кровотечений необходимо учитывать не только тяжесть состояния больного при поступлении, степень кровопотери, но и точную локализацию язвы, а также особенности кровоснабжения стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в зоне язвы [4].

Материалы и методы.

В основу анализа комплексного лечения положена классификация Johnson – определение типа язв в зависимости от локализации.

Классификация Johnson 1965 г.

Тип язвы	Локализация
I	Язва антрального отдела желудка, язва тела желудка
II	Язва и п/язвенные рубцы в ДПК, язва пилорического отдела+язва желудка, язва желудка+язва ДПК
III	Язвы пилорического отдела желудка
IV	Язвы кардиального отдела желудка

Основу исследования составили результаты наблюдения, комплексного обследования и лечения 147 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённые кровотечением в возрасте от 20 до 80 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике общей хирургии РостГМУ на базе хирургического отделения №2 МЛПУЗ ГБ №1 им. Н.А.Семашко в период с 2003 г. по 2008 г.

При лечении больных, кроме общепринятых критериев (возраст, пол, локализация, размеры и глубина язвенного дефекта), обязательно учитывались способ эндоскопического гемостаза, интенсивность кровотечения по Forrest, наличие рецидива кровотечения и сроки его появления, а также выбор тактики

оперативного пособия при неэффективности гемостатической терапии и эндогемостаза.

Как видно из табл. 1, мужчин было больше чем женщин на 20 % от общего числа больных. Наиболее часто язвенной болезнью страдают мужчины в возрасте от 30 до 50 лет и женщины в возрасте старше 70 лет.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возраст				Всего
	20-30 лет	31-50 лет	51-75 лет	старше 75 лет	
Мужчины	14	33	32	9	88
	15,9 %	37,5 %	36,4 %	10,2 %	100 %
Женщины	9	18	9	23	59
	15,2 %	30,5 %	15,2 %	39,1 %	100 %

Таблица 2

Распределение больных по локализации язвенного дефекта в зависимости от пола

Локализация язвенного дефекта	мужчины	женщины
	абс. %	Абс. %
Тело желудка	14 (15,9 %)	8 (13,6 %)
Дно желудка	5 (5,7 %)	2 (3,4 %)
Антральный отдел	4 (4,5 %)	1 (1,7 %)
Пилорический отдел	3 (3,4 %)	14 (23,7 %)
12-ти перстная кишка	62 (70,5 %)	34 (57,6 %)
ВСЕГО:	88 (100 %)	59 (100 %)

Как видно из табл. 2, наличие язвенного дефекта в пилорическом отделе желудка у женщин 14 (23,7 %), больше, чем у мужчин 3 (3,4 %). Но при этом поражение 12-ти перстной кишки больше у мужчин 62 (70,5 %), чем у женщин 34 (57,6 %).

Таблица 3

Распределение больных по локализации язвенного дефекта в зависимости от возраста

Локализация язвы	Возраст									
	20-30 лет		31-50 лет		51-75 лет		Более 75 лет		всего	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Тело желудка	1	0	3	4	10	0	0	4	14	8
Дно желудка	0	0	2	0	3	1	0	1	5	2
антральный отдел	2	0	0	0	2	1	0	0	4	1
Пилорический отдел	0	4	2	2	1	3	0	5	3	14
12-ПК	12	1	23	15	22	6	5	12	62	34

При анализе табл. 3 видно, что наиболее часто во всех возрастных группах встречается поражение 12-ти перстной кишки, причём основная часть приходится на возраст от 31 до 50 лет. На 2-м месте встречается язва пилорического отдела желудка, при этом женщины болеют чаще, чем мужчины. У 4 больных от общего

числа исследуемых наблюдалось сочетание язв желудка и 12-ти перстной кишки (II тип язвы по Johnson), которые протекали благоприятно и лечение удалось достичь консервативными методами лечения.

Результаты

Больным поступившим в стационар в экстренном порядке с клиникой ЯГДК, со степенью кровопотери по Forrest Ia-IIa,b, наряду с общепринятым комплексным консервативным лечением проводилась экстренная эндоскопическая остановка кровотечения, путём наложения титановых клипс и орошение зоны язвы нитратом серебра. Из них 28 мужчин и 15 женщин. Из этого числа больных у 16 мужчин и 7 женщин наблюдался рецидив кровотечения, что составляет почти 50 % в каждой половой группе больных. Повторный гемостаз проводился у 6 мужчин и 1 женщины путём клипирования сосуда в язве и по периметру язвы. Из общего числа больных у всех 16 мужчин при рецидиве кровотечения проводилось оперативное пособие в объёме прошивания кровотокающего сосуда – 12 случаев и иссечение язвы 4 случая. Операции проводились в экстренном и срочном порядке. Причём в экстренном порядке прооперировано 10 больных, в срочном соответственно 6 больных мужского пола. Рецидив кровотечения у 10 больных возникал в 1-2 сутки от момента поступления в стационар. У 6 больных рецидив наблюдался на 2-4 сутки от момента госпитализации. При этом интенсивная консервативная терапия у 11 больных мужского пола на фоне рецидива кровотечения и неэффективности оперативного пособия успеха не имела, больные погибали от профузного кровотечения на 2-3 сутки от момента рецидива кровотечения, несмотря на интенсивную терапию. Из 15 женщин с тяжёлой степенью кровопотери и риском повторного кровотечения у 7 имел место рецидив кровотечения, у 1 женщины проводился повторный эндогемостаз – наложение клипс по периметру язвенного кратера. Из общего числа женщин 3 больным проводилась экстренная операция в 1-е сутки от рецидива кровотечения, в объёме прошивания кровотокающего сосуда, из этого числа прооперированных 1 больная погибла, 2 выписаны из стационара. При этом у 12 женщин имел место II тип язвы по Johnson. Из общего числа лиц женского пола, у 6 больных, несмотря на интенсивную консервативную и послеоперационную терапию рецидив кровотечения привёл к летальному исходу.

Основную группу больных подвергшихся оперативному лечению при рецидиве ЖКК составляли лица мужского и женского пола в возрасте от 51 до 70 лет. При этом большую часть язв по классификации Johnson составляли язвы II и III типа. Причём кровотечения из язв II типа в основном удавалось остановить с помощью эндогемостаза (клипирование и орошение нитратом серебра). А при кровотечении из язв III типа лечение заканчивалось экстренной или срочной операцией.

Выводы

1. При лечении больных с язвенными кровотечениями надо учитывать локализацию язв по Johnson, так как это даёт возможность выбрать оптимальное место для наложения клипсы при эндоскопическом клипировании.

2. Простое прошивание кровотокающего сосуда в эрозированной его части мало эффективно, так как эрозия сосуда (некроз) распространяется выше места кровотечения. Поэтому в случае оперативного вмешательства необходимо иссечь края язвы до здоровых тканей и ушивать дефект.

3. В связи с тем, что даже при современных методах остановки язвенных кровотечений летальность больных остаётся высокой, необходимы поиски и разработки других методов остановки кровотечения и лечения больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Гостицев В.К., Евсеев М.А.* Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. – М.: 2008. – 132 с.
2. *Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е.* Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. – М., 2001. – 127 с.
3. *Климов А.Е.* Лечение язвенных кровотечений. – М., 2007. – 43 с.
4. *Чернов В.Н., Таранов И.И., Мизиев И.А.* Неотложная хирургия. – Ростов-на-Дону, 2002. – 103 с.
5. *Rockall T., Logan R., Devlin H.* Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut.* 1996. – 316-318 p.
6. *Rollhauser C., Fleisher D.* Ulcers and nonvariceal bleeding. *Endoscopy.* 1999. – P. 18-20.

Чернов Виктор Николаевич

Ростовский государственный медицинский университет Росздрава.

E-mail: v.chernov@mail.ru.

344718, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел.: (863)2321625.

Кафедра общей хирургии, заведующий, профессор, д.м.н.

Chernov Viktor Nickolaevitch

Rostov State Medical University Roszdrava.

E-mail: v.chernov@mail.ru.

29, Nakhichevansky side street, Rostov-na-Donu, 344718, Phone: (863)2321625.

Department of general surgery, head, professor, Dr. Sci. Med.

Кещан Сурен Суренович

Ростовский Государственный Медицинский Университет Росздрава.

E-mail: v.chernov@mail.ru.

344718, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел.: (863)2321625.

Кафедра общей хирургии, аспирант.

Keshyan Suren Surenovitch

Rostov State Medical University Roszdrava.

E-mail: v.chernov@mail.ru.

29, Nakhichevansky side street, Rostov-na-Donu, 344718, Phone: (863)2321625.

Department of General Surgery, postgraduate student.

УДК 616.381-002-07-08:616.36

В.Н. Чернов, С.Ю. Ефанов

**КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ
РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

Работа основана на анализе результатов клинического, инструментально-лабораторного обследования, наблюдения и лечения больных с гнойным перитонитом (РГП). Показано, что лечение больных РГП должно проводиться с использованием комплекса современных медицинских технологий, включающего адекватное оперативное пособие, стартовую эмпирическую противомикробную терапию и методы интракорпоральной детоксикации).

Перитонит; медицинские технологии.