

hypertension / X.Z. Jiang [et al.] // World J Gastroenterol. – 2009. – V. 15(27). – P. 3421-3425.

2. Long-term follow up after surgery for intractable ascites / L. Bancu [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2009. – V. 104(6). – P. 719-721.

3. Tiani, C. Portal hypertension: pre-primary and primary prophylaxis of variceal bleeding / C. Tiani, J.G. Abraldes, Bosch // J. Dig Liver Dis. – 2008. – V. 40(5). – P. 318-327.

4. Venous drainage from the tail of the pancreas to the lienal vein and its relationship with the distal splenorenal shunt selectivity / C. Piras [et al.] // Acta Cir Bras. – 2010. – V. 25(1). – P. 105-110.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЦЕНТРЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кощеев Ю.А., Таразевич Н.К., Мармыш В.Г., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Могилевец Э.В.

Актуальность. Одним из основных факторов, определяющим продолжительность жизни у пациентов с различными формами портальной гипертензии, являются кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка. В связи с чем использование современных методов профилактики и лечения данного осложнения является актуальной проблемой современной хирургии. Несмотря на развитие трансплантации печени, проблема дожития пациентов до этого этапа является немаловажной, что обуславливает развитие как изолированных, так и комбинированных лечебных и профилактических методов.

Цель работы. Оценка результатов использования различных методов профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка в Городском центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК) на базе 4-й городской клинической больницы г. Гродно.

Материалы и методы. С мая 2002 г. по декабрь 2010 г. госпитализировано 3415 больных с ГДК, 417 (14,7%) из них имели кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Мужчин было 289 (69,3%), женщин – 128 (31%), в возрасте от 18 до 69 лет. В реанимационное отделение госпитализировано 362 (86,5%) больных, в хирургическое – 55 (13,2%). Отмечено, что медикаментозная профилактика с использованием β -блокаторов, мононитратов и их комбинации имеет малую эффективность. С 2005 г. применяется эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода и желудка, с 2007 г. – плановая этапная склеротерапия. Склерозирование ВРВ пищеводно-кардиальной зоны выполнено у 49 больных в плановом порядке. Всего выполнено 83 сеанса этапных склерозирований (интравазальное введение 1–10 мл 3% этоксисклерола). За один сеанс склерозировали максимальное количество технически доступных варикозных стволов. В среднем выполнено по 2–3 сеанса, с контролем через 7–8 дней и 3–6 месяцев, обязательно по показаниям и чаще. С целью вторичной профилактики у пациентов с эпизодами кровотечений в анамнезе с февраля 2010 года применяются методики абдоминального варианта деваскуляризации желудка и пищевода по Сигиура-Футагава (выполнены у 4 пациентов с циррозом печени класса В по Child). У 2 пациентов данная методика в модификации выполнена лапароскопически. Используется также метод мезентерико-кавального шунтирования с использованием в качестве шунта сегмента реверсированной большой подкожной вены. Наиболее рациональным считается применение комбинаций перечисленных методов (особенно в сочетании с эндоскопическим склерозированием ВРВ пищевода).

Результаты и выводы. Показано, что отработанный алгоритм оказания экстренной помощи, профилактики и лечения больных с портальной гипертензией с включением изолированных и комбинированных методик малоинвазивной и традиционной профилактики кровотечений из ВРВ пищевода позволяет улучшить непо-

средственные результаты лечения и снизить летальность. Так, в 2009 г. в центр ГДК госпитализировано 52 больных, умерло 17, летальность составила 32,7%; в 2010 г., соответственно, – 71, умерло 20, летальность – 28%. В связи с повышением эффективности первичного лечебного склерозирования варикозных вен, внедрения других малоинвазивных методов профилактики кровотечений из ВРВ появилась возможность прогнозировать и предупреждать их развитие.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ В АФГАНИСТАНЕ: 1979-1989 ГГ.

Кощев Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – майор медицинской службы Новоселецкий В.А.

Ранения ЛОР-органов составили 25,2% от общего количества изолированных боевых повреждений ЛОР-органов и 1,4% от всех ранений. По виду ранящего оружия ранения ЛОР-органов распределились следующим образом: осколочные – 93,7%, пулевые – 16,3%. В абсолютном большинстве случаев осколочные ранения были слепыми или касательными (96%), а пулевые – сквозными (98%). По локализации первое место занимали ранения шеи (53%), второе – ранения носа и околоносовых пазух (45,6%), третье – ранения уха (1,4%).

В 18,2% случаев ранения шеи сопровождалось повреждением жизненно важных органов. Изолированные ранения ЛОР-органов встречались не более чем в 4,7% от числа всех боевых повреждений. Так, ранения ЛОР-органов сочетались с повреждением мозгового черепа в 6,8% случаев, орбиты – в 10,4%, челюстно-лицевой области – в 24,4%, остальные – с повреждением других областей тела.

Анализ дефектов оказания доврачебной помощи показал, что при поступлении раненых отоларингологического профиля непосредственно из района боевых действий асептическая повязка не наложена 48% пострадавших. Не введены обезболивающие средства в 30% случаев, передозировка наркотических анальгетиков отмечена в 10%. Ни одному раненому не была начата инфузионная терапия, хотя и позволяла оперативная обстановка.

Наиболее частыми ошибками на этапе первой врачебной помощи были следующие:

1. Грубое, неэкономное, нерациональное иссечение мягких тканей при первичной хирургической обработке раны лица. Поздняя хирургическая обработка ран лица, осложнившихся развитием раневой инфекции. Все это приводило в дальнейшем к выраженным косметическим дефектам.

2. Недостаточное дренирование ран шеи при проведении первичной хирургической обработки, а также наложение ранних первичных швов на эти раны.

3. Несвоевременная диагностика поражения слухового анализатора взрывными факторами.

4. Неоправданная в ряде случаев трахеотомия.

Квалифицированная медицинская помощь была оказана только 61,3% раненых отоларингологического профиля. У 13,3% пострадавших проведены оперативные вмешательства по жизненным показаниям, из них трахеотомия – у 30%, остановка кровотечения путем перевязки сосудов в ране шеи – у 30%, сосудистый шов общей сонной артерии – у 10%, трахеотомия и перевязка сосудов в ране – у 30%.

Специализированная медицинская помощь оказывалась 38,7% раненых. Лечебно-диагностические мероприятия можно условно разделить на четыре группы. В первую группу вошли мероприятия, связанные с продолжающимся или возобновляющимся кровотечением из ЛОР-органов, нарушением дыхания и глотания, проникающими ранениями шеи, внутреннего и среднего уха. Вторую группу составили мероприятия по уточнению диагноза с помощью дополнительных клинических, рентгенологических и эндоскопических методов исследования для решения вопроса о необходимости и очередности повторных хирургических вмешательств. Третья