

бе применения фонофорез лекарственных средств осуществляли с интенсивностью УЗ от 0,3 до 0,4 Вт/см в импульсном режиме (4 мс). Время воздействия — 5—10 минут. Количество сеансов — 10—12. УЗ воздействие было направлено на пояснично-крестцовую область, шейку и анатомический треугольник мочевого пузыря, промежность.

Уже после 3—4 сеансов лечения в обеих группах наблюдалась нормализация мочеиспускания, исчезали императивные позывы на мочеиспускание. Боли были купированы через 4—5 сеансов лечения в основной группе и через 7—9 сеансов — в контрольной (см. табл.). Копулятивная функция в основной группе начала восстанавливаться на 2—3-й неделе от момента начала лечения, в контрольной — на 3—4-й.

Отмечена нормализация показателей лабораторных методов исследований: улучшение качества секрета ПЖ (увеличение числа лецитиновых зерен, уменьшение содержания лейкоцитов). В основной группе такие изменения были выявлены через 7—9 дней от момента начала лечения, в контрольной — через 11—14 дней.

Таким образом, УЗ терапия в сочетании с локальной гипертермией ПЖ и магнитной терапией при лечении больных с ХП позволяет оптимизировать лечебные воздействия и сократить сроки лечения.

УДК 616.33/.34—005.1—089.811/.814:614.39:629.73

Н.А. Мизуров, П.Ф. Макаров (Чебоксары). Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в практике санитарной авиации

Анализ результатов лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями по материалам годовых отчетов хирургических отделений городских и районных больниц Чувашской республики показывает, что за последние годы увеличилось число больных с желудочно-кишечными кровотечениями, а также число прооперированных больных (см. табл.).

Острые желудочно-кишечные кровотечения среди различных причин, по поводу которых вызывали хирурга санитарной авиации ГУЗ РКБ № 1, за истекшие 10 лет составляют 25,6%. В основу работы бортирургов санавиации положен принцип максимального приближения специализированной хирургической помощи сельскому населению. Возрастающий поток больных с кровотечениями из желудочно-кишечного тракта, тяжесть их состояния создают значительные трудности в работе хирурга и требуют выработки индивидуализированной и обоснованной тактики.

Частота желудочно-кишечных кровотечений и исходы хирургического и консервативного лечения

Годы	Число больных	Исходы хирургического лечения		Исходы консервативной терапии	
		прооперированы	умерли	лечены	умерли
1990	340	86	6	278	4
1991	383	91	5	292	—
1992	575	167	9	408	3
1993	519	114	8	405	2
1994	560	150	12	410	2
1995	631	166	16	465	10
1996	614	139	11	475	3
1997	618	103	6	515	8
1998	595	138	11	457	8
1999	720	102	8	618	2

За период с 1990 по 1999 г. в отделение санитарной авиации поступило 342 вызова к больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, из них 333 (97,3%) — по поводу язвенно-гастродуоденальных. За указанный период были оперированы 229 пациентов с кровотечениями язвенной этиологии. Оперативная активность составила 66,9%.

Тактика хирурга в каждом конкретном случае определялась тяжестью состояния больного, интенсивностью кровотечения в момент поступления, наличием сопутствующих заболеваний и эффективностью проводимого консервативного лечения.

Активность кровотечения устанавливали на основании эндоскопической картины.

В результате накопленного опыта работы в условиях санитарной авиации выработаны показания к операции при гастродуоденальном кровотечении: это профузное кровотечение, рецидив кровотечения, продолжающееся кровотечение, ненадежно остановленное кровотечение. Экстренные и срочные операции были выполнены 229 больным. Больных с тяжелой степенью кровопотери оперировали практически сразу же: как показывает практика, от кровотечения умирают в основном только те пациенты, которые не были своевременно прооперированы. Инфузионно-трансфузионную терапию проводили во время операции.

Хирургическое вмешательство на высоте кровотечения сопряжено со значительным риском. Поэтому метод и объем оперативного вмешательства выбирали индивидуально. При профузных кровотечениях стремились к выполнению щадящих операций, направленных на спасение жизни больного. У 186 (81,2%) больных кровотечение сопровождалось геморрагическим шоком. Именно у таких больных мы считаем обоснованным органосохраняющие операции.

Больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция же-

лудка — у 79, иссечение язвы желудка — у 5, гастротомия, ушивание кровоточащей язвы желудка, перевязка левой желудочной артерии — у 68, иссечение язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) с пилоропластикой и стволовой ваготомией — у 4, ушивание кровоточащей язвы ДПК с пилоропластикой и стволовой ваготомией — у 73.

Наш опыт ушивания хронических кровоточащих язв свидетельствует о большой угрозе рецидива кровотечения. Так, в 9 (6,4%) из 142 случаев ушиваний кровоточащих язв наблюдался рецидив кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде. Само прошивание и затягивание нити в рубцово-некротических тканях нередко ведут к прорезыванию лигатуры или к неполному ее затягиванию и рецидиву кровотечения. С нашей точки зрения, прошивание кровоточащего сосуда в дне хронической язвы (особенно если ее размеры превышают 1 см) не являются оптимальным методом гемостаза из-за его ненадежности и высокого процента рецидивов. Прошиванием можно пользоваться лишь как временным способом гемостаза при крайне тяжелом состоянии больного, когда невозможно какое-либо другое оперативное вмешательство. В дальнейшем больного необходимо перевести в специализированное отделение для планового оперативного лечения.

Надежно предупредить рецидив как кровотечения, так и язвообразования позволяет лишь удаление (иссечение) язвы или резекция желудка.

После операции умерли 9 человек, послеоперационная летальность составила 4%. Исход лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями во многом зависит от правильности проведения организационных мероприятий в условиях районных больниц, в частности от своевременной госпитализации, диагностики источника кровотечения и правильной тактики лечения.

В условиях санитарной авиации обоснован индивидуальный подход к выбору метода оперативного вмешательства, от которого во многом зависит благоприятный исход. Поиск наиболее рациональной тактики и методов хирургического лечения кровоточащих язв желудка и ДПК является актуальным и направлен на спасение жизни многим больным.

Считаем необходимым использование в работе бортхирургов и эндоскопистов санитарной авиации современных эндоскопических методов остановки гастродуоденальных кровотечений. Применение лечебной эндоскопии часто бывает оправданным, так как позволяет выиграть время, в течение которого необходимо восполнить кровопотерю и устранить гиповолемию. Эффективный эндоскопический гемостаз позволяет шире применять отсроченные операции после выведения больных из геморрагического шока и стабилизации их состояния и улучшить таким образом результаты хирургических вмешательств.

Итак, в условиях санитарной авиации больным с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением показана экстренная операция. Выбор метода хирургического вмешательства зависит от тяжести кровопотери, локализации источника кровотечения. Срочная операция показана, когда при фиброгастроскопии виден эрозированный сосуд, прикрытый тромбом, либо когда весь просвет луковицы занят крупным тромбом, что свидетельствует о массивном кровотечении из язвы ДПК. Ушивание кровоточащей язвы задней стенки ДПК диаметром 1 см и более не гарантирует надежной остановки кровотечения. Целесообразнее в данной ситуации резекция желудка. При гастродуоденальных кровотечениях тяжелой степени оптимальным методом операции является иссечение язвы в сочетании с ваготомией.