

На правах рукописи

РОМАНЕНКОВ
Николай Сергеевич

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И УСТРАНЕНИИ
ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОСТРАДАВШИХ
ОТ ОЖОГОВ

14.01.17 – хирургия
14.01.04 – внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург - 2014

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии Института медицинского образования ФГБОУ ВПО «Новгородский Государственный университет имени Ярослава Мудрого» Министерства образования и науки Российской Федерации

Научные руководители

Мовчан Константин Николаевич, доктор медицинских наук профессор
Зиновьев Евгений Владимирович, доктор медицинских наук профессор

Официальные оппоненты

Скрябин Олег Николаевич – доктор медицинских наук профессор, главный хирург Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая больница Святителя Луки» Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

Сосюкин Анатолий Евгеньевич – доктор медицинских наук профессор, заместитель директора института по клинической работе Федерального государственного унитарного предприятия «Научно-исследовательский институт промышленной и морской медицины» Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2014 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.086.07 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47) и на сайте www.szgmu.ru

Автореферат разослан « ____ » _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук доцент

Г. Н. Горбунов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Ежегодно в России регистрируется до 100 тысяч случаев тяжелых ожогов (Воробьев А.В., 2006; Федоров В.Д. и соавт., 2006; Алексеев А.А., 2011). Течение ожоговой болезни нередко осложняется образованием эрозивно-язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки (Бабенко А.И. и соавт., 2007; Алексеев А.А., 2010; Скрябин О.Н., 1990; Stollman N., 2005; Satoh K., 2010; Wang Y.U., 2010; Soreide K., 2014). Вместе с тем, эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта у обожженных нельзя однозначно рассматривать сугубо как неизбежность тяжелой ожоговой травмы. В структуре заболеваемости населения Российской Федерации частота язвенной болезни варьирует от 6 до 8% (Ткаченко Е.И. и соавт., 2008; Смолькина А.В. и соавт., 2010; Cheung, F.K. et al., 2009; Balaban D. et al., 2014). Среди жителей России контингент больных язвенной болезнью составляет около 3 млн. человек, из которых каждый десятый пациент переносит хирургические вмешательства по причине осложнений этого заболевания (Страчунский Л.С. и соавт., 2005; Винокуров М.М. и соавт., 2008; Larssen L., 2008; Lundell L., 2011; Yau A.H. et al., 2014). При такой широкой распространенности ЯБ люди, страдающие данной патологией, с высокой вероятностью могут оказаться среди пострадавших, подверженных термической травме. Вопросы, связанные с особенностями обследования и лечения пациентов при сочетании у них язвенной и ожоговой болезнью, в медицинской литературе отражены в единичных публикациях, остаются без ответа и, по этим причинам, представляют особый научный и практический интерес.

Степень разработанности темы исследования

Анализ данных исследователей, изучавших результаты оказания медицинской помощи больным хроническими гастродуоденальными язвами на фоне тяжелой ожоговой травмы, показывает, что единого мнения авторов о частоте сочетания ЯБ и ОБ нет. Представленные сведения об особенностях клинической картины хронической ЯБ на фоне ожоговой травмы противоречивы. Мнения исследователей о месте хирургических методов лечения больных при сочетании язвенной и ожоговой болезнью, приоритетности использования при этом разных хирургических технологий и о критериях их выбора – неоднозначны. Так же как неоднозначны сведения специалистов о наиболее перспективных путях улучшения результатов консервативного лечения больных ЯБ желудка и ДПК, пострадавших при ожоговой травме (Скрябин О.Н., 1990; Алексеев А.А., 2010; Смолькина А.В. и соавт., 2010; Poultides G. et al., 2008; Van Vugt R. et al., 2009; Wang Y.U. et al., 2010; Akiba Y. et al., 2011; Lundell L., 2011; Yau A.H. et al., 2014). Данные обстоятельства позволяют считать, что вопросы оценки возможностей современных медицинских технологий в профилактике и устранении осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших от ожогов разработаны не в полной степени, что оказывается побудительным мотивом для проведения специального исследования.

Цель исследования: улучшить результаты оказания хирургической помощи пациентам при сочетании язвенной и ожоговой болезнью

Задачи исследования

1. Изучить частоту встречаемости хронической формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших с ожоговой травмой
2. Проанализировать особенности клинического течения и проявлений хронической язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных
3. Оценить результаты оказания хирургической помощи при тяжелой ожоговой травме у больных хроническими гастродуоденальными язвами
4. Выявить основные причины негативных результатов оказания хирургической помощи больным хронической формой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при тяжелой ожоговой травме
5. Определить пути улучшения результатов оказания медицинской помощи пациентам при сочетании язвенной и ожоговой болезней
6. Разработать алгоритм оказания медицинской помощи больным хроническими гастродуоденальными язвами при тяжелой ожоговой травме

Научная новизна исследования. Впервые, при констатации язвенно-эрозивных дефектов СО ЖКТ у пострадавших от ожогов особенности сочетания ожоговой и язвенной болезней отдельно изучены у пациентов двух групп: больных хронической формой ЯБ, подвергшихся ожоговой травме, и пострадавших от термического воздействия, у которых течение ожоговой болезни осложнилось острыми эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ.

Данные о частоте встречаемости хронической ЯБ у обожженных впервые проанализированы с учетом структуры осложнений хронических гастродуоденальных язв у этой категории пациентов и в сравнении со сведениями об особенностях аналогичных осложнениях при ЭЯП верхних отделов ЖКТ, возникающих на фоне критических ожогов.

Доказано, что использование технологий внутривидеоскопии и комплексной противоязвенной терапии при кровотечении из хронических язвенных дефектов СОЖ и ДПК у тяжелообожженных с целью остановки кровотечения из язвы позволяет существенно снизить остроту необходимости выполнения хирургических вмешательств лапаротомным доступом через ожоговый струп и, тем самым, уменьшить частоту случаев осложнений хирургического вмешательства и летальных исходов у данного контингента пациентов.

Показано, что устранение перфораций хронических язв желудка и ДПК у пострадавших от ожогов можно успешно осуществлять, используя технологии внутривидеоскопии, с помощью которых существенно минимизируется травма, обусловленная хирургическим вмешательством.

Установлено, что показатели секреторной функции желудка на фоне ожоговой травмы до хирургического вмешательства и после него у пациентов, страдающих хроническими ГДЯ, не отличаются от таковых у людей, страдающих ЯБ и не подвергшихся термической травме.

Обосновано, что операции, влияющие на патогенетические механизмы язвообразования, пострадавшим с сочетанием ЯБ и ожоговой травмы по пока-

занятиям целесообразно проводить после завершения лечения пациентов по поводу ожоговой болезни.

Теоретическая и практическая значимость работы. Особенности клинической картины, лабораторной и инструментальной диагностики хронической формы ЯБ желудка и ДПК на фоне ожоговой травмы проанализированы с учетом условий оказания МП пострадавшим в ЛПУ разного уровня специализации в абдоминальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии.

Доказано, что отнесение пациентов с ЯБ желудка и ДПК, пострадавших при ожоговой травме, к группе людей с высоким риском развития жизнеопасных осложнений хронической ЯБ (кровотечение из язвы или ее перфорация) среди контингента пострадавших от ожогов тактически себя оправдывает.

Обосновано применение миниинвазивных органосохраняющих эндоскопических операций у пострадавших при сочетании язвенной и ожоговой болезней.

Выработаны практические рекомендации по модернизации технологии проведения лапаротомного доступа через ожоговый струп при хирургических вмешательствах, выполняемых по поводу осложнений язвенной болезни у обожженных, в плане минимизации хирургической травмы, профилактики нагноения операционной раны передней брюшной стенки и эвентрации органов брюшной полости в раннем послеоперационном периоде.

Сформулированы особенности анестезиолого-реаниматологического и терапевтического сопровождения хирургических вмешательств, проводимых по поводу осложнений ЯБ желудка и ДПК, развившихся на фоне ожоговой травмы.

Предложены критерии включения в медико-экономические стандарты комплексного лечения пациентов, страдающих хронической язвенной болезнью и подвергшихся ожоговой травме, медикаментов, целенаправленно влияющих на патогенетические механизмы язвообразования и осложнений этого заболевания.

Разработан алгоритм оказания МП пострадавшим при сочетании язвенной и ожоговой болезнью, в котором предусмотрено применение конкретных технологий хирургических вмешательств и схем противоязвенной терапии, отражены основные направления лечебно-эвакуаторных мероприятий организации оказания МП этому контингенту больных.

Методология и методы исследования.

При работе над диссертацией использованы методы клинического обследования пациентов ЯБ и ОБ (как до, так и после хирургического лечения), специальные методики оценки состояния функций системы пищеварения у обожженных. Разработка МЭС осуществлялась посредством программы «Эксперт - МЭС+».

Данные, полученные в выборках клинических наблюдений, подвергались статистической обработке, которая проводилась с помощью статистического пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2007» for Windows XP.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Хронические гастродуоденальные язвы у пострадавших от тяжелых ожогов выявляются в 1,6 - 2,6% случаев, а осложненное течение ЯБ у пациентов этой группы констатируется в 81- 82% случаев.

2. С учетом особенностей клинического течения и проявлений патологических процессов в случаях сочетания ожоговой и язвенной болезней, при верификации эрозивно-язвенных дефектов СОЖ и ДПК среди обожженных необходимо выделять две группы пациентов: больных с хронической формой ЯБ, перенесших ожоговую травму, и пострадавших от термического воздействия, у которых течение ОБ осложнилось острыми ЭЯП верхних отделов ЖКТ.

3. В специализированных подразделениях многопрофильных ЛПУ результаты МП обожженным при осложненном течении хронической ЯБ желудка и ДПК оказываются неудовлетворительными в 34% случаев, а при осложнении ОБ острыми ЭЯП слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ – в 36% наблюдений. В муниципальных больницах положительные результаты оказания медицинской помощи этому контингенту пациентов возможны лишь в 53% и 60% случаев, соответственно.

4. Отрицательные результаты оказания МП пациентам с хронической формой ЯБ желудка и ДПК в случаях тяжелой ожоговой травмы обуславливаются: ошибками при обследовании больных (47-54%) и оценке тяжести их состояния на фоне кровотечения из язвы и ее перфорации (33-68%); дефектами в проведении противошоковой терапии (19%); нерациональной тактикой противоязвенной терапии (47%); неправильным определением источника кровотечения (42%) и величины кровопотери (53%); выбором неадекватной методики достижения гемостаза при эндоскопии (31%) и хирургической тактики (32%).

5. Технологически улучшить результаты оказания МП пациентам при сочетании язвенной и ожоговой болезней можно за счет: своевременного начала адекватной противошоковой терапии; целенаправленного назначения современных схем противоязвенной терапии в плане превентивных и лечебных мероприятий; дифференцированного подбора количественных и качественных характеристик раннего энтерального питания; использования технологий внутрипросветной эндохирургии для достижения гемостаза при кровотечении из дефектов СОЖ и ДПК; применения миниинвазивных методик выполнения органосберегающих хирургических вмешательств.

6. Организационно улучшить результаты оказания МП при хронических ГДЯ у больных, подвергшихся ожоговой травме и прошедших лечение в специализированных (комбустиологических) подразделениях многопрофильных ЛПУ, можно осуществляя динамическое наблюдение за состоянием пациентов после их выписки из стационара и используя возможности современных технологий восстановительного лечения. Алгоритм оказания МП больным хроническими язвами желудка и ДПК при тяжелой ожоговой травме должен предусматривать не только конкретные методики хирургических технологий и схемы противоязвенной терапии, но и основные направления мероприятий лечебно-эвакуаторного предназначения и организации оказания МП этому контингенту больных.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность результатов выполненного исследования подтверждается репрезентативной численностью групп клинических наблюдений, использованием при выполнении исследования новых технологий оказания медицинской помощи пациентам, а также применением современных методов статистической обработки полученных данных.

Апробация и публикация материалов исследования. Материалы диссертации отражены в 14 печатных работах, в т.ч. 5 статьях в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ в качестве изданий для опубликования результатов диссертационных работ.

Материалы исследований доложены и обсуждены на: XIV Российской гастроэнтерологической неделе (Москва, 2008); IX съезде научного общества гастроэнтерологов России (Москва, 2009); Научно-практической конференции хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации "Актуальные вопросы хирургии" (Белгород, 2010); X Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном учреждении" (Санкт-Петербург, 2010); Юбилейной научно-практической конференции "Актуальные вопросы термических поражений" (Санкт-Петербург, 2010); X юбилейном съезде научного общества гастроэнтерологов России (Москва, 2010); Научно-практической конференции "Актуальные проблемы медицины и биологии" (Санкт-Петербург, 2010); XXXXII научно-практической конференции врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС» (Красногорск, 2010); Всероссийской конференции с международным участием «Современные аспекты лечения термической травмы» (Санкт-Петербург, 2011); XV съезде общества эндоскопических хирургов России (Москва, 2012); XIII съезде научного общества гастроэнтерологов России (Санкт-Петербург, 2013).

Реализация результатов исследования. Результаты исследований используются в учебном процессе на кафедрах: института медицинского образования ФГБОУ ВПО «Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого»; ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ; ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Минздрава РФ.

Практические рекомендации, сформулированные в диссертации, внедрены в работу: ожогового центра ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»; СПб ГБУЗ «Городская больница №26»; СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница»; хирургических и травматологических подразделений ряда учреждений здравоохранения Ленинградской и Новгородской областей.

Личный вклад автора в исследование заключается в сборе источников литературы по теме исследования, их аналитическом обзоре (100%); составлении программы исследования (97%); разработке карты обработки медицинских документов с набором необходимых параметров (100%); формировании базы данных о больных, (100%); статистической обработке результатов (95%). Диссертант лично участвовал в обследовании и лечении большинства больных,

данные о которых включены в раздел исследования, выполненный проспективно.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Работа изложена на 276 страницах машинописного текста, иллюстрирована 77 таблицами и 37 рисунками. Список литературы составляет 211 источник, среди которых 146 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Клинические исследования основаны на результатах анализа данных о лечении 23 346 пострадавших от ожоговой травмы и больных ЯБ, которым медицинская помощь оказывалась в ЛПУ Ленинградской области, Санкт-Петербурга и Смоленска в 1997-2013 гг. (табл. 1). Ретроспективно, путем разработки медицинской документации (медицинские карты, операционные журналы, справки и т.д.) проанализированы результаты лечения 23 114 пострадавших от ожогов и пациентов с острыми осложнениями хронической ЯБ (кровотечение из язвы, ее перфорация), госпитализированных в ЛПУ Санкт-Петербурга, ожоговый центр ГБУЗ ЛОКБ и МУЗ (МБУЗ) ЛО. Проспективно, при непосредственном участии в оказании МП, проанализирован опыт лечения 13 пациентов ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в 2009-2013 гг., 158 пациентов ожогового центра ЛОКБ в период 2009-2011, 61 больных ЯБ, госпитализированных в НУЗ «Отделенческая больница на станции «Смоленск» ОАО «РЖД» в 1999-2002 гг.

Целенаправленно проанализированы данные о больных ЯБ, находившихся на стационарном лечении в ожоговом центре ГУЗ ЛОКБ по поводу ожогов. Установлено, что хронической формой ЯБ верхних отделов ЖКТ (желудка или ДПК) до получения травмы страдали 72 пострадавших, госпитализированных в ожоговый центр ЛОКБ, что составило 1,6% от общего числа обожженных, проходивших лечение в этом подразделении. Соотношение численности контингентов мужчин и женщин в группах пациентов ЯБ составило 45 и 55% клинических наблюдений, соответственно. В возрастной группе от 46 до 60 лет частота выявления ЯБ среди обожженных мужчин (56,6%) превышала аналогичный показатель среди женщин (24%) почти в 2,4 раза ($p < 0,05$).

Более, чем в 80% случаев у больных ЯБ желудка или ДПК, госпитализированных в ЛОКБ по поводу ожогов, ИТП превышал 30 ед. В 74,5% наблюдений среди пострадавших с ЯБ констатировались случаи длительного (более 5 лет) заболевания ГДЯ.

У пациентов с ЯБ, госпитализированных в ЛОКБ, дефекты СО верхних отделов ЖКТ чаще всего локализовались в луковице ДПК (38 случаев - 69,1%).

У 16 (29,1%) больных выявлены множественные (две и более) язвы. Постбульбарные язвы ДПК диагностированы у 6 (10,6%) пациентов. Хронические язвы желудка констатированы в 13 (23,6%) наблюдениях.

В ходе работы над диссертацией использовались методики клинического обследования пациентов ЯБ и ОБ как до, так и после хирургического лече-

ния, применялись специальные методы оценки состояния функций системы пищеварения у обожженных. Для разработки МЭС пользовались программой «Эксперт - МЭС+».

При анализе сведений применяли методики статистической обработки анализа данных, полученных в выборках клинических наблюдений. Математическая обработка показателей проводилась с помощью пакета прикладных программ, статистического пакета «Microsoft Excel 2007» for Windows XP.

Таблица 1 - Основные группы клинических наблюдений, данные о которых анализируются в исследовании

№	Группы исследования	Число наблюдений
1.	Пациенты, госпитализированные в ЛОКБ в 1999-2011 гг. среди них ожоговая болезнь протекала с осложнениями в виде эрозивно-язвенных поражений ЖКТ	3 418 86
2.	Больные хронической формой ЯБ, госпитализированные в ожоговый центр ЛОКБ в 1999-2011 гг. по причине ожоговой травмы	72
3.	Пострадавшие от ожогов в 1999-2007 гг., которым в МУЗ ЛО при осложнениях хронической ЯБ выполнены хирургические вмешательства	6
4.	Пострадавшие от ожогов, госпитализированные в ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», которым в процессе лечения выполнены лапароскопические вмешательства	13
5.	Пациенты с кровоточащей ГДЯ, госпитализированные в ЛПУ Санкт-Петербурга в 2000-2011 гг. из них больные, которым медицинская помощь оказывалась в Городской Александровской больнице	17 717 1 520
6.	Пациенты с перфоративной ГДЯ, госпитализированные в ЛПУ СПб в 2010 г. Больные перфоративной ГДЯ, которым медицинская помощь в 1997-2011 гг. оказывалась в Городской Александровской больнице	672 1 379
7.	Больные хронической ЯДПК, которым в клинике факультетской хирургии ВМедА экстренно выполнена стволовая ваготомия с ДЖО по причине перфорации язвы и кровотечения из нее	80
8.	Больные ЯБ ДПК, перенесшие резекцию желудка, которым в послеоперационном периоде осуществлялись специальные исследования, среди них пострадавшие от ожоговой травмы	61 11

Основные результаты исследования

Результаты исследований позволяют считать, что среди обожженных, госпитализированных в ЛОКБ, удельный вес случаев ЭЯП ЖКТ составляет 5% клинических наблюдений. Они представлены как хронической язвой, так и острыми ЭЯП (в 2 и 3% случаев, соответственно). Частота осложнений при острых язвах и эрозиях ЖКТ не превышает 8% (рис. 1). Неосложненное течение ЯБ среди обожженных отмечается лишь в 18% наблюдений, а в 82% случаев у таких больных развивались жизнеопасные осложнения заболевания. В отличие от ОЭЯП ЖКТ, наблюдаемых у обожженных, как правило, в желудке (64% случаев), у пострадавших с сочетанием язвенной и ожоговой болезней активная язва в 70% наблюдений локализуется в ДПК. Острые осложнения хронической язвы среди обожженных в каждом втором случае констатируются среди людей в возрасте до 45 лет, что отличается от случаев ОЭЯП при ОБ и случаях ЯБ в целом.

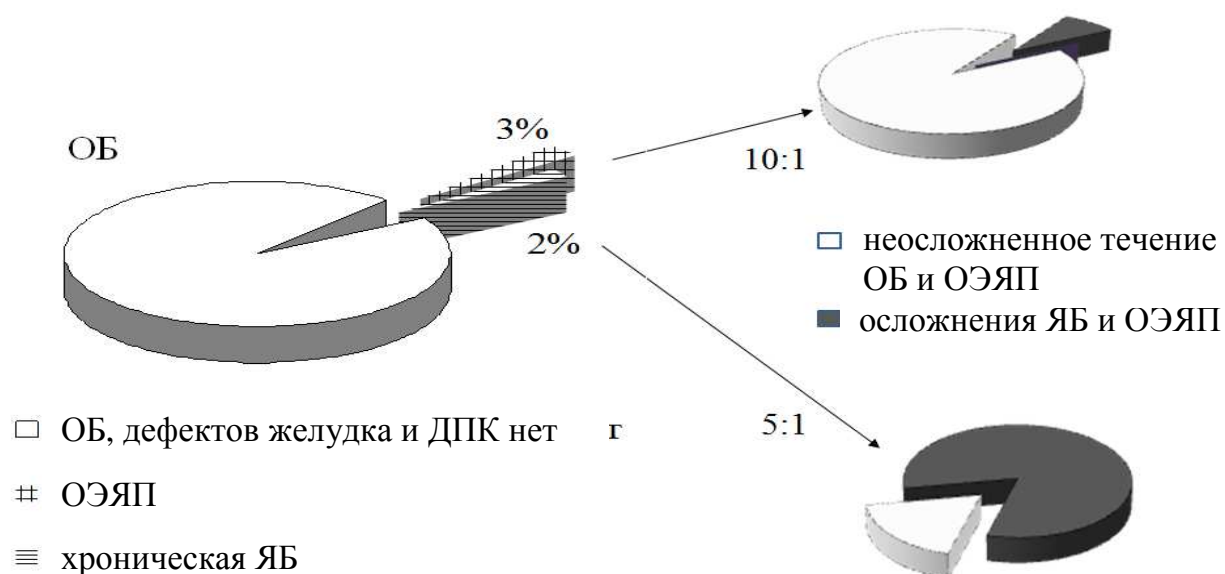


Рисунок 1 - Частота осложнений дефектов СОЖ и ДПК у пострадавших от ожогов

В отличие от наблюдений обычной ЯБ, при хронических язвах желудка и ДПК на фоне ожоговой травмы частота встречаемости признаков кровотечения из язвы в виде мелены и гематомезиса отмечается не более чем в 70% случаев, признаки перфорации язвенного дефекта констатируются лишь в 10% наблюдений, а проявления неосложненных обострений в виде болевого синдрома – менее чем в 20% случаев.

При перфорации язв верхних отделов ЖКТ болевой шок наблюдался лишь у 20% обожженных, при этом частота встречаемости этого симптома оказывается в 4 раза реже, чем в наблюдениях язвенной болезни в целом (рис. 2).

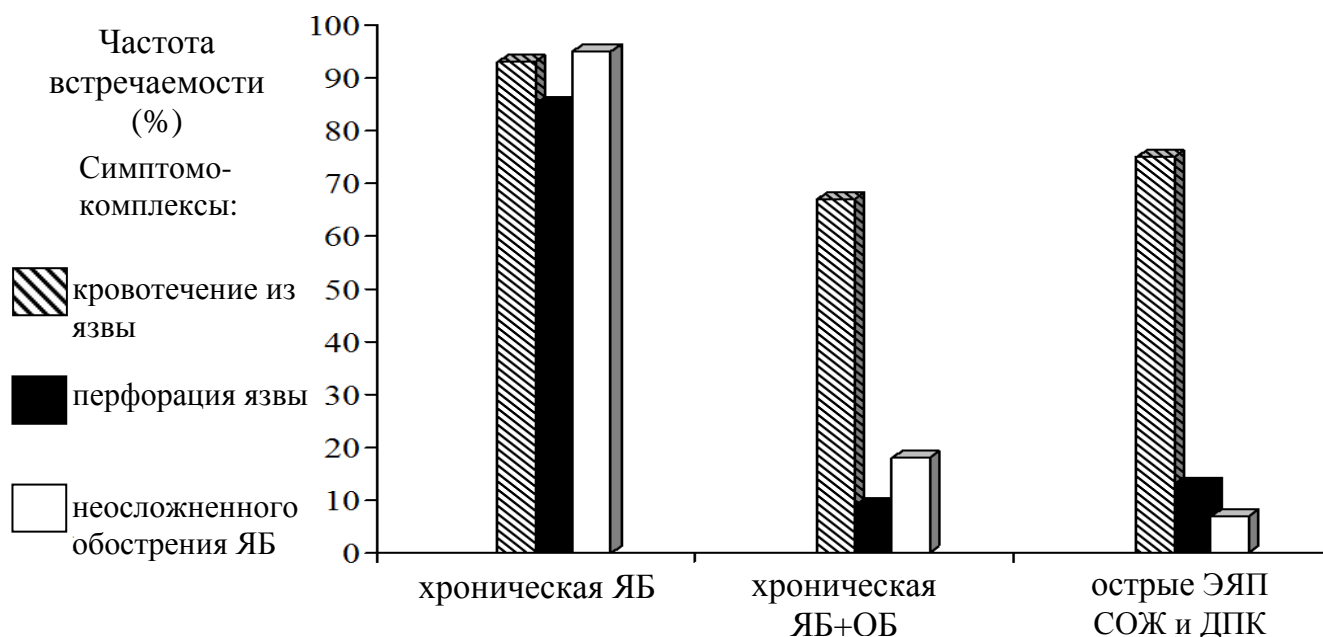


Рисунок 2 - Частота встречаемости симптомокомплексов язвенно-эрозивных дефектов СО желудка и ДПК у обожженных

Показатели общего анализа крови у обожженных с кровотечением из хронической ГДЯ, в отличие от больных с осложненной ЯБ, не подвержены колебаниям, позволяющими достоверно заподозрить и оценить величину кровопотери. Факт язвенного кровотечения при ОБ камуфлируется гемоконцентрацией, ожоговой анемией, а также инфузионно-трансфузионной терапией, что существенно изменяет параметры анализа крови у данной категории пострадавших (табл. 2).

Таблица 2 - Показатели общего анализа крови при кровотечении из хронической гастродуоденальной язвы на фоне ожоговой травмы

Параметры общего анализа крови (норма)	Средние показатели параметров при кровотечении из хронической язвы у больных ЯБ					
	обычный вариант			подвергшихся ожоговой травме		
	1-2 сутки	3-4 сутки	свыше 5 суток	1-2 сутки	3-4 сутки	свыше 5 суток
число эритроцитов ($4,2 - 6,1 \times 10^{12}/л$)	$3,5 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,1$	$5,0 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,2$
уровень гемоглобина (120 - 160 г/л)	$92,5 \pm 2,3$	$81,3 \pm 1,7$	$60,0 \pm 1,1$	$101,0 \pm 2$	$90,0 \pm 1,3$	$89,0 \pm 2,2$
гематокрита (35 - 45 %)	$42,1 \pm 3,3$	$34,3 \pm 0,5$	$23,0 \pm 1,1$	$50,0 \pm 1$	$44,0 \pm 2,1$	$38,0 \pm 1,3$

Параметры летальности среди пациентов госпитализированных в специализированное отделение при сочетании язвенной и ожоговой болезней, достигают 34%, в МУЗ эти показатели выше почти на 20% (рис. 3).

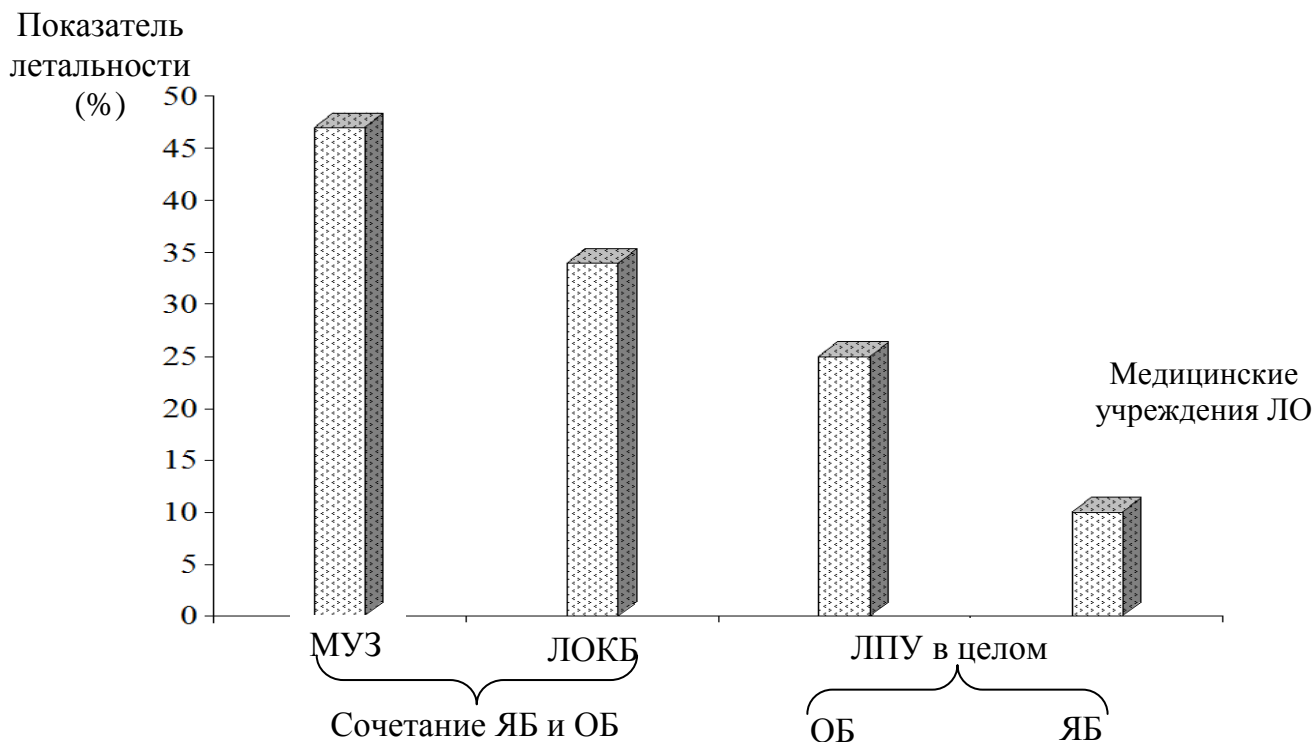


Рисунок 3 - Показатели летальности в ЛПУ ЛО

При лечении обожженных с осложнениями хронической ЯБ необходимость в проведении хирургических вмешательств оказывается в 3 раза чаще, чем при ОЭЯП. Если при острых дефектах СО желудка и ДПК хирургические вмешательства выполнялись в каждом десятом случае, то при хронической ЯБ на фоне ожоговой травмы - в каждом четвертом наблюдении.

Объемы хирургических вмешательств при хронических и острых дефектах СО ЖКТ у обожженных оказываются идентичными.

Таблица 3 - Хирургические вмешательства, выполненные обожженным в ЛОКБ по причине язвенных дефектов СО желудка и ДПК

Хирургические вмешательства	Число операций, выполненных при осложнениях	
	хронической ЯБ	ОЭЯП
ушивание перфорации язвенного дефекта	5	1
дуоденотомия, прошивание кровотокающей язвы	6	2
гастротомия, прошивание кровотокающей язвы	1	5
резекция желудка	2	-
Всего операций	14	8
Всего случаев язвенных дефектов	72	86

В спектре хирургической активности у таких пациентов, как правило, преобладали жизнесохраняющие вмешательства паллиативного характера – гастро- или дуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы и ушивание перфорировавших язв. В качестве хирургического вмешательства с воздействием на этиопатогенетические механизмы ЯБ изредка использовалась резекция желудка (табл. 3).

Ушивание перфорации дефекта СОЖ и ДПК с одной стороны – жизне-спасительное вмешательство, с другой, - эта операция сопровождается высокой частотой случаев летальных исходов. В большинстве наблюдений послеоперационный период у таких пациентов осложняется нагноением раны и эвентрацией внутренних органов, что обуславливает необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств и увеличивает продолжительности лечения с оценкой его результатов не более, чем удовлетворительные.

Результаты хирургического лечения обожженных при кровотечении из хронического дефекта СО ЖКТ так же часто, как и при ушивании перфорации оказываются неудовлетворительными по причине высокой частоты летальных исходов (в одной трети случаев). А нагноение раны в зоне хирургического вмешательства и эвентрация внутренних органов в послеоперационном периоде у пациентов с кровотечением из язвы констатируется в каждом втором наблюдении.

Дефекты оказания МП в случаях ожоговой травмы у больных с хроническими ГДЯ встречаются в ЛПУ разного лицензионного ранга. Установлено, что ошибки при первичном обследовании пациентов, сборе анамнеза, определению показаний к назначению противоязвенной терапии на 50-65% чаще допускаются хирургами и терапевтами общего профиля. В ожоговом подразделении частота таких ошибок составляет от 1,5 до 9% (табл. 4).

Таблица 4 - Дефекты оказания медицинской помощи в случаях ожоговой травмы у больных с хроническими гастродуоденальными язвами

Дефекты при	Частота встречаемости (%)	
	МУЗ, n=6	ЛОКБ, n=72
обследовании пострадавших при сочетании ЯБ и ОБ:		
недостатки сбора анамнеза	5 (83,3)	1 (1,4)
недостаточный объем лабораторных исследований	4 (66,7)	7 (9,73)
недостаточный объем инструментальных исследований	5 (83,3)	5 (6,95)
определении:		
источника кровотечения	5 (83,3)	4 (5,6)
величины кровопотери	3 (50)	6 (8,3)
оценке тяжести состояния пациентов, в т.ч.:		
поздняя диагностика гемодинамических нарушений	4 (66,7)	20 (27,8)
назначении медикаментозной терапии		
антисекреторной	4 (66,7)	10 (13,9)
антихеликобактерной	4 (66,7)	13 (18,1)
хирургическом лечении		
выполнение лапаротомии при наличии лапароскопии	2 (33,3)	14 (19,5)
выполнения ФГДС	6 (100)	2 (3,3)

При адекватном проведении пострадавшим от ожогов противошоковой терапии частота осложненного течения хронической язвенной болезни у тяжелообожженных снижается вдвое.

При терапевтическом сопровождении хирургического лечения пациентов при сочетании ЯБ и ОБ с назначением им с профилактической или лечебной целью квадротерапии частота развития обострений язвенной болезни у обожженных снижается на 35 %. При назначении раннего энтерального питания пациентам с хроническими ГДЯ СО ЖКТ, пострадавшим от ожогов осложненное течение ЯБ констатируется в каждом третьем наблюдении, что на 15% ниже, чем в случаях неиспользования раннего энтерального питания.

Анализ показателей КЖС у больных ЯДПК, перенесших ожоговую травму позволяет считать, что уровень кислотопродукции в желудке практически не отличается от такового у больных с обычной язвой. В связи с чем логично допустить, что подходы при выборе метода хирургического лечения у этих двух групп пациентов могут быть идентичными.

Вместе с тем, проведение операции больным осложненной хронической ЯБ на фоне критической ожоговой травмы оказывается тяжелым испытанием, как для пациента, так и хирурга. Наиболее радикальным хирургическим вмешательством в плане лечения больных ЯБ считается резекция желудка. При выполнении этой операции в случаях кровоточащей хронической ГДЯ у обожженных соотношение положительных и негативных результатов составило 1:1. Высокий показатель частоты случаев летальных исходов обуславливается нагноением лапаротомной раны, как правило, с эвентрацией в нее органов живота и послеоперационным перитонитом.

Еще более негативными результаты резекции желудка оказываются при лечении тяжелообожженных с хронической ЯДПК, осложненной перфорацией. В этих случаях летальные исходы могут констатироваться в 100% наблюдений, т.к. хирургические вмешательства, как правило, выполняются на фоне явлений разлитого перитонита, который нередко трансформируется в продолженный, сопровождаясь, как и при кровотечении из язвы, нагноением операционной раны и эвентрацией в нее органов брюшной полости.

Послеоперационный перитонит оказывается ведущей причиной смерти и у большинства больных осложненной ГДЯ при проведении им органосохраняющих хирургических вмешательств без воздействия на патогенетические механизмы язвообразования. В частности, при ушивании перфоративной язвы у людей, подвергшихся критическим ожогам, соотношение случаев летальных и положительных исходов составляет 1:1, т.е. как и в случаях проведения резекции желудка при кровотечении из язвы.

Несмотря на то, что прошивание кровоточащей язвы у обожженных осуществляется вне условий перитонита, последний, возникая в раннем послеоперационном периоде, часто усугубляет тяжелое состояние пациентов, перенесших казалось бы малотравматичное органосохраняющее хирургическое вмешательство, и, в свою очередь, так же сопровождается нагноением операционной раны, эвентрацией органов живота и другими осложнениями. Несмотря на минимальный объем вмешательства, прошивание кровоточащей хронической яз-

вы у пострадавших с критическим ожогом более, чем в половине клинических наблюдений сопровождается летальными исходами.

Таким образом, как при резекции желудка у больных ЯБ на фоне критического ожога, так и при, так называемых, «симптоматических» операциях (ушивание перфоративной язвы, прошивание кровоточащего язвенного дефекта СО) положительных результатов хирургического лечения в большинстве случаев не отмечается. Основная причина негативных последствий – гнойно-воспалительные изменения в брюшной полости и в области лапаротомной раны.

Результаты лапаротомии у больных ГДЯ при ожогах существенно зависят от характера осложнения ЯБ. После выполнения хирургического вмешательства на фоне ожога по причине перфорации хронической язвы, гнойно-воспалительные осложнения в ране констатируются чаще по сравнению со случаями проведения лапаротомии по поводу кровотечения из язвы без ожоговой травмы. При доступе во время хирургического вмешательства через ткани передней брюшной стенки, интактные от ожога, нагноение лапаротомной раны отмечается почти в 4% случаев. Как правило, это происходит у пациентов, переносящих операцию по поводу перфорации язвы. Очевидно, что кроме объема операции и характера осложнений язвы, на результаты хирургического лечения больных острыми осложнениями ЯБ на фоне ожогов существенное влияние оказывают особенности выполнения лапаротомного доступа в брюшную полость с учетом нанесения его через ожоговую поверхность или вне ее.

Для профилактики нагноения операционной раны в случаях острых осложнений ЯБ у больных, оперированных на фоне ожоговой болезни, целесообразно операционный доступ осуществлять вне ожогового струпа. При нанесении лапаротомной раны пострадавшим от ожогов в области неповрежденных кожных покровов происходит заживление раны первичным натяжением. В случаях, когда осуществить лапаротомию через интактные от ожога ткани передней брюшной стенки не представляется возможным из-за обширности ее повреждения, лапаротомный доступ, как правило, сопровождается нагноением и эвентрацией.

Хирургическую обработку лапаротомной раны при ее нагноении и эвентрации у таких больных нередко приходится сочетать с некрэктомией, которая при всей положительности ее выполнения, все же сопряжена с увеличением площади дефекта тканей передней брюшной стенки, «закрывать» который даже в случаях благополучного исхода перитонита оказывается непросто. Осуществление лапаротомии значительно утяжеляет состояние пациентов при сочетании острых осложнений язвенной болезни и обширных глубоких ожогов.

При поиске альтернативных методов лечения таких пациентов особое внимание привлекают возможности использования современных эндохирургических технологий. В частности, при применении методик внутрисветной эндоскопии при кровотечении из ГДЯ достижение гемостаза оказывается возможным в 4 из 5 случаев. При применении аргоноплазменной коагуляции ГДЯ гемостаз достигается в 90% клинических наблюдений, что более эффективно по сравнению с клипированием и орошением капрофером, при которых кровоте-

чение из язвы удается остановить в 84 и 81% наблюдений, соответственно (рис. 5).

Методики внутриполостной эндовидеохирургии открывают большие возможности лечения больных перфоративными язвами. В Санкт-Петербурге при лечении больных перфоративной ГДЯ эта технология используется в большинстве ЛПУ, лицензированных по проведению неотложной хирургии органов брюшной полости.



Рисунок 5 – Показатели эффективности технологий внутрипросветной эндоскопии при остановке кровотечения из хронических ГДЯ у обожженных с учетом методики достижения гемостаза

В частности, в Городской Александровской больнице при лечении больных перфоративной язвой ее ушивание лапароскопически осуществляется в 64% случаев. В НИИ скорой помощи им Джанелидзе – в 65% наблюдений. Однако, при обследовании и лечении обожженных, даже в условиях НИИ скорой помощи, где располагается ожоговый центр Северо-Запада, лапароскопические технологии пока осуществляются лишь эпизодически.

В целом, использование лапароскопии перспективно при обследовании и лечении больных с осложнениями ЯБ и пострадавших от ожогов в остром периоде ОБ, поскольку позволяют предотвратить многие проблемы, обусловливаемые лапаротомией при выполнении хирургических вмешательств на органах брюшной полости у этой категории пациентов.

Тактика лечения больных при сочетании хронической ГДЯ и ожоговой травмы с использованием хирургических вмешательств, направленных на патогенетические механизмы язвообразования неоднозначна. Очевидно, что проведение резекции желудка традиционным доступом в экстренном порядке при ЯБ на фоне ожоговой травмы оправдано лишь как операции отчаяния в экстренных случаях. Хирургическое лечение больных хронической ГДЯ при ожогах с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования должно проводиться планомерно после завершения оказания МП по поводу ожоговой травмы и всестороннего обследования пациентов в плане оценки характера ЯБ. Положительный, хотя и небольшой, опыт выполнения эндовидеорезекции желудка по поводу ЯБ имеется, в том числе, и у сотрудников ЛОКБ. Осуществлять резекцию желудка лапароскопически у обожженных не доводилось. Однако, скромный, но обнадеживающий опыт лапароскопического выполнения другой хирургической технологии с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования – стволовой ваготомии, имеется, в том числе, и у обожженных.

Опыт хирургического лечения пациентов с осложнениями ЯБ на фоне термической травмы позволяет считать, что его проведение у больных хронической ЯДПК с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования посредством ваготомии, в силу малой травматичности оперативного вмешательства, может проводиться экстренно при констатации у пострадавших от ожогов перфорации хронической язвы или продолжающегося из нее кровотечения (рис. 6).

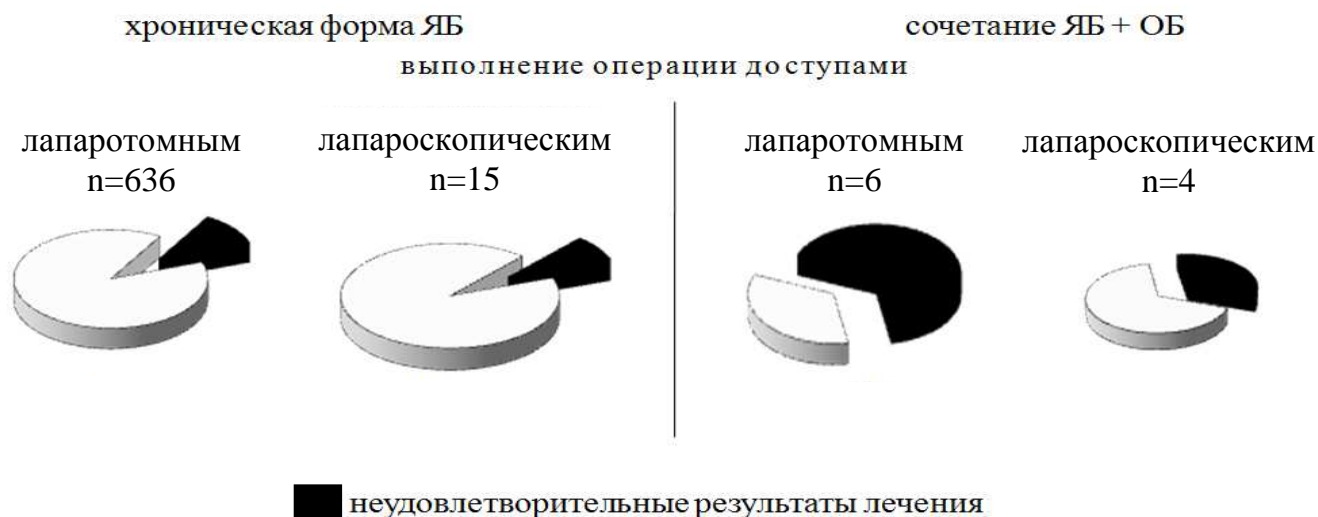


Рисунок 6 – Соотношение результатов выполнения ваготомии больным хронической ЯДПК с учетом операционных доступов

Анализ состояния кислотопродуцирующей функции желудка у больных ЯБ ДПК, перенесших ожоговую травму и оперированных в последующем по поводу осложнений ЯБ и больных обычной ЯБ, позволяет считать, что различия в данных анализируемых групп пациентов в послеоперационном периоде отсутствуют.

Организационно оказание МП пострадавшим при сочетании язвенной и ожоговой болезнью целесообразно проводить в специализированных подразделениях многопрофильных ЛПУ. Частота дефектов оказания МП таким пациентам в МУЗ в 5 раз выше, чем в специализированных многопрофильных ЛПУ. Существенное улучшение результатов оказания МП пострадавшим при сочетании язвенной и ожоговой болезнью может быть достигнуто путем ее медико-экономической стандартизации. В ходе работы над диссертацией подготовлены МЭС обследования и лечения пострадавших при глубоких ожогах, ингаляционной травме II-III степени, ожоговом сепсисе, а также пациентов с кровотечением из ГДЯ и ее перфорацией.

На основании целенаправленного диспансерного наблюдения за больными, перенесших хирургические вмешательства по поводу осложнений ГДЯ на фоне ОБ, целесообразно: осуществлять превентивную противоязвенную терапию под контролем данных о показателях кислотопродуцирующей функции желудка в течение года после вмешательства; в плановом порядке устранять последствия эвентрации внутренних органов брюшной полости (лигатурные

свищи, послеоперационные вентральные грыжи и др.) проводить реабилитационные мероприятия пострадавшим, используя современные технологии восстановительной медицины.

В предлагаемом алгоритме оказания МП пострадавшим при сочетании ожоговой и язвенной болезни (рис. 7) предусмотрены конкретные показания к использованию методик хирургических вмешательств и схем противоязвенной терапии и основные мероприятия лечебно-эвакуаторного предназначения и организации оказания МП этому контингенту больных.

Подкрепление алгоритма порядком выполнения медицинских услуг, отраженных в МЭС и регламентирующих объем оказания МП пострадавшим при сочетании язвенной и ожоговой болезнью, как в МУЗ, так и в региональных ожоговых центрах позволяет рассчитывать на реализацию объемов МП на современном уровне медицинских знаний.

Судьба пациентов с осложнениями хронической ЯБ на фоне тяжелой термической травмы, во многом зависит от грамотных и последовательных действий специалистов, участвующих в лечебно-диагностических мероприятиях на этапах медицинского обеспечения населения. Материалы, полученные в ходе выполнения исследования, позволяют с осторожным оптимизмом рассчитывать на то, что возможности современных медицинских технологий в профилактике и устранении обострений (осложнений) ЯБ у пострадавших от ожогов есть.

ВЫВОДЫ

1. Среди контингента пострадавших с ожоговой травмой хроническая форма язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки констатируется не менее чем в 2,5% клинических наблюдений. Острые осложнения хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение из язвы и ее перфорация) на фоне ожоговой болезни происходят в 67,3% случаев наблюдения ЯБ у обожженных.

2. Клиническое течение хронической язвенной болезни у обожженных характеризуется рядом особенностей: преимущественная локализация язвенного дефекта в двенадцатиперстной кишке; высокая частота проявлений заболевания острыми осложнениями, развивающимися, как правило, у людей в возрасте до 45 лет; стертость клинических симптомов заболевания; трудности в интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований.

3. Оказание медицинской помощи больным с сочетанием язвенной и ожоговой болезнью сопряжено с высоким риском завершения случая летальным исходом, особенно при обследовании и лечении пациентов вне специализированных учреждений. Положительные результаты оказания медицинской помощи тяжелообожженным с хронической формой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки констатируются в 66% клинических наблюдений, при условии госпитализации таких пациентов в стационары, где организовано круглосуточное дежурство специалистов по профилям комбустиологии, неотложная хирургия, эндоскопия.

4. Основные причины негативных результатов оказания медицинской помощи больным хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, под-

вергшихся тяжелой ожоговой травме, обуславливаются: ошибками при сборе данных об истории заболевания и жизни пациентов (83%); недостатками во время проведения клинического обследования таких пострадавших и интерпретации данных специальных исследований (50-83%); использованием нерациональных схем противоязвенной терапии (67%); игнорированием возможностей выполнения внутриполостных хирургических вмешательств для достижения гемостаза из кровоточащих язв (33%); неадекватной оценкой тяжести состояния на фоне кровотечения (28-67%), неправильной оценкой величины кровопотери (50%).

5. Технологически улучшение результатов оказания медицинской помощи больным хронической язвенной болезнью, пострадавшим от ожогов, возможно при: своевременном начале адекватной протившоковой терапии; целенаправленном использовании современных схем превентивной и лечебной противоязвенной терапии; дифференцированным подбором количественных и качественных характеристик раннего энтерального питания; использовании технологий внутрипросветной эндохирургии для достижения гемостаза при кровотечении из дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки; применении миниинвазивных методик выполнения органосберегающих хирургических вмешательств.

6. Организационно повысить качество оказания медицинской помощи пациентам при сочетании ожоговой и язвенной болезней можно при: их обследовании и лечении в специализированных подразделениях многопрофильных медицинских учреждений с обеспечением больных динамическим наблюдением после выписки из стационара; медико-экономической стандартизации лечебно-диагностического процесса. В алгоритме оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов, наблюдаемых по поводу хронической язвенной болезни, должны предусматриваться не только конкретные современные технологии проведения хирургических вмешательств и схемы дифференцированной противоязвенной терапии, но и основные мероприятия лечебно-эвакуаторного предназначения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При верификации дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших от ожогов медицинская помощь им должна оказываться в специализированных подразделениях многопрофильных медицинских учреждений. Среди таких пациентов необходимо выделять две группы: больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, подвергшиеся ожоговой травме, и пострадавшие с ожоговой болезнью, осложнившейся острыми эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления и течение дефектов слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у пациентов этих групп отличаются, что необходимо учитывать при определении приоритетов в лечебной тактике и критериев выбора технологий лечения.

2. Во время эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта у обожженных должна быть предусмотрена возможность выполнения специалистами по внутрипросветной эндоскопии не только

Случай обширного глубокого ожога с констатацией данных анамнеза или клинической картины обострения (осложнения) язвенной болезни

Догоспитальный этап

Постановка назогастрального зонда, доставка в стационар с проведением во время транспортировки противошоковой (р-р Рингера, 0,9% NaCl 2800мл, 2000мл 5% р-ра глюкозы) и противоязвенной терапии (омепразол 80мг в/в болюсно).

Госпитальный этап

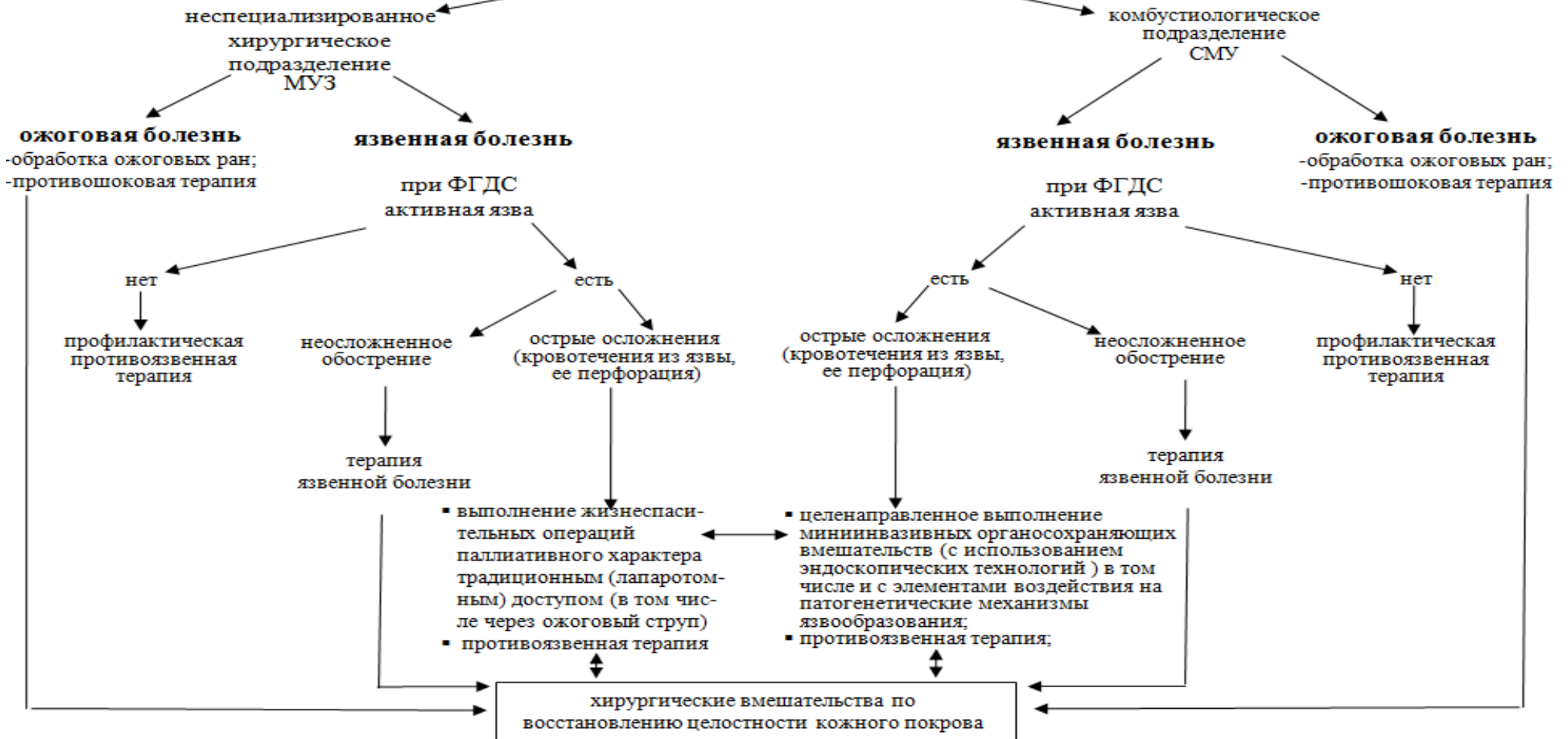


Рисунок 7 - Алгоритм оказания медицинской помощи пострадавшим при сочетании язвенной и ожоговой болезнью

диагностических манипуляций, но и лечебных процедур. В частности, при выявлении язвенно-эрозивных дефектов слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, осложнившихся кровотечением во время эндоскопии должны проводиться: обработка источников кровотечения капрофером; периульцерозное введение склерозирующих и вазопрессорных веществ (25% спиртно-новокаиновая смесь, адреналин); клипирование сосудов в язвенно-эрозивном дефекте и арогноплазменная коагуляция.

3. При проведении хирургического вмешательства лапаротомным доступом через ожоговый струп больным с осложнениями хронической формы язвенной болезни на фоне тяжелой ожоговой травмы целесообразно: обработку операционного поля осуществлять с учетом глубины и площади ожоговой раны; рассечение слоев передней брюшной стенки выполнять максимально вне ее ожоговых повреждений; объем хирургического вмешательства выполнять в минимальном (ткане- и органосохраняющем) формате, рассматривая операцию в качестве жизнеспасительной; ушивание раны передней брюшной стенки у обожженных, оперированных по поводу осложнений язвенной болезни, должно проводиться с выводом дренажных конструкций из брюшной полости на передней брюшной стенке вне пределов ожоговых повреждений.

4. С целью качественного анестезиолого-реаниматологического сопровождения лечебно-диагностических процедур у пациентов с осложненной язвенной болезнью на фоне ожоговой травмы, кроме комплекса стандартных мероприятий, необходимо осуществление: направленной предоперационной подготовки по минимизации явлений многокомпонентного шока, обусловленного компонентами как ожоговой травмы, так и язвенной болезни (восполнение кровопотери, устранение гипоксии и др.); выбор метода анестезии, обеспечивающего выполнение миниинвазивных жизнеспасительных эндовидеоманипуляций в условиях продолжительных пневмоперитонеума и эзофагогастродуоденоскопии; обеспечение продолжительной анальгезии в послеоперационном периоде с прекращением ее после устранения угроз взаимоотношающего влияния язвенной и ожоговой болезнью на организм пострадавшего.

5. Для предотвращения эвентрации внутренностей брюшной полости и профилактики послеоперационных вентральных грыж у больных, оперированных по поводу осложнений гастродуоденальных язв, протекающих на фоне ожоговой болезни, хирургическое лечение таких пациентов необходимо проводить с использованием технологий внутриполостной эндоскопии, при которых в передней брюшной стенке формируются лишь небольшие дефекты для введения троакаров.

6. Профилактику гнойно-воспалительных осложнений в зоне хирургического вмешательства у больных с осложнениями язвенной болезни, оперированных на фоне ожоговой болезни, целесообразно осуществлять, используя лапаротомный доступ, формирующийся в пределах неповрежденной ожогом кожи. При тотальном поражении ожогом передней брюшной стенки в зоне нанесения лапаротомной раны необходимо выполнять некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой.

7. Терапия язвенной болезни у пострадавших с ожоговой травмой должна отличаться целенаправленным использованием лекарственных форм для парентерального введения, воздействующих на патогенетические механизмы язвообразования. В качестве препаратов применяемых per os, целесообразно избирать средства, обладающие длительным антисекреторным действием с поддержанием внутрижелудочного рН в пределах 6,0, в терапевтических дозах.

8. При целенаправленном диспансерном наблюдении больных, перенесших хирургические вмешательства по поводу осложнений гастродуоденальных язв на фоне ожоговой болезни, целесообразно осуществлять: превентивную противоязвенную терапию под контролем данных о показателях кислотопродуцирующей функции желудка в течение года после вмешательства; в плановом порядке устранять последствия эвентрации внутренних органов брюшной полости (лигатурные свищи, послеоперационные вентральные грыжи и др.) через 6-12 месяцев после хирургического лечения по поводу осложнений язвы; осуществлять реабилитацию пострадавших от ожогов при сочетании с осложненной формой хронической язвенной болезни, используя современные технологии восстановительной медицины.

9. Внедрение МЭС в практическую деятельность ЛПУ Санкт-Петербурга должно снизить частоту случаев предоставления непрофильных услуг, позволить рационально расходовать медикаменты, оптимально рассчитывать тарифы на медицинские услуги, формировать заявки на медикаменты, изделия медицинского назначения и оборудование и планировать распределение финансовых средств между медицинскими организациями города с учетом числа пролеченных больных, конкретных заболеваний и тяжести состояния пациентов.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективы дальнейшей разработки темы связаны с продолжением целенаправленного исследования возможностей современных медицинских технологий в профилактике и устранении осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших от ожогов с учетом дополнительной оценки возможностей внутрипросветной эндоскопии для достижения гемостаза при кровотечении из дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в случаях сочетания ожоговой и язвенной болезни и накопление опыта применения лапароскопических методик хирургических вмешательств при перфорации язв гастродуоденальной локализации у пострадавших при сочетании язвенной и ожоговой болезнью, модернизации доступов проведения хирургических вмешательств пациентам с язвенной болезнью на фоне ожоговой травмы и оценки отдаленных результатов выполнения хирургического вмешательства.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Романенков С.Н. Секреторная активность культи желудка после оперативного лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / С.Н. Романенков, С.Ю. Никуленков, В.Б. Воскресенский, Н.С. Романенков // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2009. – №2, прил. №1: материалы IX съезда Науч. о-ва гастроэнтерологов России. – М., 2009. – С. 221-222

2. Романенков С.Н. Особенности моторной активности желудка до и после хирургического лечения по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / С.Н. Романенков, И.В. Ермолаев, Н.С. Романенков // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2009. – №2, прил. №1: материалы IX съезда Науч. о-ва гастроэнтерологов России. – М., 2009. – С. 96-97.

3. Могила А.И. Сравнительная характеристика схем эрадикационной терапии при лечении больных кровоточащей дуоденальной язвой / А.И. Могила, А.В. Сидоренко, А.В. Романов, И.С. Смигельский, Н.С. Романенков, А.А. Смирнов, Ал.Ал. Смирнов // Фундам. исслед. – 2010. – №2. – С. 99 – 103.

4. Мовчан К.Н. Возможности регуляции репаративных процессов в ожоговых ранах при использовании гидроколлоидного раневого покрытия из карбоксиметилцеллюлозы технологии гидрофайбер с серебром / К.Н.Мовчан, Е.В.Зиновьев, А.М. Кисленко, О.В. Чичков, А.В.Коваленко, А.В. Шуткин, Е.В. Барташевич, Н.С. Романенков // Хирург. – 2010. - № 11. – С. 19-26.

5. Романенков Н.С. Особенности оказания медицинской помощи при острых эрозивно-язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта у пострадавших от обширных ожогов / Н.С. Романенков, Е.В.Зиновьев, Т.Л.Горшенин, И.С. Смигельский // Актуальные вопросы хирургии: материалы науч.-практ. конф. хирургов Центр. федер. окр. Рос. Федерации. – Белгород: Белгор. обл. тип., 2010. – С. 269.

6. Романенков Н.С. Результаты оказания медицинской помощи пострадавшим с ожогами в случаях констатации эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Н.С. Романенков, А.В. Романов, А.В. Прохоренко // Актуальные проблемы медицины и биологии. – СПб.: СПбГМА, 2010. – С. 75.

7. Романенков Н.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных / Н.С. Романенков, В.А. Сидоренко, И.С. Смигельский, С.А. Высоцкий, С.В. Полунин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. Прил. – 2010. – №1(29). – С. 102.

8. Горшенин Т.Л. Пути повышения эффективности микроаутодермопластики при критических ожогах / Т.Л. Горшенин, И.С. Смигельский, Н.С. Романенков // Пути повышения качества и эффективности труда медицинского персонала: сб. тез. XLII науч.-практ. конф. врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС». – М.: Воентехиздат, 2010. – С. 151

9. Романенков Н.С. Пути повышения эффективности оказания медицинской помощи тяжелообожженным в случаях констатации эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Н.С. Романенков // Пути повышения качества и эффективности труда медицинского персонала: сб. тез. XLII науч.-практ. конф. врачей ФГУ «5 ЦВКГ ВВС». – М.: Воентехиздат, 2010. – С. 208

10. Кисленко А.М. Об ошибках диагностики на этапах оказания медицинской помощи жителям провинциальных муниципальных образо-

ваний при кровотечении из дуоденальной язвы / А.М. Кисленко, В.А. Сидоренко, А.И. Могила, А.В. Прохоренко, Н.С. Романенков, К.И. Русакевич, И.С. Смигельский // Фундам. исслед. – 2010. – № 9 – С. 52-60.

11. Мовчан К.Н., Зиновьев Е.В., Кисленко А.М., Чичков О.В., Романенков Н.С., Якимов Д.К., Высоцкий С.А. Пути улучшения результатов оказания медицинской помощи при обширных глубоких ожогах жителям малых городов и сельских поселений // Хирургия. - 2011. - №8. - С. 67-72.

12. Романенков Н.С. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных. Пути повышения качества оказания медицинской помощи / Н.С. Романенков, Ю.М. Виноградов // Всерос. конф. с междунар. участием «Современные аспекты лечения термической травмы»: материалы конф. – СПб., 2011. – С. 63. – (Спец. вып. журн. «Комбустиология»)

13. . Романенков С.Н. Возможности эндоскопического лечения эрозивно-язвенных желудочно-кишечных кровотечений / С.Н. Романенков, Е.В. Логинов, В.С. Сучков, Н.С. Романенков // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. - №1: материалы XIII съезда науч. о-ва гастроэнтерологов России. – С. М 22

14. Мовчан К.Н. Особенности лечения пострадавших от ожогов на фоне осложнений хронической формы язвенной болезни /Мовчан К.Н., Борисов А.Е., Романенков Н.С., Чичков О.В., Зиновьев Е.В., Мамичева О.Ю., Барташевич Е.В., Сомов М.В.// Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/109-9561>

Список сокращений, используемых в автореферате

ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ГДЯ – гастродуоденальная язва

ДПК – двенадцатиперстная кишка

КЖС – кислая желудочная секреция

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЛО – Ленинградская область

ЛОКБ – Ленинградская областная клиническая больница

ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение

МП – медицинская помощь

МУЗ – муниципальное учреждение здравоохранения

МЭС – медико-экономические стандарты

ОБ – ожоговая болезнь

ОЭЯП – острые эрозивно-язвенные поражения

СО – слизистая оболочка

СОЖ – слизистая оболочка желудка

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ЭЯП – эрозивно-язвенные поражения

ЯБ – язвенная болезнь

ЯДПК – язва двенадцатиперстной кишки

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>