

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.

*ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ*

Проанализированы данные о результатах оказания медицинской помощи (МП) пациентам с осложнениями хронических гастродуоденальных язв (ГДЯ) у обожженных. Установлено, что, в отличие от острых эрозивно-язвенных (ЭЯП) поражений слизистой оболочки ЖКТ у пострадавших от ожогов, особенностями течения хронических ГДЯ у данной категории пациентов являются: осложненное течение язвенной болезни (ЯБ) у людей трудоспособного возраста при преимущественной локализации язв в двенадцатиперстной кишке (ДПК); стертость клинических проявлений осложнений ЯБ; трудности в интерпретации результатов дополнительных обследований; высокая частота случаев летальных исходов. Технологически улучшение результатов оказания МП больным при осложнениях ГДЯ на фоне ожоговой травмы возможно путем проведения мероприятий адекватной противошоковой терапии, превентивного противоязвенного лечения, раннего энтерального питания. Немаловажное значение при оказании МП таким больным имеет соблюдение особенностей формирования лапаротомного доступа с целью профилактики нагноений, использование технологий внутрисветовой эндохирургии для достижения устойчивого гемостаза, применение миниинвазивных органосберегающих хирургических вмешательств. Организационно МП таким пострадавшим следует оказывать в специализированных подразделениях многопрофильных стационаров при медико-экономической стандартизации лечебно-диагностического процесса.

Ключевые слова: язвенная болезнь, ожоговая болезнь, эндовидеохирургия, комбустиология.

BURN PATIENTS TREATMENT FEATURES IN CASES OF COMPLICATIONS OF CHRONIC GASTRODUODENAL ULCERS

Movchan K.N., Borisov A.E., Romanenkov N.S., Chichkov O.V., Zinoviev E.V.,
Mamicheva O.Y., Bartashevich E.V., Somov M.V.

Northwest State Medical University

The data analysis of the results of medical care (MC) in burn patients with complications of chronic gastroduodenal ulcers (GDU) found that, in contrast to acute erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal mucosa in burn victims, features of chronic GDU in these patients are: complicated course of peptic ulcer (PU) in people of working age with the preferential localization of ulcers in the duodenum, effacement of clinical manifestations of ulcer complications, difficulties in estimating of the results of medical tests, high rate of deaths. The results of MC in these cases can be technologically improved by providing patients with complications of GDU with adequate anti-shock therapy, preventive anti-ulcer treatment, early enteral nutrition. Characteristics of the formation of laparotomic access, are important in prevention of wound festering in such patients. Stable hemostasis in burn patients with bleeding from chronic PU can be achieved using the intraluminal endosurgery. During surgical treatment of these patients we are to use minimally invasive organ-preserving surgery. Medical care in burn patients with complications of chronic PU should be provided in specialized units of multi-hospitals using economic standardization of diagnostic and treatment process.

Key words: chronic peptic ulcer, burns, endovideosurgery, combustiology.

Введение

Ежегодно в России регистрируется до 100 тысяч случаев критических ожогов [1]. Течение ожоговой болезни (ОБ) нередко осложняется образованием эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1]. Вместе с тем эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у обожженных нельзя рассматривать сугубо как неизбежность тяжелой ожоговой травмы. В структуре

заболеваемости населения РФ частота язвенной болезни (ЯБ) желудка и ДПК варьирует от 6 до 8 % [2;4]. Среди жителей России контингент больных ЯБ составляет около 3 млн. человек, среди которых каждый десятый пациент переносит хирургические вмешательства по причине осложнений этого заболевания [3; 5]. При такой широкой распространенности ЯБ люди, страдающие данной патологией, с высокой вероятностью могут оказаться среди пострадавших, подвергшихся термической травме. Вопросы, связанные с особенностями обследования и лечения пациентов при сочетании у них язвенной и ожоговой болезнью (ОБ), в медицинской литературе отражены в единичных публикациях, во многом остаются без ответа и по этим причинам представляют особый научный и практический интерес.

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

Материал и методы исследования. В работе проанализированы сведения о более чем 20 000 тыс. больных ЯБ, прошедших обследование и лечение в больницах Санкт-Петербурга, Ленинградской области и Смоленска. Ретроспективно проанализированы данные о более чем 3 000 обожженных, проходивших лечение в ожоговом центре Ленинградской областной клинической больницы (ОЦ ЛОКБ) с 1999 по 2011 г. На основании изучения медицинских документов среди них выделена группа численностью 86 человек, у которых ОБ сочеталась с эрозивно-язвенными поражениями (ЭЯП) верхних отделов ЖКТ. Данные о еще 72 пациентах ОЦЛОКБ изучены проспективно. Эти сведения касались больных ЯБ, проходивших лечение в ОЦЛОКБ в период с 2009 по 2011 г. в связи с получением ожоговой травмы. Проанализированы сведения о 6 пациентах, перенесших хирургические вмешательства в муниципальных больницах Ленинградской области в период с 1999 по 2007 г. в связи с констатацией осложнений ЯБ на фоне ожоговой травмы. У 7 пострадавших с ожогами, госпитализированных в 2011 г. в ГУ «СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», оценены результаты проведения лапароскопических вмешательств. Используя данные Санкт-Петербургского медицинского информационно-аналитического центра, получены сведения об оказании МП в стационарах города больным ЯБ, осложненной кровотечением из язвы (17,5 тысяч наблюдений) и ее перфорацией (672 случая). Отдельно проанализированы данные одного из ведущих стационаров Санкт-Петербурга в оказании экстренной МП при осложнениях ЯБ – Городской Александровской больницы. В этом ЛПУ нам представилась возможность оценить результаты лечения 1,5 тыс. больных кровоточащей гастродуоденальной язвой (ГДЯ) и 1,3 тыс. человек при перфорации язвы. По материалам клиники факультетской хирургии ВМедА рассмотрены возможности экстренного выполнения больным кровоточащей и перфоративной язвой стволотомии с дренирующими желудок операциями. Мы также располагаем данными о 61 случае

проведения больным ЯБ резекции желудка (РЖ) в железнодорожной больнице Смоленска. В 11 наблюдениях пациенты этой группы ранее перенесли тяжелую ожоговую травму.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обожженных, госпитализированных в ОЦЛОКБ, удельный вес ЭЯП ЖКТ составляет 5 % наблюдений (хроническая форма ЯБ и острые ЭЯП, соответственно, в 2 и 3 % случаев).

Острые ЭЯП ЖКТ в большинстве (92 %) случаев протекали без осложнений. Неосложненное течение хронической формы ЯБ среди обожженных отмечено лишь в 24 % наблюдений, а в 2/3 случаев у таких пациентов констатировались жизнеопасные осложнения заболевания. Течение хронической ЯБ у обожженных характеризуется рядом особенностей: преимущественная локализация язвенных дефектов в ДПК; высокая частота проявлений заболевания острыми осложнениями, развивающимися, как правило, у людей в возрасте до 45 лет; стертость клинических проявлений осложнения; трудности в интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований; высокая частота случаев смертельных исходов среди таких пациентов, особенно при их лечении вне специализированных учреждений.

В отличие от острых ЭЯП ЖКТ, выявляемых при обследовании у обожженных, как правило, в желудке (64 % случаев), у пострадавших с сочетанием хронической ЯБ и ОБ активная язва в 75 % наблюдений верифицируется в ДПК.

Острые осложнения ЯБ среди обожженных в каждом втором случае констатируются среди людей в возрасте до 45 лет, что несколько отличается от случаев острых ЭЯП при ОБ и ЯБ в целом (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных ЯБ, госпитализированных в ОЦ ЛОКБ по поводу ожоговой травмы с учетом возраста

Возрастные группы, лет	Число наблюдений(в %) при		
	ЯБ + ОБ, n=72	ОБ + ОЭЯП, n=86	сугубо ЯБ, n=61
до 18	-	2	-
от 18 до 24	1	6	2
от 25 до 35	13	15	18
от 36 до 45	18	40	27
от 46 до 60	23	23	9
старше 60	17	14	5
Всего	100	100	100

В отличие от наблюдений обычной ЯБ, при осложненном течении хронической ГДЯ на фоне ОБ, 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 заболевания в виде болевого синдрома констатируются менее чем в 20 % случаев. При

перфорации язв верхних отделов ЖКТ картина болевого шока наблюдалась лишь в 20 % случаев, при этом показатель оказывается в 4 раза ниже аналогичного среди больных, страдающих сугубо ЯБ.

При оценке показателей общего анализа крови у обожженных с кровотечением из хронической ГДЯ следует помнить, что (в отличие от больных сугубо осложненной формой ЯБ), по данным параметрам нельзя достоверно оценить величину кровопотери. Факт язвенного кровотечения камуфлируется гемоконцентрацией, ожоговой анемией, а также последствиями инфузионно-трансфузионной терапии, существенно изменяя параметры анализа крови (табл. 2).

Таблица 2. Показатели общего анализа крови при кровотечении из хронической ГДЯ на фоне ожоговой травмы

Параметры общего анализа крови	Средние показатели параметров при кровотечении из хронической язвы у больных ЯБ					
	при типичном варианте			на фоне ожоговой травмы		
	1-2сутки	3-4сутки	> 5суток.	1-2сутки	3-4сутки	> 5 суток
число эритроцитов	$3,5 \pm 0,1$	$3,0 \pm 0,2$	$2,2 \pm 0,1$	$5,0 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,2$
уровень гемоглобина	$92,5 \pm 2,3$	$81,3 \pm 1,7$	$60,0 \pm 1,1$	$101,0 \pm 2$	$90,0 \pm 1,3$	$89,0 \pm 2,2$
гематокрита	$42,1 \pm 3,3$	$34,3 \pm 0,5$	$23,0 \pm 1,1$	$50,0 \pm 1$	$44,0 \pm 2,1$	$38,0 \pm 1,3$

Показатели частоты случаев летальных исходов среди пациентов, госпитализированных в лечебные учреждения Ленинградской области (ЛО), при сочетании язвенной и ожоговой болезней, достигают 34 % даже при оказании МП пациентам в специализированных отделениях крупных многопрофильных ЛПУ. В небольших муниципальных больницах эти показатели оказываются выше почти на 20 %.

При лечении обожженных в случаях выявления осложнений хронической ЯБ необходимость в проведении хирургических вмешательств оказалась в 3 раза выше, чем при оказании МП пострадавшим с ОБ, осложненной острыми ЭЯП ЖКТ. Если при острых дефектах слизистой оболочки хирургические вмешательства выполнялись в каждом десятом наблюдении, то при осложнениях хронической ЯБ на фоне ожоговой травмы – в каждом четвертом случае.

Объемы хирургических вмешательств при хронических и острых дефектах слизистой оболочки ЖКТ у обожженных оказываются идентичными. Таким пациентам выполняются преимущественно жизнесохраняющие хирургические вмешательства (гастро или дуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы, ушивание перфорировавших язв). В

качестве хирургического вмешательства с воздействием на этиопатогенетические механизмы ЯБ редко, но используется резекция желудка (табл. 3).

Таблица 3. Хирургические вмешательства, выполненные обожженным в ОЦ 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 язвы	6	2
гастротомия, прошивание язвы	1	5
резекция желудка	2	-
Всего операции	14	8
Всего случаев язвенных дефектов	55	86

Результаты хирургического лечения обожженных существенно зависят от характера осложнения ЯБ.

При оценке результатов ушивания перфорации дефекта слизистой оболочки желудка и ДПК отмечается, что, с одной стороны, это хирургическое вмешательство является жизнеспасительным. С другой – при выполнении данного типа операции частота случаев летальных исходов оказывается высокой. В большинстве наблюдений послеоперационный период у таких пациентов осложняется нагноением раны и эвентрацией органов брюшной полости, что обуславливает необходимость выполнения повторных вмешательств и сопряжено с увеличением продолжительности лечения.

Несмотря на то, что прошивание кровоточащей язвы у обожженных осуществляется, как правило, вне явлений перитонита, последний, возникая в раннем послеоперационном периоде, часто усугубляет тяжелое состояние пациентов, перенесших малотравматичную (по своей сути) операцию. Результаты хирургического лечения обожженных при кровотечении из хронического дефекта слизистой оболочки ЖКТ так же часто, как и при ушивании перфорации, оказываются неудовлетворительными по причине высокой частоты случаев летальных исходов (в одной трети наблюдений). Нагноение в области лапаротомной раны и эвентрация внутренних органов в послеоперационном периоде у пациентов с кровотечением из язвы констатируется в каждом втором наблюдении.

Наиболее радикальным хирургическим вмешательством в плане лечения больных ЯБ является РЖ. В наших наблюдениях при РЖ в случаях кровоточащей хронической ГДЯ у обожженных соотношение положительных и негативных результатов составило 1:1. Высокий показатель частоты случаев летальных исходов при выполнении РЖ обуславливается нагноением лапаротомной раны, эвентрацией в нее органов брюшной полости и послеоперационным перитонитом.

Результаты выполнения РЖ тяжелообожженным с хронической ГДЯ, осложненной перфорацией, оказываются, как правило, негативными, т.к. в этих случаях хирургические вмешательства обычно выполняются на фоне явлений разлитого перитонита, переходящего в продолженный, сопровождаясь в раннем послеоперационном периоде, как и при кровотечении из язвы, нагноением лапаротомной раны и эвентрацией в нее органов брюшной полости.

Результаты проведения РЖ больным хронической ГДЯ, осложненной перфорацией или кровотечением у большинства пациентов, подвергшихся критическим ожогам, оказываются отрицательными, т.к. проведение данной операции на фоне термической травмы – не просто способ хирургического лечения больных с хронической формой ЯБ, а тяжелая дополнительная травма, наносимая пациенту, уже находящемуся в критическом состоянии в связи с ожоговым поражением. Основной причиной смерти таких пациентов оказывается послеоперационный перитонит и абдоминальный сепсис. Эта же причина смерти представляется ведущей и у большинства больных 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 РЖ при кровотечении из язвы. Таким образом, как при проведении РЖ на фоне критического ожога, так и при так называемых «симптоматических» операциях (ушивание перфоративной язвы, прошивание кровоточащего язвенного дефекта) положительных результатов хирургического лечения в большинстве случаев не отмечается, а основной причиной негативных исходов оказываются гнойно-воспалительные изменения в брюшной полости и в области лапаротомной раны.

Дефекты оказания медицинской помощи в случаях ожоговой травмы у больных с хроническими ГДЯ встречаются в лечебных учреждениях разного уровня специализации в комбустиологии и абдоминальной хирургии (табл. 4).

Таблица 4. Дефекты оказания МП в случаях ожоговой травмы у больных с хроническими ГДЯ

Дефекты оказания медицинской помощи при	Частота встречаемости (в %)	
	МУЗ	ЛОКБ
обследовании пострадавших в случае сочетания ЯБ и ОБ:		
недостатки сбора анамнеза	47,3	33,0
недостаточный объем лабораторных исследований	49,8	6,1
недостаточный объем инструментальных исследований	54,5	4,1
определении:		
источника кровотечения	42,2	3,6
величины кровопотери	53,4	5,9

оценке тяжести состояния пациентов, в т.ч.: поздняя диагностика гемодинамических нарушений	70,1	55
назначении медикаментозной терапии антисекреторной	47,5	11,4
антихеликобактерной	69,5	17,4
хирургическом лечении		
выполнение лапаротомии при наличии лапароскопии	32,3	2,2
выполнения ФГДС	31,4	3,3
организации лечебно-диагностического процесса	48,8	3,5

Улучшение результатов оказания медицинской помощи больным при осложнениях ЯБ на фоне ожоговой травмы возможно технологически и организационно. К первому следует отнести проведение: своевременной адекватной противошоковой терапии; профилактической противоязвенной терапии; раннегоэнтерального питания в послеоперационном периоде; соблюдение особенностей формирования лапаротомного доступа; технологий внутрисветной эндохирургии для достижения гемостаза; миниинвазивных органосберегающих хирургических вмешательств. Организационно медицинскую помощь таким больным следует оказывать в специализированных подразделениях многопрофильных ЛПУ с использованием медико-экономической стандартизации лечебно-диагностического процесса и обеспечением динамического наблюдения за состоянием пациентов после выписки из стационара

При своевременном начале адекватной противошоковой терапии частота осложненного течения хронической ЯБ у тяжелообожженных снижается вдвое.

Назначение квадротерапии с профилактической или лечебной целью достоверно уменьшает частоту осложненного течения хронической ЯБ у обожженных на 35 %.

При назначении раннего энтерального питания пациентам с хроническими ГДЯ, пострадавшим от ожогов, осложненное течение ЯБ констатируется в каждом третьем наблюдении, что на 15 % ниже, чем при отсутствии раннего энтерального питания.

Важное значение в определении технологии лечения (консервативное/хирургическое) и способа операции придается оценке кислотопродуцирующей функции желудка. Анализ состояния кислотопродуцирующей функции желудка у больных хронической ГДЯ, перенесших ожоговую травму, показывает, что ее параметры практически не отличаются от таковых у больных с обычной язвой (табл. 5).

Таблица 5. Состояние кислотопродуцирующей функции желудка больных язвой ДПК, перенесших ОБ

Анализируемые показатели	Число случаев (%)	
	хронической ЯБ, n=50	хронической ЯБ на фоне ожоговой травмы, n=11
кислотопродукции	72	73
гиперацидность		

	нормацидность	18	18
	гипоацидность	10	9
ощелачивающей функции антрального отдела желудка	декомпенсация	82	64
	субкомпенсация	10	27
	компенсация	8	9
Всего		100	100

Поэтому подходы при выборе метода хирургического лечения у этих двух групп пациентов могут быть идентичными

Анализ состояния кислотопродуцирующей функции желудка у больных ЯБДПК, перенесших ожоговую травму и оперированных по поводу осложнений хронической формы ЯБ, показывает, что различия в ее показателях у пациентов анализируемых групп в послеоперационном периоде отсутствуют.

Для профилактики нагноения операционной раны у больных с острыми осложнениями ЯБ, оперируемых на фоне ОБ, целесообразно осуществлять лапаротомный доступ вне ожогового струпа. При нанесении лапаротомной раны пострадавшим от ожогов в области неповрежденной кожи, как правило, отмечается заживление этой раны первичным натяжением. В случаях, когда осуществить лапаротомию через интактные от ожога ткани передней брюшной стенки не представляется возможным из-за обширности ее повреждения, использование лапаротомного доступа, как правило, сопровождается нагноением и эвентрацией. Для предотвращения нагноения и эвентрации формирование лапаротомной раны в таких случаях необходимо сочетать с некрэктомией, которая сопряжена с увеличением площади дефекта тканей передней брюшной стенки, но позволяет полностью «закрыть» его в случаях благополучного исхода перитонита. Часто возникает необходимость дальнейшего хирургического лечения таких пациентов в связи с формированием послеоперационной вентральной грыжи.

При развитии острых осложнений ЯБ на фоне ОБ выполнение лапаротомии значительно утяжеляет состояние пациентов, поэтому целесообразен поиск альтернативных методов лечения таких больных. В этом отношении особое внимание привлекают возможности использования современных эндохирургических технологий. В частности, применение методик внутрисветной эндоскопии позволяет достичь состояния гемостаза в 4 из 5 случаев. При использовании аргоноплазменной коагуляции гемостаз достигается в 90 % клинических наблюдений, что более эффективно по сравнению с клипированием и орошением капрофером, при которых кровотечение из язвы удается остановить соответственно в 84 и 81 % наблюдений.

Особые возможности лечения больных перфоративными язвами предоставляет внутривидеохирургия. В Санкт-Петербурге при лечении больных

перфоративной ГДЯ эта технология уже используется в большинстве ЛПУ, лицензированных по проведению неотложной хирургии органов брюшной полости. В частности, в Александровской больнице при лечении больных перфоративной язвой лапароскопически ее ушивание осуществляется в 52 % случаев. В НИИ скорой помощи им Джанелидзе – в 55 % наблюдений.

Вместе с тем при обследовании и лечении обожженных, даже в условиях НИИ скорой помощи, где располагается Северо-западный ожоговый центр, лапароскопические технологии осуществляются редко. В частности, в 2011 г. в НИИ скорой помощи лапароскопические вмешательства пострадавшим от ожогов выполнены лишь в 7 наблюдениях. При этом в случаях выявления у обожженных перфорации хронической язвы (3 чел.) во всех наблюдениях предпринята конверсия и ушивание язвы открытым доступом, что сопровождалось нагноением операционной раны. В случаях выполнения сугубо лапароскопических вмешательств диагностического или лечебного характера нагноения в области проколов передней брюшной стенки не было.

Использование лапароскопических технологий перспективно при обследовании и лечении больных с осложнениями ЯБ и пострадавших от ожогов в остром периоде ОБ, поскольку позволяет предотвратить многие проблемы, обусловливаемые лапаротомией при выполнении хирургических вмешательств на органах брюшной полости у обожженных.

Отдельно возникает вопрос о лечении больных с сочетанием хронической ГДЯ и ожоговой травмы с использованием хирургических вмешательств, направленных на патогенетические механизмы язвообразования. Результаты выполнения РЖ традиционным доступом в экстренном порядке при ЯБ как на фоне ожоговой травмы, так и без нее, часто оказываются неудовлетворительными. Очевидно, что проведение РЖ в экстренных случаях оправдано лишь как осуществление «операции отчаяния». Хирургическое лечение больных хронической язвой при ожогах с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования лучше проводить в плановом порядке после завершения оказания МП по поводу ОБ и всестороннего обследования пациентов на предмет выявления особенностей течения у них ЯБ.

Положительный, хотя и небольшой, опыт выполнения эндовидеорезекции желудка по поводу ЯБ имеется у сотрудников ЛОКБ. Это позволяет с осторожным оптимизмом допустить, что проведение подобной операции возможно и у больных ГДЯ при получении ими ожоговой травмы.

Нельзя не обратить внимание на имеющийся, хотя и скромный, но обнадеживающий опыт лапароскопического выполнения другой хирургической технологии с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования – стволовой ваготомии, в том числе и у

обожженных. При выполнении этой миниинвазивной органосберегающей операции традиционным доступом у больных сугубо ЯБ соотношение случаев положительных и неудовлетворительных результатов составляет менее, чем 10:1. Опыт проведения ваготомии пациентам с осложнениями ЯБ на фоне термической травмы мал, но настраивает на оптимистический лад и позволяет считать, что хирургическое лечение больных хронической язвой ДПК с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования посредством ваготомии (в силу малой травматичности вмешательства) может проводиться экстренно при констатации у пострадавших от ожогов перфорации хронической язвы или продолжающегося из нее кровотечения.

Что касается организационных путей улучшения качества оказания МП пострадавшим при сочетании ЯБ и ОБ, то обследование и лечение таких пациентов целесообразно проводить в специализированных подразделениях многопрофильных ЛПУ, т. к. частота дефектов оказания МП таким пациентам в муниципальных больницах намного выше, чем в специализированных многопрофильных ЛПУ. Кроме того, лечение таких больных должно проводиться в рамках медико-экономической стандартизации.

При целенаправленном диспансерном наблюдении за больными, перенесшими хирургические вмешательства по поводу осложнений ГДЯ на фоне ОБ, целесообразно: осуществлять превентивную противоязвенную терапию с учетом данных о показателях кислотопродуцирующей функции желудка в течение года после вмешательства; в плановом порядке устранять последствия эвентрации органов брюшной полости (лигатурные свищи, послеоперационные вентральные грыжи и др.); проводить реабилитационные мероприятия пострадавшим, используя современные технологии восстановительной медицины.

Выводы

1. Среди пострадавших с ожоговой травмой хроническая ГДЯ констатируется не менее чем в 2,5 % клинических наблюдений. Острые осложнения хронических ГДЯ (кровотечение из язвы и ее перфорация) на фоне ОБ происходят в 67,3 % случаев наблюдения ЯБ у обожженных.
2. Клиническое течение хронической ЯБ у обожженных характеризуется рядом особенностей: преимущественная локализация язвенного дефекта в ДПК; 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 МП больным с сочетанием язвенной и ожоговой болезней сопряжено с высоким риском завершения случая летальным исходом, особенно при обследовании и лечении пациентов вне специализированных учреждений. Положительные результаты оказания

медицинской помощи тяжелообожжённым с хронической ГДЯ 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 МП больным хронической ГДЯ, подвергшихся тяжелой ожоговой травме, обуславливаются: ошибками при сборе данных анамнеза (84 %); недостатками во время проведения клинического обследования таких пострадавших и интерпретации данных специальных исследований (47–54 %); использованием нерациональных схем противоязвенной терапии (69 %); игнорированием возможностей эндовидеохирургии для достижения гемостаза при кровоточащих язвах (32 %); неадекватной оценкой тяжести состояния на фоне кровотечения (33–68 %), неправильной оценкой величины кровопотери (53 %); недостаточным оснащением ожоговых подразделений эндо- и лапароскопическим оборудованием (45 % случаев).

5. Технологически улучшение результатов оказания МП больным хронической ЯБ, пострадавшим от ожогов, возможно при: своевременном начале адекватной противошоковой терапии; целенаправленном использовании современных схем превентивной и лечебной противоязвенной терапии; дифференцированным подбором количественных и качественных характеристик раннего энтерального питания; соблюдении особенностей формирования лапаротомного доступа; использовании технологий внутрипросветной эндохирургии для достижения гемостаза при кровотечении из дефектов слизистой оболочки желудка и ДПК; применении миниинвазивных методик выполнения органосберегающих хирургических вмешательств.

6. Организационно повысить качество оказания МП пациентам при сочетании ОБ и ЯБ 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 ЯБ, должны предусматриваться не только конкретные современные технологии проведения хирургических вмешательств и схемы дифференцированной противоязвенной терапии, но и основные мероприятия лечебно-эвакуаторного предназначения.

Список литературы

1. Алексеев А. А. Организация медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации // Сб. тез. IX Съезда травматологов-ортопедов России: в 3 т. Т. 1. – Саратов, 2010. – С. 15-16.
2. Смолькина А. В. Экономические потери в связи с заболеваемостью язвенной болезни в Ульяновской области // Сб. тр. XVII межрегион. науч.-практ. конф памяти акад. Н. Н. Бурденко. – Пенза, 2010. – С. 328-329.
3. Страчунский Л. С., Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармакоэпидемиологического исследования // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, № 6. – С.16-21.
4. Ткаченко Е. И., Успенский Ю. П., Барышникова Н. В., Шабалина М. О. Динамика клинической картины язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* на фоне использования пробиотико-витаминно-минерального комплекса // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2008. – № 2/3. – С. 115-119.
5. Satoh K., Hirasawa T., Sugano K. Treatment and prevention of gastric ulcers in elderly persons // Nippon Rinsho. – 2010. – Vol. 68, № 11. – P. 2040-2045.

Рецензенты:

Акимов В. П., д.м.н., исполняющий обязанности заведующего кафедрой хирургии им. Н. Д. Монастырского ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Кашенко В. А., д.м.н., заместитель главного врача по хирургической работе ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России», г. Санкт-Петербург.