

захватывающий всю толщу слизистой оболочки, с грануляционной тканью и некротическим детритом в дне. В подслизистом слое многочисленные аномально крупные толстостенные расширенные сосуды, расположенные близко к слизистой оболочке...». Данная характеристика гистологической картины соответствует клиническому диагнозу поражения Дъелафуа.

Все пациенты были выписаны с выздоровлением. Летальных исходов в исследуемой группе не было. Среднее количество койко-дней у пациентов после успешного эндоскопического лечения составляло 6 дней, после рецидива и выполнения операции - 12,6 дней.

В дальнейшем, в период от 1 года до 8 лет после выписки никто из данных пациентов не поступал повторно с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. Все эти больные – жители Индустриального, Свердловского и Дзержинского районов города Перми. Все больные с кровотечениями желудочно-кишечного тракта из этих районов города поступают в отделение экстренной хирургии ГКБ им. М.А. Тверье. Данные факты свидетельствуют о том, что рецидивов кровотечения после выписки у этих пациентов не было.

Обсуждение. В работе представлен опыт лечения 21 пациента с поражением Дъелафуа. Сравнительно небольшое количество больных объясняется тем, что данный синдром встречается достаточно редко. Аналогичные данные приводят и другие исследователи [1, 2, 6]. Поэтому наше исследование опыта применения эндоскопических методов лечения поражения Дъелафуа представляется нам достаточно важным и актуальным.

Полученные результаты позволяют с уверенностью сказать, что при поражении Дъелафуа высокоэффективным является эндоскопический метод гемостаза, представленный комбинацией орошения спиртом и аргоноплазменной коагуляции.

Обращает на себя внимание тот факт, что при использовании клипирования сосудов мы наблюдали 66,7% рецидивов. По нашему мнению, данный факт объясняется тем, что при клипировании не представляется возможным захватить весь патологический сосуд, представленный аневризмой. Тем более, что границы этого патологически расширенного сосуда под слизистой не видны. Из вышесказанного следует, что именно аргоноплазменная коагуляция является самым эффективным эндоскопическим методом лечения поражения Дъелафуа, при котором воздействие происходит на слизистую вокруг сосуда и аневризму.

Выводы:

Среди пациентов с поражением Дъелафуа преобладают мужчины трудоспособного возраста.

Кровопотеря при поражении Дъелафуа чаще всего тяжелой степени, реже средней степени тяжести.

Самым эффективным методом эндоскопического лечения поражения Дъелафуа является комбинация орошения спиртом и аргоноплазменной коагуляции.

Сочетание аргоноплазменной коагуляции и орошения спиртом следует использовать и в тех случаях, когда отсутствует продолжающееся кровотечение.

Список литературы

1. Богданович А.В., Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я. Структура и тактика лечения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2016. - Т. 15. - №3. - С. 40-46.
2. Короткевич А.Г., Антонов Ю.А., Серебрянникова Е.В., и др. Оценка инфильтрационного эндоскопического гемостаза при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2012. - №3. - С. 16-20.
3. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Гуржий Д.В., и др. Хирургическая тактика при синдроме Дъелафуа редкой локализации // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. - 2018. - Т. 7. - №1. - С. 65-67.
4. Baxter M., Aly E.H. Dieulafoys lesion: current trends in diagnosis and management // Ann R Coll Surg Engl. - 2010 - Oct;92(7):548-54. doi: 10.1308/003588410X12699663905311. Review.
5. Баландина И.А., Амарантов Д.Г., Нагаев А.С., и др. Торакоскопическое лечение базальных эмпием плевры // Врач-аспирант. - 2013. - Т.59. - №4.1. - С. 134-139.
6. Schilling D., Jüngling B., Adamek H.E., et al. The endoscopic diagnosis and therapy as well as the long-term course of Dieulafoy ulcer hemorrhage // Dtsch. Med. Wochenschr. - 1999. - Apr 9;124(14). - P. 419-23. German.
7. Амарантов Д.Г., Баландина И.А., Нагаев А.С., и др. Тактические ошибки, возникающие при выполнении торакоскопии у больных с тотальной эмпиемой плевры // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - Т. 20. - № 1. - С. 22.
8. Федорова Н.А., Амарантов Д.Г. Анатомические характеристики лапаротомии при тонкокишечной непроходимости // Журнал анатомии и гистопатологии. - 2015. - Т.4. - № 3. - С. 123.
9. P'iatykor H.I., Kravets' O.V., Moskalenko R.A., et al. Experience of diagnostics and medical treatment of the Dieulafoys disease // Lik. Sprava. - 2014 Jul-Aug;(7-8). P. 85-8. Ukrainian.

НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПИРОГОВ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИИ

Попова А.П., Остроушко А.П., Андреев А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Работы Н.И. Пирогова охватили широкий круг важнейших вопросов практической медицины: инфекционных заболеваний и методов, касающихся борьбы с ними, асептики, антисептики, сортировки раненых во время войны, оперативных вмешательств. Большое внимание он уделял развитию практических навыков докторов. Н.И. Пирогов - создатель топографической (хирургической) анатомии, клиницист-практик и теоретик.

Ключевые слова: Николай Иванович Пирогов, хирургия, ледяная анатомия, топографическая анатомия.

В 1810 году 13(25) ноября, в городе Москва, в многодетной семье военного родился Николай Иванович Пирогов. К одиннадцати годам он, достиг для своего возраста высокого уровня образования, закончив пансион в Москве. Николай Пирогов в 1824 году был принят на медицинский факультет Московского университета.

На базе университета был организован анатомический театр, где у студентов была возможность подработать. Практикуясь там, молодой Пирогов получил бесценный опыт и хирургические навыки, которые были ему так необходимы.

Николай Иванович получает звание лекарь, в 1828 году. Не останавливаясь на достигнутом, Пирогов отправляется за границу на стажировку, в город Дерпт, где получает профессорское звание. На базе лучшего в то время медицинского университета, практикуется под руководством профессора Ивана Филипповича Мойера в таких областях, как анатомия и хирургия. В хирургической клинике Дерпта, Николай Пирогов защищает диссертацию, становясь профессором хирургии в 26 лет. В своей научной работе он рассматривает вопросы кардиологии, которые актуальны и широко освещаются и в наше время: расположение брюшной аорты у человека, расстройства кровообращения при её перевязке, пути кровообращения при её непроходимости, причины послеоперационных осложнений. Изучив его научную работу, своё сотрудничество предлагают немецкая клиника «Шарите» и госпиталь Геттингена. Позднее, находясь в Риге, Пирогов впервые демонстрировал навыки преподавания, впервые оперировал, как учитель.

В Дерпте Николай Иванович заканчивает своё сочинение, в котором освещались проблемы изучения хирургической анатомии артериальных стволов и фасций, положив начало нового направления-хирургической анатомии. До работ Пирогова изучению фасций тела не уделялось должного внимания, не придавалось значения. Благодаря этим открытиям, современные хирурги используют наилучшие способы проведения операций с минимальными повреждениями мышц.

В 1841 году Николай Иванович приезжает в Петербург. Работая в госпитале, он видит, что пациенты умирают от заражения, от нагноений. Впервые в истории хирургии, им был введён метод изоляции гнойных и “чистых” больных, техника мытья рук, обработка операционного поля и ран.

Николай Иванович 14 февраля 1846 года выполняет операцию под эфирным наркозом. Безусловно, важным открытием было гипсование больных. До Николая Ивановича никто не фиксировал конечность при помощи гипсовых бинтов, смоченных в воде.

Открытием Пирогова была «ледяная анатомия»-техника распилов замороженных частей тела, с целью изучения топографии анатомических структур и ориентиров. В результате проведённых исследований им был создан атлас по топографической анатомии и оперативной хирургии, иллюстрированный разрезами, проведёнными через замороженное тело человека в трёх направлениях.

В 1853 году начинается Крымская война, хирург был убеждён, что ему необходимо отправиться на место боевых действий и спасти жизни людей. Во время войны, им была разработана система ампутации конечностей, система сортировки раненых. Николай Пирогов стоял у истоков сестринского дела- женского ухода за ранеными в годы военных действий.

После окончания Крымской войны, Пирогов вернулся в Петербург, где проработал до 1861 год, после чего был уволен со службы. Ни колая Ивановича уволили в пятьдесят лет.

В семьдесят лет профессор серьёзно заболел. Летом 1881 года, он скончался в своём имении Вишня, недалеко от города Винница. Его тело было забальзамировано и помещено в склеп. После смерти Пирогова в его память было основано Общество русских врачей, регулярно созывавшее Пироговские съезды. Память о великом хирурге сохраняется и сейчас. Ежегодно в день его рождения присуждаются премия и медаль его имени за достижения в области анатомии и хирургии. Имя Пирогова носят 2-й Московский, Одесский и Винницкий медицинские институты.

Список литературы.

1. Н.Н. Бурденко, Н.И. Пирогов – основоположник военно-полевой хирургии. Начал общей военно-полевой хирургии, ч.1, 1980 год.
2. С.Д. Штрайх, Комментарии к "Севастопольским письмам и воспоминаниями Н.И. Пирогова", Издательство Академии наук СССР, 1950 год, стр. 551
3. Н.И. Пирогов, Начала общей военно-полевой хирургии, часть 2, 1944 год. Стр. 456-457