

10...50%. Процесс рекультивации заканчивается формированием стабильного фитоценоза.

Список литературы

1. Иванов Д.А. Мониторинг агрохимических свойств почв в пределах агроэкологического стационара / Д.А. Иванов, В.А. Тюлин [и др.] // Агрохимия. – 2014. – №5. – С. 27–31.

2. Громова Н.Ю., Салова Т.Ю. Техногенные системы и экологический риск: Монография. – СПб.: Политехнический университет, 2011. – С.305.

3. Громова Н.Ю. Влияние гумифицированного продукта на рост и развитие тест растений в техногенных системах // Энергетический вестник Санкт-Петербургского аграрного университета. – СПб., 2010. – С. 259–272.

4. Способ получения гумифицированной почвы / Салова Т.Ю., Громова Н.Ю., Громова Е.А. // Бюллетень изобретений и полезных моделей, № 6, Пат. РФ № 2508281.

5. Салова Т.Ю., Громова Н.Ю., Громова Е.А. Термические методы переработки органических отходов. Источники возобновляемой энергии: Монография. – СПб.: СПбГАУ, 2016. – С.224.

«Инновационные медицинские технологии», Израиль (Тель-Авив), 29 апреля – 6 мая 2017 г.

Медицинские науки

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОБЩЕЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р.,
Абдулжалилов А.М., Магомедова С.М.,
Гусейнов А-К.Г.

РКБ ЦСЭМП, Махачкала,
e-mail: saadat_leon@mail.ru

Цель исследования – провести анализ общехирургической летальности и разработать мероприятия по его снижению. Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 273 пациентов с хирургической патологией, из которых 126 умерли после операции. По нозологии общая летальность распределилась следующим образом: от травм умерли – 110 (40,4%) пациентов, заболеваний органов пищеварения – 78 (28,6%), онкологической патологии – 40 (14,5%), гнойных заболеваний мягких тканей – 20 (7,3%), сосудистых болезней – 9 (3,3%), урологической патологии – 3(1,1%), туберкулеза – 13(4,8%). В структуре общей летальности первое место заняли травмы, второе – заболевания органов брюшной полости и третье – онкологическая патология. От тромбоза мезентериальных сосудов, некроза кишки и перитонита умерли 10/8 пациентов (8 после операции). Хирургическая активность составила 38,5%. Анализ представленных выше данных указывает на то, что большая часть пациентов (48 -61,5%) с заболеваниями органов брюшной полости умерли до операции. Пациенты с язвенной болезнью (4), синдромом Меллори-Вейса (1), эрозивным гастритом (1), осложненными кровотечениями, желудочно-кишечными кровотечениями (2) неясного генеза умерли от продолжающегося кровотечения, что указывает на неадекватность лечебных мероприятий, несоблюдение стандартов обследования и лечения пациентов с ЖКК. При тромбозе мезентериальных сосудов диагноз верифицировался диагностической лапароскопией. При тотальном поражении всей тонкой кишки пациентов не оперировали. Летальность от онкопатологии распределилась следующим

образом: рак желудка – 8/8 (рак желудка, осложненная перфорацией – 2/2, рак желудка, осложненный кровотечением – 2/2, рак культи желудка – 1/1, рак желудка – 2/2, рак желудка, осложненный стенозом – 1/1), рак толстой кишки, осложненный ОКН – 7/7 (7 после операции), опухоль пищевода – 6/5, рак легкого – 5/4, рак поджелудочной железы – 5/3, рак тонкой кишки – 1/1, рак печени – 3/1, рак сигмы, осложненный перфорацией – 1/1, опухоль шейных позвонков – 1/0. Больше всего пациентов умерли от рака желудка. Хирургическая активность составила 70,0%. От гнойных заболеваний мягких тканей в основном умерли пациенты с сахарным диабетом. Хирургическая активность достигала 25,0%. Причинами смерти пациентов от сосудистой патологией были: трофическая язва, осложненная сепсисом – 1/0, тромбоз бедренной артерии – 1/1, ранение сердца – 1/1, ранение бедренной артерии – 1/1, огнестрельное ранение плечевой артерии – 1/1, аневризма брюшной аорты – 2/2, тромбоз подвздошной артерии – 1/1, облитерирующий эндартериит – 1/1. Все пациенты были оперированы, но операции не увенчались успехом. Заключение. Большая часть среди умерших составляют умершие до операции, что свидетельствует о поздней обращаемости за хирургической помощью и высокой коморбидностью. Больше всего пациентов умирает от политравмы и перелома бедра, что указывает на дефекты транспортировки и лечения. Рак желудка остается одной из распространенных причин смерти онкобольных.

Выводы:

1. Пациентов с политравмой необходимо транспортировать авиатранспортом.

2. Организация круглосуточной эндоскопической службы и широкое внедрение комбинированного эндогемостаза позволит снизить летальность среди пациентов с ЖКК.

3. Для раннего выявления онкопатологии ЖКТ необходимо наладить эндоскопическое обследование населения и диспансерное наблюдение пациентов с выявленной хронической патологией.