

References

1. Tikhomirov AL, Sarsania SI, Touskaev KS (2014) Topical application of povidone-iodine in practice, an obstetrician-gynecologist [Aktual'nost' primeneniya povidon-joda v praktike akushera-ginekologa] Russian Medical Zh., 1, 12-13.
2. Shurshalina AV, Yezhov LS, Silanteva ES (2004) Pathogenetic approaches to treatment of chronic endometritis [Patogeneticheskie podhody k terapii hronicheskogo jendometrita] Zh. Obstetrics and ginekologiya, 6, 54-56.

УДК: 616.342+616.33]-06-089

doi: 10.18101/978-5-9793-0814-2-226-228

Комплексное лечение больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

© Плеханов Александр Николаевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского института Бурятского государственного университета, ведущий научный сотрудник Иркутского научного центра хирургии и травматологии

E-mail: plehanov.a@mail.ru

© Цыбиков Еши Нянюевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского института Бурятского государственного университета, ведущий научный сотрудник Иркутского научного центра хирургии и травматологии

© Дашиев Цырен Доржиевич

аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского института Бурятского государственного университета

В последние годы отмечается снижение числа пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Это прежде всего связано с улучшением социально-экономической обстановке в стране, а также появлением лекарственных препаратов нового поколения, обладающих высокой терапевтической эффективностью. Данной патологией в основном страдают мужчины. По нашим данным их было 300 пациентов. Несмотря на то, что число больных язвенной болезнью уменьшилось, количество осложнённых форм, таких как кровотечения, перфорация, малигнизация, остаётся на высоком уровне. Всего с осложнениями поступило 24% больных. В статье представлен опыт лечения 451 больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В 66% случаев данная патология осложнялась кровотечениями. В качестве лечебных мероприятий применялись методы эндоскопического гемостаза, хирургические методы, а также комплекс консервативных мероприятий. У 90% больных к 12 суткам на фоне консервативных мероприятий отмечался стойкий гемостаз и рубцевание язвенного дефекта. Одной из задач неотложной эндоскопии является оценка интенсивности кровотечения и прогнозирования вероятности его рецидива. Сопутствующая патология встречалась у 40,0% пациентов. С признаками активного кровотечения поступило 18,0% больных. У 53,0% больных обнаруживались язвенные дефекты с неактивным кровотечением. Оперативные методы применялись при наличии показаний, независимо от локализации язвы.

Ключевые слова. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечения, лечение, результаты

Complex treatment of patients with bleedings from upper gastrointestinal tract

Aleksandr N. Plekhanov

MD, Professor, Ulan-Ude, Buryat State University, Medial Institute, Department of Faculty Surgery, Leading Researcher of Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology.

Eshi N. Tsybikov

MD, Professor, Ulan-Ude, Buryat State University, Medial Institute, Department of Faculty Surgery

Tsyren D. Dashiev

Research Assistant, Ulan-Ude, Buryat State University, Medial Institute, Department of Faculty Surgery

Last years decrease in number of the patients, suffering is marked by stomach ulcer of a stomach and a duodenal gut. It first of all is connected with improvement to social and economic conditions in the country, and also occurrence of medical products of the new generation possessing high therapeutic efficiency. The given pathology basically men suffer. Under their our data there were 300 patients. In spite of the fact that the number sick of stomach ulcer has decreased, quantity of the complicated forms, such as bleedings, punching, малигнизация, remains at high level. In total with complications 24 % of patients have arrived. In article experience of treatment 451 patients with stomach ulcer of a stomach and a duodenal gut is presented. In 66 % of cases the given pathology became complicated bleedings. As medical actions methods endoscopyc a hemostasis, surgical methods, and also a complex of conservative actions were applied. At 90 % of patients by 12 days against conservative actions the proof hemostasis and scarring of ulcer defect was marked. One of problems urgent endoscopy is the estimation of intensity of a bleeding and forecasting of probability of its relapse. The accompanying pathology met at 40,0 % of patients. With signs of an active bleeding 18,0 % of patients have arrived. Ulcer defects were found out in 53,0 % of patients with an inactive bleeding. Operative methods were applied in the presence of indications, irrespective of ulcer localisation.

Keywords. Stomach ulcer gaster and duodenum, bleedings, treatment, results

Введение

Несмотря на уменьшение частоты заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в экономически развитых странах, которую нередко связывают с уменьшением частоты распространенности *Helicobacter pylori*, благодаря широкому проведению антихеликобактерной терапии язвенной болезни и хронического гастрита, повышению экономического уровня жизни людей, частота возникновения различных осложнений, прежде всего появления кровотечений, составляет 5–10% случаев [1,2,4].

Цель работы: исследование частоты осложнений язвенной болезни (ЯБ), продемонстрировать возможности эндоскопической диагностики и лечения при кровотечении из язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), эффективности стационарного лечения больных с язвенными кровотечениями.

Материалы исследования: проведен анализ историй болезни больных, поступивших в Отделенческую клиническую больницу на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» по поводу осложненных форм ЯБ и результаты диагностической и лечебной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при кровотечении из острых поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Кровотечения у больных язвенной болезнью значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, при длительности заболевания язвенной болезнью более 5 лет. Основные причины образования язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут быть источником кровотечения, по наблюдениям некоторых исследователей, – инфекция НР, прием больными нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и гиперсекреция соляной кислоты, выделяемой обкладочными клетками слизистой оболочки желудка.

Показанием к проведению неотложной ЭГДС считаем подозрение на острое кровотечение из ВОПТ. Эндоскопическое исследование проводим круглосуточно. У большинства больных ЭГДС выполнена в первые 6 часов их пребывания в клинике. Подготовка к исследованию включала стандартную премедикацию и промывание желудка холодной водой [3,5].

Результаты исследования их обсуждения: за 3 года поступило 451 больных ЯБ, что составило 6,4% от всех госпитализированных больных. Соотношение количества больных ЯБ желудка (ЯБЖ) и ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки (ЯБЛДПК) составило 1:2. С осложненным течением поступило 24 % от общего числа пациентов (108 человек). Кровотечения составили большую часть всех осложнений – 66,0%. Второе место по частоте возникновения осложнений занимает прободение язвы (30,0%). Стеноз и малигнизация не встречались. Летальность наблюдалась только при осложненном течении ЯБ и составила 3,7%. Эффективность лечения была рассмотрена у 38 больных, госпитализированных с язвенным кровотечением. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1, половина больных была в возрасте 55 и старше. Около 8,0 % больных имели отягощенный язвенный анамнез. Сопутствующая патология встречалась у 40,0% пациентов. С признаками активного кровотечения поступило 18,0% больных. У 53,0% больных обнаруживались язвенные дефекты с неактивным кровотечением. В 29,0% случаев эндоскопическая картина была без признаков кровотечения. Язвенные дефекты от 0,5 до 1,7 см встречались в 68,3% случаев. Большие язвы от 1,8 до 2,5 см обнаруживались у 8,1% пациентов. Наиболее часто встречающейся локализацией язв ЛДПК была передняя стенка (58,0%), в желудке язвенные дефекты чаще локализовались в теле желудка – 69,0%. Лечение больных ЯБ, осложненной кровотечением, проводилось по общепринятым схемам лечения.

Использовались эндоскопические методы гемостаза: орошение источника кровотечения 5,0% раствором аминокaproновой кислоты и феракрила, инъекционные методы гемостаза (раствора адреналина в подслизистый слой), диатермокоагуляция пуговчатым зондом и сочетание этих методов. Одной из задач неотложной эндоскопии является оценка интенсивности кровотечения и прогнозирования вероятности его рецидива. Для этой цели в своей работе мы использовали общепринятую классификацию по Forrest (F). Во время ЭГДС у всех 108 больных с продолжающимся кровотечением удалось достичь первичного гемостаза. При остановившемся на момент осмотра кровотечениями выполнено воздействие на источник геморрагии с целью профилактики его рецидива.

Оперативные методы применялись при наличии показаний, независимо от локализации язвы:

1. Продолжительные рецидивирующие и массивные кровотечения, несмотря на адекватную терапию (соматостатин, лосек, квамател, диатермокоагуляция и др.).
2. Перфорация.
3. Стеноз привратника.
4. Обострение с рецидивом язвы после перенесенного осложнения (ушитая перфоративная язва или язвенное кровотечение).

У 90,0% пациентов на фоне консервативного лечения язвенные дефекты диаметром до 1,0 см рубцевались в среднем на 12 день. Длительность рубцевания язвенных дефектов большого размера (от 1,8 см) неизвестны в связи с выпиской больных на 10 день и долечивания их в амбулаторных условиях. Рецидив кровотечения наблюдался у 2 больных на 3 и 8 сутки соответственно. Послеоперационная летальность составила 11,1% (1 человек). Больничная летальность была отмечена – 6,25 (2 человека), обусловленная ЯБЖ, 3,9% (2 человека), обусловленная ЯБЛДПК. Наибольшая летальность отмечена при сочетании ЖКК и пенетрации язвы, на втором месте – при кровотечении, на третьем месте – при прободной язве.

Выводы

ЭГДС является достоверным методом диагностики причины, локализации и характера кровотечения из поверхностных дефектов слизистой ВОПТ. Эндоскопическое воздействие на источник кровотечения из поверхностных поражений ВОПТ является эффективным методом гемостаза. Современная концепция лечения ЯБ предусматривает активную хирургическую тактику, а также рациональную терапевтическую тактику, с использованием парентеральных форм ингибиторов протонной помпы и блокаторов H₂ – гистаминовых рецепторов в адекватных суточных дозах. Успешная эрадикация НР предупреждает рецидивы кровотечений у больных с язвами двенадцатиперстной кишки, по меньшей мере, в течение 4 лет, способствуя, таким образом, изменению течения язвенной болезни. Скорость реинфекции НР после излечения, по некоторым наблюдениям, составляет от 0 до 4 лет. После успешной эрадикации НР гиперсекреция соляной кислоты, по мнению других исследователей, уже не является фактором риска появления кровотечений.

Литература

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастроудоденальных кровотечений. СПб.: Курсив, 2001; 168.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Перспективы применения блокаторов протонного насоса в гастроэнтерологии. Рус. мед. журн. 2001; 3 (1). С.23-29.
3. Cutler A.F., Havstad S., Ma C.K. (1995) Accuracy of invasive and noninvasive tests to diagnose *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology*. 109, 136-141.
4. Labenz J., Tillenburg B.J., Weismuller J. (1997) Efficacy and tolerability of a one-week triple therapy consisting of pantoprazole, claritromycin and amoxicillin for cure of *Helicobacter pylori* infection in patients with duodenal ulcer. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 11, 95-100.
5. Lind T., Megraud F., Unge P. (1999) The MACH 2 study: role of omeprazole in eradication of *Helicobacter pylori* with 1-week triple therapies. *Gastroenterology*. 116, 248-253.

References

1. Zatevahin II, Shhegolev AA, Titkov BE (2001) New technologies in treatment ulcer gastroduodenal bleedings [Novye tehnologii v lechenii jazvennyh gastroduodenal'nyh krvotechenij]. SPb.: Kursiv, 168.
2. Ivashkin VT, Sheptulin AA (2001) Application prospects blockers the proton pump in gastroenterology [Perspektivy primeneniya blokatorov protonnogo nasosa v gastrojenterologii]. *Rus. med. zhurn.*, 3 (1), 23-29.