

Достоверных различий в течение послеродового периода в сравниваемых группах не было ($p>0,05$).

Выводы. 1. Проведение планового ультразвукового исследования в сроке 16-18 недель необходимо с целью формирования группы риска по ИЦН.

2. Превентивное назначение натурального микронизированного прогестерона при укорочении шейки матки 35-25 мм в сроке 16-18 недель приводит к достоверному снижению частоты преждевременных родов, плацентарных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data / R. Romero, K. Nicolaides, A. Conde-Agudelo [et al.] // Am. J Obstet. Gynecol. – 2012. – 206 (2). – P. 1–19.

2. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix / Z. Alfirevic, J. Owen, E. Carreras Moratonas [et al.] // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2013. – №41. – P 146–151.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

*Гарелик П.В., Арещенко К.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Червакова О.В.,
Шевчук Д.А.*

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем в экстренной хирургии являются гастродуоденальные кровотечения (ГДК). У 15-20% пациентов страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются кровотечения. У 75-80% случаев кровотечение останавливается самостоятельно, а у 10-25%, при первичном эндоскопическом исследовании, является активным. Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при острых ГДК составляет 5-14%, а при рецидиве возрастает до 30-40% и не имеет тенденции к уменьшению [5]. Основу лечения язвенного кровотечения на сегодняшний день составляют лечебная эндоскопия и фармакотерапия. Эндоскопические методы позволяют провести диагностику, оценить риск развития рецидива кровотечения и осуществить гемостаз, а фармакотерапия направлена на образование и стабилизацию тромба в язве и лечение путем подавления секреции соляной кислоты. Сейчас имеется широкий набор способов эндоскопического гемостаза, различных по физической природе,

эффективности, доступности, безопасности и стоимости [3]. Конкретно установлено, в лечении пациентов с кровоточащей пенетрирующей язвой широко применяются термические, инъекционные, механические и комбинированные методы гемостаза. Однако, несмотря на широкий арсенал эндоскопических методов гемостаза и современную фармакотерапию, результаты неоперативного лечения язвенных кровотечений далеки от желаемых [3]. Одна из объективных причин этого – отсутствие четких показаний к применению эндоскопических методик – когда, у каких пациентов, при какой локализации и степени интенсивности кровотечения их использовать. Выбор метода эндоскопического гемостаза в каждом конкретном наблюдении также зависит от профессиональных качеств эндоскописта и степени оснащенности лечебного учреждения. Большинство международных консенсусных руководств рекомендуют выполнять эндоскопическое вмешательство всем пациентам с клинической картиной кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в течение 24 ч с момента госпитализации [3].

Эффективность первичного эндогемостаза может достигать 87-100%, частота рецидивов кровотечения после успешного гемостаза составляет 13-35%. После впервые развившегося кровотечения из язв у 30% пациентов наступает рецидив в течение ближайших 5 лет, после повторного рецидива риск развития кровотечения повышается до 60%, повторные кровотечения протекают тяжелее предыдущего [2].

Методы эндоскопического гемостаза, признанные эффективными на основании накопленного клинического опыта [1], подразделяются на термические, инъекционные и механические. К широко используемым в настоящее время термическим методам относятся моно-, би- и мультиполярная электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, термокоутеризация, к более редким – лазерная фотокоагуляция. Термические методы выгодно отличаются доступностью и простотой выполнения [4]. Термокоагуляция позволяет достичь первичного гемостаза у 91,2%, снижает количество неотложных операций до 6,3-15%, летальность до 4,2%, рецидив кровотечения возникает у 6-31,3% пациентов. Однако термокоагуляция оказывает повреждающее воздействие на ткани, что может сопровождаться определенной угрозой возникновения перфорации полого органа. Вероятность развития такого осложнения зависит от характера источника кровотечения, способа термокоагуляции, мощности тока, продолжительности воздействия и методики проведения вмешательства [4].

Применение аргонплазменной коагуляции в эндоскопии позволяет с успехом останавливать обширные диффузные кровотечения из паренхиматозных органов и осуществлять поверхностную девитализацию тканей со значительно меньшим нежелательным поражением органа, характерным для традиционной термокоагуляции. Использование механического гемостаза – клипирование с применением металлических клипс для остановки и профилактики рецидива кровотечения и эндоскопическое лигирование позволяют, по эффективности, приблизить эндоскопический гемостаз к оперативному открытому ушиванию

источника кровотечения. Инъекционные методы эндогемостаза широко используются при кровотечениях из язв, привлекают доступностью, дешевизной и простотой выполнения, однако рецидивы при этом наблюдаются чаще всего[1].

Идеальной методикой эндогемостаза по данным литературы [4] при трудных локализациях является методика применения порошка Hemospray, при этом не требуется непосредственного контакта с местом кровотечения.

Представляло интерес провести анализ результатов эндогемостаза при язвенных ГДК в условиях специализированного городского центра.

Цель. Оценить эффективность применяемых в центре ГДК методов эндогемостаза для оптимизации тактики лечения.

Методы исследования. Всем пациентам, доставляемым в городской специализированный центр с симптомами ГДК выполнена неотложная или срочная эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) для подтверждения диагноза, определения источника кровотечения и его локализации. Внедрение в клиническую практику ширококанальных эндоскопов, современных видеоинформационных систем открыло новый этап в диагностике и лечении язвенных ГДК. Обеспечивая широкий обзор и возможность слаженных коллективных действий бригады специалистов круглосуточного оказания помощи, в условиях специализированного центра, позволяет эффективно и своевременно выявлять источник кровотечения и проводить первичный эндогемостаз.

В ретроспективное исследование включено 697 пациентов с язвенными ГДК, находящихся на стационарном лечении в специализированном городском центре УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» за 2017 г. и 11 месяцев 2018 г. Пациенты были в возрасте от 17 до 89 лет, мужчин – 509 (73%), женщин – 188 (27%). Язвенная болезнь желудка диагностирована у 238 (34%) пациентов, двенадцатиперстной кишки – у 459 (66%). В реанимационное отделение в тяжелом состоянии госпитализировано 122 (17,5%) пациента.

Результаты и их обсуждение. Продолжающееся кровотечение диагностировано у 425 (61%) пациентов, состоявшееся у 272 (39%). При состоявшемся кровотечении потенциальные эндоскопические признаки опасности рецидива наблюдали у 123 (45,2%) пациентов с профилактической целью у них проведен инъекционный гемостаз (новокаин – адреналиновая смесь). При продолжающемся кровотечении применяли различные эндоскопические технологии эндогемостаза: клипирование у 148 (34,8%), комбинированные технологии: (клипирование и инъекционный гемостаз) у 198 (46,5%), инъекционный и монополярная коагуляция у 75 (17,6%), аргоно-плазменная коагуляция и инъекционный гемостаз у 4 (0,9%). Рецидив кровотечения наблюдали у 29 (6,8%) пациентов, у 18 (4,2%) проведен повторно комбинированный эндогемостаз (клипирование и инъекционный), у 11 (2,6%) (инъекционный и монополярная коагуляция). У 6 пациентов повторный гемостаз (инъекционный и коагуляция) не был эффективным, в связи с ререцидивом,

выполнены оперативные вмешательства в объеме: иссечение язвы и/или ушивание с различными вариантами дуоденопластики (2), лапароскопическое ушивание (2), резекция 2/3 желудка (3), клиновидная резекция желудка (1). Умерло 9 (1,3%) - это пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, пожилого и старческого возраста.

Выводы. В специализированном центре ГДК всем поступающим пациентам выполняется экстренная или срочная ФГДС. При продолжающемся кровотечении из язв проводится эндогемостаз. Отдаем предпочтение комбинированным технологиям эндогемостаза сразу во время диагностики. Инъекционный гемостаз применяем в составе комбинированного или в моноварианте при низком риске рецидива состоявшегося кровотечения.

Хирургические вмешательства выполняли по жизненным показаниям, в условиях неостанавливающегося или при повторном рецидиве кровотечения. Следует отметить, что количество пациентов с ГДК за анализируемый период по сравнению с предыдущим периодом (2015-2016 гг.) увеличилось на 14%, снизилось количество рецидивов кровотечения после первичного эндогемостаза на 0,9%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровщик, О.И. Центр гастродуоденальных кровотечений: анализ работы, результаты, перспективы / О.И. Дубровщик, Г.Г. Мармыш, А.Н. Суров [и др.] // Проблемы медицины в современных условиях: матер. Научн.-практ. конф., посвящ. 20-летию УЗ «ГКБ № 4 г.Гродно». –Гродно, 2009. –С. 51-53.
2. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е. Климов, Т.В. Бархударова // Хирургия. -200. -№ 2. – С.32.
3. Кубышкин, В.А. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений / В.А. Кубышкин, Д.Ю. Петров, А.В. Смирнов // Хирургия. – 2013. -№ 9. –С. 67-71.
4. Панцырев, Ю.М. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю.М. Панцырев, А.П. Михалев [и др.]. // Хирургия. -2000. -№ 3. – С.21-27.
5. Ступин, В.А. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения: факторы риска и хирургическое лечение / В.А. Ступин, М.В. Багненко, С.В. Силуянов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. -2013. - № 4. – С. 9-13.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Гарелик Т.М., Наумов И.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема сохранения репродуктивного здоровья (далее – РЗ) женского населения в современном здравоохранении является одной из наиболее