

Список литературы:

1. Абрамченко, В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве / В.В. Абрамченко. - СПб.: ДЕАН, 2001. - 400 с.
2. Афанасьев, В.В. Клиническая эффективность реамберина / В.В. Афанасьев - СПб., 2005.- 43 с.
3. Дугиева, М.З. Клиническая эффективность антиоксидантной терапии в хирургической практике / М.З. Дугиева, З.З. Багдасарова.// Анестезиология и реаниматология. - 2004. - №2. - С.73-77.
4. Ивницкий, Ю.Ю. Янтарная кислота в системе средств метаболической коррекции функционального состояния и резистентности организма / Ю.Ю. Ивницкий, А.И. Головкин, Г.А. Сафронов. - СПб., Лань, 1998. – 82 с.
5. Оболенский, С.В. Реамберин – новое средство для инфузионной терапии в практике медицины критических состояний: Методические рекомендации / С.В. Оболенский. - СПб., 2002. – 23 с.
6. Скворцова, В.И. Ишемический инсульт / В.И. Скворцова, М.А. Евзельман. - Орел, 2006.- 83с.

**ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:
ПРИЧИНЫ, ТАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

***Гарелик П.В., Дубровицк О.И., Мармыш Г.Г., Баковец Л.С.,
Жибер В.М., Шевчук Д.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно*

Острые язвы и эрозии верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются причиной кровотечения в 36,3% случаев всех гастродуоденальных кровотечений (ГДК) [6]. При диагностической эзофагогастродуоденоскопии (ФГДС) острые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и 12-перстной кишки встречаются в 3-4% случаев, в 60-70% случаев диагностируются при осложнении их кровотечением, еще в 0,5-3% при перфорации острых язв. Истинная же частота этих поражений желудка и 12-перстной кишки не установлена, как считают авторы, специально занимающиеся вопросами неотложной диагностики ГДК. Существуют различные морфологические критерии, позволяющие разделить острые язвы и эрозии. Эрозии представляют собой повреждения слизистой, не выходящие за пределы поверхностного эпителия. При острых язвах желудка повреждается вся слизистая без вовлечения в воспалительный процесс подслизистой, редко могут быть и более глубокие поражения, захватывающие иногда все слои стенки органа, вплоть до серозной, поэтому развитие кровотечения различной степени интенсивности по частоте достигается только у 75% всех острых язв. Известно, что острые язвы наиболее часто

наблюдаются у пациентов при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы, цереброваскулярной болезни, сахарного диабета и хронических неспецифических заболеваниях легких.

Острые язвы часто бывают множественные, а диаметр их иногда достигает 3 см и более. Клиническое течение острых язв значительно отличается от проявлений язвенной болезни [5]. Причины острых язв желудка и 12-перстной кишки многообразны и могут наблюдаться в любом возрасте, как у новорожденных, так и у лиц старческого возраста. Частота острых язвенных поражений в пожилом возрасте достигает 74,6%. Согласно данным литературы, выделяют 3 группы причин развития острых язв:

1 - связанные с приемом лекарственных препаратов, обладающих ulcerогенным действием (нестероидные противовоспалительные препараты, стероиды, антикоагулянты, дезагреганты и др.);

2 - развивающиеся в состоянии стресса, послеоперационном периоде, в условиях органной дисфункции, у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии;

3 - появляющиеся при некоторых острых и хронических заболеваниях, соматической патологии у больных пожилого и старческого возраста, преимущественно при сосудистых заболеваниях, ИБС, системном атеросклерозе, сахарном диабете.

Острые язвы, связанные с приемом лекарственных препаратов наблюдаются у 45-68% больных пожилого возраста и в последнее время составляют треть причин ГДК. Острые язвы в раннем послеоперационном периоде развиваются у 2,5-24% больных, осложняются кровотечением обычно на 4-9 сутки после операции, наблюдаются при осложненном течении послеоперационного периода и прогрессировании органной дисфункции. Факторами риска развития кровотечения из острых язв в послеоперационном периоде являются: длительная искусственная вентиляция легких (более 48 часов), коагулопатии, ДВС-синдром, развитие выраженной органной дисфункции, артериальная гипертензия, шок (более 2 часов), алкоголизм, лечение глюкокортикоидами, длительная назогастральная интубация (более 48 часов). При сочетании двух и более перечисленных факторов риск развития эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки возрастает в 2 раза и в 75-90% случаев они осложняются кровотечением.

Проблема профилактики стрессовых язв желудка и 12-перстной кишки у больных реанимационных отделений и отделений интенсивной терапии обсуждалась на 31 Конгрессе Общества критической медицины в Сан-Диего (2002 г.), на пленуме Российской ассоциации специалистов по хирургической инфекции (2003 г.). Определены факторы, влияющие на развитие острых язв, уровни доказательности их, которые являются

абсолютными для проведения профилактики стрессовых язв у больных ОРИТ [2]. Авторы выделяют 2 варианта острых язв в раннем послеоперационном периоде: поверхностные диффузные эрозии с низким риском развития кровотечения и глубокие локализованные язвы с высоким риском геморрагических осложнений, частота которых у больных, находящихся в ОРИТ, достигает 14%, а летальность при них составляет 64% [2]. Трудности диагностики острых язв желудка и 12-перстной кишки заключаются в том, что у 60% пациентов отсутствуют клинически значимые симптомы желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), кровотечение носит скрытый характер и диагностируется лишь при появлении гемодинамических нарушений. Стандартом в диагностике эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки является ФГДС. При явных клинических симптомах ЖКК диагностическое значение имеют общеклинические и лабораторные методы исследования. Тяжесть состояния пациентов, у которых развиваются острые язвы и осложняются кровотечением, особенно при системных поражениях органов, оставляют эту проблему в числе актуальных проблем в гастроэнтерологии.

Цель исследования – провести анализ причин развития острых язв, диагностики течения и профилактики осложнения их кровотечением в условиях городского центра ГДК, на основе полученных данных оценить эффективность применяемых стандартов диагностики и лечения этой тяжелой категории больных.

При анализе результатов лечения острых язв, осложненных кровотечением (эрозивные кровотечения не анализировались) у пациентов, госпитализированных в городской центр ГДК клиники общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2007 по 2011 гг. установлено, что за анализируемый период на лечении находилось 76 больных с кровотечением из острых язв, в возрасте от 22 до 82 лет, мужчин было 50, женщин - 26.

В 11 (14,5%) случаях осложненные кровотечением острые язвы были выявлены при ФГДС до клинических проявлений кровотечения у 60 (85,5%), диагностированы при проявлении их клиническими и гемодинамическими нарушениями.

Машиной скорой помощи доставлено 40 пациентов, из терапевтических отделений больниц города - 18, из поликлиник - 13, обратились сами - 5. В хирургическое отделение госпитализированы - 61, в реанимационное - 15 больных.

Установлено, что острые язвы, связанные с приемом лекарственных препаратов, наблюдались у 28 (36,8%) больных, в этой группе пациенты были в возрасте от 65 до 82 лет. У пациентов, находящихся в терапевтических и неврологических стационарах города,

острые язвы развились на фоне хронических заболеваний при декомпенсации и ПОН (почечной, печеночной, сердечно-сосудистой недостаточности). В послеоперационном периоде наблюдали 4 случая острых язв, осложнившихся кровотечением.

У всех пациентов острые язвы, осложненные кровотечением, диагностированы при ФГДС. Определенное значение имеет оценка причин и характера острых язв. Так, острые язвы небольших размеров (5-10 мм), в диаметре округлой формы с ровными гладкими краями, неглубокие, с плоским дном диагностированы у 62 (81,6%) больных. В 5 случаях, в желудке язвы были множественные, у 3 наблюдались острые язвы в желудке и 12-перстной кишке. Состоявшееся кровотечение установлено у 16 (21,1%) больных, дно язвы было покрыто гемосидерином. Активное кровотечение наблюдали у 50 (65,8%) больных, что потребовало проведения эндоскопического гемостаза, у 7 из них и клипирование кровоточащего сосуда. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения при первичном обследовании выполнялась биопсия слизистой из зоны язв у 17 больных.

Известно, что лучше всего кровоснабжается слизистая оболочка антрального отдела, хуже – фундального и еще хуже - тела желудка. У 26 (34,2%) пациентов кровотечение было состоявшимся на момент осмотра. По данным литературы, у больных с острыми язвами характерен анаэробный рост микробов из биопсийного материала, практически у всех высеивается кишечная палочка [4]. У пациентов анализируемой группы при биопсии, выполненной у 32 из них, определялась *H.bacter*.

У всех пациентов при активном кровотечении проводился эндогемостаз общепринятыми методами, преимущественно комбинированными способами.

После проведенного эндогемостаза рецидивов кровотечения не отмечено. От успешности эндоскопического гемостаза во многом зависит исход лечения пациентов с острыми язвами. Первичный эндоскопический гемостаз был успешным у всех пациентов с активным кровотечением. Всем пациентам проводилось комплексное консервативное лечение согласно протоколу стандартов: антисекреторная и гастропротекторная терапия, направленная на поддержание рН в желудке, нормализация моторно-эвакуаторной функции желудка, повышение резистентности слизистого барьера желудка.

Для профилактики и лечения острых язв в настоящее время применяются: антацидные средства, антагонисты H_2 -рецепторов и ингибиторы протонной помпы (ИПП), гастропротекторы. Из всех групп препаратов для профилактики и лечения ЖКК на сегодняшний день ИПП наиболее отвечают всем требованиям современной

антисекреторной терапии и рекомендованы Международной ассоциацией гастроэнтерологов по сравнению с блокаторами H₂-рецепторов [3]. Мы придерживаемся рекомендуемых и применяющихся принципов консервативного лечения острых язв. Лечение острых язв, осложненных кровотечением, должно проводиться на фоне устранения основных факторов, их вызвавших, обычно на 7-10 сутки острые язвы эпителизируются.

Таким образом, диагностика, лечение и профилактика острых язв, осложненных кровотечением, остается актуальной проблемой, так как является грозным для жизни осложнением различной, нередко тяжелой общесоматической патологии, сопровождающейся синдромом энтеральной недостаточности или компонентом полиорганной недостаточности, особенно у возрастных больных. Поэтому профилактика образования острых язв у пациентов с повышенным риском развития их состоит не только в проведении адекватной антисекреторной терапии, но и в лечении органной недостаточности и стабилизации общего состояния больных.

Список литературы:

1. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии // М., 2004. 185 с.
2. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Оганесян Е.А., Базаров А.С., Черниенко Л.Ю. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // РАСХИ, Методические рекомендации. М., 2004, 18 с.
3. Исаков, В.А. Терапия кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонного насоса в вопросах и ответах // Consilium medicum № 7, 2006. С. 2-5.
4. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., С.Ф.Багненко. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред.А.А. Курыгина – Спб.: Питер, 2001. – 480 с.- (серия спутник врача).
5. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. Руководство для врачей. М.: Медицинская книга, 2000. 378 с.
6. Чернов В.Н., Мизиев И.А. Острые язвы желудка и 12-перстной кишки (этиология патогенез, клиника, диагностика, прогноз, лечение, профилактика). – Ростов-на-Дону. ЛАПО, 2001.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВРОЖДЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ

Гурина Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Новорожденные, перенесшие врожденную пневмонию, попадают в группу часто длительно болеющих детей. Несмотря на применение высокоэффективных медикаментозных препаратов, частота хронических заболеваний не имеет тенденции к снижению, что можно объяснить