

СИНДРОМ ОСТРОГО СТРЕСС-ОБУСЛОВЛЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Решетник О.С., Войтович В.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с
курсом клинической биохимии*

Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В. Губарь

По данным литературы последних лет, эрозивно-язвенное поражение (ЭЯП) желудка и 12-перстной кишки выявляется у 75% больных в первые часы пребывания в отделении реанимации, а у 14% этих больных развивается желудочно-кишечное кровотечение, летальность при которых достигает 64%. Поскольку, наряду с другими факторами, ведущая роль принадлежит нарушениям кровотока в стенке желудка, можно ожидать, что совершенствование методов и терапии, направленных на диагностику и ликвидацию нарушений периферического кровотока, должно привести к снижению частоты развития этих осложнений. Вышеуказанные сведения о частоте ЭЯП относятся к пациентам взрослого возраста.

Цель исследования: проанализировать частоту развития, структуру причин, результаты диагностики и интенсивной терапии ЭЯП ЖКТ у детей с неотложными состояниями.

Материалы и методы: исследования выполнены путем ретроспективного анализа истории болезни 57 пациентов реанимационного профиля в возрасте от 2-х месяцев до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации Гродненской областной детской клинической больницы с 2002 – по 2007 год. В зависимости от профиля исходной патологии, все больные разделены на следующие группы: 1 группа – пациенты с политравмой (3); 2 группа – пациенты с ожоговой болезнью (6); 3 группа – пациенты после травматичных оперативных вмешательств (10); 4 группа – пациенты с сепсисом (3); 5 группа – пациенты с заболеванием ЦНС (8); 6 группа – пациенты с заболеванием системы дыхания (21); 7 группа – пациенты с прочими заболеваниями терапевтического профиля.

Аналізу подвергались клинические данные о характере исходной патологии, наличии факторов риска желудочно-кишечного кровотечения (Cook D.J. et al., 1994), врожденных пороков развития, результаты исследования локализации и характера ЭЯП ЖКТ, сроки их формирования, методы профилактики и лечения этих осложнений, летальность.

Результаты исследования: при анализе установлено, что формирование ЭЯП ЖКТ наблюдалось у пациентов хирургического и терапевтического профиля различного возраста и при различной реанимационной патологии. Формирование ЭЯП ЖКТ чаще всего диагностировалось на 4- 5 сутки после формирования неотложных состояний и начала проведения интенсивной терапии, что согласуется с аналогичными данными, полученными у взрослых пациентов (Гельфанд Б.Р. и соавт., 2002 г.). Частота развития этого осложнения возрастает у больных с исходным заболеванием системы дыхания, после травматичных оперативных вмешательств, с заболеваниями ЦНС и прочими заболеваниями терапевтического профиля; а также у больных с ожоговой болезнью, сепсисом и политравмой. Абсолютными показаниями для проведения профилактики ЭЯП ЖКТ являются: ИВЛ, гипотензия, в том числе, обусловленная септическим шоком и коагулопатия (ДВС – синдром). Эти же факторы являются ведущими при формировании кровотечений и стрессовых язв ЖКТ. На протяжении исследуемого периода у наблюдаемых нами больных проводилась антисекреторная и

гастропротекторная терапия, раннее назначение энтерального питания, что в целом способствовало нормализации моторики ЖКТ и повышению устойчивости слизистого барьера. Положительным результатом вышеуказанных мер является отсутствие летальности у наблюдаемых нами пациентов с эрозивно-язвенными кровотечениями.

Выводы: у детей с неотложными состояниями в комплексе мер интенсивной терапии должны применяться мероприятия по профилактике ЭЯП ЖКТ и фиброгастрокопический контроль в процессе лечения.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Рогач В.Г., Мордасевич И.В., Тявловская Н.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель проф. Климович И.И.

Повреждения печени относятся к наиболее серьезным по тяжести и по сложности распознавания и лечения. Изолированные повреждения печени встречаются редко (7,6%), в большинстве наблюдений (77,6%) повреждения печени бывают множественными и сочетанными. Последние годы отмечаются ростом числа больных с травмами живота (ТЖ), что обусловлено дорожно-транспортным травматизмом, несчастными случаями на производстве и другими чрезвычайными ситуациями, число которых, к сожалению, не уменьшается. При ТЖ большинство авторов указывают, что повреждение печени (ПП) встречается у 10–20% пострадавших, при этом летальность составляет 45–60%.

Цель: изучить ретроспективные результаты лечения пациентов с ПП.

Материал и методы. В БСМП г. Гродно с 2001 по 2007 гг. находилось на лечении 67 пациентов с ПП. Анализируемые истории болезней были разделены на 2 группы: 47 выздоровевших (70,2%) и 20 умерших (29,8%). В первой группе среди выздоровевших было 35 мужчин (74,5%), женщин – 12 (25,5%). Больных в возрасте от 15 до 19 лет было 7 (14,9%), 20–29 лет 15 (31,9%), 30 – 39 лет - 14 (29,8%), 40 – 49 лет – 8 (17,0%), 50-59 лет – 3 (6,4%). По механизму травмы выявлено ножевое ранение в 19 случаях, падение с высоты – у 8, ДТП – у 12, удар – у 7 пациентов. В состоянии алкогольного опьянения находилось 32 больных (47,7%). Время от момента травмы до поступления составило от 20 минут до 3,5 суток. Время от поступления до момента операции у 52 больных составляло менее часа, у 15 – от 2- 4 часов. Во второй группе – умершие больные – было 14 (70,0%) мужчин, женщин 6 (30,0%). Пациенты в возрасте от 15 до 19 лет составляли 2 (10,0%), от 20 до 29 лет 3 (15,0%), от 30 до 39 лет – 3 (15,0%), от 40 до 49 лет – 4 (20,0%), от 50 до 59 лет – 3 (15,0%), старше 60 лет – 5 (25,0%). Механизм травмы – ДТП в 8 случаях, падение с высоты – у 7, удар – у 2, ножевое ранение – у 2, травмирующий фактор не установлен у 1 пациента. Состояние алкогольного опьянения было зарегистрировано у 5 (25,0%) больных, причем, двое из них злоупотребляли алкоголем. Время от получения травмы до поступления в стационар составляло, как правило, менее 1 часа. Время от поступления до операции не превышало 2 часов.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина травмы печени определяется характером повреждения самой печени и сопутствующих повреждений других органов. У всех наших больных имели место боли в животе, признаки внутрибрюшного кровотечения, травма в анамнезе. Снижение АД ниже 100мм рт.ст. было у всех умерших больных, среди выздоровевших – у 41 (61,2%). Напряжение мышц передней брюшной стенки живота и симптомы раздражения брюшины отмечались у 62 (92,5%) первой и 19 (95,0%) больных второй групп. Притупление в отлогих местах живота