



МАТЕРИАЛЫ

16-го Международного медицинского Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург — Гастро-2014» (19 – 21 мая 2014 года)

Materials of the 16th International Slavic-Baltic Scientific Forum
“Saint-Petersburg — Gastro-2014” and the Plenum of the Board of the GSSR

А

1. **Эффективность эндоскопических физических методов гемостаза у больных с синдромом Меллори-Вейсса**

Архипов А. А., Розанов В. Е., Болотников А. И., Васильев С. Б.

КБ 123 ФМБА России, Одинцово, Россия

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопических физических методов гемостаза у больных с синдромом Меллори — Вейсса.

Материал и методы. На лечении находились 202 больных с синдромом Меллори — Вейсса, осложненным кровотечением. Средний возраст больных составил $(39,9 \pm 1,4)$ года. Единичные разрывы слизистой оболочки выявлены у 130 пациентов, а множественные — у 72. Размеры выявленных повреждений варьировали от 5,5 до 49,5 мм по длине, от 2,5 до 10 мм по ширине и от 2,3 до 6,5 мм глубиной.

Результаты. Для оценки степени глубины разрывов пользовались классификацией Bellmann H., основанной на оценке глубины разрывов: I степень была выявлена у 118 больных, II степень — у 73, III степень — у 11. Характер кровотечения оценивали по классификации Forrest J. (1974). Кровотечение по F1a отмечено у 42, F1b — у 69, F1a — у 36, F1b — у 27, F1c — у 28 пациентов.

Эндоскопический гемостаз осуществляли эндоскопами IT, FP7 фирм Olympus, Fujinon (Япония) и GIF Q20 и эндовидеосистемой с видеогастроскопами V-70 (фирмы Olympus, Япония) посредством аргоноплазменной («Фотек-ЕА 140») и лазерной (Nd: YAG лазер с длиной волны излучения 1,06 мкм) коагуляции.

Первичный гемостаз достигнут у 173 (85,6%) пациентов. Повторная коагуляция позволила добиться полной остановки кровотечения. Осложнений и летальных случаев не было.

Заключение. Физические эндоскопические методы при синдроме Меллори — Вейсса позволяют осуществлять надежную остановку кровотечений.

Б

2. **Стадийность атрофических изменений в слизистой оболочке желудка при хроническом гастрите у взрослых**

Баженов С. М., Дубенская Л. И., Ильющенко П. А.

Смоленская ГМА, Россия,
e-mail: smbazhenov@mail.ru

Атрофические изменения структуры слизистой оболочки желудка (СОЖ) многообразны и достаточно последовательны, что позволяет с определенной долей условности выделить основные стадии процесса с целью оценки их диагностической значимости.

Первая стадия — нарушения внутриклеточной регенерации, или стадия ультраструктурных признаков. Это стадия развития начальных и обратимых изменений. В основе патогенеза — нарушение процесса дифференцировки клеток, но без утраты их специфичности. Ведущий гистологический признак — снижение высоты эпителиоцитов, в основном, покровно-ямочного эпителия, за счет апикальных отделов.

Вторая стадия — нарушения клеточной пролиферации, или стадия развернутых, но обратимых изменений. В ней сохраняются признаки нарушения внутриклеточной регенерации и присоединяется относительная недостаточность пролиферативной активности эпителиоцитов. Главный гистологический признак — снижение плотности расположения эпителиоцитов на единицу длины базальной мембраны, что хорошо выявляется морфометрическим методом.

Третья стадия — нарушения микроанатомии структур паренхимы, является начальным этапом, как правило, необратимых изменений. В основе морфогенеза лежит нарастание дефицита клеточной массы с изменением размеров и утратой части эпителиальных трубочек. Именно эта стадия диагностируется согласно действующим классификациям практикующими клиническими морфологами.