

эндоскопов создают условия для распространения ВиЧ и других инфекций при эндоскопических исследованиях.

С целью профилактики ВиЧ инфекции, гепатитов и др, при эндоскопических исследованиях и обеспечения безопасности медицинского персонала необходимо:

- проводить эндоскопические исследования только в специализированных кабинетах и центрах,
- обеспечить эндоскопические кабинеты современным оборудованием и достаточным количеством инструментария,
- использовать новые технологии для обработки эндоскопов и эндоскопического оборудования,
- провести паспортизацию эндоскопических кабинетов на соответствие их санитарным нормам,
- провести техническое освидетельствование эндоскопического оборудования.

Централизация эндоскопической службы в условиях многопрофильной поликлиники, проведение эндоскопических манипуляций и операций только в эндоскопических центрах повышает качество и безопасность оказания специализированной и квалифицированной медицинской помощи и повышает экономическую эффективность использования оборудования.

#### 043. СТРУКТУРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ДИАГНОСТИРУЕМАЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Бурдина Е.Г., Чернявская О.А., Моляренко Е.В.,  
Виноградова Н.С., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.  
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД  
Президента РФ, Москва

Проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) уже на протяжении многих десятилетий остается одной из самых актуальных проблем современной медицины. ЖКК относятся к числу наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля, причем в последние десятилетия количество таких пациентов увеличивается. Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) могут быть осложнением целого ряда заболеваний, по данным разных авторов, их частота составляет 50-150 случаев на 100 тыс. населения в год. Например, в США ОЖКК ежегодно становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации. Уровень смертности от кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта колеблется в пределах от 5 до 10% и в развитых странах имеет некоторую тенденцию к снижению. От кровотечения умирают в основном люди преклонного возраста и лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В нашей стране в последние годы, наоборот, наметилась тенденция к некоторому увеличению летальности при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта. Средняя летальность по Москве в 1998 г. составила 10,6%. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой и не имеет тенденции к снижению: ее уровень в среднем составляет 30-40%. Основную роль в успешном лечении больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта играет ранняя и точная диагностика причины кровотечения.

Цель: анализ причин желудочно-кишечных кровотечений, по данным поликлиники за шесть лет (2004-2009 гг.).

Материалы и методы: проанализированы материалы 28 больных (мужчин - 24, женщин - 4, в соотношении 6:1, средний возраст  $51,7 \pm 4,8$  лет), госпитализированных с признаками желудочно-кишечного кровотечения, что составило 0,13% от среднегодовой численности прикрепленного контингента. Помимо анализа клинико-анамнестических данных, всем больным проведено эндоскопическое исследование желудка с морфологическим изучением гастробиоптатов и диагностикой инфекции *H. pylori*, либо колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости, общеклиническое и биохимическое исследования крови, серологическая диагностика *H. pylori* (IgG), анализ кала на скрытую кровь; по показаниям, - КТ, МРТ брюшной полости, капсульная эндоскопия. Все больные были своевременно госпитализированы в стационар.

Результаты: основным источником желудочно-кишечного кровотечения была язва желудка (39,3%, n=11): на фоне приема ulcerогенных (аспирин, НПВС, непрямые антикоагулянты, глюкокортикоиды) препаратов (n=8), персистенции инфекции *H. pylori* (n=2), рака желудка (n=1), после полипэктомии в амбулаторных условиях (n=1) другого учреждения. Язва двенадцатиперстной кишки была причиной кровотечения у 28,5% (n=8) больных: на фоне приема ulcerогенных препаратов (n=5), персистенции инфекции *H. pylori* (n=2), рака поджелудочной железы с прорастанием в двенадцатиперстную кишку (n=1). Пищеводные кровотечения составили 25,0% (n=7): эрозивный эзофагит (n=3) на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, синдром Мэллори-Вейса (n=3), варикозно-расширенные вены пищевода (n=1) у больного циррозом печени алиментарной этиологии с летальным исходом. Язва терминального отдела подвздошной кишки (болезнь Крона), как источник кровотечения установлена у 1 больного. Массивное кровотечение из прямой кишки было диагностировано также у 1 больного (рак прямой кишки).

Выводы: частота желудочно-кишечных кровотечений в среднем за 6 лет составила 0,13% от среднегодовой численности прикрепленного контингента, преимущественно у больных с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки - 67,8%; из них лекарственные поражения составили 57,9%, что требует превентивной антисекреторной терапии у данной категории больных.

#### 044. ЭРАДИКАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бурдина Е.Г., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.  
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД  
Президента РФ, Москва

Введение. Особенности функциональных и морфологических изменений при язвенной болезни, такие как уменьшение секреторной активности желудка, преобладание атрофических форм гастрита, выраженные нарушения микроциркуляции в пожилом возрасте