

точки зрения состояния МЭФ желудка являются благоприятными.

Л и т е р а т у р а

1. Архипов В.Ф., Мовчан К.Н., Зуев В.К. // Вестник хирургии. 1995. №3. С.34-37.
2. Бабалич А.К. // Вестник хирургии. 1998. №3. С.65-69.
3. Горбунов В.Н., Столярчук Е.В. // Хирургия. 1996. №2. С.31-34.
4. Кочетков А.В., Петляков С.И., Девальд В.В. // Вестник хирургии. 2000. №2. С.21-23.
5. Кузин М.И. // Хирургия. 2001. №1. С.27-32.
6. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995.

7. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И. и др. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2000. №3. С.20-23.

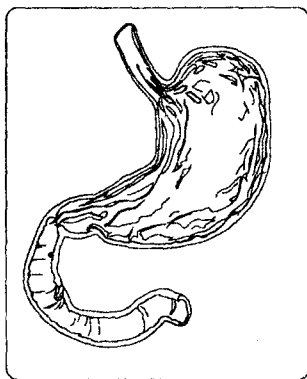
8. Пиманов С.И., Сатрапинский В.Ю., Гордеев В.Ф. // Сов. медицина. 1991. №2. С.5-8.

9. Benini L., Sembenini C., Heading R.C. et al. // Am. J. Gastroenterol. 1999. Vol.94, No.10. P.2861-2865.

10. Jamieson G.G., Maddern G.J., Myers J.C. // Arch Surg. 1991. Vol.126, No.11. P.1414-1417.

11. Maughan R.J., Leiper J.B. // Diabet Med. 1996. Vol.13, No.9 (suppl. 5). P.S6-S10.

12. Richter H.M. // Gastroenterol. Clin. North Am. 1994. Vol.23, No.2. P.193-213.



УДК 616.342 — 002.44 — 07 — 089

П.Н. Бушков, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев,
И.А. Павлов, А.А. Павлов

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА (ЯКУТИЯ)

Медицинский институт Якутского государственного университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск

В тяжелых для жизни условиях Крайнего Севера (Якутия) в связи с воздействием на человека многих отрицательных природных и социально-экономических факторов в последнее время резко увеличилось количество больных с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением, преимущественно у приезжих лиц молодого возраста. Язвенные гастродуоденальные кровотечения, “краевая болезнь” в Якутии, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, остаются самыми актуальными и сверхответственными для хирургов, работающих в условиях Севера, и очень опасными для наших больных.

При язве желудка и 12-перстной кишки желудочно-кишечное кровотечение возникает у каждого четвертого-пятого больного [4], а условиях Крайнего Севера — у каждого второго-третьего больного.

Нами впервые проводится изучение некоторых особенностей клинического течения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, вопросов лечебной тактики, подготовки, сроков и объема операции и т.д. в условиях Севера. Результаты оперативного лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, несмотря на установление причины и источника, все еще далеки от достижения желаемой цели, а в опреде-

Р е з ю м е

Проанализированы результаты лечения 431 больного с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Авторы отмечают, что язвенные гастродуоденальные кровотечения в условиях Крайнего Севера (Якутия) чаще наблюдаются у приезжего населения. Особенностью клинического течения язвенной болезни является относительно короткий анамнез, длительные и тяжелые обострения, короткие ремиссии, частое развитие осложнений.

Придерживаемся индивидуализированной активно хирургической тактики и выполняем органосохраняющие операции, направленные на спасение жизни больного.

В определенном проценте случаев остаются неудовлетворительными.

М а т е р и а л ы и м е т о д ы

Мы располагаем клиническим опытом диагностики и лечения 431 больного с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Среди них коренных жителей было 42 чел. (мужчин — 31, женщин — 11), приезжих — 389 чел. (мужчин — 342, женщин — 47). Таким образом, приезжие составляют 90,2%, то есть заболевают чаще, что связано с отрицательным влиянием на организм неблагоприятных климато-метеорологических факторов Севера, с изменением уклада

жизни и характера питания, вредных привычек, с психоэмоциональными стрессами, перегрузками, дизадаптацией и т.д.

Важным (особенно для приезжих) является длительность проживания на Крайнем Севере, что связано с акклиматизацией и адаптацией человека, процессом длительным и сложным. Из общего числа больных, получавших лечение по поводу гастродуоденальных кровотечений в нашей клинике, от 1,5 до 5 лет проживали в Якутии 117 чел. (30% от общего числа больных), от 5 до 10 лет — 128 чел. (33%), более 10 лет — 66 чел. (17%), постоянные жители Якутии — 78 чел. (20%). Среди больных 58 женщин, в том числе русской национальности — 47 чел., что намного превышает количество местных жителей. Средний возраст больных составил 45 лет. Язвенной болезнью до осложнения кровотечением страдало 412 больных (95,7%), средняя продолжительность язвенного анамнеза у них составила 7,3 года. Всего у 19 чел. (4,3%) первым проявлением клиники язвенной болезни было внезапное кровотечение.

Наиболее часто язвенное кровотечение наблюдалось у лиц трудоспособного возраста (383 случая (88,9%). Среди больных занятых физическим трудом было 195 чел. шоферов — 63 чел., служащих — 54 чел., студентов — 13 чел., учеников — 5 чел., пенсионеров — 45 чел., неработающих — 39 чел., инвалидов I-II групп — 17 чел.

В первые сутки от начала кровотечения в хирургическое отделение поступили 126 больных (29,3%), на вторые сутки — 120 (27,7%) (эти больные поступали из пригорода г. Якутска и из районов республики).

Важное значение при диагностике язвенного кровотечения имеет правильно и тщательно собранный и адекватно интерпретированный анамнез, физические и объективные методы обследования: эндоскопическое исследование, позволяющее точно установить локализацию язвы и детально изучить ее характер, размеры, глубину “ниши” (бухта Гаудека), наличие и распространенность воспали-

тельного процесса, калибр сосуда, оголенность, состояние тромба, остановившееся или продолжающееся кровотечение; при показаниях — полипозиционная рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки водной взвесью бария сульфата; по необходимости — релаксационная дуоденография; ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек и т.д. Выполняли ЭКГ, общеклинические анализы крови и мочи, биохимические лабораторные исследования крови.

Результаты и обсуждение

Особенностями клинического течения гастродуоденальных язв в условиях Крайнего Севера являются длительные, упорные и тяжелые обострения, короткие ремиссии, частое развитие осложнений (кровотечение и перфорация), несмотря на комплексное консервативное лечение современными высокоэффективными лекарственными средствами. Количество экстренных и плановых операций продолжает увеличиваться. Анализ анамнестической характеристики клиники язвенной болезни до кровотечения позволил установить наличие изжоги и ощущения жгучей боли у 298 больных, рвоты кислым содержимым с примесью желчи — у 284 пациентов. Клиника вторичного панкреатита установлена у 107 чел, что подтверждало пенетрирующую язву задней стенки в поджелудочную железу, чаще из 12-перстной кишки.

Важно отметить, что у наших больных язвенное кровотечение, связанное с вредными привычками, погрешностями в диете, физическим и нервным перенапряжением, сопровождалось клиникой выраженного малокровия. Больные были бледными, их конечности холодными на ощупь, пульс частым и слабым, наблюдалась гипотония. Кровявая рвота и дегтеобразный стул всегда подтверждали язвенное гастродуоденальное кровотечение. При кровотечениях вследствие гастродуоденальной язвы часто отмечалось уменьшение интенсивности имевшихся до этого болей (симптом Бергмана).

При пальпации у всех больных имело место рефлекторное “напряжение” мышц в верхней половине живота и там же — выраженная болезненность (симптомы Стражеско и Менделя). Мы констатируем, что в условиях Крайнего Севера у всех больных имеется язвенный анамнез.

Наибольшее число язвенных гастродуоденальных кровотечений приходится на зимние и весенние месяцы года — 63%, летние — 20%, осенние — 17%.

Неотложная эзофаго-, гастро-, дуоденофиброскопия помогли нам установить причину, локализацию и характер кровотечения: у 297 больных (68,8%) кровотечение было из язв луковицы 12-перстной кишки, расположенных на задней ее стенке, у 134 (31,2%) — из язв и эрозий желудка, чаще расположенных в препилорическом отделе малой кривизны.

Острые язвы диагностированы нами у 107 чел., хронические — у 324 чел. Установлено, что в развитии острых язв и эрозий желудка имеют значение многие факторы, но при всем их многообра-

P.N. Bushkov, M.M. Vinokurov, N.M. Gogolev,
I.A. Pavlov, A.A. Pavlov

ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDINGS IN THE FAR NORTH CONDITIONS (YAKUTIA)

Medical Institute of M.K. Ammosov Yakutsk State
University, Yakutsk

Summary

The results of treatment of 431 patients with ulcerous gastroduodenal bleedings were analyzed. Authors noted that in the Far North conditions (Republic Sakha (Yakutia), ulcerous gastroduodenal bleedings are more often observed in the non-resident population. Relatively short anamnesis, protracted and severe aggravations, short remissions and frequent complications are the peculiarities of the peptic ulcer course.

We follow individualized active surgical tactics and perform organ-saving operations set to save lives of the patients.

зии пусковым механизмом их развития является нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке желудка. Легкая степень кровопотери (по классификации А.И. Горбашко [1]) установлена у 165 чел. (38,3%), средняя — у 151 чел. (35,0%), тяжелая — у 115 чел. (26,7%).

Касаясь анатомического строения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, мы чаще стали наблюдать язвенные ниши (бухты Гаудека) острой язвы с “мягкими” краями и без обширных реактивных изменений. Однако в условиях Крайнего Севера, несмотря на короткий анамнез болезни, не являются редкостью осложненные кровотечениями каллезные язвы с плотными мозолистыми краями ниши, пенетрирующие в поджелудочную железу, реже — в область печени, толстой кишки, сальник и т.д.

Источниками профузных кровотечений у наших больных были аррозированные крупные сосуды дна язвы (93 случая), мелкие артерии и вены стенок и дна язвы (258 случаев), множественные мелкие аррозии слизистой вне язвы (“паренхиматозное” кровотечение) (80 случаев).

Следует особо отметить, что авторы, специально изучавшие состояние свертывающей системы крови у больных в условиях Севера, установили повышенную кровоточивость [2, 5], так что кровотечения из эрозий слизистой оболочки в связи с повышенной проницаемостью сосудистой стенки также бывают обильными и опасными для наших больных.

Проведя эндоскопию, особенно в случаях состоявшегося кровотечения, мы всегда старались прогнозировать возможность рецидива кровотечения. Наши многолетние клинические наблюдения убедили, что наличие сосуда в каллезной язве, рыхлого сгустка крови в язве, выраженного воспалительного компонента и грубых анатомических изменений по краям язвенной ниши, пенетрирующей в поджелудочную железу язвы, переливания крови были прямыми предвестниками неминуемого рецидива кровотечения, которое всегда было обильным и опасным для жизни больных.

При возобновлении язвенного кровотечения, как показали наши клинические наблюдения, эффективность консервативной терапии, включая переливания крови, резко снижается. При такой клинической ситуации и эндоскопических данных мы изменили тактику в пользу активно индивидуализированной, неотложной операции, не дожидаясь рецидива кровотечения.

Наша лечебная тактика, таким образом, определялась общим состоянием больных, тяжестью кровопотери и данными эндоскопического исследования. Мы также учитывали интенсивность кровотечения, калибр, диаметр и “оголенность” кровоточащего сосуда, размеры и глубину язвенного дефекта, наличие или отсутствие тромба-сгустка, его свежесть, рыхлость и фиксированность, характер кровотечения (продолжающееся или состоявшееся), длительность постгеморрагического периода, возможность и опасность рецидива кровоте-

чения, острая или хроническая язва явилась источником кровотечения и т.д.

В настоящее время усердные поиски путей остановки кровотечений при язвенной болезни способствовали разработке парахирургических методов — эндоскопических. Хотя они в большинстве случаев обеспечивают временный гемостаз, но применяются достаточно широко. Данные методы позволяют выиграть время и тщательно подготовить больных, дообследовать их, что улучшает результаты операций.

Мы применяли различные методы эндоскопического достижения гемостаза:

диатермокоагуляцию	— у 36 чел.,
орошение 96° этиловым спиртом	— у 31,
орошение 12,5% раствором этамзилата натрия	— у 55,
орошение 1% раствором ферракрила	— у 41,
орошение 5% раствором аминокaproновой кислоты	— у 43.

Констатируем, что у 139 больных лечебная (гемостатическая) эндоскопия и применение противоязвенных препаратов (H₂-гистаминоблокаторов) при кровотечении из поверхностных мелких сосудов краев острого язвенного дефекта и острых эрозий слизистой оболочки позволили достичь гемостаза и обойтись без неотложных операций. Продолжающееся кровотечение, несмотря на эндоскопический гемостаз, имело место у 67 больных. Экстренно оперированы 120 больных при продолжающемся кровотечении из каллезных-язв, из оголенного сосуда в кратере язвы, из множества глубоких эрозий.

Когда решался вопрос о неотложной операции, мы всегда учитывали степень риска. На высоте кровотечения выполняли в основном щадящие операции, направленные на спасение жизни больного. Были выполнены следующие операции:

прошивание кровоточащего сосуда	— в 23 случаях,
иссечение язвы в сочетании с пилоропластикой по Джадду-Танеку и стволовая ваготомия	— в 28,
иссечение язвы и пилоропластика по Гейнеке-Микуличу	— в 12,
иссечение язвы и гастродуоденостомия по Жабулэ	— в 6,
антрумэктомию и стволовую ваготомия	— в 24,
обходная гастроэнностомия с прошиванием кровоточащих сосудов	— в 7,
субтотальная резекция 2/3 желудка с анастомозом по Гофмейстеру-Финстереру	— в 17,
эмболизация кровоточащего сосуда во время ангиографии	— в 3.

Применение для лечения неосложненных и осложненных язв более физиологичных органосохраняющих операций, различные варианты вагото-

ми, иногда в сочетании с экономной резекцией дали возможность резко снизить частоту летальных исходов и пострезекционных синдромов, улучшить качество жизни [3].

Как видно, мы применяли различные по объему и виду операции, подходя к больным индивидуально и учитывая их общее состояние, объем кровопотери, риск операции, локализацию язвы, возраст больного, сопутствующие заболевания и т.д. После операции умерли 13 тяжелых больных пожилого возраста (10,8% от числа оперированных).

Выводы

1. Язвенные гастродуоденальные кровотечения в условиях Крайнего Севера (Якутии) чаще наблюдаются у приезжего населения.

2. Экстренная операция направлена на окончательную остановку кровотечения и спасение жизни больного. Мы отдаем предпочтение органосохра-

няющим операциям (прошивание кровоточащего сосуда, иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомия, экономная резекция желудка и т.д.).

3. Дальнейшее улучшение результатов лечения этих тяжелых больных, а также усиление профилактической работы возможно и достижимо.

Л и т е р а т у р а

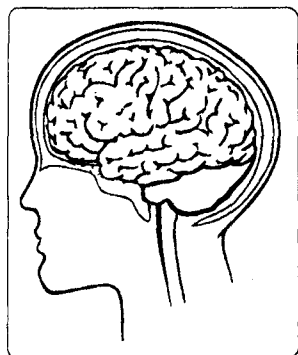
1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Л.: Медицина, 1982. 224 с.

2. Кочеткова Г.В. // Биологические проблемы Севера. Якутск, 1974. Вып.8. С.171-173.

3. Кузин М.И. // Хирургия. 2001. №1. С.27-32.

4. Лыткин М.И., Кочетков А.В., Бебия Н.В. // Острые желудочно-кишечные кровотечения. Частная хирургия: Т.1. СПб.: Специальная литература, 1998. С.473-480.

5. Подгаевская Л.В. // Вопросы краевой патологии. Якутск, 1973. С.298-299.



УДК 616.832 — 004.2(571.61)

Е.Е. Молчанова

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Несмотря на многолетнюю историю изучения, рассеянный склероз (РС) остается заболеванием с неясной этиологией, непредсказуемостью и крайним разнообразием клиники, с фрагментарным выявлением звеньев патогенеза и отсутствием радикальных (этиотропных) методов лечения.

Увеличение нагрузки на систему здравоохранения и общество в целом с ростом затрат на современное лечение и уход за хроническими больными, поражение преимущественно лиц трудоспособного возраста наносит колоссальный ущерб экономике государств, перенося проблему изучения эпидемиологии РС в раздел не только медицинских, но и социальных.

Данные многочисленных исследований этиологии и патогенеза РС позволили сформулировать гипотезу о РС как о мультифакториальном заболевании, в возникновении которого определенную роль играет наследственный (генетический) фактор, гипотетический инфекционный агент, который может как самостоятельно поражать ткань мозга, так и индуцировать развитие аутоиммунных реакций на миелин [1], и ряд других триггерных внешних факторов (географичес-

Резюме

С помощью метода аналитической эпидемиологии "случай-контроль" в городской популяции Амурской области выявлены наиболее значимые внешние факторы риска развития рассеянного склероза (РС): травма головы с потерей сознания, преобладание в диете мясных продуктов и частое потребление молочных продуктов в возрасте до 15 лет, контакт с сельскохозяйственными животными и собаками в возрасте до 15 лет, раннее проявление герпетической инфекции и частые ангины или развитие хронического тонзиллита до 15 лет. Вероятным фактором, снижающим риск РС, может быть преобладание растительного питания до 15 лет, выявленное у лиц, не страдающих РС.

кие, социальные, диетические, токсические воздействия и др.).

В исследованиях, посвященных изучению внешних факторов риска, имеется много противоречий, что обусловлено отсутствием до недавнего времени единых методологических принципов. В России имеются лишь единичные исследования, посвященные изучению региональных особенностей экзогенных факторов риска с использованием