

ния.-М.: Медицина, 1986.-224 с.

8. Использование лазерного излучения при лечении кровоточащих гастродуоденальных язв/ В.В.Грубник, А.А.Фомичёв, Ю.В.Грубник, И.В.Московченко//Актуальные вопросы лазерной эндоскопии и литотрипсии: Тез. докл.-Челябинск, 1990.-С.30-32.

9. Зильберман С.А., Сумецкая Т.И. Разрешающие возможности эндоскопии в диагностике желудочно-кишечных кровотечений//Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Сб. тр.-Иркутск, 1987.-Ч.2.-С.66.

10. Короткевич А.Г. Лечебная и оперативная эндоскопия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки//Автореф. дис. ...докт. мед. наук, 2000.

11. Короткевич А.Г., Крылов Ю.М., Хуторная В.А. Влияние эндоскопического гемостаза на рецидив кровотечения при кровоточащих луковичных язвах//3-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. докл.-М., 1999.-С.150-152.

12. Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А.В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста//Хирургия.-1991.-№3.-С.14-18.

13. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) /Э.В.Луцевич, В.Н.Горбунов, Б.А.Наумов, И.И. Гусь-

кова//Хирургия.-1990.-№2.-С.149-154.

14. Диагностика и хирургическая тактика при перфоративной гастродуоденальной язве/Т.Ш.Магдиев, В.Д.Кузнецов, В.А.Шипилов, В.А.Вензин//Вестник хирургии.-1989.-№10.-С.17-20.

15. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта.-М.: Медицина, 1984.-192 с.

16. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта.-М.: Медицина, 1987.-256 с.

17. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии/Под ред. В.С.Савельева.-М.: Медицина, 1985.-544 с.

18. Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия/В.И.Стручков, Э.В.Луцевич, И.Н.Белов, Ю.В.Стручков.-М.: Медицина, 1976.-272 с.

19. Andersen J.T. Audit of acute gastrointestinal hemorrhage: the effect of education and the introduction of a protocol//Scot. Med. J.-1997.-Vol.42.-P.81-83.

20. Cloud M.L., Offen W.W. Healing and recurrence of active duodenal ulcer with nizatidin//Clin. Pharmacol. Ther.-1989.-Sep.-Vol.46, №30.-P.310.

21. Valenzuela G.A., McGroarty D., Pizzany E. Endoscopy injection therapy for acute upper GI bleeding//Va Med.-1989.-Dec.-Vol.116, №12.-P.507-509.

22. Yeomans N.D. Bacteria in ulcer pathogenesis// Bailieres Clinical Gastroenterology.-1988.-Vol.2, №3.- P.573-591.



УДК (616.342+616.33)-002-072.1

С.В.Глушак, И.М.Рольщиков, Е.С.Кочергина

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 1*

**РЕЗЮМЕ**

Фиброгастродуоденоскопия выполнена 143 больными с желудочным кровотечением язвенной этиологии. Непосредственно кровотечение из язвы в момент осмотра продолжалось у 20 больных. Признаки состоявшегося кровотечения из язвы отмечены у 110 больных, и отсутствовали признаки кровотечения при эндоскопическом осмотре у 13 больных. У 30 больных язвы были множественными. У 9 больных в области язв определялись тромбированные сосуды. Применялись различные методики местной остановки кровотечения.

Фиброгастродуоденоскопия выполнена 58 больным с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При сомнительном диагнозе повторно выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, 2 больным выполнена диагностическая лапароскопия.

**SUMMARY**

**S.V.Glushak, I.M.Rolschikov, E.S.Kochergina  
ENDOSCOPY DIAGNOSTICS OF COMPLICATED GASTRIC AND DUODENAL ULCERS**

143 patient with gastric hemorrhages underwent fibrogastroduodenoscopy. 20 patients had hemorrhages during examination. 110 patients had hemorrhages signs during endoscopy examination while 13 patients didn't have similar signs. 30 patients had multiple ulcers. In 9 patients endoscopy examination showed clotted vessels in ulcerated area.

Fibrogastroduodenoscopy was carried out in patients with gastric and duodenal ulcer perforation. Abdominal cavity rentgenography was used for patients with questionable diagnosis, 2 patients had diagnostic laparoscopy.

Язвенной болезнью страдают до 10% населения земного шара. В настоящее время разработаны эффективные медикаментозные методы лечения язвенной болезни, но, несмотря на это, продолжают существовать осложнения. Различают следующие осложнения язвенной болезни: кровотечение, пенетрация, перфорация, пилородуоденальный стеноз, перивисцерит (перигастрит, перидуоденит), малигнизация [2, 3, 4]. Ряд исследователей не относит малигнизацию к осложнениям язвенной болезни [1].

Наши данные показывают значительную ценность эндоскопических методов исследования в диагностике осложнений язвенной болезни. Нами проведен анализ эндоскопических данных при язвенных кровотечениях желудка и перфоративных язвах.

Кровотечение является одной из частых причин осложнения язвенной болезни. Фиброгастродуоденоскопия является основным методом диагностики этого осложнения который позволяет выявить источник кровотечения, оценить массивность кровотечения, венозный или артериальный характер, наличие тромба и осуществить остановку кровотечения.

Под нашим наблюдением находились 143 больных с желудочным кровотечением язвенной природы. Мужчин было 98, женщин – 45. Городскими жителями было 107 больных и сельскими – 36. Безработными на момент обследования были 26 больных, пенсионерами 36, служащими 34, рабочими 39, инвалидами 2 группы 5 больных, инвалидами 1 группы 3 больных.

Возраст больных от 18 до 89 лет. Возрастной состав больных представлен в таблице.

Наиболее часто кровотечение из язв желудка встречалось у больных 41-50 лет. Непосредственно кровотечение из язвы в момент осмотра продолжалось у 20 больных. Признаки состоявшегося кровотечения из язвы отмечены у 110 больных, и отсутствовали признаки кровотечения при эндоскопическом осмотре у 13 больных.

У 30 больных язвы были множественными в количестве от 2 до 5, у 20 больных размеры язвы не превышали 1 см, у 6 больных – 2 см, у 2 больных – 3 см и у 2 больных – 5 см. Язвы располагались в различных отделах желудка. Кровотечение продолжалось у 6 больных, у 22 больных кровотечение уже состоялось и у 2 больных при наличии язв признаков кровотечения не было. Признаки кровотечения и кровотечения имело место у 28 больных из 30.

Кровотечение или признаки кровотечения из одной какой либо язвы отмечено у 7 больных, из нескольких язв отмечено у 21 больного. У 9 больных в области язв определялись тромбированные сосуды.

При единичных язвах у 112 больных размеры язвы не превышали 1 см у 49 больных, 2 см – у 32 больных, 3 см – у 21 больного, 4 см – у 9 больных, 5 см – у 1 больного, 7 см – у 1 больного. У 42 больных язвы располагались в верхней трети желудка, у 54 больных – в средней трети желудка и у 17 – больных в нижней трети желудка. У 63 больных язвы располагались по малой кривизне, у 27 больных – по передней стенке и у 23 больных – на задней стенке желудка.

Наиболее часто кровотечение из язв желудка отмечалось в январе (19 больных) и октябре (18 больных), причинный фактор нами не выявлен. Язвы желудка, осложненные кровотечением, сочетались с эрозивным дуоденитом у 25 больных, с эрозивным гастритом у 25 больных, с эрозивным эзофагитом у 11 больных, с язвой двенадцатиперстной кишки у 7 больных, с рубцовыми изменениями в двенадцатиперстной кишке у 7 больных. Кровотечение после ушивания перфоративной язвы отмечено у 3 больных, кровотечение сочеталось с перфорацией у 1 больного, с синдромом Меллори-Вейсса язва желудка сочеталась у 3 больных, с полипом пищевода у 1 больного, с варикозным расширением вен пищевода у 2 больных, с дискинезией желчевыводящих путей у 2 больных.

Для остановки кровотечений язвенного характера мы в своей практике применяли коагуляцию арозированного сосуда в язве, обкалывание места кровотечения спиртом, орошение язвы спиртом с последующей аппликацией статизоля или лифузоля, воздействие на источник кровотечения высокоэнергетического лазера.

Все эти методы возможно применять в том случае, если во время кровотечения при эндоскопии виден источник и возможно воздействие непосредственно на него. Кроме того, метод нужно применять в зависимости от интенсивности кровотечения.

Из 20 больных, у которых имелось кровотечение, на момент осмотра у 14 его удалось остановить во время эндоскопического осмотра. У 3 кровотечения остановлено путем орошения язвы спиртом и аппликацией лифузоля, у 7 остановлено электрокоагуляцией, у 1 инъекцией солкосерила, у 1 орошением облепиховым маслом, у 1 аппликацией лифузоля и у 1 воздействием высокоэнергетического лазера.

Другим грозным осложнением язвенной болезни является перфорация язвы. При перфоративной язве во время выполнения фиброгастродуоденоскопии желудок и двенадцатиперстная кишка раздувались воздухом визуально определялся глубокий язвенный кратер с отверстием. После эндоскопического исследования у больных резко усиливалась боль и напряжение передней брюшной стенки. При сомнительных эндоскопических данных повторно выполнялась обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

С диагнозом перфоративной язвы было осмотрено 58 больных. Эндоскопически диагноз перфорации без сомнений установлен у 38 больных (65,5%), у

Таблица

Возрастной состав больных с желудочным кровотечением язвенной природы

Возраст	Количество больных
18-20	1
21-30	3
31-40	21
41-50	43
51-60	32
61-70	21
71-80	16
81-90	6

остальных 20 больных (34,5%) из-за отека и деформации привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, исключить или подтвердить диагноз перфорации не представлялось возможным. Эти больные были повторно направлены на обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Газ под куполом диафрагмы выявлен у 11 больных, диагноз перфоративной язвы подтвержден в операционной. У 9 больных газа в брюшной полости после фиброгастродуоденоскопии обнаружено не было. У 2 из них для подтверждения прободения язвы выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлен перитонит, причиной которого была перфорация язвы, произведена лапаротомия и ушивание язвы. У 7 больных диагноз перфорации исключен, им проводилось консервативное лечение.

**Выводы**

1. Фиброгастродуоденоскопия является эффективным методом диагностики кровотечений при яз-

вах желудка, позволяет определить топику патологического процесса и произвести остановку кровотечения.

2. Фиброгастродуоденоскопия при перфоративных язвах является высокоинформативным методом диагностики.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника.-М.: Триада-Х, 1998.-496 с.

2. Диагностика и терапия: Руководство для врачей/Под ред. Р.Беркоу, Э.Флетчера: Пер. с англ.-М.: Мир, 1997.-1047 с.

3. Неотложная гастроэнтерология: Руководство для врачей/А.А.Крылов, А.Г.Земляной, В.А. Михайлович, А.И. Иванов.-Л.: Медицина, 1988.-264 с.

4. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь.-М.: Медицинская книга; Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2000.-378 с.



УДК 616.37-002-08: 615.849.03: 615.847.8

**В.Р.Корита, В.С.Кузьменко**

**ВЛИЯНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА СИНТЕЗ ИНСУЛИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*Дальневосточный государственный медицинский университет,  
кафедра факультетской хирургии лечебного факультета*

**РЕЗЮМЕ**

Исследовано влияние на синтез инсулина у больных острым панкреатитом магнитолазерного излучения. Обследован 101 больной острым панкреатитом (у 26 - панкреонекроз). Использовалась методика чрескожного надсосудистого облучения крови в магнитном поле. С помощью набора реактивов рио-ИНС-ПГ-1251 определялся иммунореактивный инсулин в сыворотке крови. Выявлено определенное влияние магнитолазерного облучения на эндокринную функцию поджелудочной железы, что проявляется увеличением концентрации иммунореактивного инсулина в сыворотке крови у больных с отечной формой острого панкреатита с уменьшением синтеза инсулина у больных с панкреонекрозом.

**SUMMARY**

**V.P. Korita, V.S. Kuzmenko**

**MAGNETIC LASER RADIATION EFFECT ON INSULIN SYNTHESIS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS**

**We studied magnetic laser radiation effect on insulin synthesis in patients with acute pancreatitis. 101 patient with acute pancreatitis (26 – pancreonecrosis) were examined. We used the technique of intraskin supravessel radiation in**

**magnetic field. We determined immunoreactive insulin in blood serum with the help of a number of reaction substances rio-INS-PG-1251. Increase in immune reactive insulin in blood serum of patients with edematous acute pancreatitis and decrease in insulin synthesis in patients with pancreonecrosis suggests magnetic laser radiation effect on pancreatic endocrine function.**

Несмотря на повышенный интерес к проблеме острого панкреатита в последние годы, определённые успехи, достигнутые в области панкреатологии, количество больных данной патологией увеличивается с каждым годом и среди неотложных заболеваний органов брюшной полости на его долю приходится более 9% [7, 18, 19, 20 21].

Учитывая характер патологического процесса, в большинстве случаев исследователи придают значение общедоступным, максимально эффективным и наименее инвазивным методам лечения острого заболевания поджелудочной железы [10, 15], которые тормозят ранние нейрогуморальные реакции организма, способствуют снижению уровня энергетических затрат, сохраняют энергетические резервы и создают функциональный покой поражённому органу.

В литературе имеется достаточно публикаций о благоприятных результатах лечения больных с ост-