

Тыхеева Наталья Алексеевна, доцент кафедры фармакологии и традиционной медицины, Бурятский государственный университет. Тел. 8-(3012)-445582. E-mail: tyhey@mail.ru.

Етобаева Инна Георгиевна, доцент кафедры фармакологии и традиционной медицины, Бурятский государственный университет. Тел. 8-(3012)-445582. E-mail: etobajeva73@mail.ru.

Дымшеева Лариса Доржиевна, старший преподаватель кафедры фармакологии и традиционной медицины, Бурятский государственный университет. Тел. 8-(3012)-445582.

Етобаев Никита Анатольевич, аспирант, анестезиолог-реаниматолог, кафедра фармакологии и традиционной медицины. Бурятский государственный университет. Тел. 8-(3012)-445582. E-mail: nic74@mail.ru

Tykheeva Natalia Alekseevna, associate professor, department of pharmacology and traditional medicine, Buryat State University. E-mail: tyhey@mail.ru.

Etobaeva Inna Georgievna, associate professor, department of pharmacology and traditional medicine, Buryat State University. ph. 8-(3012)-445582. E-mail: etobajeva73@mail.ru.

Dymsheeva Larisa Dorzhievna, senior teacher, department of pharmacology and traditional medicine, Buryat State University.

Etobaev Nikita Antonovich, postgraduate student, anesthesiologist-resuscitator, department of pharmacology and traditional medicine, Buryat State University. ph. 8-(3012)-445582. E-mail: nic74@mail.ru.

УДК 616.3-002.44-089

© Ц.Д. Дашиев, А.Н. Плеханов,
П.М. Киселев, А.И. Товаришинов

Эндоскопический гемостаз при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Анализ результатов лечения 64 пациентов показал, что эндоскопические методы гемостаза позволили сокращать оперативную активность. Невозможность осуществления эндоскопического гемостаза и высокий риск кровотечения у пациентов с гигантскими язвами, являлись показаниями к оперативному лечению.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, язвенная болезнь, эндоскопический гемостаз.

*Ts.D. Dashiev, A.N. Plekhanov,
P.M. Kiselev, A.I. Tovarshinov*

Endoscopic hemostasis at gastroduodenal ulcerous bleedings

The analysis of results of 64 patients' treatment has shown that the endoscopic methods of hemostasis allowed reducing the operative activity. Impossibility of implementing endoscopic hemostasis and a high risk of bleeding in patients with giant ulcers were indications to operative treatment.

Keywords: gastroduodenal bleedings, ulcer disease, endoscopic hemostasis.

Введение. На сегодняшний день эндоскопический метод играет ведущую роль в диагностике и лечении желудочно-кишечных кровотечений. Несмотря на высокую эффективность современных методов диагностики и консервативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острые желудочно-кишечные кровотечения по-прежнему являются причиной летальности у 5-10% больных [3]. Летальность при операциях на высоте кровотечения колеблется от 20 до 40% [2]. Эти данные ведут к поиску надежных и малоинвазивных способов остановки кровотечения. Эффективность эндоскопической остановки кровотечения составляет, по данным литературы, от 53,8 до 97,6% [1], с рецидивами – от 5 до 46,2% [5]. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой, ее уровень в среднем составляет 30-

40% [4]. Возможности эндоскопического гемостаза ограничены, что связано с особенностью источника кровотечения (диаметр сосуда, интенсивность поступления крови, локализация), недостаточным опытом врача, трудностью выбора метода гемостаза, недостаточной технической оснащённостью отделений эндоскопии, неэффективностью консервативной терапии [6].

Цель исследования: определение эффективности эндоскопического лечения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями в условиях стационара.

Материалы и методы

Проведен анализ лечения 64 пациентов с кровотечением из гастродуоденальных язв. Из поступивших в больницу за период 2009-2011 гг. в 61% была язва двенадцатиперстной кишки, у 39% – язва желудка. Пациенты в воз-

расте от 23 до 60 лет составили 78%, 68% больных были мужчины, 32% – женщины.

Большая часть больных (58%) поступила в стационар после 24 ч от начала кровотечения. Продолжительные догоспитальные сроки при гастродуоденальных кровотечениях обусловлены отсутствием у некоторых пациентов яркой клиники кровотечения. Лишь небольшая группа больных – с аррозивным кровотечением, которое приводило к резкому ухудшению состояния.

Длительность язвенного анамнеза у пациентов была различной. При этом все пациенты с язвенным анамнезом получали противоязвенное лечение современными препаратами, а противорецидивное лечение использовали только 8% пациентов. Если от остановки кровотечения прошло более 48 ч, то степень кровопотери можно определить по таблице, где учитывается как объем перенесенной кровопотери, так и состояние больного (Горбашко А.И., 1982):

Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
1. Количество эритроцитов	более $3,5 \times 10^{12}/л$	$2,5-3,5 \times 10^{12}/л$	менее $2,5 \times 10^{12}/л$
2. Уровень гемоглобина, г/л	более 100	83-100	менее 83
3. Частота пульса в 1 минуту	до 80	80-100	выше 100
4. Систол. АД, (мм.рт.ст)	более 110	110-90	менее 90
5. Гематокритное число, %	более 30	25-30	менее 25
6. Дефицит ГО,% от должного	до 20%	20%-30%	более 30%

После выполнения экстренной эндоскопии пациентов разделяли на две группы – с низким и высоким риском неблагоприятного исхода. К группе с низким риском относили в основном пациентов моложе 60 лет, без признаков шока и отсутствием данных за тяжелую кровопотерю, у которых при эндоскопическом исследовании выявлялись язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, без признаков продолжающегося кровотечения (пациенты с кровотечением II и III степени по классификации Форреста). Их госпитализировали в отделение хирургии, где проводилась консервативная противоязвенная терапия. Пациентов, отнесенных к группе высокого риска, госпитализировали в отделение реанимации с целью интенсивного лечения и наблюдения, возможного повторного эндоскопического гемостаза, подготовки к экстренному оперативному лечению.

Установить источник кровотечения при первом эндоскопическом исследовании удалось у 54 (86%) больных. Причиной неудач в определении источника кровотечения явилось обильное количество крови или пищевых масс в желудке. Этим больным проводили промывание желудка, а затем выполняли повторное исследование. В целом источник кровотечения эндоскопически был установлен у 61 (98%) пациентов. У остальных пациентов из-за выраженного пилородуоденального стеноза и особенностей локализации язвы обнаружить источник кровотечения при первичном эндоскопическом исследовании не удалось.

Выводы

Таким образом, прооперированы 8 пациентов, в том числе 3 – при рецидиве кровотечения после проведения эндоскопического гемостаза. Остальным больным успешно применен эндоскопический гемостаз. При этом использовались комбинированные методы эндоскопического гемостаза – орошение, инъекционное введение раствора адреналина в разведении 1:10 000 на гипертоническом растворе натрия хлорида или глюкозы с диатермокоагуляцией. Эндоскопическое лечение выполнялось всем пациентам, а оперативное осуществлялось при невозможности гемостаза и рецидиве профузного кровотечения. Применение эндоскопических методик при условии соблюдения необходимых мер, направленных на предупреждение аспирации крови и пищевых масс в верхние дыхательные пути, мониторинг состояния гемодинамики позволяют свести к минимуму риск пациентов, нуждающихся в экстренной операции, а в случае ее надобности способно дать необходимое в такой ситуации время для проведения адекватной предоперационной подготовки. Мы следовали следующему алгоритму при невозможности установления источника кровотечения: если эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения нет, то больного переводят в отделение реанимации, и исследование повторяют через 6-8 ч (при отсутствии рецидива кровотечения в течение этого времени). При признаках продолжающегося кровотечения (Форрест IV) повторное исследование проводилось после отмывания содержи-

мого желудка толстым зондом до «чистых» вод. При профузном артериальном кровотечении на фоне проводимых протившоковых мероприятий выполнялось оперативное вмешательство.

Приобретение опыта использования эндоскопических методик гемостаза, внедрение различных комбинированных способов гемостаза позволяют рассматривать их как альтернативные

оперативному лечению. Рациональный алгоритм ведения больных с желудочно-кишечным кровотечением в комплексе с консервативными методами лечения (ингибиторы протонной помпы) и участие всех экстренных служб дают четко прослеживать тенденцию к снижению летальности и улучшению результатов лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Литература

1. Гуцу В.М., Бодруг Р.Г., Пител Е.В. Сравнительная оценка и результаты использования эндоскопических и хирургических методов гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Укр. журн. малоинваз. эндоскоп. хир. – 2000. – №3. – С.40.
2. Касумьян С.А., Алимов А.В., Сочетанные приемы эндоскопического гемостаза при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях: сб. тез. 4-го Моск. съезда междунар. конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2000. – 203 с.
3. Курьгин А.А., Стойко Ю.М. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с.
4. Сотников В.Н., Дубинская Т.К. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учеб. пособие. – М.: РМАПО, 2000. – 48 с.
5. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2005. – №8. – С. 52-57.
6. Черниковская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. – М.: Рос. акад. последипломного образования, 2004. – 88 с.

Плеханов Александр Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии, Бурятский государственный университет, гл. врач НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ. Тел. 83012283503. E-mail: plehanov.a@mail.ru

Дашиев Цырен Дашиевич, аспирант кафедры факультетской хирургии, врач-эндоскопист НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ: Тел.: 83012283245. E-mail: d.tsyren@mail.ru

Киселев Павел Михайлович, заведующий эндоскопическим отделением НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ. Тел.: 83012283245.

Товаршинов Александр Искрович, доцент кафедры факультетской хирургии, Бурятский государственный университет, врач-хирург хирургического отделения НУЗ ОКБ на ст. Улан-Удэ. Тел.: 83012282459. E-mail: tovarschinov.a@mail.ru

Plekhanov Alexander Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of faculty surgery, Buryat State University, head physician of NUZ OKB at the station Ulan-Ude. Ph. 83012283503. E-mail: plehanov.a@mail.ru

Dashiev Tsyren Dashievich, postgraduate student, department of faculty surgery, doctor –endoscopist, NUZ OKB at the station Ulan-Ude. Ph. 83012283245. E-mail: d.tsyren@mail.ru

Kiselyov Pavel Mikhailovich, head of endoscopy department NUZ OKB at the station Ulan-Ude. Ph. 83012283245.

Tovarschinov Alexander Iskrovich, associate professor, department of faculty surgery, Buryat State University, doctor – surgeon of surgical department of NUZ OKB at the station Ulan-Ude. Ph. 83012282459. E-mail: tovarschinov.a@mail.ru

УДК 616.31

© В.В. Намханов, Ю.Л. Писаревский

Состояние рецепторной регуляции полости рта при полном отсутствии зубов

В статье рассмотрены изменения вкусовой чувствительности рецепторов языка у лиц с полным отсутствием зубов, до и после проведенного лечения.

Ключевые слова: вкусовая чувствительность, рецепторы языка, отсутствие зубов.

V.V. Namkhanov, Yu.L. Pisarevsky

Condition of the receptor regulation of oral cavity at complete absence of the teeth

In the article the changes in taste sensitivity of tongue receptors have been considered at persons with complete absence of teeth, these changes were analyzed before and after treatment.

Keywords: taste sensitivity, tongue receptors, absence of teeth.

Введение. Для оценки эффективности ортопедического лечения больных с полной утратой зубов большое значение имеет определение степени фиксации и стабилизации протезов на без-

зубых челюстях, а также сроки восстановления нарушений в рецепторном аппарате полости рта. Вкусовое восприятие во многом зависит от гомеостаза организма и может свидетельствовать