

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
2. Давыдов М.И. Стратегия современной онкохирургии // Мед. визуал. — Спец. вып. — М., 2009. — С.3–7.
3. Долгушин Б.И., Тюрин И.Е. Современное состояние и перспективы развития лучевой диагностики в онкологии // Мед. визуал. — Спец. вып. — М., 2009. — С. 7–10.
4. Здравоохранение в Чувашской Республике. Статистический сборник. — Чебоксары: Чувашстат, 2009. — 169 с.
5. Махотина М.С., Коломин В.Г., Шолохов В.Н. Возможности ультразвуковой томографии и рентгенологического исследования в комплексной предоперационной диагностике рака желудка/ Мат. VII Всероссийского научного форума «Радиология 2006». — М., 2006. — С. 159–160.
6. Петрова Г.В., Старинский В.В., Грецова О.П., Харченко Н.В. Распространенность, диагностика и лечение злокачественных новообразований в России // Здравоохран. Чуваш. — 2008. — № 3. —С. 56–60.
7. Портной Л.М., Вятчинин О.В., Сташук Г.А.. Новые взгляды на диагностику рака желудка. — М.: Видар, 2004. — 278 с.
8. Ростовцева М.В., Соколова Г.И., Братникова Г.И. К вопросу о тактике использования современных мето-

дов лучевой диагностики для обнаружения и определения распространенности опухолей желудка // Мед. визуал. — 2004. — № 2. — С. 26–34.

9. Тухбатуллин, М.Г. Комплексное лучевое исследование в оценке распространенности и васкуляризации опухолей желудка: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Казань, 1998. — 32 с.

Поступила 26.02.10.

OPTIMIZATION OF THE MAGNETIC RESONANCE IMAGING PROTOCOL IN DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER

L.A. Voropaeva, V.N. Diomidova

Summary

Characterized were the features of different variants of gastric wall thickening according to magnetic resonance imaging and evaluated was the sensitivity of the signal determination from the infiltrated gastric wall with the aim to make an early diagnosis stomach cancer. Optimization of the protocol of magnetic resonance imaging of the stomach with an estimate of the relative signal intensity of the thickened and infiltrated the gastric wall increased the possibility of obtaining a more informative study to clarify the stage and tumor spreading.

Key words: stomach, magnetic resonance imaging, cancer.

УДК 626.329+626.33] — 005.1— 072.1

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Игорь Сергеевич Малков, Гузелия Рависевна Халикова, Ильдар Илдусович Хамзин

Кафедра хирургии (зав. — проф. И.С. Малков) Казанской государственной медицинской академии
последипломного образования

Реферат

Проанализированы результаты лечения 574 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Были использованы методы консервативной терапии, эндоскопического гемостаза и хирургического лечения. Установлена необходимость дифференцированного метода эндоскопического гемостаза в зависимости от локализации источника кровотечения, его интенсивности и эффективность аргон-плазменной коагуляции при продолжающихся кровотечениях.

Ключевые слова: верхние отделы желудочно-кишечного тракта, кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение, аргон-плазменная коагуляция.

Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжает оставаться актуальной. Наибольшую практическую значимость представляет выбор лечебной

тактики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-геморрагическом гастрите и синдроме Маллори–Вейсса, встречающихся соответственно в 23,0–74,4%, 11,2–33,0% и 0,15–6,04% наблюдений [8, 9, 11]. Хирургическое вмешательство при тяжелом состоянии пациентов и при наличии выраженной сопутствующей патологии не всегда безопасно и часто приводит к неудовлетворительным результатам лечения. Общая летальность при ulcerозных гастродуоденальных кровотечениях (ГДК) составляет 4–8%, а послеоперационная летальность, характеризующая наиболее тяжелые формы кровотечений, может достигать 33% [6]. Основным фактором, ухудшающим результаты лечения язвенных кровотечений, является возникновение рецидива,

послеоперационная летальность при котором достигает 50% [3, 7]. Несмотря на успехи в диагностике и лечении синдрома Маллори–Вейсса, расширение арсенала средств и хирургических вмешательств, успехи анестезиологии и реаниматологии остается на протяжении ряда лет постоянной и колеблется от 5 до 10%, а число рецидивных кровотечений — от 20 до 35% [1, 4, 5]. В связи с этим представляются целесообразным и актуальным совершенствование уже известных методик эндоскопических вмешательств, применяемых у больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, эндоскопического гемостаза, а также разработка прогностических критериев надежности гемостаза.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ путем оптимизации эндоскопических методов гемостаза.

В настоящей работе были использованы результаты лечения 574 больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, которые находились в отделении неотложной хирургии ГКБ №7 г. Казани с 2000 до 2009 г.

Среди госпитализированных больных мужчин было почти в 3 раза больше — 429 (74,7%), чем женщин, — 145 (25,3%). Возраст пациентов колебался от 15 до 90 лет ($M=50,5$), составляя в среднем $52 \pm 8,6$ года. Всем больным с признаками ЖКК в экстренном обязательном порядке выполнялось эндоскопическое исследование в течение первого часа с момента поступления в стационар после предварительной подготовки верхних отделов ЖКТ к осмотру (промывание желудка и пищевода холодным физиологическим раствором до светлых вод). Задачами urgentных эндоскопических исследований являлись установление причины и характера кровотечения, определение факта продолжающегося или остановившегося на момент осмотра кровотечения, локализации и размеров источника кровотечения, вероятность его возможного рецидива, а также определение дальнейшей лечебной тактики (гемостаз или хирургическое вмешательство).

В 1-е сутки от начала кровотечения поступили 221 (38,5%) больной, на 2-е — 112 (19,5%), на 3-и — 108 (18,8%) и позже —

133 (23,2%). Большую роль в диагностике, выборе метода гемостаза как консервативного, так и оперативного пособия и соответственно в прогнозе заболевания играет время поступления больных в стационар. Чем позже поступают больные, тем чаще производятся хирургические методы гемостаза, что увеличивает число осложнений и летальных исходов.

Причиной острых кровотечений являлись язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 252 (43,9%) больных, синдром Маллори–Вейсса — у 103 (18%), язвенная болезнь желудка — у 92 (16%), эрозивный эзофагит — у 27 (4,7%), варикозное расширение вен пищевода — у 24 (4,2%), синдром Дылафуа — у 16 (2,8%), прочие причины (полипы желудка, пептические язвы гастроэнтероанастомоза, язвы гастродуоденоанастомоза, опухоли пищевода и желудка, химический ожог пищевода и желудка, язвы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку и др.) — у 46 (8%).

Хронические сопутствующие заболевания были выявлены у 38,33% больных: одно у 117 (20,38%), два — у 79 (13,76%), три и более — у 24 (4,2%). Чаще встречались ишемическая болезнь сердца (14,6%), гипертоническая болезнь (8,4%) и их сочетание, нарушения мозгового кровообращения (5,2%).

При поступлении в стационар кровотечение легкой степени установлено у 293 (51%) больных, средней — у 176 (30,7%), тяжелой — у 105 (18,3%). Тяжесть кровопотери оценивали по классификации, в которой учитывается как объем перенесенной кровопотери, так и состояние больного [2]. По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии выявляли источник кровотечения и устойчивость гемостаза [10] и на основании полученных данных определяли лечебную тактику для каждого пациента.

В табл. 1 представлена эндоскопическая характеристика источника кровотечения у больных с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ.

Для эндоскопической остановки кровотечения или усиления гемостаза использовали орошение источника кровотечения 5% раствором аминокaproновой кислоты у 16 (2,8%) больных, электрокоагуляцию у 12 (2,1%), инъекционный метод введения

Таблица 1
Распределение интенсивности кровотечения

Характеристика источника кровотечения [10]	Число больных	
	абс.	%
Продолжающееся кровотечение		
Ia - артериальное, струйное	15	2,6
Ib - капильное, диффузное	61	10,61
Остановившееся кровотечение		
IIa - тромбированная артерия		
IIb - фиксированный сгусток	168	29,3
IIc - мелкие тромбированные сосуды	236	41,1
	76	13,24
III - язва под «белым» тромбом	18	31,3

раствора адреналина 1:10000 у 15 (2,6%), аргано-плазменную коагуляцию с использованием отечественного коагулятора Фотек EA-142 посредством зондов фирмы ERBE (Германия) с торцевым и боковым наконечником у 33 (5,75%) пациентов, а также их сочетание у 6 (1,04%). У одного больного после инъекционного гемостаза 0,1% раствором адреналина при синдроме Маллори—Вейсса возник рецидив кровотечения, при котором окончательный гемостаз был достигнут хирургическим путем прошиванием надрывов слизистой оболочки пищевода.

Эндоскопические методы гемостаза обладают определенными достоинствами и недостатками, что предопределяет их применение в конкретных клинических ситуациях.

Самый простой и доступный метод орошения гемостатическими препаратами позволяет добиться временного, а в некоторых случаях и окончательного гемостаза, и не требует высококвалифицированных навыков врача-эндоскописта. Этот способ был эффективен при источнике кровотечения размерами до 1 см, продолжающемся капиллярном и остановившемся кровотечении и чаще носит временный характер.

Электрокоагуляция является одним из часто применяемых вариантов термического гемостаза, позволяя достичь первичной остановки кровотечения у 98,1%, окончательного — у 96,2 % больных. В то же время она имеет ряд недостатков: это низкая эффективность при интенсивном артериальном кровотечении, образование обширного некроза тканей в зоне коагуляции, отрыв образовавшегося коагуляци-

онного струпа при удалении электрода и возобновление кровотечения.

Инъекция адреналина, широко используемая в арсенале эндоскопического гемостаза, рассматривается как метод первого выбора ввиду высокой эффективности, безопасности, простоты, удобства и низкой стоимости. Данный метод был эффективен как первичный гемостаз у 93,3% больных. Однако после инъекции адреналина у 6,67% больных возник рецидив кровотечения вследствие непродолжительного гемостатического эффекта.

Аргано-плазменная коагуляция имеет сопоставимую эффективность с термокоагуляцией, являясь при этом более безопасным. Метод позволяет избежать фиксирования к электроду струпа и отрыва последнего. Коагулирующий эффект аргонной плазмы легко поддается дозировке, формирующийся объем коагулируемых тканей обычно невелик, а образующийся коагуляционный слой, как правило, бывает очень плотным и неглубоким (2-4 мм). Следовательно, вероятность перфорации стенки полого органа, как и опасность механической природы рецидива кровотечения в результате отрыва от электрода коагуляционного струпа в очаге кровотечения, практически исключается. Важным преимуществом метода является также возможность обеспечения гемостаза в условиях сложной топографо-анатомической локализации источника кровотечения (деформация желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки и др.) благодаря сродству ионизированного аргона к таким структурам высокой электропроводности, как свежий тромб или жидкая кровь. Аргано-плазменная коагуляция характеризуется выраженным термическим воздействием на структуры стенки органа глубиной не более 2—4 мм. Еще одним положительным моментом является возможность проведения гемостаза данным методом в условиях видимого (F Ia, F Ib) кровотечения. Метод обеспечивает большие возможности доступа к источнику кровотечения из аксиального, радиального или ретроградного направлений, практически не сопровождается интенсивным образованием дыма непосредственно во время процедуры. При динамической эндоскопии отмечены минимальные деформирующие изменения или

даже отсутствие их в процессе заживления. К числу недостатков следует отнести высокую стоимость оборудования, сложность использования метода на догоспитальном этапе и возможность возникновения таких нежелательных последствий, как избыточное заполнение ЖКТ аргоном и вероятность развития газовой эмфиземы. Эффективность применения данного метода, по нашим результатам, выявлена в 100% случаях с достижением окончательного гемостаза.

У 7 (1,2%) больных с целью гемостаза был установлен зонд Блэкмора при пищеводных кровотечениях как временный или окончательный способ у соматически отягощенных больных.

При оценке результатов консервативного лечения у 6,4% больных обнаружен высокий риск рецидива кровотечения, но без использования эндоскопического гемостаза. Данные о возникших рецидивных кровотечениях с нозологической характеристикой представлены в табл.2.

Таблица 2
Структура рецидивных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Заболевания	Число больных	
	абс.	%
Язва двенадцатиперстной кишки	9	1,6
Язва желудка	14	2,43
Синдром Дьюлафуа	1	0,17
Синдром Маллори-Вейсса	8	1,4
Варикозное расширение вен пищевода	3	0,5
Язва гастроэнтероанастомоза	1	0,17
Химический ожог желудка	1	0,17

Использование эндоскопических методов остановки ЖКК позволило снизить количество экстренных оперативных вмешательств до 37 (6,45%) из 574 больных (табл. 3).

Послеоперационная летальность составила 2,09%. Одна из главных причин высокой летальности при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ — поздняя госпитализация. На уровень летальности также влияет увеличение числа больных пожилого и старческого возраста с фоновыми нарушениями функций органов и систем в разной степени компенсации, у

Таблица 3
Характер оперативных вмешательств у больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ

Характер операции	Число больных	
	абс.	%
Резекция желудка по Б 1	8	21,7
Резекция желудка по Б 2	6	16,2
Гастротомия, прошивание кровотокащего сосуда в язве	3	8,1
Прошивание вен пищевода	3	8,1
Ушивание разрывов слизистой пищевода	4	10,8
Ушивание трещин слизистой желудка	5	13,5
Гастродуоденотомия, ушивание язвы желудка	2	5,4
Субтотальная резекция желудка по Б 2 в модиф. Гофмейстера—Финстера	1	2,7
Резекция желудка по Ру	1	2,7
Пилородуоденотомия, прошивание язвы, пилоропластика по Гейнике—Микуличу	2	5,4
Резекция 2/3 желудка по Бальфуру	2	5,4

которых снижена устойчивость к острой кровопотере и операционной травме.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее достоверным методом диагностики кровотечений из верхних отделов ЖКТ является экстренная фиброэзофагогастродуоденоскопия.

2. В зависимости от локализации источника кровотечения, его интенсивности следует дифференцированно выбирать метод эндоскопического гемостаза.

3. Использование аргоно-плазменной коагуляции в большинстве случаев позволяет добиться устойчивого гемостаза при продолжающихся интенсивных кровотечениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вербицкий В.Г., Кузьмич А.А. Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений / Хирургическая гастроэнтерология. — М.: Медицина, 2001. — С. 94—108.
2. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. — М.: Медицина, 1982. — 224 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. — М.: Анта-Эко, 2005. — 352 с.

4. Загидов М.З., Загидова А.М., Велиева Ц.К. Тактика лечения синдрома Меллори-Вейсса / Сб. тез. I конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». — М., 2005. — С. 14.

5. Лопатников А.В. Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Сб. тез. I конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». — М., 2005. — С. 22.

6. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Семенов М.В. Пятидесятилетний опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями: с эндоскопией и без нее / Проблемы неотложной помощи в клинической практике. — М.: Талант, 2001. — С.52–57.

7. Мусинов И.М. Острые язвенные желудочно-кишечные кровотечения. Причины рецидивов, состояние системы гемостаза, лечение: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2008. — 58 с.

8. Тимен Л.Я., Хаит Б.А., Черепанин А.И. Кровопотеря. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений // Мед. консульт. — 1995. — № 3. — С. 8–15.

9. Desmond A.M., Reynolds K.W. Erosive gastritis its diagnosis management and surgical treatment // Brit. J. Surg. — 1972. — Vol. 59. — P. 5–15.

10. Forrest J.A., Finlayson N.D., Shearman D.J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding // Lancet. — 1974. — Vol. 2? 7877. — P. 394–397.

11. Hollender L.F., Sava G. Le syndrome de Mallory-Weiss // Aktualites hepato-gastroent. — 1969. — Vol.5. — P. A229–A246.

Поступила 01.10.09.

CONCERNING THE EFFECTIVENESS OF MODERN METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE BLEEDINGS FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

I.S. Malkov, G.R. Khalikova, I.I. Khamzin

Summary

Analyzed were the results of treatment of 574 patients with bleedings from the upper gastrointestinal tract. Methods of conservative therapy, endoscopic therapy and surgical treatment were used. Determined was the necessity of a differentiated method of endoscopic treatment depending on the localization of the bleeding source, its intensity and the effectiveness of argon plasma coagulation for continuous bleeding.

Key words: upper gastrointestinal tract, bleedings, endoscopic hemostasis, surgical treatment, argon plasma coagulation.

УДК 546.23+546.47+546.74]:616.342–002.44–092(470.344)

СЕЛЕН, МАРГАНЕЦ И ЦИНК В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Лариса Владимировна Тарасова¹, Елена Анатольевна Хохлова²,
Татьяна Евгеньевна Степашина³

¹ Республиканский гастроэнтерологический центр (зав. — доц. Л.В. Тарасова) Минздравсоцразвития Чувашии, ² Управление Роспотребнадзора по Чувашской Республике, ³ курс клинической гастроэнтерологии и гепатологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова

Реферат

Изучены особенности тиреоидного статуса и концентрации ряда микроэлементов — селена, цинка, марганца в сыворотке крови у 265 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Уровень тироксина по сравнению с таковым в контрольной группе был снижен (60,2±2,9 против 69,2±2,5 нмоль/л), селена, магния и цинка повышен соответственно на 27% (0,15±0,009 против 0,11±0,003; $p<0,05$), 46,2% (0,0065±0,0016 против 0,0035±0,0002; $p<0,1$) и на 12,4% (1,84±0,26 против 0,78±0,003).

Ключевые слова: дуоденальная язва, селен, цинк, марганец, тиреоидный статус.

Язвенная болезнь в настоящее время является наиболее распространённым заболеванием пищеварительной системы: этим заболеванием страдают от 8 до 10% взрослого населения России [7]. Длительное время появление язв гастродуоде-

альной зоны объяснялось нарушением равновесия между защитными (секреция слизи, простагландины, бикарбонаты, кровообращение, клеточное обновление) и повреждающими (кислота, пепсин, желчные кислоты, *Helicobacter pylori*, панкреатические ферменты) факторами. Расширение применения эндоскопической диагностики язвенной болезни, инвазивных и неинвазивных методов выявления пилорического хеликобактериоза, схем эрадикационной терапии, а также доступность для населения высокоэффективных антисекреторных средств привели к снижению распространённости язвенной болезни в ряде регионов РФ. Так, по данным Департамента здравоохранения г. Москвы, заболеваемость язвенной болезнью в 2005 году составила 66 случаев