

Не было найдено различий между частотой разных типов реакции желчного пузыря у пациентов с наличием ИБС и без таковой.

Очевидно, что билиарная система весьма разнообразно реагирует на прием нифедипина, что может быть связано как с исходным состоянием желчного пузыря и желчевыводящих путей, так и асинхронным влиянием на гладкую мускулатуру стенок и сфинктеров.

В этом случае следует ожидать различной клинической эффективности применения нифедипина при билиарной колике. Можно предположить, что более эффективны препараты дигидропиридинового ряда должны быть при выраженном сокращении желчного пузыря у пациентов с дилатационным типом реакции, а при спазмах сфинктеров — у пациентов с чащеобразным и сократительным типами.

Таким образом, в острой пробе с нифедипином у пациентов с ИБС выявлены пять типов реакции желчного пузыря, которые могут быть обусловлены исходным состоянием моторики, а также отражающих асинхронным миорелаксирующим действием на различные структуры билиарного тракта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии. — 2003. — №1. — С.81-92.
2. De Santis A., Attili A.F., Ginanni Corradini S., et al. Gallstones and diabetes: a case-control study in a free-living population sample // Hepatology. — 1997. — Vol.25, №4. — P. 787-790.
3. Diehl A.K., Haffner S.M., Hazuda H.P., Stern M.P. Coronary risk factors and clinical gallbladder disease: an approach to the prevention of gallstones? // Am J Public Health. — 1987. — Vol.77, №7. — P. 841-845.
4. Guelrud M., Mendoza S., Rossiter G., et al. Effect of nifedipine on sphincter of Oddi motor activity: Studies in healthy volunteers and patients with biliary dyskinesia // Gastroenterology. — 1988. — Vol. 95. — P. 1050-1055.

5. Jonderko K., Nowak A., Kasicka-Jonderko A., et al. Effect of nifedipine on interdigestive gallbladder volume and postprandial gallbladder emptying in man // Dig Dis Sci. — 1991. — Vol. 36, №10. C. 1434-1440.
6. Mendez-Sanchez N., Bahena-Aponte J., Chavez-Tapia N.C., et al. Strong association between gallstones and cardiovascular disease. // Am J Gastroenterol. — 2005. — Vol.100, №4. — P. 827-830.
7. Pi-Sunyer F.X. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity // Obes Res. — 2002. — Vol.10., Suppl 2. — P. 97S-104S.
8. Sand J., Nordback I., Koskinen M., et al. Nifedipine for suppurant Type II sphincter of Oddi dyskinesia // Am J Gastroenterol. — 1993. — Vol.88. — P. 530-535.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра геронтологии и гериатрии.
Белялов Фарид Исмаильевич — профессор, д.м.н.,
Буянт С. — аспирант

© ЖИГАЕВ Г.Ф., КРИВИГИНА Е.В. — 2010

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

(Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, г. Улан-Удэ, гл. врач — к.м.н. Е.Ю. Лудупова)

Резюме. Представлен анализ результатов обследования и лечения больных с постгастрорезекционными синдромами.
Ключевые слова: Ранние и поздние постгастрорезекционные осложнения.

POSTGASTRECTOMY COMPLICATIONS OF PEPTIC ULCER

G.F. Zhigaev, E.V. Krivigina

(Republican Clinical Hospital, Ulan-Ude)

Summary. The analysis of results of observation and treatment of patients with postgastrectomy syndrome has been discussed.

Key words: Early and late of postgastrectomy complications.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, ею страдают 10-15% взрослого населения [5, 7]. Применение современных противоязвенных препаратов существенно не снижает частоту осложнений. Зажившие язвы рецидивировать у 60-90%, из них у 50% больных возникают тяжелые осложнения, нуждающиеся в оперативном лечении [4, 8].

Многие хирурги [1, 6] отдают предпочтение резекции желудка. Результаты этой операции нельзя считать удовлетворительными вследствие значительного числа осложнений (38-87,5%), высокой летальности (8-15%) [2, 3].

Цель работы: изучить результаты хирургического лечения 180 больных, перенесших резекцию желудка по поводу хронической язвенной болезни.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения 180 больных, перенесших резекцию желудка по поводу хронической

язвенной болезни за период с 2005 по 2009 год. Все больные находились на лечении в МУЗ «Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко» (город Улан-Удэ). Мужчин было 134 (74,4%), женщин — 46 (25,6%). Возраст больных колебался от 18 до 70 лет и старше, 116 (64,5%) пациентов были в возрасте от 22 до 60 лет.

Всем больным проводили общеклинический комплекс диагностических мероприятий с использованием функциональных, инструментальных и лабораторных методов обследования.

Причинами оперативного вмешательства были: неэффективность длительного консервативного лечения — 89 (49,5%), кровотечения — 44 (24,5%), стеноз — 15 (8,4%), перфорация — 32 (17,6%). У большинства больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке — 121 (67,2%), а у 59 (32,8%) пациентов — в желудке.

Результаты и обсуждение

Больным была выполнена резекция 2/3 желудка следующими способами: Бильрот-I — 65 (36,1%), Бильрот-

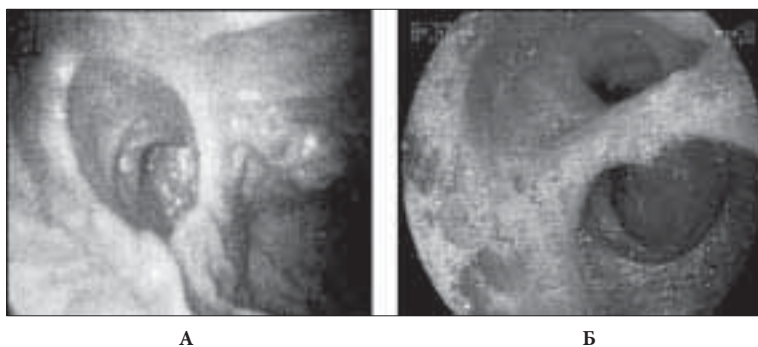


Рис. 1. Анастомозы по Бильрот-I (А) и Бильрот-II (Б), эндоскопическая картина.

II в модификации Витебского — 112 (62,2%), по Ру — 3 (1,7%) (рис. 1).

Показаниями к обследованию больных в ранние сроки после резекции желудка (первые 2 недели) были: ухудшение общего состояния больного, жалобы на тошноту, икоту, отрыжку, рвоту, патологические изменения количества и цвета отделяемого по назогастроэнтеральному зонду, прежде всего крови, а также появившиеся внезапно или резко усилившиеся боли в животе.

В более позднем периоде после операции (от 1 месяца до 20 лет) пациенты обычно сами обращались за медицинской помощью с жалобами на диспепсические расстройства, снижение веса и аппетита, слабость, стойкий болевой синдром, патологическое изменение кала или госпитализировались в экстренном порядке с клиникой перитонита или желудочно-кишечного кровотечения.

Выявленные патологические изменения в резецированном желудке нами были разделены на ранние (до 2 недель после операции) и поздние. К ранним послеоперационным осложнениям (32 пациента) были отнесены: нарушение эвакуации из культи желудка, которые раз-

виваются с 3 по 5 сутки после операции — 18 (56,3%), кровотечение из культи желудка, происходящее со 2 по 11 день — 11 (34,4%), несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза, культи двенадцатиперстной кишки или желудка, на 3-4 день — 3 (9,3%). В более поздние сроки после резекции у 148 больных были выявлены: нарушение эвакуации — 38 (25,7%), болевой синдром — 109 (73,6%), кровотечение — 1 (0,7%). Более чем у половины больных с поздней постгастрорезекционной патологией (61%) осложнения развивались в первый год после операции.

В ранние сроки после операции возникли осложнения: гастростаз — у 32% больных, дуоденостаз — 19%, анастомозит — 37%, панкреатит — 4%, летальность составила — 9,5%.

Развитие гастростаза мы связываем с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, анастомозита — с грубыми техническими погрешностями при формировании анастомозов, панкреатита — с повреждением поджелудочной железы во время выделения пенетрирующей в железу язвы. Повреждений железы можно было бы избежать при тщательном, атравматичном отделении от нее краев язвы в пределах анатомических границ органа или провести резекцию желудка для исключения язвы.

Демпинг-синдром легкой степени возник у 41,2%, рефлюкс-гастрит — у 22%. По данным эндоскопического и гистологического исследования культи желудка рефлюкс-гастрит выявлен у 53%.

Использование в клинической практике современных эндоскопов значительно расширило возможности эндоскопии оперированного желудка, позволило визуально следить за процессами, протекающими в нем в ближайшие и отдаленные сроки после операции, а также применять при этом ряд лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Человек, 2002. — 48 с.
2. Карягин А.М., Барсуков А.Е., Иванов М.А. Материалы VIII Всероссийского съезда хирургов: тезисы докладов. — Краснодар, 1995. — С.111-112.
3. Королев Б.А., Овчинников В.А. Морфофункциональное состояние культи желудка в отдаленные сроки после различных способов резекции по поводу язвенной болезни // Нижегородский медицинский журнал. — 2003. — Т.6, №7. — С.437-439.
4. Кузьмин-Крутецкий М.И., Глушков Н.И. и др. Эндоскопия оперированного желудка: Учебное пособие. — СПб., 2001. — 40 с.
5. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2000. — №4. — С.9-11.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Изд-во Медпресс-информ, 2002. — С.10-11.
7. Baron J.H. Peptic ulcer// Mt. Sinai J. Med. — 2000. — Vol.67. — P.58-62.
8. Inadomi J.I., Koch J.M., Cello J.P. Long-term follow-up of endoscopy treatment for bleeding gastric and duodenal ulcer // Amer. J. Gastroenterology. — 1995. — Vol.90. — P.1065-1068.

Информация об авторах: 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24.
Жигаев Геннадий Федорович — д.м.н., профессор
Кривигина Елена Владимировна — к.м.н.

© МЕЛЬНИК Е.Г. — 2010

ФАКТОРЫ РИСКА И ЭТИОЛОГИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Г. Мельник

(Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования, ректор — к.м.н. К.В. Шаповалов, кафедра хирургии с курсом акушерства и гинекологии, онкологии, зав. — к.м.н., доц. Л.П. Рамонова)

Резюме. Изучены особенности этиологии, эпидемиологии неразвивающейся беременности 224 пациенток госпитализированных в больницу скорой медицинской помощи (БСМП). Установлен период развития эмбриона, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены факторы риска неразвивающейся беременности.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, замершая беременность.