

7. Ewald N., Kaufmann C., Raspe A. et al. Prevalence of diabetes mellitus secondary to pancreatic diseases (type 3c) // *Pancreatology*. – 2006. – Vol. 6. – P. 394.

8. Hassan M. M., Bondi M. L., Wolff R. A. Risk factors for a pancreatic cancer: research of type «case-control» // *Am. J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 102. № 12. – P. 2696–2707.

9. Michaud D. S., Wolpin B. et al. Prediagnostic plasma C-peptide and a pancreatic cancer risk in men and women // *Cancer Epidemiol Biomarkers*. – 2007. – Vol. 16. – P. 2101–2109.

10. Pannala R., Leirness J. B., Bamlet W. R., Basu A., Petersen G. M., Chari S. T. Prevalence and clinical profile of pancreatic cancer-associated diabetes mellitus // *Gastroenterology*. – 2008. – Vol. 134. № 4. – P. 981.

11. Pisani P. Hyperinsulinaemia and a cancer, meta-researches of epidemiological researches // *Arch Physiology Biochem*. – 2008. – Vol. 114. № 1. – P. 63–70.

Поступила 23.03.2010

В. Н. ЧЕРНОВ, Э. М. БАРОКОВ, В. М. СКОРЛЯКОВ, А. И. МАСЛОВ

ТРЕХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*Кафедра общей хирургии Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 105.
E-mail: v.chernov@mail.ru, тел. (863) 232-16-25*

Работа посвящена анализу обследования и лечения 326 пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. Авторы разработали 3-этапный метод лечения больных с острым гастродуоденальным язвенным кровотечением, который применён у 154 больных. В результате выбора адекватной лечебной тактики у этих больных отмечено снижение летальности на 7,6%.

Ключевые слова: гастродуоденальное язвенное кровотечение, острые язвы.

V. N. CHERNOV, E. M. BAROKOV, V. V. SKORLYAKOV, A. I. MASLOV

THRE STAGE METHOD OF TREATING PATIENTS WITH HEMORRHAGE COMPLICATED GASTRO-DUODENAL ZONE ULCERS

*Department of general surgery Rostov state medical university,
Russia, 344010, Rostov-on-Don, Voroshilovskiy street, 105.
E-mail: v.chernov@mail.ru, tel. (863) 232-16-25*

Thre stage method of treating patients with hemorrhage complicated gastro-duodenal zone ulcers analyses the investigatans and treatment of 326 patients with acute hemorrhage complicated gastro-duodenal zone ulcers.

The authors thre stage method of treating 154 patients with hemorrhage complicated gastro-duodenal zone ulcers. By choicing an adequate treating method mortality in these patients was reduced by 7,6%.

Key words: hemorrhage complicated gastro-duodenal zone ulcers, acute ulcers.

Введение

Проблема лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) остаётся одной из наиболее актуальных в современной хирургии. Кровотечения из гастродуоденальных язв осложняют течение заболевания у 15–20% больных язвенной болезнью [6]. Несмотря на достижения современной гастроэнтерологии и фармакологии, в лечении названной патологии процент осложнённых форм остаётся весьма высоким. По литературным данным, более 40% операций по поводу ОГДЯК выполняется в экстренном порядке на высоте кровотечения [1, 2]. Кровотечение резко нарушает функции всех органов и систем и часто является причиной летального исхода [7]. Среди всех причин гастродуоденальных кровотечений язвенная болезнь занимает более половины случаев, а летальность при этом остаётся высокой и составляет 8–10% [4, 5]. При этом каждый третий больной с язвенной болезнью, осложнённой кровотечением, старше 60 и даже 70 лет [3].

Отсутствие единого тактического подхода в лечении кровоточащих ГДЯ приводит к увеличению числа операций на высоте кровотечения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, что соответственно увеличивает операционный риск и число летальных случаев.

В нашей работе мы попытались улучшить результаты лечения больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями за счёт новых подходов, основанных на объективной оценке функционального состояния органов гастродуоденальной зоны, и выбора индивидуальной адекватной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 326 пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями с 1985 по 2007 г.

С учётом цели исследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первую (контрольную)

группу составляли 172 пациента с ОГДЯК, которым проводились обследование и лечение по общепринятой (традиционной) методике. Вторую группу (154 больных) составили больные с ОГДЯК, которым обследование и лечение осуществлялись по методике, разработанной на кафедре общей хирургии РостГМУ.

Всех больных контрольной и основной групп обследовали общеклиническими физикальными методами по органам и системам, а также выполняли общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования. У больных с ОГДЯК основной группы эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) выполнялась с обязательным осмотром большого дуоденального соска и биопсией зоны язвенного процесса. Кроме того, выполняли полипозиционную рентгеноскопию желудка, рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости (по показаниям), электрокардиографию, измерение артериального давления, частоты пульса и дыхания, колоноскопию (по показаниям), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, определение кровопотери. По показаниям привлекали врачей-консультантов: анестезиолога-реаниматолога, терапевта, уролога, гинеколога, онколога и др. С целью диагностики патологического процесса и контроля за состоянием больных исследовали кислотопродукцию, моторику желудка, определяли *Helicobacter pylori*, проводили компьютерное исследование вегетативной нервной системы по Баевскому, исследовали кислотно-щелочное состояние, электролиты и хлориды сыворотки крови, общий белок и др. В послеоперационном периоде контролировали состояние послеоперационной раны и дренажей, динамическое состояние органов и систем пациента.

Распределение больных по степени кровопотери представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, как в основной, так и в контрольной группе больных преобладали I и II степень тяжести кровопотери: 119 (77,3%) и 136 (79,0%)

соответственно. При этом отмечалось преобладание в основной группе пациентов с кровопотерей III–IV степени тяжести: 35 (22,7%), в контрольной – 36 (20,9%) больных.

У больных основной группы при поступлении на фоне применения средств общего воздействия на гемостаз (хлористый кальций, викасол, инфузии эритроцитной массы) проводилась «активная» эндоскопическая остановка кровотечения (орошение нитратом серебра, обкалывание вокруг язвы физиологическим раствором с адреналином, электрокоагуляция, клипирование). При отсутствии эффекта от проводимой гемостатической терапии решался вопрос об оперативном пособии. При этом предпочтение отдавалось органосохраняющим операциям (иссечение язвы и др.) с целью последующего полноценного обследования и определения объема необходимого хирургического вмешательства.

По способу лечения больные были разделены на две группы: лечившиеся консервативно и лечившиеся хирургическим методом (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, пациенты, пролеченные консервативно в основной группе – 122 (79,2%), значительно преобладают над числом больных, получавших консервативную терапию в контрольной группе – 105 (61,0%). Количество пациентов, получавших хирургическое лечение в основной и контрольной группах, соответственно 32 (20,8%) и 67 (39,0%).

Полученные результаты и обсуждение

При исследовании кислотопродукции с помощью компьютерной РН-метрии у 154 больных основной группы с ОГДЯК было установлено, что всех больных с язвенными кровотечениями можно разделить на группы:

а) агрессивное течение язвенной болезни (41 больной) – в дальнейшем прогнозируются осложнения. Этим больным показано оперативное лечение с индивидуальным подходом.

Таблица 1

Распределение больных в контрольной и основной группах по степени тяжести кровопотери

Причина острых гастродуоденальных язв	Степень кровопотери				
	I	II	III	IV	Всего
	Количество больных				
Химические вещества:					
– основная группа	12	20	10	-	42
– контрольная группа	15	31	8	1	55
Дистресс-изъязвления:					
– основная группа	18	24	9	4	55
– контрольная группа	19	22	7	2	50
Психоземональные стрессы:					
– основная группа	4	3	1	-	8
– контрольная группа	7	3	3	3	16
Первично-трофические расстройства:					
– основная группа	13	25	9	2	49
– контрольная группа	16	23	7	5	51
Всего					326

Распределение больных по способу лечения

Способ лечения	Группы больных	
	I группа (основная) n=154	II группа (контрольная) n=172
Консервативное лечение	122	105
Хирургическое лечение:		
– экстренные операции	26	51
– срочные операции	6	16

б) пациенты, которые могут лечиться у терапевта (42 больных), но при наблюдении у хирурга возможны неустойчивые результаты лечения.

в) больные с нормальными показателями функции гастродуоденальной зоны и блуждающего нерва (36 больных), которые лечатся эффективно (без рецидива в течение 5 лет).

Указанные больные в процессе лечения в до- и послеоперационном периоде получали антисекреторные препараты (квamatел, ингибиторы протонной помпы). Установлено, что индивидуальная программа антисекреторной терапии у больных с ОГДЯК позволяет добиться устойчивого гемостаза, снизить число рецидивов кровотечения, уменьшить количество экстренных операций и послеоперационных осложнений.

При исследовании состояния вегетативной нервной системы (ВНС) в основной группе пациентов с помощью вариационной компьютерной пульсометрии нами оценивался тонус ВНС, при этом выделено 9 функциональных классов. По характеру изменений показателей тонуса ВНС в течение суток было выделено 3 типа вегетативной нервной реакции на фоне суточных алгоритмов: нормальная (40 пациентов), симпатикотоническая (27 пациентов) и асимпатикотоническая (87 пациентов). При прогностически неблагоприятных показателях тонуса ВНС в сочетании с другими функциональными изменениями желудка и двенадцатиперстной кишки предлагалось оперативное вмешательство в объеме резекции желудка.

Полученные нами результаты исследования моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки имели важное место в выборе тактики дальнейшего лечения больных основной группы. У большинства больных основной группы – 104 (67,5%) наблюдалось сохранение сократительной способности желудка. Это важный показатель для определения тактики лечения больных с ОГДЯК.

Таким образом, все хирургические операции у больных с ОГДЯК должны быть строго индивидуальными.

Объективная оценка функционального состояния органов гастродуоденальной зоны позволяет выбрать адекватный подход в выборе тактики лечения больных с ОГДЯК и избежать серьезных осложнений. Так, данные кислотопродукции желудка позволяют выделить группы больных, которым показано консервативное или оперативное лечение.

При нарушении моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, не корригируемой прокинетиками, консервативная терапия язвенной болезни расценивается бесперспективной. При нарушении моторики желудка, двенадцатиперстной кишки и других нарушениях (патологии БДС) нельзя восстановить физиологический пассаж пищи, чаще всего приходится выполнять операцию Бильрот II, т. е. здесь не может ставиться вопрос об органосохраняющей операции.

Неблагоприятные показатели ВНС (ваготония в клиноположении) с нормальной или асимпатической вегетативной активностью на ортопробу; асимпатикотоническая вегетативная активность на фоне суточных биоритмов, отрицательная реакция на эглонил являются показанием к оперативному лечению острой гастродуоденальной язвы.

Данные, полученные при исследовании кислотопродукции, ВНС и моторно-эвакуаторной функции желудка, позволяют уточнить этиологию и патогенез процесса и с учётом этого проводить лечение больных.

Полученные нами результаты исследований учитывались при лечении основной группы пациентов (табл. 3).

Как видно из таблицы 3, летальность в основной группе после оперативных вмешательств меньше на 7,6%.

Наши наблюдения показали, что в результате комплексного лечения больных с ОГДЯК, особенно с применением антисекреторных препаратов и эндоскопического гемостаза, привело к сокращению числа

Таблица 3

Результаты летальных исходов в контрольной и основной группах

Исследуемые группы	Контрольная		Основная	
	Опериров.	Консерв.	Опериров.	Консерв.
Летальность, абс. / (%)	22 (12,7%)	3 (1,7%)	8 (5,1%)	2 (1,3%)

оперативных пособий в основной группе пациентов по сравнению с контрольной на 18,2% (табл. 2).

Следует особо отметить, что полноценное обследование больных с ОГДЯК имеет важное значение для судьбы пациентов после их выписки из стационара. Так, 29 больных основной группы после выписки из стационара находились под динамическим наблюдением в течение 3–7 месяцев, получали полноценный курс противоязвенной терапии, были обследованы и после предоперационной подготовки по показаниям были оперированы в плановом порядке. Летальных исходов не наблюдалось. В то же время 27 больных контрольной группы находились без диспансерного наблюдения (не получали своевременно противоязвенного лечения и не обследовались), были повторно госпитализированы в экстренном порядке в течение 2–4 лет после выписки и были прооперированы в связи с рецидивом кровотечения. У 6 (27,2%) больных данной группы был зафиксирован летальный исход.

Наши исследования показали, что обследование и лечение больных с ОГДЯК необходимо выполнять в три этапа:

1. На первом этапе эффективно применять методы остановки кровотечения и лечения больного, включающие динамическую лечебную эндоскопию с эндоскопическими видами гемостаза, трансфузионную и гемостатическую терапию в условиях реанимационного отделения. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показана экстренная операция.

2. На втором этапе после остановки кровотечения провести 3–4-недельную противоязвенную терапию в сочетании с эрадикационной терапией против *Helicobacter pylori* и полное клинико-лабораторное обследование, включая ФГДС, исследование кислотопродукции, вегетативной нервной системы (ВНС) и моторно-эвакуаторной функции желудка, функциональное состояние блуждающего нерва.

3. На третьем в зависимости от результатов полученных исследований определить больных, нуждающихся в консервативном или хирургическом лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баев О. В., Кравченко И. В. Тактика лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением // Сборник «Кафедра общей хирургии РостГМУ, 1988–2008 гг.» – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 65–66.
2. Ермолов А. С., Тверитнева Л. Ф., Утешев Н. С. и соавт. Анализ результатов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением // Материалы V Всероссийской конференции общих хирургов, объединённой с пленумами проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии. – Москва – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 46–48.
3. Луцевич Э. В., Белов И. Н., Праздников Э. Н. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // 50 лекций по хирургии / Под редакцией В. С. Савельева. – Media Medica, 2003. – С. 260–263.
4. Чернов В. Н., Маслов А. И., Бароков Э. М. Обследование и лечение больных с острыми гастродуоденальными язвами // European journal of natural history. – 2007. – № 6. – С. 78–79.
5. Чернов В. Н., Скорляков В. В., Баев О. В., Темирёв А. А. Диагностика и лечение осложнённых форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы V Всероссийской конференции общих хирургов, объединённой с пленумами проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии. – Москва – Ростов-на-Дону, 2008. – С. 63–66.
6. Авакимян В. А., Скороход Е. В., Авакимян А. В. Применение кваматела при лечении гастродуоденальных язв, осложнённых кровотечением // Кубанский научный медицинский вестник. – 2003. – № 6 (67). – С. 11–13.
7. Панцырев Ю. М., Михалёв А. И. и др. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 21–25.

Поступила 30.03.2010

В. В. ЧЕРНАВСКИЙ, И. О. БУШТЫРЕВА, А. А. КОЛГАНОВА, Е. Ю. ЛЕБЕДЕНКО

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ У ПЛОДА НА ФОНЕ ИНТРАНАТАЛЬНОГО ДИСТРЕССА

Кафедра акушерства и гинекологии № 3 ФПК и ППС

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: aakolganowa@mail.ru

В ходе исследования выделены показатели, полученные с помощью математического анализа ритма сердцебиений плода, и их сочетания, позволяющие достоверно оценивать функциональную активность контуров регуляции его сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Выделены прогностические критерии состоятельности адаптационных реакций по поддержанию гомеостаза плода на всех этапах родового стресса.

Ключевые слова: гипоксия, гомеостатические механизмы, кардиоинтервалография, адаптация, дистресс.

V. V. CHERNAVSKY, I. O. BUSHTYREVA, A. A. KOLGANOVA, E. J. LEBEDENKO

HOMEOSTASIS CHARACTERISTICS DURING INTRAPARTUM FETAL DISTRESS

*State educational institution of higher professional education Rostov state medical university
Federal agency of public health and social development, chair of obstetrics and gynecology № 3*