Erentueva Anna Yurievna – cand. of pedagogical sci., associate professor of Department of General Human Pathology, Medical Faculty, Buryat State University. 670024, Ulan-Ude, Pushcina str. 10, phone 44-40-51.

Baldanova Irina Rinchinovna – cand. of medical sci., associate professor, the head of Department of General Pathology of a Human, Medical Faculty, Buryat State University. 670024, Ulan-Ude, Dobrolyubov str. 2, phone 44-95-31, fax: 83012449531, e-mail: I_Baldanova@mail.ru

А.Н. Плеханов, Ц.Д. Дашиев,
П.М. Киселев, В.В. Намханов, А.В. Бодоев

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И HELICOBACTER PYLORI

В статье рассматривается диагностика, частота осложнений язвенной болезни, эффективность и тактика лечения язвенного кровотечения.

Ключевые слова: язвенная болезнь, язвенные кровотечения, эндоскопия, перфорация.

A.N. Plehanov, T.D. Dashiev,
P.M. Kiselev, V.V. Namhanov, A.V. Bodoev

STOMACH ULCER OF THE STOMACH AND DUODENAL GUT, COMPLICATED BY BLEEDING AND HELICOBACTER PYLORI

The given article deals with diagnostics, frequency of complications of a stomach ulcer, efficiency and tactics of treatment of an ulcer bleeding.

Key words: stomach ulcer, ulcer bleedings, endoscopy, punching.

Введение. Несмотря на уменьшение частоты заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в экономически развитых странах, которую нередко связывают с уменьшением частоты распространенности Helicobacter pylori, благодаря широкому проведению антихеликобактерной терапии язвенной болезни и хронического гастрита, повышению экономического уровня жизни людей, частота возникновения различных осложнений, прежде всего появления кровотечений, составляет 5-10% случаев.

Цель работы

Исследование частоты осложнений язвенной болезни (ЯБ), эффективности стационарного лечения больных с язвенными кровотечениями.

Материалы исследования: проведен анализ историй болезни больных, поступивших в Отделенческую клиническую больницу на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» по поводу осложненных форм ЯБ с 2003 по 2006 г.

Кровотечения у больных язвенной болезнью значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, при длительности заболевания язвенной болезнью более 5 лет. Основные причины образования язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут быть источником кровотечения, по наблюдениям некоторых исследователей, – инфекция HP, прием больными нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и гиперсекреция соля-

ной кислоты, выделяемой обкладочными клетками слизистой оболочки желудка.

Результаты исследования их обсуждения: за 3 года поступило 451 больной ЯБ, что составило 6,4% от всех госпитализированных больных. Соотношение количества больных ЯБ желудка (ЯБЖ) и ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки (ЯБЛДПК) составило 1:2. С осложненным течением поступило 24% от общего числа пациентов (108 человек). Кровотечения составили большую часть всех осложнений – 66%. Второе место по частоте возникновения осложнений занимает прободение язвы (30%). Стеноз и малигнизация не встречались. Летальность наблюдалась только при осложненном течении ЯБ и составила 3,7%. Эффективность лечения была рассмотрена у 38 больных, госпитализированных с язвенным кровотечением. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1, половина больных была в возрасте 55 и старше. Около 8,0% больных имели отягощенный язвенный анамнез. Сопутствующая патология встречалась у 40% пациентов. С признаками активного кровотечения поступило 18% больных. У 53% больных обнаруживались язвенные дефекты с неактивным кровотечением. В 29% случаев эндоскопическая картина была без признаков кровотечения. Язвенные дефекты от 0,5 до 1,7 см встречались в 68,3% случаев. Большие язвы от 1,8 до 2,5 см обнаруживались у 8,1% пациентов. Наиболее часто встречающейся локализацией язв ЛДПК была передняя стенка (58%), в

желудке язвенные дефекты чаще локализовались в теле желудка – 69,0%. Лечение больных ЯБ, осложненной кровотечением, проводилось по общепринятым схемам лечения. Использовались эндоскопические методы гемостаза: орошение источника кровотечения 5% раствором аминокaproновой кислоты, инъекционные методы гемостаза, диатермокоагуляция пуговчатым зондом. Оперативные методы применялись при наличии показаний, независимо от локализации язвы:

1. Продолжительные рецидивирующие и массивные кровотечения, несмотря на адекватную терапию (соматостатин, лосек, квамател, диатермокоагуляция и др.).

2. Перфорация.

3. Стеноз привратника.

4. Обострение с рецидивом язвы после перенесенного осложнения (ушитая перфоративная язва или язвенное кровотечение).

У 90% пациентов на фоне консервативного лечения язвенные дефекты диаметром до 1 см рубцевались в среднем на 12 день. Длительность рубцевания язвенных дефектов большого размера (от 1,8 см) неизвестна в связи с выпиской больных на 10 день и долечиванием их в амбулаторных условиях. Рецидив кровотечения наблюдался у 2 больных на 3 и 8 сутки соответственно. Послеоперационная летальность составила 11,1% (1 человек). Наибольшая больничная (послеоперационная) летальность была отмечена в 2003 г. – 6,25 (2 человека), обусловленная ЯБЖ, и в 2004 г. – 3,9% (2 человека), обусловленная ЯБЛДПК. Наибольшая летальность отмечена при сочетании ЖКК и пенетрации язвы, на втором месте – при кровотечении, на третьем месте – при прободной язве.

Выводы: современная концепция лечения ЯБ предусматривает активную хирургическую тактику, а также рациональную терапевтическую тактику, с использованием парентеральных форм ингибиторов протонной помпы и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов в адекватных суточных дозах. Успешная эрадикация НР предупреждает рецидивы кровотечений у больных с язвами двенадцатиперстной кишки по меньшей мере в течение 4 лет, способствуя, таким образом, изменению течения язвенной болезни. Скорость реинфекции НР после излече-

ния, по некоторым наблюдениям, составляет от 0 до 4 лет. После успешной эрадикации НР гиперсекреция соляной кислоты, по мнению других исследователей, уже не является фактором риска появления кровотечений.

Литература

1. Аль-Сабунчи О.А. Антихеликобактерное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 121 с.
2. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М.: Принтэкспресс, 1996. – 149 с.
3. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Новые технологии в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. СПб.: Курсив, 2001. – 168 с.
4. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Перспективы применения блокаторов протонного насоса в гастроэнтерологии // Рус. мед. журн. 2001. 3 (1).
5. Cutler A.F., Havstad S., Ma C.K. et al. Точность инвазивных и неинвазивных методов диагностики инфекции *Helicobacter pylori* // Gastroenterology. – 1995. – Vol. 109. – P. 136-141.
6. Greenberg P.D., Koch J., Cello J.P. Clinical utility and cost effectiveness of *Helicobacter pylori* test-ing for patients with duodenal and gastric ulcers // Amer. J. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 91. – P. 228-232.
7. Houden M.H.M.G., Hensen E.F., Rauws E.A. et al. Randomized trial of omeprazole and clarithromycin combined with either metronidazole or amoxicillin in patients with metronidazole-resistant or – susceptible *Helicobacter pylori* strains // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1999. – Vol. 13. – P. 883-889.
8. Labenz J., Tillenburg B.J., Weismuller J. et al. Эффективность и переносимость тройной терапии, проводимой в течение одной недели и включающей в себя пантопразол, кларитромицин и амоксициллин, в лечении инфекции *Helicobacter pylori* у больных с дуоденальными язвами // Aliment. Pharmacol. Ther. -1997. – Vol. 11. – P. 95-100.
9. Lind T., Megraud F., Unge P. et al. The MACH 2 study: role of omeprazole in eradication of *Helicobacter pylori* with 1-week triple therapies // Gastroenterology. – 1999. – Vol. 116. – P. 248-253.

Literature

1. Al-Sabunchi O.A. Antihelicobacter treatment of ulcer gastroduodenal bleedings: diss.... cand. of medical sci. – M., 1998. – P. 121.
2. Grinberg A.A., Zatevahin I.I., Schegolev A.A. Surgical tactics at ulcer gastroduodenal bleedings. M.: Printexpress, 1996. – P. 149.
3. Zatevahin I.I., Schegolev A.A., Titkov B.E. New technologies in treatment of ulcer gastroduodenal bleedings. SPb.: Cursiv, 2001. – P. 168.
4. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A. Prospects of application of blokator of proton pump in gastroenterology // Rus. med. journal. – 2001. – № 3 (1).

Сведения об авторах

Плеханов Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии БГУ.

Дашиев Цырен Доржиевич – аспирант 1-го года обучения кафедры факультетской хирургии, врач-эндоскопист Отделенческой клинической больницы на станции Улан-Удэ.

Киселев Павел Михайлович – заведующий эндоскопическим отделением Отделенческой клинической больницы на станции Улан-Удэ.

Намханов Вячеслав Валентинович – кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры факультетской хирургии БГУ.

Бодоев Александр Васильевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии БГУ.

Authors

Plehanov Alexander Nikolaevich – dr of medical sci., head of department of faculty surgery, BSU.

Dashiev Tsyren Dorzhievich – post-graduate student of 1-st year of training of department of faculty surgery, endoscopist of local clinical hospital at Ulan-Ude station.

Kiselyov Paul Mihailovich – head of endoscopic branch of local clinical hospital at Ulan-Ude station.

Namhanov Vyacheslav Valentinovich – cand. of medical sci., teacher of department of faculty surgery BSU.

Bodoev Aleksandr Vasilievich – cand. of medical sci., the senior lecturer of department of faculty surgery BSU.

УДК 616-002.77

ББК 55.532

Л.Л. Зубкова, И.Р. Балданова,

И.В. Борхонова, Э.Б. Эрдынеева

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

В статье рассматривается случай летального исхода от гранулематоза Вегенера

Ключевые слова: гранулематоз Вегенера, некротический васкулит.

L.L. Zubkova, I.R. Baldanova,

I.V. Borhonova, E.B. Erdyneeva

WEGENER'S GRANULEMATOZ (CASE STUDIES)

The article deals with the case of death from Wegener's granulematoz.

Key words: Wegener's granulematoz, necrotizing vasculitis.

Гранулематоз Вегенера – это системное заболевание, проявляющееся некротическим гранулематозным васкулитом [2]. Гранулематоз Вегенера был впервые описан в 1931 г. Н. Klinger как необычная форма узелкового полиартериита. В 1936 г. F. Wegener выделил это заболевание как самостоятельную нозологическую форму, а в 1954 г. G. Godman сформулировал современные клинико-морфологические критерии диагноза, включающие характерную триаду признаков: гранулематозное воспаление дыхательных путей, некротизирующий васкулит и гломерулонефрит.

Эпидемиология гранулематоза Вегенера.

Гранулематоз Вегенера может возникнуть в любом возрасте, однако чаще болеют лица 30-50 лет. Около 15% больных моложе 19 лет; дети болеют редко. У мужчин и женщин заболевание встречается с одинаковой частотой.

В США болезнь чаще выявляют у представителей белой расы, чем у афроамериканцев. Частота гранулематоза Вегенера – очень редкого заболевания – в последние годы быстро нарастает. В Великобритании в 80-е гг. частота заболевания составляла 0,05 на 100 000 населения, в конце 90-х гг. уже 0,85 случая на 100 000 населения.

Этиология и патогенез. Точная этиология заболевания не установлена. Предполагают на-

личие связи между развитием гранулематоза Вегенера и инфекцией, косвенно подтверждаемой фактами частого начала и обострения заболевания в зимне-весенний период, главным образом после респираторных инфекций, что связывают с попаданием антигенов вирусного или бактериального происхождения через дыхательные пути. Имеется определенная генетическая предрасположенность. Иммуногенетическим маркером заболевания являются антигены HLA B7, B8, DR2. Большую патогенетическую роль играют антинейтрофильные цитоплазматические антитела, реагирующие с протеиназой-3 цитоплазмы нейтрофилов.

Клиническая картина при гранулематозе Вегенера [1] характеризуется полиорганным поражением. При гранулематозе Вегенера более чем в 90% случаев выявляются признаки поражения верхних дыхательных путей, легких и среднего уха. У 50% больных отмечается синусит, у 36% – ринит, у 10% – плеврит, у 25% – средний отит. Верхние дыхательные пути и ухо поражаются у 92%, легкие – у 85% больных.

1. Гломерулонефрит развивается у 75-80% больных, однако он редко оказывается первым проявлением гранулематоза Вегенера.

2. Поражение опорно-двигательного аппарата выявляют примерно у 70% больных.