

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

будувати програму його лікування. Запропонована програма прогнозування і профілактики ранніх рецидивів кровотечі дозволяє поліпшити результати лікування хворих на гострі шлунково-кишкові кровотечі. Ерадикація Н. руслі з використанням де-нола, оксациліну, метронідолу призводить до достовірного покращання клітинного складу поверхневих шарів слизової оболонки шлунка.

Література

- Арчин Л.И., Смотрова И.А., Ильченко А.А. *Campylobacter pylori* при язвенной болезни // Архив патологии. - 1988. - № 2. - С. 13-18.
- Верушкин Ю.И., Коноплев Е.П., Верушкина А.А. О тактике хирурга при язвенных гастро-дуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии им. Грекова.-1989.-Т. 142, № 1.-С. 13-15.
- Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Обострение язвенной болезни, ассоциированной с пилорическим helicobacterиозом (лечебные и профилактика) // Врач. -1995.-№ 10.-С. 10-11.
- Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Пилорический helicobacterиоз (клиника, диагностика, лечение) // Врач.-1994.-№ 6.-С. 9-13.
- Гурин Н.Н., Логунов К.В. Проблемы современной хирургии язвенной болезни желудка // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1997. - Т. 156, № 3. - С.101-105.
- Дзэнник В.П., Романов В.О. Хирургическое лечение больных с острым язвенным кровотечением // Клинич. хирургия.-1990.-№ 8.-С.70-71.
- Затевалин И.И., Гринберг А.А., Галицкий А.Б. и др. Прогнозирование рецидива кровотечения у больных язвенной болезнью желудка и ДПК // Актуальные вопросы неотложной хирургии брюшной полости: Сб. науч. тр.- Харьков, ХМІ. -1990. - С.13-15.
- Магдисян Т.М., Кузнецов В.Л., Шипилов В.А., Веник В.А. Лечение язвенных гастро-дуоденальных кровотечений // Хирургия. - 1991. - № 3. - С.39-43.
- Ткач С.М. Преимущества и недостатки современных методов лабораторной диагностики инфекции *Helicobacter pylori* // Лабораторная диагностика.-1998.-№ 3(5).-С. 44-48.
- Филь О.В., Рачевич С.Л., Тумак И.М. та ін. Значення прогнозування рецидиву у виборі тактики лікування гастро-дуоденального кровотечі виразкового генезу // Клініч. хирургія.-1998.-№ 1.-С. 9-11.
- Харбераюш В.А., Кондратенко П.Г., Соболь А.А. Анализ летальности и пути ее снижения у больных с острым язвенным гастро-дуоденальным кровотечением // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 1995. - Т. 4. №2. - С. 229-233.
- Эсперов Б.Н., Цыганок П.С. Хирургическое лечение кровоточащей гастро-дуоденальной язвы // Хирургия.-1990.-№ 3.-С.43-46.

Современные подходы к консервативному лечению язвенной болезни, осложнённой кровотечением

Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н.

Украинская военно-медицинская академия, Киев
Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Введение. Осложненные формы язвенной болезни (ЯБ) представляют сложную проблему современной гастроэнтерологии, требующую дальнейшего научного поиска и практического решения. В последние годы в странах Европы и Южной Америки заболеваемость ЯБ имеет стабильную тенденцию к снижению. При этом, несмотря на повышение качества диагностики, частота хирургических осложнений и показатели смертности не уменьшились, а в странах Восточной Европы даже увеличились [4]. Отмечается устойчивая тенденция к снижению числа плановых операций при ЯБ и увеличение количества оперативных вмешательств при кровоточащих и прободных язвах [13]. Наиболее частым этиологическим фактором острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) является ЯБ желудка и 12-перстной кишки, связанная с преклонным возрастом. *Helicobacter pylori* (НР)-ассоциированным гастритом и приемом нестероидных противовоспалительных средств [5-8,14]. Приблизительно в 70% случаев ОЖКК останавливается самопроизвольно, в 10% - требует активного лечения, а в 20% - рецидивирует в первые 24-72 часа [14].

ОЖКК диагностируется у 13-15% больных ЯБ, из них 19,4-39,3% составляют лица пожилого и старческого возраста. В 99% наблюдений выявляются артериальные кровотечения, при этом в 65% случаев язва 12-перстной кишки расположена на ее задней стенке [10].

К традиционным методам лечения пептических язв желудка и 12-перстной кишки относится воздействие на них слизистую с использованием эндоскопии кляя и азотно-кислого серебра; лигации сосудов, наложения тромблонек, применение высокочастотных токов, которые не гарантируют отсутствие рецидива кровотечения даже в ближайшие часы после процедуры [1]. Одними из эффективных современных способов лечения ОЖКК являются эндоскопические методы, включающие зонд-подогреватель, электроагуляцию при двух полюсах, лазерную и инъекционную (с этилеинфрилом и/или этиксисклеролом) терапию. В 1989 г. Согласительная группа специалистов по терапевтической эндоскопии и ОЖКК Национального института здоровья (США) рекомендовала использование эндоскопической терапии больных со средним или высоким риском рецидивирующего кровотечения. Интервенционную эндоскопию рассматривают как "золотой" стандарт в интенсивном лечении обострений ЯБ, осложненной кровотечением [14]. Хирургическое лечение ЯБ, осложненной кровотечением, предусматривает проведение одноди- или двухсторонней стволовой ваготомии. Наиболее органсохраняющей является селективная проксимальная ваготомия [5-7].

Основным резервом улучшения результатов лечения больных с ОЖКК является прогнозирование раннего рецидива кровотечения по прогностическим показаниям [3], достоверность которого составляет 73,2-92% [9]. Кровянистая рвота и исходно низкий исходный уровень гемоглобина являются независимыми факторами риска постоянного или рецидивирующего кровотечения, в то время как болезни печени и кровянистая мокрота - независимыми факторами риска неустраненного кровотечения [14].

Установлено повышение интенсивности перекисного окисления липидов на фоне снижения активности антиоксидантной системы у больных ЯБ, что способствует торможению профилактических процессов в гастро-дуоденальной зоне и является одним из факторов влияющих на длительность и объем кровопотери, также частоту возникновения рецидива кровотечения. Назначение антиоксидантов в комплексной терапии ОЖКК язвенного генеза способствует нормализации активности ферментов цикла Кребса и тканевого дыхания, повышению активности глутатионависимых ферментов и уменьшению количества осложнений [13].

Эффективность лечения осложненной формы ЯБ значительно повышается при использовании методов общего воздействия на ведущие патогенетические звенья ЯБ путем назначения современных антисекреторных препаратов: селективных М1 - холинолитиков (гастроепина), Н2 - гистаминоблокаторов (ранитидина, фамотидина), блокаторов Н+/K+ - АТФ-азы (омепразола) и соматостатина (сандостатина).

Цель настоящего исследования - изучить эффективность современных антисекреторных препаратов в комплексном консервативном лечении больных ЯБ дуоденальной локализации, осложненной кровотечением.

Материалы и методы

Обследовано 54 больных ЯБ 12-перстной кишки, осложненной у 28 больных впервые возникшим и у 26 - рецидивирующими кровотечением. Тяжесть кровотечения определяли по И.А.Горбашко (1974), выделяя три степени в зависимости от количества эритроцитов, уровня гемоглобина,

гематокрита, пульса и артериального давления. У 49 больных имела место I-II степень тяжести и у 5 больных - III степень тяжести кровотечения.

У всех больных ЯБ ассоциирована с НР-инфекцией, что определяли по результатам исследования биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ) с помощью CLO-теста и гистоморфологически. Кислотообразующую функцию желудка изучали с помощью метода круглосуточной внутрижелудочной рН-метрии. Больные ЯБ в зависимости от назначаемых лечебных комплексов были разделены на 4 группы:

- 1 группа - 12 больных ЯБ, которым назначался гастроепин в дозе 50 мг/сутки инфузионно до остановки кровотечения с последующим переходом на пероральный прием по 50 мг через 12 ч за 30 мин до еды - 21 день.
- 2 группа - 14 больных ЯБ получали инфузионно ранитидин (зантак) по 50 мг или фамотидин (квамател) по 20 мг 2 раза в сутки инфузионно с последующим переходом через 5-7 дней на пероральный прием соответственно 300 мг и 40 мг в сутки 21-28 дней.
- 3 группа - 18 больных ЯБ получали лечебный комплекс: гастроепин 30 мг инфузионно первые 5 дней с последующим переходом на пероральный прием по 50 мг 2 раза в сутки, в сочетании с зантаком 50 мг или квамателом 20 мг инфузионно в первые 5 дней с последующим переходом на пероральный прием по 300 мг и 40 мг в сутки соответственно - 21 день.
- 4 группа - 10 больных ЯБ получали соматостатин (сандостатин) по 1 мл (0,1 мг) инфузионно 2 раза в сутки до остановки кровотечения с последующим введением по 1 мл подкожно в течение 2-3 дней.

Через 2-3 дня после остановки кровотечения больным всех групп назначалась антихеликобактерная терапия: омепразол (гасек или ультоп) по 20 мг 28 дней, амоксициллин (флемоксин-солютаб) по 1000 мг и кларитромицин (klassid) по 500 мг 2 раза в сутки - 7 дней.

Больным всех групп на момент кровотечения и в первые дни после его остановки назначали холод, голод и покой. С целью создания системного гемостаза больным назначали инфузионно свежезамороженную плазму, лицином, аминокапроновую кислоту. Больным ЯБ с ОЖКК 3 степени по показаниям с заместительной целью проводились трансфузии эритроцитарной массы. Для восполнения объема циркулирующей крови применяли инфузионную терапию (6% раствор полиглюкина, реополиглюкин).

Контроль эффективности терапии проводили по динамике клинических симптомов: субъективных и объективных признаков (головокружение, слабость, одышка, бледность кожи и видимых слизистых, тахикардия), наличие дегтяобразного или темноокрашенного стула, данным лабораторных (общеклинический анализ крови, реакция Грегерсена) и инструментальных методов (фиброгастроудоденоскопия).

Результаты и их обсуждение

У 12 из 14 больных 1 группы введение гастроепина способствовало остановке кровотечения, при этом рН в теле желудка в течение суток составлял 4,6±0,4. На фоне лечения гастроепином у 2 больных в первые 2-5 дней наблюдалась незначительная сухость во рту и нарушение аккомодации. 2 больным с наличием профузного кровотечения из язвы, у которых введение гастроепина было недостаточно эффективным, проведено хирургическое лечение ЯБ. Эффективность гастроепина при ОЖКК обусловлена антисекреторным и цитопротективным действием за счет блокады мускариновых рецепторов и улучшения микроциркуляции СОЖ [5-8].

У больных 2 группы на фоне лечения Н2 - гистаминоблокаторами наблюдалось улучшение клинических проявлений ОЖКК: прекращение головокружения и слабости через сутки у 6 (43%) больных, через 3 суток - у 14 (100%) больных. Кровотечение было остановлено через 3 суток у всех больных. При этом нормализовался цвет кала, реакция Грегерсена отрицательная. Круглосуточный рН в желудке удерживался на уровне 4,1±0,5. Выявлены следующие побочные эффекты: у 1 больного - тошнота и сухость во рту, у 2 кардиалгия, которые не требовали отмены препарата.

У больных 3 группы на фоне сочетанной инфузионной терапии Н2-гистаминоблокаторами и гастроепином к концу вторых суток зарегистрирована остановка кровотечения. Круглосуточный рН в желудке удерживался на уровне 4,9±0,3. Побочные эффекты отмечены у 1 больного в виде сухости во рту, у 1 больного - головокружения. Таким образом, комбинированная терапия ОЖКК язвенного генеза антисекреторными препаратами повышает клиническую эффективность и ускоряет сроки купирования кровотечения.

НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ "ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ"

У больных 4 группы введение соматостатина способствовало остановке кровотечения через 1 час после начала инфузии у 9 больных, а к концу первых суток - у всех 10 больных. Круглосуточный pH в желудке поддерживался на уровне 4.8 ± 0.5 . При этом побочных эффектов не отмечалось. Соматостатин является современным и эффективным средством для лечения кровотечения из органов пищеварения. Учитывая способность препарата снижать желудочную секрецию, ингибируя поступление Ca^{2+} в паристальные клетки и гастроциты [5-7], уменьшать кровоток в органах брюшной полости, усиливать агрегацию тромбоцитов, повышать продукцию желудочной слизи и снижать портальное давление [11], соматостатин является препаратом выбора при ОЖКК язвенного генеза. У больных ЯБ на высоте кровотечения содержание соматостатина в плазме крови достоверно ниже, чем у здоровых, а уровень гастрин в 2 раза превышает показатели здоровых лиц [2]. Этот факт убедительно обосновывает целесообразность применения соматостатина в комплексной терапии осложненных форм ЯБ.

Заключение

Консервативное лечение ОЖКК язвенного генеза с использованием современных антисекреторных препаратов (M_1 -холинолитиков, Н₂-гистаминоблокаторов и синтетических пептидов) является эффективным, что позволяет значительно уменьшить процент оперативных вмешательств. Высокая эффективность предложенных лечебных комплексов обусловлена повышением pH в полости желудка более 4, что способствует повышению адгезивности тромбоцитов в зоне язвы и уменьшению геморрагических осложнений, так как при резко кислых значениях pH до 0,8 - 1,2 в полости желудка и менее 4 в ультрэрозивной зоне значительно снижается тромбогигантарный гемостаз. Максимальной терапевтической эффективностью обладают лечебные комплексы, включающие соматостатин и комбинацию Н₂-гистаминоблокаторов и гастроцептин.

Перші результати використання пілобакту (ranbaxy ltd.) у лікуванні хворих похилого та старчого віку із кровоточивою дуоденальною виразкою

Іващук О.І.

Кафедра загальній хірургії Буковинської державної медичної академії, м. Чернівці

Вступ. Ускладнення перебігу дуоденальної виразки у хворих похилого та старчого віку (ПСВ) кровоточе є найбільш грізним із можливих ускладнень. Це пов'язано з різким настанням незворотних змін в організмі пацієнту, поєднанням із супутньою патологією, яка існує у переважній кількості хворих [3,4].

Висока загальна та післяопераційна летальність у даної категорії хворих, у порівнянні з хворими молодших вікових груп, невизначеність етіопатогенетичних чинників ставить перед хірургом багато практичних питань консервативного лікування. Оскільки всіма доступними засобами необхідно зупинити кровоточу, попередити її рецидив і можливу операцію на висоті кровоточі. [1]

Використання потрійкої терапії у лікуванні виразкової хвороби дуоденальної ішики характеризується високим відсотком ерадикації H. Pylori (до 93%) та швидшим одужанням хворих. [2]

Пілобакт - препарат фірми Ranbaxy Ltd., який має у своєму складі тініазол, кларітроміцин, омепразол. Ефективним є його застосування за неускладненої виразки дуоденальної ішики. В той же час, результати використання даного препарату за кровоточивою дуоденальною виразки, особливо у хворих ПСВ невідомі. [5]

Метою нашого дослідження було вивчення застосування пілобакту за кровоточивою дуоденальною виразки у хворих ПСВ.

Матеріал та методи

Робота виконана на 47 хворих ПСВ, які лікувались з приводу кровоточивої дуоденальної виразки без явної активної кровоточі. Контрольну групу склали 19 пацієнтів, які отримували загальнопріоритетне гемостатичне лікування без використання пілобакту. Основну групу склали 28 пацієнтів, яким додатково призначали пілобакт з моменту постулення.

Середній вік у контрольній групі склав 66.7 ± 4.9 років, у основній 65.2 ± 3.1 років. У контрольній групі в 10 хворих виявлена "застаріла" виразка (52,6%), а у 9 - "стареча" (47,4%). У основній "застаріла" виразка зустрілась в 15 хворих (53,6%), а "стареча" в 13 пацієнтів (46,4%).

По важкості кровоточі хворі розподілились наступним чином. У контрольній групі 5 пацієнтів (26,3%) - легка ступінь, в 6 (31,6%) - середня, в 8 (42,1%) - важка. У основній в 7 (25%) хворих - легка ступінь, в 10 (35,7%) - середня, у 11 (39,3%) - важка.

Кислотність у хворих була наступною. В контрольній групі серед 10 пацієнтів із "застарілою" виразкою у 4 була підвищена кислотність, у 6 нормоацидність. У 1 хворого із "старечою" виразкою була підвищена кислотність, а у 8 нормоацидність.

В основній групі ситуація була наступною: при "застарілій" виразці у 6 хворих відмічалася підвищена кислотність, а у 9 - нормоацидність. При "старечій" виразці у 1 хворого була підвищена кислотність, а у 12 нормоацидність.

Тести на виявлення H. Pylori не проводились.

Оцінювали перебіг захворювання, появу рецидиву кровоточі.

Результати та обговорення. Отримані результати свідчать про різну ефективність використання пілобакту за кровоточивою дуоденальною виразки у хворих ПСВ, яка була залежала від виду виразки ("стареча" чи "застаріла") важкості кровоточі, кислотного фактору.

Покращення самопочуття хворих (біль, диспепсичні прояви тощо) у основній групі хворих відбувалось на 1,8 доби раніше, ніж в контрольній групі.

Література

1. Абрашкина Е.Д. Клиническое прогнозирование осложнения язвенной болезни острым кровотечением // Терапевт. арх. - 1993. - № 2. - С.17-19.
2. Баюк О.Я.. Фадеенко Г.Д. Фармакотерапия пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. - Харьков: Основа, 1997. - 240 с.
3. Бука Г.Ю. Справильная оценка методов прогнозирования раннего рецидива кровотечения язвенного генеза // Клин. хірургія. - 2000. - №6. - С.7-9.
4. Вловчиненко В.І., Бондаренко О.О., Довбиченко А.В та ін. Пептична виразка: нерозв'язані питання у 2000 році // Гастроентерологія: Міжвідомч. збірник. - Вип. 30. - Дніпропетровськ, 2000. - С. 94-99.
5. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения. - 2-е изд. - К.: Демос, 2000.- 321 с.
6. Дегтярева И.И. Скрыник И.Н. Язвенная болезнь / В кн.: Заболевания органов пищеварения. - 2-е изд. - К.: Демос, 2000. - С.41-82.
7. Дегтярева И.И.. Харченко Н.В. Язвенная болезнь. - К.: Здоров'я, 1995. - 336 с.
8. Дегтярева И.И.. Хатіб З. Палладина О.Л. и соавт. Новые аспекты применения пероральной слизи для лечения заболеваний органов пищеварения // Врачеб. дело. - 1997. - № 4.-С.83-86.
9. Козлов С.Н. Оценка прогностических критериев ранних рецидивов язвенного кровотечения // Лікарська справа. - 1998. - №1. - С. 137-139.
10. Кулачек Ф.Г., Івашук О.І., Фундзор В.Д., Гаевський Л.Д. Кровотечі з хронічної виразки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старчого віку // Клін. хірургія. - 2000. - № 1. - С.57-59.
11. Лопаткина Т.Н. Возможности применения сандостатина в гастроэнтологии // Терапевт. арх. - 1995. - №7. - С. 66-68.
12. Рак О.Л., Федів О.І., Коломоєць М.Ю. Вплив антиоксидантів на процеси пероксидного окиснення ліпідів та стан протоксідантної системи при виразковій хворобі, ускладненої гострою шлунково-кишковою кровотечею // Укр. терапевт. журн. - 2000. - Т. 2. № 1. - С.54-58.
13. Ратчик В.М., Чухриченко Д.П., Орловський В.В. Преимущества между терапевтами и хирургами в лечении язвенной болезни // Гастроентерология: Міжвідомч. збірник. - Вип. 30. - Дніпропетровськ, 2000. - С.43-47.
14. Mayer R., Wershine A.P. Treatment of acute unvaricose bleeding of the upper section of the gastrointestinal tract // Digestion. - 1999. - Vol. 60, Suppl. 2. - P. 47-52.

Рецидив кровотечі у основній групі (3 із 28; 10,7%) був на 5,1% менше ніж в контрольній групі (3 із 19; 15,8%). В терміни до 72 годин включно у основній групі рецидив наступив у 33,3% усіх випадків, а пізніше 72 годин у 66,7% випадків. У контрольній групі рецидив кровотечі у всіх 100% випадків наступив до 72 годин.

Характер рецидиву кровоточі показує, що в основній групі розподіл випадків був наступним: у 1 випадку у хворого із "старчою" виразкою, нормоацидністю рецидив проявився середньою ступіню кровоточі, у 2-му випадку у хворого із "застарілою" виразкою, підвищеною кислотністю рецидив проявився середньою ступіню кровоточі, у 3-му випадку у хворого із "старчою" виразкою, нормоацидністю рецидив проявився легкою ступінню кровоточі.

У контрольній групі характер рецидиву був наступний: у 1 випадку у хворої із "застарілою" виразкою, нормоацидністю рецидив проявився важкою ступінню кровоточі, у 2 випадку у хворого із "старчою" виразкою, нормоацидністю рецидив проявився важкою ступінню кровоточі, у 3 випадку у хворого із "старчою" виразкою, підвищеною кислотністю рецидив проявився середньою ступінню кровоточі.

Отримані результати свідчать, що зменшення відсотка рецидиву кровоточі за використання пілобакту на 5,1% супроводжується пізнішим виникненням рецидиву. Це дає час для проведення інтенсивної терапії і підготовки до можливого оперативного втручання.

Якщо у основній групі у 2 випадках рецидив проявився середньою ступінню кровоточі, а у 1 легкою; то у контрольній групі 2 випадків була важка ступінь кровоточі, а у 1 середня ступінь. Виникнення рецидиву кровоточі важкої ступінню є більш загрозливим для життя хворого і вимагає значних зусиль хірурга.

Як в контрольній групі, так і в основній групах кислотний фактор відіграє незначну роль: у 2 випадках із 3 відсутня кислотність. Тип виразки при виникненні рецидиву кровоточі також подібний в обох групах - у 2 випадках "старчі" виразки і у 1 "застаріло"; хоча у основній групі за "старчої" виразки існує нормоацидність, а у контрольній групі у 1 із 2 випадків існує підвищена кислотність.

Висновки

Застосування пілобакту зменшує рецидив кровоточі за дуоденальної виразки у хворих ПСВ на 5,1%.

Виникнення рецидиву кровоточі, при використанні пілобакту, настає в більш пізній термін і проявляється легшим ступенем кровоточі.

Література

1. Нікішаєв В.І., Тутченко М.І., Фомін П.Д. та ін. Ендоскопічна тактика при гострих кровоточеннях в просвіт шлунково-кишкових кровотечах / Мат. наук.-практ. конф. "Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами" (м.Львів, 10 березня 2000р.); Ліга-Прес, 2000.-С.82.
2. Рисс Е.С., Звартай Э.Э. Фармакотерапия язвенной болезни.-СПб.; М.: "Невский Диалект", Издательство БИНОМ", 1998.-253с.
3. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвіт пищеварительного канала. - Ровно, 1997.-384с.
4. Фомін П.Д., Перец Е.Є. Хірургичне лікування виразкових гастроудооценальні кровотеч у осіб похилого та старчого віку / Мат. наук.-практ. конф. "Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами" (м.Львів, 10 березня 2000р.); Ліга-Прес, 2000.-С.98.
5. Chow L.W., Gertsch P., Poont R.T., Branicki F.J. Risk factors for rebleeding and death from peptic ulcer in the very elderly // Br. J. Surg.-1998.-V.85,N1.-P.121-124.