

ния кишечного лаважа начинает восстанавливаться всасывательная способность тонкой кишки, и концу первых суток усваивается до 1000 мл глюкозо-электролитного раствора. Недостаточный объем инфузионной терапии восполняли внутривенно. На вторые сутки после нормализации ОЦК и стабилизации гемодинамики начинали введение готовой к употреблению полимерную сбалансированную питательную смесь «Унипит». При анализе результатов ЭЗП в еще небольшой группе больных мы поставили лишь задачу объективной клинической оценки накопленного опыта, что позволило сделать некоторые выводы:

ЭЗП, проводимое через 6 часов после операции, в большинстве случаев протекало гладко. В отдельных случаях больные отмечали дискомфорт, отрыжку, неприятные ощущения в животе, что вынуждало отсрочить ЭЗП на 12-24 часа.

В динамике исследовали:

- Показатели общего белка, альбумина, глобулинов в сыворотке крови.
- Показатели клеточного звена системы иммунитета (Т-лимфоциты и их субпопуляции, В-лимфоциты), которые определяли методом розеткообразования.

Показатели иммунного ответа ввиду низкой лабильности изучаемых параметров, используемые методики исследовались поэтапно: 1-й этап- исходное состояние перед операцией; 2-й этап- лаваж кишечника глюкозо-электролитной смесью (1-е сутки после операции); 3-й этап- использование смеси «Унипит» в сочетании с парентеральным питанием в соотношении 50 : 50 (3-е сутки после операции); 4-й этап- полное энтеральное питание смесью «Унипит» (6-е сутки после операции).

Результаты исследований и их обсуждение:

Во время проведения исследования у всех больных, включенных в него не отмечалось осложнений, которые могли быть связаны с ранним энтеральным питанием (несостоятельность анастомозов, тяжелый парез ЖКТ). Среднее пребывание больных, оперированных на органах ЖКТ, в отделении интенсивной терапии составило в основной группе от 4,3±1,5 сут. (от 4 до 7 сут), а в контрольной группе - 5,7±1,5 сут. (от 5 до 9 суток). Течение раннего послеоперационного периода сопровождалось катаболической направленностью метаболизма, эффективным обеспечением пластическими и энергетическими субстратами при нутритивной поддержке.

В контрольной группе к 4-м суткам произошло снижение уровня общего белка и альбумина на 11% и 25% соответственно, в то время как аналогичные показатели в основной группе уменьшились лишь на 9% и 8% соответственно, когда показатель глобулина первые сутки повысился на 4,1% в основной группе, и на четвертые сутки на 7,9% соответственно.

Исследование иммунного статуса больных до операции выявило исходные нарушения в клеточном звене системы иммунитета, которые выражались в снижении абсолютного содержания В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов и их субпопуляций.

При односторонности изменений, отсутствие достоверных различий между группами больных, указывало на неспецифический характер иммунного ответа на операционный стресс и было обусловлено исходным состоянием больного, а не видом нутритивной поддержки.

Вывод:

Раннее энтеральное зондовое питание сбалансированными смесями к концу третьих суток послеоперационного периода, сопровождается достоверным повышением спектра клеточного звена иммунитета по отношению с контрольной группой.

Применение методики ранней нутритивной поддержки позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,3-1,5 раза, реабилитировать оперированных больных в более ранние сроки.

Литература:

1. Арзыкулов Ж.А., Ижанов Е.Б. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Онкология и радиология Казахстана, №3, 2003. С.90-95.
2. Цай Е.Г., Баишева С.А. Иммунотерапия рака желудка // Онкология и радиология Казахстана, №2, 2002. С.83-89.
3. Chen da W, Wei Fei Z, Zhang YC, et al. Role of enteral immunonutrition in patients with gastric carcinoma undergoing major surgery // Asian J Surg. 2005 Apr; 28(2):121-124.
4. Логинов А.С., Царегородцева Т.М., Зотина М.М. Иммунная система и болезни органов пищеварения. - М., Медицина, 1986. - 256 с.
5. Крыжановский Г.Н. Стресс и иммунитет // Вестн. АМН СССР. - 1985. - №8. - с.3.
6. Шарманов Т.Ш., Вигдорович Д.И., Айдарханов Б.Б., Шарманов А.Т. Изучение возможности коррекции иммунной системы с помощью пищевых продуктов // Вopr.питания. -1986. - N4. - С.39-41.

УДК 616.33-022.44-005.1

ЯЗВА ЖЕЛУДКА С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В 1-Е СУТКИ

И. А. Эм

КГКП "Больница скорой медицинской помощи"

Summary

The analysis of the immediate results of the various tactical approaches allowed to argue the choice of optimal variant of treatment for patients of all age groups in favor of differentiated strategic approach, including a complex of measures on the prediction of relapse haemorrhages, the application of an optimal program of conservative hemostasis, and taking into account objectively substantiated indications and contra-indications, held in the first day-operative treatment for Bilrot - 1.

Тұжырым

Асқазан жарасынан қан кету кезінде әр түрлі емдеу жолдарын нәтижелеріне сүйене отырып және науқастардың барлық жас мөлшеріне сай консервативті гемостазбен қатар көрсеткіштер мен қарама-қарсы көрсеткіштерді еске ала отырып сырқаттың алғашқы тәуліктерінде Бильрот-1 әдісімен операция жасау жөн.

Актуальность проблемы. Лечение пациентов с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ОГДЯК) продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современной urgentной хирургии по целому ряду причин. Число пациентов с ОГДЯК имеет тенденцию к неуклонному росту, увеличившись за последние пять лет более чем в два раза, по сравнению с началом 1990-х годов. Составляя до 60-80% от всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта [1,2,3], гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии и сегодня сопровождаются достаточно высокой летальностью. Так, показатели общей и, особенно, послеоперационной летальности в большинстве хирургических клиник остаются высокими и не имеют тенденции к снижению. Если в клиниках, предметно занимающихся проблемой лечения пациентов с ОГДЯК, показатели общей и послеоперационной летальности колеблются в пределах 5,2-6,1% и 9,1-11,2% соответственно (В.К. Гостищев, 2005, И.И. Затевахин, 2001, Ю.М. Панцырев, 2000), то по г. Москве в 2007 году в среднем уровень общей и послеоперационной летальности при ОГДЯК составил 6,8% и 15,2% соответственно (А.С. Ермолов, 2007) [4]. Несмотря на то, что многие вопросы лечебной тактики при ОГДЯК сегодня уже детально разработаны, значительная часть тактических положений остается весьма дискуссионной. Это связано с выраженной разнородностью контингента больных, госпитализируемых по поводу ОГДЯК и сложностью определения некоего универсального тактического подхода при язвенных геморрагиях. При этом рассмотрение проблемы ОГДЯК требует принятия во внимание фактов значительной разнородности пациентов по возрасту и выраженности сопутствующей патологии, различной тяжести кровопотери, наконец, различной этиологии гастродуоденальных язв-источников кровотечения. Традиционно наибольшее число вопросов возникает при обсуждении проблемы ОГДЯК у пациентов пожилого и старческого возраста [5,7]. Несмотря на используемые различные варианты лечебной тактики, летальность при гастродуоденальном язвенном кровотечении остается высокой, особенно в пожилом и старческом возрасте, достигая у оперированных больных величины 25% и выше [2,3].

Критическое отношение современных исследователей к ранее бесспорному приоритету эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии в достижении окончательной остановки кровотечения, обусловленное наличием стабильного уровня рецидивов ОГДЯК при различных вариантах эндоскопического и лекарственного гемостаза отдельно или сочетано, не позволяет считать исчерпанной тему лечебной тактики при язвенной геморрагии. Кроме того, прогрессирующее увеличение числа больных с осложненными формами язвенной болезни заставляют многих авторов усомниться в принципиальной перспективности консервативного лечения данной патологии. Все чаще поднимается вопрос о расширении показаний к радикальному хирургическому лечению язвенной болезни, и тем более ее осложнений, прежде всего - у больных молодого и зрелого возраста [3,6].

Цель исследования. Определение особенностей клинического течения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений, анализ непосредственных результатов лечения при различных тактических подходах у пациентов разных возрастных групп для выбора оптимального варианта хирургической тактики с целью улучшения результатов лечения больных с язвами желудка, осложненными кровотечениями.

Задачи исследования.

Провести сравнительный анализ непосредственных результатов лечения пациентов разных возрастных групп при язве желудка с кровотечениями при выжидательной, активной и дифференцированной лечебной тактике для определения оптимального для каждой возрастной группы тактического подхода.

Материал и методы исследования.

В условиях БСМП нами проведено исследование 70 больных с кровотечениями при язве желудка. На основании анализа особенностей клинического течения острых язвенных кровотечений у пациентов разных возрастных групп показано, что с увеличением возраста пациентов преобладающим источником геморрагии при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях становятся каллезные и симптоматические язвы желудка. Возникновение острых гастродуоденальных язвенных кровотечений у больных молодого возраста является маркером тяжелого течения язвенной болезни и показанием к проведению первично-радикальных оперативных вмешательств.

Выявлено, что с увеличением возраста пациентов отмечается тенденция к снижению эффективности консервативных методов гемостаза и возрастание числа рецидивов язвенной геморрагии у пациентов пожилого и старческого возраста соответственно.

Установлено, что наиболее высокие показатели послеоперационной летальности при кровотечениях из острых и НПВП-индуцированных язв объясняются наличием данных морфологических форм у больных пожилого и старческого возраста, при наличии тяжелой фоновой патологии. Анализ непосредственных результатов различных тактических подходов позволил аргументировать выбор оптимального варианта лечебной тактики для пациентов всех возрастных групп в пользу дифференцированного тактического подхода, включающего комплекс мероприятий по прогнозированию рецидива геморрагии, применению оптимальной программы консервативного гемостаза, и с учетом объективно обоснованных показаний и противопоказаний, проведение первых суток-оперативное лечение по Бильрот-1.

Литература:

1. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Универсум паблишинг. -1997. - С. 410-423.
2. П.Булгаков Г.А. Хирургическое лечение и профилактика патологических синдромов после операций на желудке при язвенной болезни. - Дисс. . д.м.н. Москва, 1999, 261 с.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Патогенетические аспекты рецидивов гастродуоденальных язвенных кровотечений. - Хирургия, № 5, 2004. - С. 21-25.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. - М., 2005, 350 с.
5. М.А. Евсеев, С.Р. Асфарам. Летальность при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Клиническая медицина: вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения. Том 9, часть 2. В. Новгород. - Алматы, 2003. - С. 295 – 301
6. Пархисенко Ю.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений с учетом особенностей постгеморрагического состояния. - Дисс... д.м.н., Воронеж, 1997, 290 с.
7. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости (под ред. В.С. Савельева). - М., 1982, 298 с.