

НВМГ с приемлемыми результатами. Надеемся, что при соответствующем в ближайшем будущем материальном оснащении мы сможем освоить и другие способы удаления гематом, в том числе представляющийся нам перспективным эндоскопический способ.

Выводы:

1. Успешное удаление НВМГ возможно в условиях нейрохирургических отделений регионов Республики Казахстан.
2. При недостаточном материальном обеспечении (средства навигации, локального фибринолиза и т.д.) возможно применение открытого способа и ООПУ.
3. Открытый способ целесообразно использовать при субкортикальных и латерально-субкортикальных

гематомах, ООПУ – при латеральных и латерально-медиальных гематомах.

Литература:

1. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Бузов С.А., Петриков С.С. Хирургия геморрагического инсульта. - М., 2012, - 336 с.
2. Крылов В.В., Лебедев В.В. Принципы организации хирургического лечения больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями. // «Вопросы нейрохирургии», - 2002, - №2. - С. 62-65
3. Крылов В.В. и соавт. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями. // «Вопросы нейрохирургии», 2007. - №2., - С. 3-8.

Тұжырым

ЖАРАҚАТТЫҚ ЕМЕС МИ ІШІЛІК ГЕМАТОМАЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сағимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев,

Е.Х. Сулейменов, А.М. Нурекепов, Р.С. Бакиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Мақалада жарақаттық емес ми ішілік гематомасы бар 372 науқастың, оның ішінде субкортикалды – 141, латералды – 135, аралас – 60 және мишық гематомалары – 31, хирургиялық емінің нәтижелері талданады. Операцияның пункциялық-аспирациялық және ашық әдістері қолданылды. Жалпы летальдылық 19,1% құрап, жасы мен жағдайына және көп түрде гематома көлемі мен операция уақытына байланысты болды.

Негізгі сөздер: жарақаттық емес ми ішілік гематомалар, пункциялық-аспирациялық әдіс, ашық әдіс.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF NON-TRAUMATIC INTRACEREBRAL HAEMATOMAS

R.Sh. Ishmukhametov, D.C. Sagimbaev, T.N. Koyshybaev, R.S. Kaliyev,

E.H. Sulejmenov, A.M. Nurekenov, R.S. Bakiyeva

Medical Center State Medical University of Semey

They analyze results of a surgical treatment of 372 patients with non-traumatic intracerebral haematomas in the article. That amount includes 141 patients with subcortical haematomas, 135 – with lateral, 60 ones with mixed and 31 – with cerebellar haematomas. We performed the puncture-aspiration and the opened ways of the operations. The general lethality was 19,1% and depended in most cases on the patients' age, state and least on the volume of the haematoma with the term of the operation.

Key words: non-traumatic intracerebral haematomas, puncture-aspiration way, opened way.

УДК: 616.381-072.15

Е.Ш. Нурашев

Медицинский центр Государственного медицинского университета г. Семей

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аннотация

Проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группе проводился эндоскопический гемостаз в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока 40 мг 2 раза в сутки через 12 часов. Во 2 группе проводился только эндоскопический гемостаз. В основной группе стабильный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 20 пациентов. Результаты подтверждают высокую эффективность сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролока.

Ключевые слова: эндоскопический гемостаз, болюс контролок.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности эндоскопического гемостаза в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-

язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем больным было проведено исследование эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).

Все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и другим признакам. 1 группа - основная, 20 пациентов, которым эндоскопический гемостаз проводился в сочетании с внутривенным бо-

люсным введением контролока 40 мг 2 раза в сутки через 12 часов. 2 группа - контрольная, 29 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями эрозивно-язвенного генеза, которым проводился только эндоскопический гемостаз. В клинике нами применяются два основных способа эндоскопического гемостаза - это диатермокоагуляция и инъекционный гемостаз.

В качестве ведущего фактора риска, который способствует раннему рецидиву кровотечения, наряду с такими известными стигматами как эндоскопические признаки кровотечения, наличие видимого сосуда в дне язвы, артериальное кровотечение, наличие свежего тромба является и высокий уровень кислотности. Для того, чтобы под воздействием кислоты и пепсина не произошло растворения тромба, рН в желудке должен быть выше 6,0, так как только при таких условиях происходит стойкая агрегация тромбоцитов. Таким образом, быстрое достижение и сохранение уровня внутрижелудочного рН 6,0 следует рассматривать как абсолютно необходимое условие, как для остановки язвенного кровотечения, так и для профилактики его раннего рецидива.

Понятно, что быстрого снижения кислотной продукции можно достичь только в том случае, если антисекреторный препарат будет применен парентерально. К таковым относится пантопразол - препарат, имеющий более лучший профиль безопасности, чем все другие ингибиторы протонной помпы. Единичная в/в доза пантопразола обеспечивает быструю (в течение 1 часа) дозо-зависимую ингибицию кислотной продукции: при введении 40 мг - кислотная продукция уменьшается на 86%, 60 мг - на 98%, 80 мг - на 99%, причем уменьшается не только кислотная продукция, но и объем желудочной секреции. После внутривенного введения стандартной дозы пантопразола в 80 мг через 12 часов степень снижения кислотности составляет 95%, а через 24 часа - 79%. Для профилактики повторного гастродуоденального кровотечения после его первичной остановки необходимо поддерживать ахлоргидрию, для чего требуются повторные инъекции или постоянная медленная инфузия пантопразола. С этой целью проводят его постоянное в/в ведение в средней дозе 8 мг/час.

Результаты исследования. При анализе лечения больных основной и контрольной групп, нами получены следующие результаты. В основной группе стабильный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 20 пациентов. Рецидивов кровотечения не отмечалось. При контрольном динамическом эндоскопическом исследовании через 6 часов после эндоскопических мероприятий у 16 пациентов отмечалось нахождение фибрина в дне язвенного дефекта (Forrest III), у 4 - мелкие тромбированные сосуды в дне язвы (Forrest IIc). В контрольной группе, несмотря на проводимый гемостаз рецидив кровотечения развился у 4 (13,8%) больных в ближайшие 3 часа после эндоскопического вмешательства, у 2 больных (6,9%) в течение первых суток после гемостаза. Эти 6 (20,7%) пациентов были оперированы в экстренном порядке по поводу рецидива кровотечения. При контрольном эндоскопическом исследовании остальных пациентов через 6 часов - у 3 (10,3%) отмечалось наличие в дне язвы тромба (Forrest IIb), у 5 (17,2%) - Forrest IIc, у 15 (51,8%) - Forrest III.

Выводы: полученные результаты подтверждают высокую эффективность сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролока.

Литература:

1. Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Рос.журн. Гастроэнтерологов и гепатологов. - 1999. - №1. -114 с.
2. Киценко Е.А. Тактика ведения и медикаментозная терапия больных с портальной гипертензией // Рос.журн. гастроэнтерол. гепатол. - 1999. - №5. -1418 с.
3. Levine JS, Klor H.-U., Oehler G. Gastroenterologische Differential diagnostik. Stuttgart, New York: 1999.
4. Swain CP. Upper gastrointestinal haemorrhage Recent advances in gastroenterology (Ed. R.E.Pounder). Edinbough London Madrid Melbourne New York, Tokyo: 1999. - 9. - 13550.
5. Wagner PK. Gastrointestinal bleeding. Symptoms and signs, diagnosis, therapy. Hoechst Meducation Update. Frankfurt am Main. - 1988.

Тұжырым

АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІМДЕРІНДЕГІ ЭРОЗИЯЛЫҚ - ЖАРАЛАРДАН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ҚАН ТОҚТАТУ

Е.Ш. Нурашев

Медициналық орталығы, Семей мемлекеттік медициналық университеті

Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімдерінің эрозивті-жараларынан қансырау кезіндегі 49 науқасқа көрсетілген емдік шаралар нәтижесі. Жобаны жүргізу барысында науқастар екі топқа бөлінген. Бірінші топ: контролок дәрілік затын тамырға енгізі арқылы бақыланған. Екінші топқа тек эндоскопиялық жолмен қансырауды тоқтату әдістері жүргізілген. Топтарды салыстырғанда екінші топтың науқастарында қайта қансырау көрсеткіші 20,7% құрайды. Сондықтан эндоскопиялық қан тоқтату әдісі және контролок препаратын емдеуде бірге қолдану өте тиімді.

Негізгі сөздер: эндоскопиялық қан тоқтату, болюс контролок

Summary

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN EROSIIVE AND ULCEROUS AFFECTON OF UPPER SECTIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

E. Nurashv

Medical Center, State Medical University of Semey

Treatment of 49 patients with gastrointestinal bleeding erosive and ulcerative genesis of the upper gastrointestinal tract. They were divided into 2 groups. First - endoscopic hemostasis was performed in combination with intravenous bolus controloc and the second - only endoscopic hemostasis. When comparing the results of treatment in group 1 and 2, recurrence of bleeding was only the second group of 6 patients (20,7%). Thus, we can talk about high performance combination of endoscopic hemostasis with intravenous bolus controloc.

Keywords: endoscopic hemostasis, bolus controloc.