4. Головкин, А.И. Дизайнерские наркотики. Классификации, механизмы токсичности / А.И. Головкин, В.А. Башарин, М.Б. Иванов, В.А. Барин // Наркология. - 2015. - № 8. - С.69-85
5. Кошкина Е.А. Мировые тенденции распространенности наркоманий на современном этапе // Материалы II Научно-практического семинара "Методические и организационно-правовые проблемы деятельности химико-токсикологических лабораторий наркологической службы" Республиканский центр психиатрии и наркологии, 21-22 октября 2014 г., Москва – http://www.narkotiki.ru/5_74742.htm
6. Остапенко, Ю.Н. Острые отравления психоактивными веществами из группы каннабимиметиков. Клиническая картина, диагностика, лечение / Ю.Н. Остапенко, М.В. Белова, А.Е. Ключев, И.А.Тюрин, // Токсикология. – 2015. - Т. 16. –С.176-186
7. Софронов, Г.А. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы / Г.А. Софронов, А.И.Головкин, В.А. Барин, В.А. Башарин, Е.Ю.Бонитенко, М.Б. Иванов – Наркология. - 2012.- № 10.- С.97-110.

Малышева Е.А., Желудков Н.А., Букреева О.Ю.

Эффективность антисекреторной терапии при острых гастродуоденальных язвах

*МИ ПГУ
(Россия, Пенза)*

doi:10.18411/spc-15-12-2017-06

idsp: 000001:spc-15-12-2017-06

Аннотация

В последние годы, пристальное внимание хирургов обращено к проблеме лечения острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечением. За анализируемый период наблюдалось 33 пациента с острыми язвами, осложненными желудочно-кишечным кровотечением, получавшими антисекреторную терапию. Несмотря на достигаемое анацидное состояние, гарантированного метода медикаментозного гемостаза не существует.

Ключевые слова: острые язвы, антисекреторная терапия, гастродуоденальные кровотечения, внутрижелудочная секреция, рецидив кровотечения.

В последние годы, пристальное внимание хирургов обращено к проблеме лечения острых изъязвлений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, осложненных кровотечением. По данным современных авторов летальность при данной патологии может достигать до 64% (Гельфанд Б.Р. и соавт., 2005).

Как утверждает I. Guldvog (1984), выделяют 4 группы острых поражений слизистой:

1. Истинные острые эрозии и язвы, развивающиеся после массивных операций или тяжелой сочетанной травме, при шоке, почечной, печеночной или легочной недостаточности.
2. Язвы Curling - развиваются у больных с распространенными ожогами.
3. Язвы Cushing – возникают при повреждении головного мозга или нейрохирургических операциях.
4. Медикаментозные изъязвления, возникающие после применения нестероидных противовоспалительных препаратов и алкоголя.

Патогенез острых язв выяснен не полностью, однако общепризнано, что острые поражения слизистой возникают вследствие нарушения баланса между факторами агрессии и защиты, основными из которых является продукция соляной кислоты, пепсина и кровоснабжение слизистой оболочки.

В экстренном отделении областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко, за анализируемый период наблюдалось 33 пациента с острыми язвами, осложненными желудочно-кишечным кровотечением. У 21 (63,6%) больного язвенный процесс локализовался в желудке, у 12 (36,4%) в двенадцатиперстной кишке. При лечении этих пациентов применяли максимально консервативную тактику. Основную массу

пациентов составили мужчины 24 (72,7%), трудоспособного возраста 22 (66,7%), поступившие в хирургический стационар с длительностью кровотечения более 2 суток 19 (57,6%). Чаще всего провоцирующими факторами возникновения острых язв было наличие тяжелых сопутствующих заболеваний 21 (63,6%) и употребление лекарственных средств 11 (33,3%). Рвота кровью встречалась в 13 (39,4%) наблюдениях, наличие дегтеобразного стула в 20 (60,6%), потеря сознания зафиксирована у 9 (27,3%) человек. Диагноз острой кровоточащей гастродуоденальной язвы, по результатам собственных исследований, устанавливался на основании данных анамнеза (основными статистически значимыми клиническими проявлениями явились наличие тяжелого сопутствующего заболевания, прием лекарственных средств, рвота кровью и мелена ($p < 0,05$)); а также заключения эндоскопической картины (отсутствие периаульцерозного воспалительного вала по периметру язвы). Наиболее часто язва локализовалась в проекции малой кривизны желудка у 9 (27,3%) человек, с размерами дефектов более 10 мм 13 (39,4%) и активностью кровотечения II В-С у 24 (72,7%) пациентов (Forrest). В 2 случаях продолжающееся кровотечение, удалось остановить консервативными мероприятиями, в 1 пришлось оперировать по экстренным показаниям, в связи с неэффективностью инициального эндоскопического гемостаза.

В процессе проведенного ретроспективного анализа, все пациенты, были разделены на 2 группы: основную, получавшие в качестве антисекреторных средств комбинированную инъекционную терапию (Квамател и Лосек) у 15 (45,5%) пациентов и группу сравнения, получавшие таблетированные препараты (ранитидин, фамотидин, квамател, омез) 18 (54,5%) человек. Группы сравнимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, тяжести кровопотери ($p > 0,05$). В процессе использования комбинированной антисекреторной терапии, во всех наблюдениях, в короткие сроки, удавалось достигать стойкого анацидного состояния, что подтверждалось контрольными исследованиями pH на 3 – 4 сутки лечения, тогда как при использовании таблетированных препаратов, у 8 (44,4%) пациентов, с преимущественной локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке 6 (33,3%), фиксировалась гиперацидность.

По результатам проведенного лечения, рецидив кровотечения, возник с одинаковой частотой, как в основной группе 2 (13,3%), так и группе сравнения 2 (11,1%). Во всех наблюдениях локализации язв отмечалась на малой кривизне желудка. В основной массе (у 3 пациентов) рецидив кровотечения развивался на 2 сутки от момента поступления в стационар.

Таким образом, несмотря на достигаемое анацидное состояние (в основной группе), гарантированного метода медикаментозного гемостаза не существует. При этом, статистически значимых различий в уменьшении показателей рецидива кровотечения в обеих группах не отмечено ($p > 0,05$). Наличие анацидного состояния не гарантирует стабильного гемостаза. Патогенез образования острых язв и развивающихся дальнейших осложнений до конца не изучен и требует проведения дальнейших многоцентровых исследований в этой области.

1. Гельфанд, Б. Р. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гурьянов, А. Н. Мартынов и др. // Consilium medicum, интенсивная терапия. – 2005. – Т. 7. - № 6. – С. 464-468.
2. Guldvog I. Stress ulceration: possible pathogenic mechanisms. Scand J Gastroenterol Suppl. 1984;105:9-13.