

В результате проведённых нами исследований установлено, что подавляющее большинство больных в остром периоде стресса имеют повышенный уровень кислотности желудочного сока. В целом, гиперхлоргидрия желудочного секрета в одном или нескольких отделах желудка отмечена у 80 (66%) больных, причём у 30 больных с рецидивом кровотечения из эрозивно-язвенных дефектов была выражена гиперхлоргидрия.

У всех больных с выявленным НР до начала лечения показатели рН желудочного сока смещались в щелочную сторону или отмечалось резкое увеличение кислотности; к концу 4-й недели на фоне проводимого лечения рН желудочного сока смещался в кислую сторону с последующим

восстановлением в пределах нормы.

Выводы: Наличие НР в слизистой оболочке желудка больных, находящихся в стрессовых ситуациях, способствует повышению агрессивных свойств желудочного содержимого, повышая риск развития эрозивно-язвенных повреждений в проксимальном отделе ЖКТ и частоту осложнения их кровотечением.

Эрадикационная терапия, способствуя уничтожению НР-инфекции у 92% больных, предупреждает развитие кровотечений из эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки ЖКТ с последующим рубцеванием в 93% случаев.

Причины возникновения, профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений проксимального отдела желудочно-кишечного тракта

Батырова А.Н., Абдухатов Б.А., Бекматов М.Ж., Сейтпанов Д.К.

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Цель работы: выяснить некоторые стороны вопроса о возможном влиянии НР-инфекции на частоту и интенсивность развития эрозивно-язвенных кровотечений и эффективности эрадикационной терапии.

Материалы и методы: обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет (женщин 50 и мужчин 70) с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, которые разделены на три группы в зависимости от схем фармакотерапии. Первые две группы не получали эрадикационную терапию, третьей группе с первых суток после выявления НР-инфекции назначалась одна из трёхкомпонентных схем эрадикационной терапии согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III. Наряду с общеклиническими наблюдениями были проведены: определение НР-инфекции в слизистой оболочке желудка с использованием неинвазивного уреазного дыхательного Гелик-теста, а также Хелпил-теста с биоптатами из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, полученными при эндоскопическом исследовании или интраоперационно; определение рН желудочного содержимого при помощи индикаторной бумаги; неоднократное ЭГДС с целью контроля за динамикой заживления эрозий, язв и оценки результатов эрадикационной терапии.

Результаты: При проведении ЭГДС у 40 больных (в том числе у 20 больных после операции) был выявлен эрозивный эзофагит, у 50 (в том числе у 20 больных после операции) – геморрагии и острые эрозии желудка, у 10 (в

том числе у 5 больных после операции) – острые язвы желудка, у 10 (в том числе у 3 больных после операции) – острые язвы ДПК, у 10 (в том числе у 2 больных после операции) – сочетанные гастродуоденальные острые язвы. У 120 больных отмечено гастродуоденальное кровотечение и у 30 больных – рецидив кровотечения.

У 30 больных выявлены острые язвы: у 10 (из них у 5 больных после операции) – в антральном отделе желудка, у 10 (из них у 3 больных после операции) – в луковице ДПК и у 10 больных (из них у 2 больных после операции) отмечено их сочетание. У 10 больных (из них у 4 больных после операции) с острыми гастродуоденальными язвами их образование отмечено на 3-5-е сутки после травмы, у 20 (из них у 6 больных после операции) – в более поздние сроки (на 7-е сутки).

ФЭГДС показала, что у больных 1-2 группы выявлены признаки выраженного отёка слизистой оболочки, продолжительное наличие точечных эрозий в луковице ДПК и присоединение терминального фибринозного эзофагита, а среди больных 3 группы – признаки воспаления отсутствуют, хотя сами эрозии (язвы) зарубцевались.

Выводы: При профилактическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений, ассоциированных с НР, необходимо применять весь комплекс противоязвенной терапии с использованием антацидов, гастропротекторы, антисекреторных (ингибиторы протонной помпы) и антибактериальных средств.

Разработка некоторых подходов к профилактике и лечению эрозивно-язвенных повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

Батырова А.Н., Абдухатов Б.А., Текесбаев К.Ж.

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Цель работы: мы попытались прояснить некоторые стороны вопроса о возможном влиянии НР-инфекции на частоту и интенсивность развития эрозивно-язвенных кровотечений и выявить возможную взаимосвязь НР-инфекции с другими этиологическими и патогенетическими факторами.

Материалы и методы: обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет (женщин 50 и мужчин 70) с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, которые разделены на три группы в зависимости от схем фармакотерапии. Первые две группы не получали эрадикационную терапию, третьей группе с первых суток после выявления

НР-инфекции назначалась одна из трёхкомпонентных схем эрадикационной терапии согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III. Наряду с общеклиническими наблюдениями были проведены: определение НР-инфекции в слизистой оболочке желудка с использованием неинвазивного уреазного дыхательного Гелик-теста, а также Хелпил-теста с биоптатами из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, полученными при эндоскопическом исследовании или интраоперационно; определение рН желудочного содержимого при помощи индикаторной бумаги; неоднократное ЭГДС с целью контроля за динамикой заживления эрозий, язв и оценки результатов