

участвовать в регуляции нервной и эндокринной систем и в ряде других регуляторных процессов.

Таким образом, бромелаин может являться не только ферментом, но и поставщиком своих фрагментов, выполняющих уже совершенно иные функции по сравнению с целой исходной молекулой. Представление о функциональной роли фрагментов бромелаина и других белков может рассматриваться как гипотеза, которая позволяет объяснить известное в медицине его регуляторное влияние. Дальнейшие исследования проблем биохимической и биофизической регуляции физиологических процессов могут способствовать открытию новых перспектив использования бромелаина в практической сфере. Обогащение пищевых продуктов олиго-пептидами и фрагментами белков способно привести к повышению иммунного статуса потребителя. Фрагменты, обладающие антимикробным действием, могут использоваться в области санитарной гигиены и косметики, служить природными консервантами пищевых продуктов.

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЯЗВЕННЫМ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПО ЛИНИИ
ОБЛАСТНОЙ САНАВИАЦИИ**

Пархоменко И.Е., Куликовский В.Ф.,

Парфёнов И.П., Фадеев А.И.

*Областная клиническая больница
Белгород, Россия*

Кровотечения язвенной этиологии составляют 60-80% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта. (2). До 10% населения страдает язвенной болезнью желудка и ДПК. Из них у 16-23% болезнь осложняется кровотечением, а рецидив кровотечения возникает, как минимум, у каждого десятого больного, поступившего в хирургическую клинику (3). Кровотечения из желудочных и дуоденальных язв, как непосредственная причина смерти, занимают первое место в структуре летальности при язвенной болезни (1).

В условиях малоэффективного эндоскопического обеспечения, неадекватного применения фармакологических средств, недостаточного уровня подготовки врачебных кадров в больницах районного звена, проблема выбора оптимальной тактики лечения ЯГДК наиболее остро возникает перед врачебной бригадой, оказывающей помощь по линии областной санавиации.

Материалы и методы

Исследование проведено по результатам ретроспективного анализа работы выездных врачебных бригад по линии санавиации - медицины ЧС и катастроф в районные больницы (РБ) Белгородской области с марта 2001 года по ноябрь

2005 года. Из рассмотренных за этот период выездов по поводу желудочно-кишечных кровотечений (97), абсолютное большинство – 77 (79%) составили выезды, причиной которых послужило кровотечение из острых и хронических язв желудка и ДПК

Лиц мужского пола было 66 (86%), женского – 11 (14%). В основном, больные были трудоспособного возраста – 49 (64%). 27 пациентов (35%) госпитализировано позже 24 часов от начала заболевания. У 45 больных (58%) имелись сопутствующие суб- и декомпенсированные заболевания. Преимущественно, – у 29 пациентов (38%) отмечалась сердечно-сосудистая патология. В 15% случаях перед эпизодом кровотечения отмечался приём больными провоцирующих (язвенных) медикаментозных препаратов: нестероидных противовоспалительных средств – 9%; антикоагулянтов – 4%; кортикостероидов – 2%. Так же в 15% случаев отмечалось длительное злоупотребление алкоголем (суррогатами). Язвенный анамнез установлен у 47 больных (61%). Из рассмотренных 77 наблюдений ЯГДК язва желудочной локализации была у 33 больных (43%), дуоденальная язва у 41 больного (53%), у 3 больных источником кровотечения была язва ГЭА.

Размеры язвенных дефектов варьировали: до 10 мм. – 32%; от 10 до 20 мм. – 54%; более 20 мм. – 14%. Наибольшего размера была язва тела желудка до 80 мм.

Сроки проведения диагностического эндоскопического исследования в РБ у больных с ЖКК, в основном, составляли до 6 часов с момента поступления. Чётко дифференцировать источник кровотечения как гастродуоденальную язву при проведении ФЭГДС в районных больницах, удалось у 41 больного, что составило 53% диагностирования всех язвенных гастродуоденальных кровотечений. В 29 случаях (38%) эндоскопическое исследование не производилось. Из причин отмечаются: отсутствие специалиста, неисправность аппаратуры, «ненужность проведения исследования» специалистом РБ в случае планирования приезда областного специалиста.

Диагностированные гастродуоденальные язвы оценивались и классифицировались по шкале Forrest.

Ориентировочная оценка кровопотери рассчитывалась по шок-индексу (ШИ) – отношению частоты пульса в 1 мин. к величине систолического АД. С момента поступления, до консультации областными специалистами, снижение ШИ (улучшение) отмечалось только у 38 % больных; увеличение ШИ (ухудшение) у 49,5 %; не изменился у 12,5 %.

У большинства больных преимущественно и монополюсально используемым внутривенным противоязвенным препаратом являлся изрядно устаревший гастроцепин. Только в 17 % наблюдений ЯГДК использовались комбинации препаратов:

гастроцепин – лосек, гастроцепин – квамател, гастроцепин – сандостатин. У 13% больных факт использования внутривенных противоязвенных препаратов установить не удалось (по листам назначений). Противохеликобактерная терапия проводилась у 23% пациентов и только препаратами первой линии. Ни в одном из случаев ЖКК инфицированность хеликобактерной инфекции не определялась.

Практически при всех ЯГДК для выведения больных из геморрагического шока и лечения постгеморрагического синдрома применялась гемотрансфузия. Объёмы перелитой крови и её компонентов достаточно велики (мл): до 1000 – 9%; от 1000 до 3000 – 35%; от 3000 до 5000 – 20%; более 5000 – 33%.

Основной причиной вызова областных специалистов по санавиации была недостаточная квалификация районных специалистов. Далеко не в каждом хирургическом стационаре ЦРБ имеется хирург, способный выполнить резекцию желудка «на высоте» кровотечения. Большой процент в причинах вызовов составляла сложность диагностики. Это зависело, во-первых, от недостаточной подготовки врачей-эндоскопистов или их отсутствия; во-вторых, из-за неисправности эндоскопической аппаратуры. В ряде наблюдений возникала необходимость согласовать тактику лечения на месте, что так же косвенно подтверждает недостаточную квалификацию специалистов.

Все вызовы в ЛПУ области обслуживались с использованием наземного транспорта. Наиболее удалённая ЦРБ расположена в 260 километрах от областного центра, ближайшая ЦРБ находится в черте города. Для эндоскопической диагностики применялись осветители, фиброгастроскопы и лекциоскоп фирмы «Olympus». Из гемостатических приспособлений использовался эндоскопический инъектор так же фирмы «Olympus».

По поводу рецидивного язвенного кровотечения бригады врачей санавиации пришлось выезжать 54 раза (70% выездов).

Результаты

Эндоскопическая диагностика ЯГДК областными специалистами выполнялась в 49 (64%) случаях, из них в 14 (18%) применялась эндоскопическая гемостатическая терапия. Небольшой объём эндоскопических гемостатических мероприятий, предпринятых областными врачами – эндоскопистами, объясняется жёстким лимитом времени, недостаточной оснащённостью переносной аппаратурой и, как правило, необходимостью применения экстренных радикальных способов остановки рецидивного язвенного кровотечения.

Операции по поводу ЯГДК произведены у 47 больных (61% выездов).

У 26 больных (абсолютное большинство) произведена резекция 2/3 желудка по Б11 (55%).

У 5 пациентов (11%) выполнена резекция желудка по Б1 и у 5 пациентов (11%) – субтотальная резекция. В пользу выбора объёма операции послужила возможность её радикальности при относительно стабильном состоянии больного.

10 больным (21%) произведены паллиативные вмешательства, которые предпринимались у наиболее тяжелого контингента больных с декомпенсацией жизненно важных функций организма. В 1 наблюдении выполнена органосохраняющая операция – стволовая ваготомия с пилоропластикой.

Две операции выполнены в срочном порядке, остальные 45 (96%) в экстренном порядке по жизненным показаниям. Массивная кровопотеря, операционная агрессия, сопутствующие заболевания, обусловили комплекс тяжело корригируемых синдромов, осложнивших послеоперационный период (осложнения хирургического характера составили 19%, терапевтического – 17%). Из хирургических осложнений в 3 наблюдениях (6,3%) отмечалась несостоятельность швов ДПК, перитонит. В двух наблюдениях (4,3%) диагностировалось кровотечение из зоны ГЭА. Так же в двух случаях было кровотечение из гастротомного шва. В одном наблюдении отмечался стенозирующий анастомозит ГЭА.

Трижды пришлось выполнить повторные операции: релапаротомия, санация, дренирование брюшной полости (дважды) и резекция 2/3 желудка в блоке с ГЭА (после резекции по Б1). Из интраоперационных осложнений отмечались две вынужденные спленэктомии и два осложнения анестезиологического характера.

Умерло 14 больных (18%). Мужчин было 11, женщин 3. Возраст до 50 лет имели 2 больных (14%), от 50 до 60 лет – 6 больных (43%), старше 60 лет – 6 больных (43%). До эпизода кровотечения 11 пациентов 79 (%) имели сопутствующие декомпенсированные заболевания. Преимущественно (64%), диагностировалась сердечно-сосудистая патология.

Двое больных (65 и 81 год) умерли от рецидивирующего кровотечения из хронической язвы ДПК на фоне почечной и сердечно-сосудистой недостаточности без оперативного вмешательства (14%).

Двое пациентов (76 и 76 лет) скончались в раннем послеоперационном периоде после паллиативных операций ушивания кровоточащих язв желудка от пневмонии, сердечно-сосудистой недостаточности; у одного больного диагностирован инфаркт миокарда (14%).

Трое больных (46, 50, 58 лет) скончались после резекции 2/3 желудка по Б11 по поводу кровотечения из язвы ДПК в послеоперационном периоде, осложнённом несостоятельностью культи ДПК, желчным перитонитом, полиорганной недостаточностью (21%), из них двоим произведены санационные лапаротомии.

Одна больная (54 лет) скончалась от рецидивирующего кровотечения из множественных язв желудка на 5 сутки после перенесенной гинекологической операции на фоне полиорганной недостаточности.

Один больной (69 лет) умер в операционной (производилась операция гастротомия, ушивание кровоточащей язвы ГЭА).

Один пациент (52 лет) умер после эксплоративной лапаротомии по поводу кровоточащей малигнизированной язвы культи желудка при явлениях полиорганной недостаточности на фоне канцероматоза.

Один больной (36 лет) скончался от профузного кровотечения из не диагностированной язвы вертикальной ветви ДПК после проведенной резекции желудка по Б1 (по поводу кровоточащей язвы луковицы ДПК).

Один больной (55 лет) скончался от кровотечения из язвы антрального отдела желудка в раннем послеоперационном периоде после операции прошивания разрывов слизистой кардального отдела желудка (синдром Мэллори-Вейса).

Двое пациентов (51 и 62 лет) скончались на фоне полиорганной недостаточности после эпизода кровотечения из хронической язвы ДПК при стабильном гемостазе.

Таким образом, общая летальность составила 18%. Послеоперационная летальность составила 21%. У всех умерших ЯГДК послужило непосредственной или косвенной причиной смерти.

Выводы

1. Абсолютное большинство выездов врачебных бригад санавиации по причине желудочно-кишечных кровотечений осуществляется к больным с рецидивными язвенными кровотечениями.

2. Эндоскопическая служба ЛПУ области не может считаться полноценной в связи с недостаточным обеспечением и низкой квалификацией специалистов.

3. В комплексе консервативных мер по остановке язвенных кровотечений и предотвращению их рецидива, проводимых в районных больницах, недопустимо низок уровень применения современных фармакологических средств.

4. Успешно проведенная эндоскопическая остановка рецидивного язвенного кровотечения может считаться условно окончательным лечебным методом только у соматически декомпенсированных больных.

5. Риск раннего рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения в условиях районных больниц по сравнению с хирургическими стационарами областного и городского уровня многократно повышается.

6. Наиболее оптимальным для лечения больных с ЯГДК по линии областной санавиации,

в абсолютном большинстве случаев является выбор активной хирургической тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Асташов В.Л., Калинин А.В. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: диагностика, тактика и хирургическое лечение // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002. - № 1. - С.16-23.

2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Новые подходы к прогнозированию рецидивов острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Вестник РАМН. - 2004. - № 10. - С. 26-30.

3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. - 2005. - №8. - С. 52-57.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА СРЕДИ РАБОЧИХ, ЗАНЯТЫХ В ПРОИЗВОДСТВЕ ФЕРРОХРОМА

Сорокин В.Ю., Липатов Г.Я., Адриановский В.И.

Уральская государственная медицинская академия

Екатеринбург, Россия

Результаты эпидемиологических исследований смертности от злокачественных новообразований (ЗН) рабочих, занятых в производстве феррохрома, убедительно свидетельствуют о повышенном риске рака легкого в указанной профессиональной группе. Ведущим вредным фактором производственной среды в этой отрасли промышленности является хром (VI). Известно, что универсальной реакцией организма на действие неблагоприятных факторов окружающей среды является активация процессов свободнорадикального окисления. Нарушение баланса между интенсивностью действия прооксидантных факторов и функционирования системы антиоксидантной защиты клеток ведет к чрезмерной активации свободно-радикальных процессов, т.е. к окислительному стрессу.

Цель: изучить влияние пыли хрома на функциональное состояние антиоксидантной системы и перекисное окисление липидов у экспериментальных животных.

Методы: образцы пыли, содержащей хром (VI), были отобраны в ферросплавном цехе ОАО «Ключевский завод ферросплавов» (пос. Двуреченск, Свердловская область). Пыль содержала водорастворимые соединения хрома в концентрации 2300 мг/кг сухого остатка. В ходе эксперимента крысам линии Wistar пыль вводилась внутривентриально в дозе 200 мг в 1,0 мл физ. раствора. Спустя 24 часа животные забивались, и у них отбирались образцы сыворотки крови, печени, селезенки, почек, тонкого кишечника. В них определялись: каталаза (К), церулоплазмин, су-