

– завдяки можливості індивідуального тривалого нанесення профілактичного та лікувального засобу створюються умови повного одужання пацієнта при будь-яких ураженнях слизової оболонки протезного ложа.

З застосуванням заявленого протезу проліковано 26 пацієнтів. Всі вони задоволені якістю протезування і ефектом лікування. Профілактика протезного стоматиту тривала в середньому 4 місяці.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО -КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД С 2006 ПО 2015 ГОД

Зимняя Е.А.

Научный руководитель: доц. Грушка В.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

Цель исследования: проанализировать результаты диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) пациентов, наблюдавшихся в Запорожской областной клинической больнице (ЗОКБ) за период с 2006 по 2015 год, выявить наиболее частые причины возникновения ЖКК из верхних отделов ЖКТ, оценить эффективность эндоскопической остановки ЖКК из верхних отделов ЖКТ.

Материалы и методы: исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 736 пациентов с ЖКК из верхних отделов ЖКТ находившихся на лечении в ЗОКБ с 2006 по 2015 год.

Полученные результаты. Для оценки состояния гемостаза использовали классификацию активности кровотечения Forrest J.A.H. Согласно этой классификации ЖКК по активности можно разделить на 3 группы.

FI – кровотечение, которое продолжается: FIA – струйное (артериальное) кровотечение из язвы; FIB – капальное (венозное) кровотечение из язвы; FIC – подтекание крови из-под фиксированного сгустка, который невозможно удалить любым путем, без верификации источника кровотечения.

FI – кровотечение, которое остановилось: FIIA – «тромбированный сосуд» - образование, которое выпячивается над поверхностью слизистой оболочки, размером до 2мм; FIIB – фиксированный сгусток – образование, которое выпячивается над поверхностью слизистой оболочки, размером больше 2 мм; FIIC – мелкие тромбированные сосуды (черные точки).

FI – кровотечение отсутствует: дефект под фибрином.

Активное кровотечение (FI) было выявлено у 147 пациентов (19,97 %), стигматы кровотечения (FII) обнаружены у 355 больных (48,23 %), стойкий гемостаз (FIIC) у 234 пациентов (31,79%).

Причинами ЖКК из верхних отделов ЖКТ были: хроническая язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 164 больных (22,28%), эрозивный гастродуоденит - у 65 (8,83%), хроническая язва желудка – у 59 (8,01 %), синдром Меллори-Вейса – у 56 (7,6 %), варикозное расширение вен пищевода – у 44 (5,98%), острые эрозии желудка – у 43 (5,84%) и другие заболевания, среди которых эрозивный рефлюкс-эзофагит, состояние после операции: резекции желудка, острая язва ДПК.

Эндоскопическими методами остановки ЖКК из верхних отделов ЖКТ были использованы у 147 пациентов (19,97 %). Лишь у 3 больных (2,04 %) не удалось остановить ЖКК эндоскопически. Наиболее часто успешную эндоскопическую остановку ЖКК из верхних отделов ЖКТ проводили при таких заболеваниях: острые эрозии желудка у 33 пациентов (22,44 %), хроническая язва ДПК – у 30 (20,4 %), синдром Меллори-Вейса – у 25 (17 %), острая язва желудка и ДПК – у 16 (10,88 %), хроническая язва желудка - у 16 (10,88 %). В 2 случаях с наличием хронической язвы ДПК не удалось выполнить эндоскопическую остановку ЖКК из верхних отделов ЖКТ.

Выводы. 1. Наиболее частыми причинами возникновения ЖКК из верхних отделов ЖКТ у пациентов ЗОКБ, которые наблюдались в период с 2006 по 2015 год были такие заболевания: хроническая язва двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастродуоденит, хроническая язва желудка, синдром Меллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, острые эрозии желудка. 2. Эндоскопическая остановка ЖКК является высокоэффективным методом.