

незаменимыми (треонин, изолейцин, лейцин, фенилаланин, лизин, гистидин, аргинин, метионин, валин).

Выявлено, что преобладающими аминокислотами в исследованной композиции лекарственных растений являются аспарагин, глютаминовая кислота, глицин, аланин, этаноламин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головкин Б.Н. и др. Биологически активные вещества растительного происхождения. — М., 2001. — 350 с.
2. Гуляев С. М. Защитное действие *Phlojodicarpus sibiricus* при ишемии головного мозга у крыс // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2009. — № 3 (67). — С. 172—174.
3. Тараскин В.В. Фармакогностическое исследование *Phlojodicarpus sibiricus* (Steph. ex. Spreng.) Koso — Pol. И Ph. Turczaninovi Sipl. как источников получения фуранокумаринов: Автореф. дис. канд. фарм. наук. — Улан-Удэ, 2011. — 25 с.
4. Шретер А.И., Валентинов Б.Г., Наумова Э.М. Природное сырье китайской медицины. — М., 2004. — 300 с.
5. Chan W.-S. et al. Neuroprotective effects of Astragaloside IV in 6-hydroxydopamine-treated primary nigral cell culture // Neurochem. Int. — 2009. — Vol. 55. — P. 414—422.
6. Kuo Y.-H. et al. Astragalus membranaceus flavonoids (AMF) ameliorate chronic fatigue syndrome induced by food intake restriction plus forced swimming // J. Ethnopharmacol. — 2009. — Vol. 122. — P. 28—34.
7. Luo Y. et al. Astragaloside IV protects against ischemic brain injury in a murine model of transient focal ischemia // Neuroscience Letters. — 2004. — Vol. 363. — P. 218—223.
8. Ma X.Q. et al. Chemical analysis of Radix Astragali (Huangqi) in China: A comparison with its adulterans and seasonal variations // J. Agric. Food Chem. — 2002. — N 50. — P. 4861—4866.
9. Qu Y.Z. et al. Astragaloside IV attenuates cerebral ischemia—reperfusion-induced increase in permeability of the blood-brain barrier in rats // Eur. J. Pharmacol. — 2009. — Vol. 606. — P. 137—141.
10. Tang W. et al. Flavonoids from Radix Scutellariae as potential stroke therapeutic agents by targeting the second postsynaptic density 95 (PSD-95)/disc large/zonula occludens-1 (PDZ) domain of PSD-95 // Phytomedicine. — 2004. — Vol. 11. — P. 277—284.
11. Wang X. et al. Effect of flavonoids in scutellariae radix on depression-like behavior and brain rewards: possible in dopamine system // Tsinghua Science & Technology. — 2010. — Vol. 15. — P. 460—466.

Ю.Т. Чхаев

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В МБУЗ «КУЙТУНСКАЯ ЦРБ» ЗА 2008–2012 ГГ.

МБУЗ «Куйтунская центральная районная больница» (Куйтун)

Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями различных заболеваний и синдромов. Описано более 100 нозологических форм, при которых они могут наблюдаться. К ним относятся кровотечения в просвет пищевода, желудка, кишечника. Источники кровотечения могут располагаться в любом отделе желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто они выявляются в верхнем его отделе — пищеводе, желудок и двенадцатиперстная кишка. Кровотечения из острых и хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, пищеводно-желудочные кровотечения, портальная гипертензия, а также геморрагический эрозивный гастрит, синдром Меллори — Вейсса, злокачественные и доброкачественные опухоли желудка составляют основную часть всех форм, состояний, объединяемых понятием «острые желудочные кровотечения». Чаще это заболевание самого желудка — острые и хронические язвы, синдром Меллори — Вейсса, рак желудка, полипы, что сопровождается кровотечением в просвет желудка в первую очередь. Это составляет около 75 % всех случаев кровотечений (Братусь В.Д., Козлов Н.З., Андросова Т.П., Панцирев Ю.М., Маят В.С., Чикотеев С.П. и др.).

Острые кровотечения из дистального отдела пищеварительного тракта, расположенного ниже двенадцатиперстной кишки, обусловлены главным образом злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки, а также доброкачественной опухолью тонкой кишки. Они составляют около 11 % случаев (Шемякина И.С., Петрова В.П., Горбашко А.И. и др.).

На долю язвенных кровотечений приходится до 50 % случаев, около 46 % — на язвенные кровотечения, и 1—2 % — на кровотечения неустановленной этиологии (Земляной А.С., Курыгин А.А., Горбашко А.И.).

Среди больных с желудочно-кишечными кровотечениями большинство составляют мужчины разного возраста. Кровотечения разной этиологии имеют различную тяжесть кровотечения в зависимости от объема кровопотери. Объем кровопотери мы определяем по показателю Альговера (табл. 1).

Определение объема кровопотери по индексу Альговера

Таблица 1

Индекс Альговера	Объем кровопотери (% от ОЦК)
0,8 и менее	10 %
0,9–1,2	20 %
1,3–1,4	30 %
1,5 и более	Более 30 %

Также мы опираемся на показания лабораторных исследований крови (табл. 2).

Показания лабораторных исследований крови

Таблица 2

Степень кровопотери	Содержание Н в г/л	Гематокритное число	Содержание эритроцитов, $\times 10^{12}/л$
I легкая	Более 100	Более 0,40	Более 3,5
II средняя	80–100	0,30–0,40	3,5–2,0
III тяжелая	Менее 80	Менее 0,3	Менее 2,0

Для определения причины кровотечения мы пользуемся эндоскопическим методом. При обнаружении язвы желудка или язв ДПК опираемся на классификацию интенсивности кровотечения по J. Forrest (1985 – 1995 гг.).

Возможностью эндоскопической остановки язвенного кровотечения наш эндоскопист не обладает.

При язвенных кровотечениях мы прибегаем к активно-выжидательной тактике. При J. Forrest 1a, 1b тактика активная с предоперационной подготовкой а затем операция — чаще всего резекция желудка в модификации Гофмейстера — Финстерера, ваготомия с пилоропластикой, прошиванием кровотока сосуда. В остальных случаях кровотечений лечебный комплекс состоит из строгого постельного режима, голода, холода на живот, применения гемостатических препаратов. Особое внимание уделяем инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение циркулирующей жидкости и крови и стабилизацию общесоматического состояния. Устраняем дефицит объема циркулирующей крови за счет коллоидных среднелегальных растворов, улучшающих реологические свойства крови. Сочетаем с солевыми и глюкозированными растворами. При назначении инфузионно-трансфузионной терапии используем схему А.А. Курыгина (табл. 3).

Схема А.А. Курыгина для назначения инфузионно-трансфузионной терапии

Таблица 3

Содержание эритроцитов, $\times 10^{12}/л$	Концентрация гемоглобина, г/л	Инфузионно-трансфузионная терапия	
		трансфузии	Инфузии (соотношение кристаллоиды : коллоиды 2 : 1)
Более 3,0	Более 100	Плазма нативная или свежемороженая — 500 мл	20 мл/кг
3,0 и менее	100 и менее	Эритроконцентрат или свежестабилизованная кровь — не менее 6 мл/кг; плазма нативная или свежемороженая — не менее 500 мл	Не менее 30 мл/кг
2,7-2,9	75-99	Плазма нативная или свежемороженая — 500 мл; кровь — 500–700 мл	30 мл/кг
Менее 2,7	Менее 75	Эритроконцентрат или свежестабилизованная кровь — 6 мл/кг; плазма нативная или свежемороженая	30 мл/кг

Одновременно применяем Омепразол, Нексиум в сочетании с антибиотиками. При кровотечении из варикозных вен пищевода пользуемся зондом-обтуратором Блейкмора. В случаях кровотечений из острых желудочных язв, не поддающихся консервативному лечению, выполняем гастротомию с прошиванием острой язвы. При синдроме Меллори — Вейсса проводим гастротомию и прошиваем трещины.

В хирургическом отделении Куйтунской ЦРБ за период 2008 – 2012 гг. пролечено 237 больных с желудочно-кишечными кровотечениями (табл. 4). Структура прооперированных больных представлена в таблице 5.

Таблица 4

Структура больных с желудочно-кишечными кровотечениями, пролеченных в Куйтунской ЦРБ в 2008–2012 гг.

№ п/п	Нозологическая форма	Кол-во больных	20–40 лет	40–60 лет	60 и > лет
1	Язвенная болезнь желудка и ДПК	105 (44,3 %)	71 (67,6 %)	25 (23,8 %)	9 (8,6 %)
2	Рак желудка	25 (10,5 %)	2	13	10
3	Острый гастрит	17 (7,2 %)	15	2	–
4	Острая язва	8 (3,4 %)	–	3	5
5	Синдром Меллори – Вейсса	18 (7,6 %)	12	6	–
6	Кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка	17 (7,2 %)	5	7	5
7	Атеросклероз сосудов желудка	1	–	–	1
8	Медикаментозные	2	2	–	–
9	Рак толстой кишки	6	–	2	4
10	Геморрой	11	7	4	–
11	Дивертикулёз S-образной кишки	1	–	–	1
12	Кровотечение неясной этиологии	1	–	–	1

Таблица 5

Структура больных с желудочно-кишечными кровотечениями, прооперированных в Куйтунской ЦРБ в 2008–2012 гг.

№ п/п	Нозологическая форма	Кол-во больных	Оперировано	Из них умерло (в т.ч. после операции)
1	Язвенная болезнь желудка и ДПК	105 (44,3 %)	11 (10,5 %)	6 (1)
2	Рак желудка	25 (10,5 %)	2 (8 %)	2 (1)
3	Острый гастрит	17 (7,2 %)	2 (11,8 %)	–
4	Острая язва	8 (3,4 %)	1 (12,5 %)	1 (0)
5	Синдром Меллори – Вейсса	18 (7,6 %)	5 (27,8 %)	–
6	Кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка	17 (7,2 %)	3 (17,6 %)	7 (0)
7	Атеросклероз сосудов желудка	1	–	–
8	Медикаментозные	2	–	–
9	Рак толстой кишки	6	–	–
10	Геморрой	11	11	–
11	Дивертикулёз S-образной кишки	1	–	–
12	Кровотечение неясной этиологии	1	–	1 (0)

При кровотечении язвенной этиологии больные выздоравливали после консервативной терапии. Из оперированных выполняли резекцию желудка в модификации Гофмейстера – Финстерера, ваготомию с пилоропластикой и прошиванием сосудов при язве ДПК.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

1. Б-й К., 34 года. Диагноз: атрофический цирроз печени, кровотечение из варикозных вен пищевода тяжелой степени. Проводилась интенсивная терапия, зонд Блекмора. Через 2 дня рецидив кровотечения. Операция, при которой обнаружены варикозно расширенные вены брюшины до 1–1,5 см в диаметре от мечевидного отростка и ниже пупка. Вены перевязаны, гастротомия – крови нет. Операция завершена. Обнаружен атрофический цирроз печени. Выздоровление. Рецидива кровотечения не было более 2 лет.

2. Б-ая К., 74 года. Диагноз: желудочно-кишечное кровотечение тяжелой степени. Кровотечение остановлено консервативными методами. ФГДС – патология не верифицирована. В анамнезе рак тела матки. Через сутки рецидив кровотечения с быстрой гибелью больной. На секции обнаружен метастатический рак парааортального лимфатического узла с прорастанием в ДПК с массивным кровотечением.