

Дайджест

Особенности и исходы острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ у пожилых пациентов

Цель настоящего исследования – изучить особенности клинической картины и исходы эндоскопического лечения острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ у лиц старше 65 лет по сравнению с более молодыми пациентами.

Анализировались данные 526 пациентов одного клинического центра, последовательно пролеченных по поводу острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ с 2007 по 2009 год. Учитывались данные исходного клинического обследования и 30-дневные исходы эндоскопического лечения.

235 из 526 больных были старше 65 лет (средний возраст в этой группе составил 74,2±6,7 года; 63% – мужчины). По сравнению с более молодыми пациентами у больных старше 65 лет кровотечение из верхних отделов ЖКТ чаще манифестировало меленой (53 против 30% в группе моложе 65 лет; $p<0,001$), пожилые пациенты чаще имели сопутствующее заболевание (69 против 54%; $p<0,001$) и чаще принимали антиагрегационные препараты (39 против 10%; $p<0,001$). Обращает на себя внимание тот факт, что нарушения гемодинамики реже наблюдались у пожилых пациентов (49 против 68% в группе моложе 65 лет; $p<0,001$). У пожилых больных ведущей причиной кровотечений была пептическая язва, второе и третье места заняли варикозное расширение вен пищевода и гастропатии. Сравнимые возрастные группы пациентов не различались по частоте применения эндоскопического метода остановки кровотечения, потребности в гемотрансфузии, длительности стационарного периода лечения и числу случаев применения хирургической тактики, а также по частоте повторных кровотечений за 30-дневный период и показателю смертности. Регрессионный анализ Кокса позволил установить, что гемодинамическая нестабильность на момент госпитализации, сопутствующий цирроз печени и диссеминированные формы рака, потребность в гемотрансфузии и развитие повторных кровотечений статистически достоверно повышали риск 30-дневной смертности в обеих группах.

Авторы исследования заключили, что пожилой возраст не влияет на исходы эндоскопического лечения при острых кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, несмотря на более высокую представленность сопутствующей патологии и частоту приема антиагрегационных средств в возрастной группе старше 65 лет.

Charatcharoenwithaya P. et al.
World J Gastroenterol. 2011 Aug 28;
17(32): 3724-3732

Безопасность эндоскопической остановки кровотечения из верхних отделов ЖКТ у пациентов с низким гематокритом

Обычной практикой у пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ является проведение трансфузии эритроцитарной массы для нормализации уровня гемоглобина (10 г/дл) и гематокрита (30%) перед выполнением эндоскопии. В настоящем исследовании оценивались безопасность и исходы лечения с первичной эндоскопической остановкой кровотечения до нормализации картины крови.

920 пациентов с подтвержденным кровотечением из верхних отделов ЖКТ последовательно распределяли в две группы: с низким (<30%) или высоким (>30%) гематокритом. Остальные исходные характеристики больных не различались между группами. У всех пациентов проводилась эзофагогастродуоденоскопия без предварительной трансфузионной терапии. Во время или после эндоскопии развилось 8 кардиоваскулярных событий:

у 5 из 587 (1%) пациентов группы низкого гематокрита и у 3 из 333 (1%) больных с нормальным уровнем форменных элементов крови ($p=0,29$). Потребность в гемотрансфузии достоверно чаще возникала в группе с низким гематокритом (74 против 24%; $p<0,001$). Однако корреляция между объемами перелитой эритроцитарной массы и гематокритом была слабой, объемы трансфузии значительно различались у разных пациентов, поэтому оценить влияние гемотрансфузии на исходы не удалось. Смертность в обеих группах была сопоставимой.

Исследователи заключили, что большинство пациентов, которых госпитализируют с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, имеют исходно низкий уровень гематокрита (<30%). Однако безопасность эндоскопии у этих больных не отличается от таковой при гематокрите (>30%), поэтому необязательно ожидать результата анализа крови для проведения эндоскопической остановки кровотечения.

Balderas V. et al. Am J Med.
2011 Oct; 124(10): 970-976

Консервативная или малоинвазивная тактика ведения больных с острым некротизирующим панкреатитом: сравнение исходов

Все чаще врачи отдают предпочтение консервативному лечению некротизирующего панкреатита и все реже прибегают к хирургическому вмешательству. В проспективном многоцентровом исследовании ученые из Нидерландов попытались выяснить, насколько оправдан этот выбор.

В исследование последовательно включили 639 пациентов с некротизирующим панкреатитом, которые получали помощь в 21 стационаре с 2004 по 2008 г. Анализировались исходы заболевания в зависимости от примененной тактики лечения (консервативной, эндоскопической, хирургической). Общая смертность составила 15% ($n=93$). Органная недостаточность развилась у 240 больных (38%) с летальным исходом в 35% случаев. 397 больных (62%) вели консервативно, смертность в этой группе составила 7%. Хирургическое вмешательство было выполнено у 242 пациентов (38%) с летальным исходом в 27% случаев, в том числе ургентная лапаротомия – у 32 пациентов (5%) с летальностью 78%. Получена обратная корреляция между задержкой до выполнения операции и смертностью: от 0 до 14 дней – смертность 56%; 14-29 дней – 26%; более 29 дней – 15% ($p<0,001$). У 208 пациентов (33%) были выполнены оперативные вмешательства по поводу инфицированного некроза, смертность в этой группе составила 19%. Катетерное дренирование чаще всего применялось в качестве первичного вмешательства (63% случаев), у 35% больных впоследствии не проводилась некрэктомия. При первичном катетерном дренировании отмечено меньше осложнений, чем при первичной некрэктомии (42 против 64%; $p=0,003$). У пациентов с паренхиматозным некрозом поджелудочной железы ($n=324$) по сравнению с больными, у которых наблюдался только перипанкреатический некроз ($n=315$), отмечен более высокий риск развития органной недостаточности (50 против 24%, $p<0,001$) и летального исхода (20 против 9%, $p<0,001$).

Исследователи заключили, что примерно у 62% пациентов с некротизирующим панкреатитом можно отказаться от оперативного лечения и получить хороший исход. У пациентов с инфицированным некрозом отсрочка оперативного вмешательства и первичное катетерное дренирование улучшают прогноз.

van Santvoort H.C., Bakker O.J., Bollen T.L. et al. Gastroenterology.
2011 Oct; 141(4): 1254-1263. Epub 2011 Jul 8

ЗМІСТ

ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Профілактика венозних тромбозів і тромбоемболії легеневої артерії в загальній хірургії

Б.О. Матвійчук 7

Современная тактика ведения пациентов**с кровоточащими гастродуоденальными язвами**

П.Д. Фомин 8-11

Застосування цефалоспоринового антибіотику**четвертого покоління цефепіму в лікуванні хірургічних інфекцій**

І.Д. Герич, Т.В. Хомченко, О.М. Морозович та ін. 12-13

Хирургическое лечение хронического панкреатита

В.М. Копчак, К.В. Копчак, Л.А. Перерва та ін. 18-19

Некоторые подходы к ведению пациентов

с острым панкреатитом с позиции доказательной медицины 20

Сучасні способи хірургічного лікування пахвинних гриз

Я.П. Фелештинський 24-27

ФЛЕБОЛОГІЯ

Терапия и профилактика осложнений варикозной болезни

И.И. Кобза, В.Г. Мишалов 14-15

Венозные язвы

Р.Т. Сайгитов, М.Г. Глезер 17

КОЛОПРОКТОЛОГІЯ

Лечение гнойно-воспалительных раневых осложнений**в колопроктологии: фокус на выбор антибактериального****препарата**

Я.С. Березницкий, В.Ф. Сулима 33

Эндоскопическая диагностика раннего колоректального рака

В.И. Никишаев, А.Р. Патий, И.Н. Тумак и др. 34-37

ОРТОПЕДІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

Ксарелто в профилактике тромбоемболии**у пациентов с венозной патологией при эндопротезировании**

В.Ю. Мурылев, П.М. Елизаров, Я.А. Рукин 21

Дабигатран – новый подход к профилактике**тромбоемболических осложнений**

Т.Б. Минасов, Б.Ш. Минасов, Ш.З. Загидуллин и др. 31

Эноксапарин в профилактике тромбоемболических**осложнений при эндопротезировании суставов**

Н.А. Корж, В.А. Филиппенко, Ф.С. Леонтьева и др. 38-39

2011 рік в ортопедії та травматології: підсумки й перспективи

С.С. Страфун 40-41

SAM-e – новый подход в лечении остеоартроза 42**Сучасні технології консервативного та хірургічного****лікування уродженого вивиху стегна у дітей**

М.О. Корж, О.І. Корольков 43-45

Новые возможности патогенетической терапии**в комплексном лечении остеоартроза**

В.В. Поворознок 46

Лікування нестабільності надколінка на сучасному етапі

І.М. Зазірний, В.Г. Євсєєнко 47-50

Перелом Лисфранка 50**Сухожилие длинной малоберцовой мышцы****как аутотрансплантат для реконструкции связочного****аппарата коленного сустава при его нестабильности**

Е.В. Кожевников, П.А. Баженов 51

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Гипералгезия, вызванная введением опиатов:**клиническое значение и пути устранения**

Ю.Ю. Кобеляцкий 3-4

Самый назначаемый в Европе анальгетик

для лечения послеоперационной боли 26-27

Современные представления и основные**принципы терапии боли** 28-29

В.В. Алексеев 28-29