

А.Н. БАТЫРОВА, Г.С. БЕРДАЛИНА, В.М. ЗРЯЧЕВ
Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СТРЕССОВЫХ ЭРОЗИВНО- ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

УДК 616.33/.34-002.446-084

Ранняя эрадикация у НР-инфицированных больных в критических состояниях снижает частоту рецидивов и уменьшает вероятность развития осложнений в 96% случаев, а также позволяет в динамике оценить значимость НР-инфекции в генезе заболеваний и адекватно определить долгосрочную тактику ведения больного.

Ключевые слова: «стрессовая язва», желудочно-кишечное кровотечение и их рецидивы, геликобактерная инфекция, НР-инфекция, геморрагический шок

Стрессовыми симптоматическими язвами (эрозиями) верхних отделов желудочно-кишечного тракта называют обычно острые, чаще поверхностные и множественные эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны, возникающие у тяжелых больных в критических состояниях.

Частота острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений (ОГЭП) и обусловленных ими желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у больных терапевтического и хирургического профиля, находящихся в критическом состоянии, остается неуточненной. Так, по данным разных авторов, ОГЭП развиваются у таких больных с частотой от 1-3% до 80-90%, а ЖКК - от 5 до 47% [1,2,3,4,5]. По данным В.А. Кубышкина и В.К. Шишина [2] ОГЭП осложняются развитием ЖКК в 10-15% случаев, из которых до 60% становятся причинами летального исхода. Среди всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на долю ОГЭП приходится 10-20% [5].

Длительная, более чем столетняя история изучения патогенеза гастродуоденальных изъязвлений не привела специалистов, занимающихся этой проблемой, к единому мнению. В современной литературе высказываются различные, зачастую прямо противоположные представления о патогенетических механизмах возникновения гастродуоденальных, в том числе и стрессовых язв. Следствием этого является отсутствие и единых принципов эффективной профилактики.

Наряду с этим в литературе имеются немногочисленные данные о значении в генезе эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны и осложнений (ЖКК и их рецидивов), где может играть роль НР-инфекции.

Этиологическая взаимосвязь и последовательность развития нарушений у больных, находящихся в критическом состоянии, объединяются в синдром острого повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки (СОПЖ и ДПК), который последовательно развивается в направлении повреждения целостности слизистой оболочки (дистрофические процессы в СОЖ и ДПК), усиления кислотнопетической агрессии, нарушения секреторномоторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны (парез желудка и ДПК, дуоденогастральный рефлюкс) => прямая деструкция эпителиоцитов СОЖ и ДПК при её обсеменении геликобактерной инфекцией (некроз с аррозией кровеносного сосуда

гастродуоденальной зоны). Основными причинами повреждения целостности слизистой оболочки желудка и ДПК при стрессовых язвах (эрозиях) при критических состояниях являются: локальная ишемия-реперфузия, сопровождающаяся избыточным синтезом оксида азота, радикалов O₂, цитокинов, снижением синтеза защитных простагландинов, гибелью эпителиальных клеток, угнетением процесса их регенерации и цитотоксическим действием геликобактерной инфекции (НР).

Исходя из вышеизложенного, возникают закономерные вопросы: при стрессе - после перенесенного шока или оперативного лечения или при тяжёлом течении терапевтических заболеваний, связано ли развитие осложнений гастродуоденальной зоны с хеликобактерной инфекцией? Если да, то возможно ли перенести положительный опыт лечения хеликобактерной инфекции в элемент активной профилактики стрессовых язв?

Ответы на эти вопросы, на наш взгляд, могло бы способствовать разработке оптимальной схемы профилактики и фармакотерапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны.

Цель работы: изучить патогенетические механизмы и факторы, способствующие возникновению стрессовых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны и разработать патогенетически обоснованный метод профилактики этого осложнения.

Методы исследования.

В работе использованы общеклинические и специальные методы обследования больных. Анализу подвергнуты наиболее значимые клинические признаки заболевания, данные анамнеза и результаты параклинических методов исследования. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале SAPS (Simplified Acute Physiological Score) и исходу заболевания. К группе «высокого риска» относили пациентов, имеющих более 21 балла по шкале SAPS. Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, дополнительно проводились:

1. Степень кровопотери (классификация Воробьева А.И., 1994г.).
2. Состояние гемостаза (показатели ПТИ, фибриногена и АЧТВ).
3. Показатели центральной гемодинамики (ОЦК, ОПСС, УО и МОК).

4. Параметры дыхания и кислотно-щелочное состояние (рНа крови, лактат, РаО₂, РаСО₂, SaO₂ и активность буферных систем).

5. Эндоскопическое исследование (локализация, размер поражения, давность начала кровотечения, источник и активность кровотечения по критериям Forrest).

6. Исследование рН желудочного сока (при помощи индикаторной бумаги).

7. Морфологическое исследование (окраска Романовского-Гимзе).

8. Диагностика НР-инфекции (ГЕЛИК-тест, ХЕЛПИЛ-тест, быстрый уреазный тест с гистологическим исследованием).

Результаты исследования и лечения.

Исследования проводились с момента поступления пациентов в клинику и в ОРИТ ЦГКБ, где и были получены использованные в исследованиях материалы. Всего за весь период (2004-2010 гг.) собраны материалы по 463 случаям заболевания ЖКТ.

К исследованиям привлекались 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, получавших лечение в интенсивной терапии, у которых основное заболевание, осложнилось стрессовым эрозивно-язвенным кровотечением. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет, из них женщин – 53 (44,1%), мужчин – 67 (55,8%).

Разработанный метод профилактики стрессовых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны включал в себя назначение с первых суток после выявления НР-инфекции, согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса IV (квартотерапия), одной из известных схем эрадикационной терапии, включавшая париет (20 мг 2 раза в сутки per os) или

контролок (40 мг 2 раза в день в инъекциях) в сочетании с де-нолом по 120 мг 4 раза в сутки, метранидазолом по 500 мг 3 раза в сутки и тетрациклином по 500 мг 4 раза в сутки. Длительность лечения в стационаре составила 10-14 дней.

Сравнительный анализ клинической эффективности профилактики стрессовых язв в виде кровотечений и их рецидивов показал, что у НР-инфицированных больных после проведения эрадикации количество стрессовых осложнений меньше в 2 раза по сравнению с необследованными на НР-инфекцию пациентами и позволяет уменьшить общую летальность в 2 раза и летальность от осложнений стрессовых язв с 57,1% до 33,3%.

Выводы:

1. У больных, находящихся в критическом состоянии, наличие НР-инфекции является одним из факторов возникновения и ускорения стрессовых гастродуоденальных язв и их осложнений в 68,3% случаев.

2. При наличии обсеменения НР-инфекцией у больных, находящихся в критическом состоянии, рецидив гастродуоденального кровотечения развивается в 45% случаев.

3. Сочетание сопутствующих хронических соматических заболеваний у НР-позитивных больных повышает риск развития стрессовых гастродуоденальных кровотечений.

4. Разработанный метод профилактики стрессовых гастродуоденальных кровотечений (эрадикационная квартотерапия НР-инфекции) в раннем послеоперационном периоде у больных с геморрагическим шоком способствовала уменьшению общей летальности с 57,1% до 33,3%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ding S.-Z., Minohara Y., Fan X. J., Wang J., Reyes V. E., Patel J., Dirden-Kramer B., Boldogh I., Ernst P. B., Crowe S. E. Helicobacter pylori Infection Induces Oxidative Stress and Programmed Cell Death in Human Gastric Epithelial Cells // Infection and Immunity. — 2007. — Т. 75. — № 8. — С. 4030—4039.
- 2 Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Consil. med. (хирургия). – 2004.- №1. – С.17-20.
- 3 Циммерман Я. С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 224 с.
- 4 Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients // World J. Gastroenterol. – 2006. – 12 (22). – P. 3597-3601.
- 5 Van der Wouden E.J., Westerveld B.D. A patient with diabetes mellitus and recurrent peristomal bleeding // J. Med. – 2006. – Vol.64. - №8. – P. 314-316.

А.Н. БАТЫРОВА, Г.С. БЕРДАЛИНА, В.М. ЗРЯЧЕВ

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬДЫ АЙМАҚТЫҢ СТРЕССТІК ЭРОЗИВТІ ЖӘНЕ ОЙЫҚ ЖАРАЛЫ ЖАРАҚАТЫН ЕСКЕРТУ

Түйін: Өте ауыр халде жатқан НР-инфекциясымен зарарланған науқас адамдарға мейлінше ертерек эрадикациялық ем жүргізу нәтижесінде олардың 96%-ында аурулардың өршуінің жиілігі мен асқынулар дамуының мүмкіндігін тежеуге қол жеткізіледі. Сонымен қатар мұндай емді дер кезінде қолдану аурудың даму механизмін динамикалық бағамдауға және аталмыш науқастарды ұзақ мерзімді жүргізу тактикасын анықтауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: стресстік язва, асқазан-ішектік қан кету және оның рецидиві

A.N. BATYROVA, G.S. BERDALINA, V.M. ZRYACHEV

WARNING STRESS EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF GASTRODUODENAL ZONE

Resume: Early eradication in HP-infected patients at critical states reduces the rate of recurrences and lowers the possibility of the complications development in 96% of cases and also it enables to evaluate in dynamics the importance of HP-infection in the genesis of the diseases and to determine the long-term tactics of managing a patient.

Keywords: "stress ulcer", gastro-intestinal bleeding and recurrences, Helicobacter infection, HP infection, hemorrhagic shock