

УДК 616.33/.34-002.44/.446-084

А.Н. БАТЫРОВА, В.К. ИСРАИЛОВА, Г.С. БЕРДАЛИНА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

ПРОБЛЕМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖКТ

Профилактическое лечение НР-инфекции у больных, перенесших критические состояния, уменьшает вероятность развития стрессовых язв и частоту рецидивов кровотечения, а также улучшает прогноз лечения у этой категории больных, что имеет клиническую значимость в улучшении прогноза рецидивов и уменьшает летальность от стрессовых гастродуоденальных язв.

Ключевые слова: стрессовые язвы, геликобактерная инфекция, кровотечения

Существует множество теорий, которые так или иначе объясняют механизм возникновения острых (стрессовых) гастродуоденальных язв: пептическая, сосудистая, гормональная, нейрогенная, инфекционно-воспалительная, иммунодефицита и другие, что в целом свидетельствует об отсутствии четкого представления о патогенезе этого заболевания.

Предполагая, что в патогенезе язвенной болезни и стрессовых язв есть схожие механизмы повреждения слизистой оболочки, необходимо учесть тот факт, что в последнее десятилетие появились данные, свидетельствующие о важной роли *H. pylori* в этиологии и патогенезе острых гастродуоденальных язв. На сегодняшний день практически не изучена взаимосвязь НР-инфекции слизистой оболочки гастродуоденальной зоны с острыми-стрессовыми изъязвлениями у больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями. В то же время, по данным В.А. Исакова [1], ранняя эрадикация *H. pylori* у больных с язвенным кровотечением снижает риск развития повторных кровотечений у всех без исключения больных, в то время как у больных, не получавших антихеликобактерной терапии, рецидивы язвенных кровотечений возникают в 30% и более случаев.

Проблема научных исследований в области разработки новых, эффективных методов прогнозирования и профилактики стрессовых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта ставит на одно из ведущих мест в современной гастроэнтерологии, хирургии и интенсивной терапии.

Цель работы. Изучить патогенетические механизмы и факторы, способствующие возникновению стрессовых эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, и разработать эффективный метод профилактики этого осложнения.

Материалы и методы. Для решения основной задачи исследования - выявления факторов, способствующих возникновению стрессовых эрозий и язв ЖКТ в периоперационном периоде и при заболеваниях внутренних органов, под наблюдением автора (2004-2009 гг.) находились 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, в том числе 51 (42,5%) больных после хирургических вмешательств. Все больные находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Центральной городской клинической больницы г. Алматы. У всех наблюдаемых больных течение основного заболевания или послеоперационного периода осложнилось гастродуоденальным кровотечением различной интенсивности.

Критериями верификации наличия у больного стрессовых поражений ЖКТ являлись наличие кровотечения из ЖКТ, источник которого подтвержден на ЭФГДС, и отсутствие у больного язвенного анамнеза и он не принимал лекарственные препараты, которые могут вызвать аналогичное поражение ЖКТ.

Возраст больных колебался от 18 до 72 лет, из них: женщин – 53 (44,1%), мужчин – 67 (55,8%). У всех 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями наблюдалась картина пареза кишечника, у 50 больных из них наблюдался рецидив кровотечения, источником которого были острые язвы и эрозии желудка и ДПК, а также эрозивно-геморрагический гастрит.

Для изучения факторов, способствующих возникновению стрессовых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и их осложнений (ЖКК и рецидивы) у больных, находившихся в критическом состоянии, проанализированы показатели ЦГ, состояние гомеостаза, ЭФГДС, кислотопродуцирующая функция желудка и морфологическая оценка слизистой оболочки желудка и ДПК. У этих же больных для оценки влияния НР инфицированности гастродуоденальной зоны на частоту развития стрессовых кровотечений из язвы и их рецидива в ранние сроки от момента первого кровотечения, мы использовали уреазный дыхательный Гелик-тест, Хелпил-тест и быстрый уреазный тест с гистологическим исследованием биоптата из слизистой оболочки луковицы ДПК, антрального отдела и тела желудка, полученного при эндоскопическом исследовании или интраоперационно, выгодно отличающиеся простотой при достаточной точности.

Результаты исследования

В результате проведенных исследований 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, были разделены на 2 группы – хирургического и терапевтического профиля. Каждая группа подразделена на НР-позитивные и НР-негативные больных. В состав 1 группы входили 51 (42,5%) больных хирургического профиля, т.е. больные, у которых стрессовые язвы осложнились кровотечением после операций на органах брюшной полости, мочевом пузыре, сосудах и после различных травм. В хирургической группе наблюдались больные в возрасте от 25 до 60 лет (41,31±3,32), из них: мужчин – 27 (53%), женщин – 24 (47%).

В состав 2 группы вошли 69 (57,5%) больных, у которых на фоне основного хронического терапевтического заболевания, возникли стрессовые язвы гастродуоденальной зоны, осложненные кровотечением. В терапевтической группе наблюдались больные с возрастом от 18 и старше 70 лет ($46,16 \pm 4,12$), из них: мужчин – 40 (58%), женщин – 29 (42%).

Из 69 пациентов, страдавших различными заболеваниями, острые язвы наиболее часто развивались при остром или хроническом заболевании дыхательной системы – 42%, хроническом заболевании печени – 26%. Реже стрессовые язвы встречались при хроническом заболевании почек – 18,8% и болезнях сердечно-сосудистой системы – 13% больных. Хронические заболевания отсутствовали у 9 (13%) больных с острым основным заболеванием. Одно основное хроническое заболевание – у 18 (26%) больных, два хронических сопутствующих заболевания – у 29 (42%) больных, три хронических сопутствующих заболевания – у 13 (18,9%) больных.

Исследуемые больные 1-ой группы (хирургического профиля) и 2-ой группы (терапевтического профиля) со стрессовыми гастродуоденальными кровотечениями были подразделены на две подгруппы в зависимости от наличия НР-инфекции.

В хирургической группе из 51 больного НР-инфекция выявлена в 70,5% (36 больных) случаев.

В терапевтической группе из 69 больных НР-инфекция выявлена в 66,7% (46 больных) случаев.

В целом, из 120 наблюдавшихся больных с уже развившимися эрозивно-язвенными поражениями проксимального отдела ЖКТ, осложненными кровотечениями, НР-инфекция выявлена у 82 больных (68,3%), у 38 больных (31,6%) НР-инфекция не выявлена.

Таким образом, на основании наших данных – в 68,3% случаев в обеих группах выявлена НР-инфекция, можно сделать вывод, что наличие НР-инфекции в слизистой оболочке проксимального отдела ЖКТ способствует возникновению стрессовых эрозивно-язвенных кровотечений гастродуоденальной зоны и повышает частоту их осложнений, а также можно утверждать, что наличие НР-инфекции определяет прогноз развития стрессовых поражений ЖКТ с вероятностью 0,7.

Хронические сопутствующие заболевания имели место почти у всех больных со стрессовыми гастродуоденальными язвами. Наиболее часто наблюдались болезни органов дыхания – у 47 (39,1%) из 120 больных. Одно хроническое заболевание имели 24 (20%) больных, различные сочетания двух заболеваний – 61 (50,8%) больных, трех заболеваний – 26 (21,6%) больных.

На основании наших исследований можно сделать вывод, что наличие хронических сопутствующих заболеваний, особенно их сочетаний, повышает риск развития стрессовых гастродуоденальных язв и их осложнений у НР-позитивных больных.

По результатам изучения состояния гемостаза в постгеморрагическом периоде у 120 пациентов со стрессовыми эрозивно-язвенными кровотечениями средней, тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести при поступлении до начала инфузионной терапии выявлено, что изменения в коагулограмме имеют место у 92% больных, но существенно не зависят от наличия НР-инфекции. Наблюдается зависимость от тяжести кровотечения. Это подтверждает то, что язвенные кровотечения не связаны с коагулопатией и носят механический характер, обусловленный повреждением слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. При тяжелых кровотечениях изменения в коагулограмме свидетельствует о расходе факторов свертывающей системы крови и коагулопатии разведения. Существенных различий нарушений состояния гемостаза у НР-позитивных и у НР-негативных больных, осложненных кровотечением, не выявлено и статистическая разница недостоверна ($p < 0,05$).

По результатам изучения в системе центральной гемодинамики, параметров дыхания и кислотно-щелочного состояния при стрессовых эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечениях средней, тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести при поступлении до начала инфузионной терапии у хирургических и терапевтических больных. Оказалось, что ведущим фактором развития нарушений является гипоксия тканей, клинико-лабораторные признаки которой были наиболее выраженными при тяжелых кровотечениях и являлись следствием централизации – нарушением тканевой перфузии на фоне анемии. Существенных различий нарушений системы кровообращения, параметров дыхания и КЩС у НР-позитивных и у НР-негативных больных, осложненных кровотечением, не выявлено и статистическая разница недостоверна ($p < 0,05$).

По результатам исследования кислотообразующей функции желудка установлено, что из 120 больных – у 74 пациентов выявлено умеренное повышение уровня кислотности желудочного сока, у остальных 46 больных – пониженный уровень кислотности. Гиперхлоргидрия после рецидива кровотечения повышается у НР-позитивных больных в сравнении с НР-негативными пациентами и разница статистически достоверна: t -Крит. = 1,77, $p = 0,04$.

Важным итогом является, то что гиперхлоргидрия с наслоением обсеменения НР-инфекцией нарастает после рецидива кровотечения и усиливает кровотечение, а также способствует риску развития рецидива кровотечения.

По результатам морфологического исследования установлено, что быстрый уреазный тест и гистологический метод (окраска по Романовскому-Гимзе) являются «золотым стандартом диагностики инфекции» *Helicobacter pylori* при ОГДК и их рецидивов. При проведении настоящих исследований их чувствительность и специфичность составляет 100% по сравнению с ГЕЛИК-тестом у хирургических больных (от 16,6 до 70,5%) и ХЕЛПИЛ-тестом (от 60 до 66,7%).

Всем больным в условиях отделения интенсивной терапии вне зависимости от выявления НР-инфекции проводилась стандартная комплексная терапия, включающая посиндромную и антисекреторную терапию, по показаниям – искусственная вентиляция легких (ИВЛ), коррекция водно-электролитного баланса (ВЭБ), кислотно-основного равновесия (КОР) и нарушений центральной гемодинамики, а также раннее энтеральное питание. НР-позитивным больным проводилась стандартная комплексная терапия с эрадикацией (квадротерапия), а НР-негативным проведена стандартная комплексная терапия без эрадикации.

Результаты лечения в хирургической группе больных на 10-14 день пребывания их в стационаре представлены таким образом: из 15 НР-негативных больных этой группы у 9 развился рецидив кровотечения (60%), что заставило подвергнуть 5 пациентов оперативному лечению, 3 (20%) больных умерли в связи с нарастающей полиорганной недостаточностью. Остальные 12 больных из этой группы выписаны из стационара в стадии неполного рубцевания эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны.

У НР-позитивной группы (36 больных) после лечения *H. pylori* выявлен только в одном случае. Эффективность эрадикационной терапии составила 97,2%. Наряду с этим у больных отмечался положительный клинический эффект с

эндоскопическими признаками рубцевания эрозий (язв). Рецидив кровотечения развился в 13 случаях (36,1%), в послеоперационном периоде умерли пятеро (13,8%) больных.

Результаты лечения в терапевтической группе больных на 10-14 день пребывания их в стационаре представлены следующим образом: из 23 НР-негативных больных этой группы у 11 развился рецидив кровотечения (47,8%), что заставило подвергнуть их оперативному лечению, 5 (21,7%) больных умерли в связи с нарастающей полиорганной недостаточностью. Остальные 16 больных из этой группы выписаны из стационара в стадии неполного рубцевания эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны.

У НР-позитивной группы (46 больных) после лечения *H. pylori* выявлен только в двух случаях. Эффективность эрадикационной терапии составила 95,7%. Наряду с этим у больных отмечался положительный клинический эффект с эндоскопическими признаками рубцевания язв и эрозий. Рецидив кровотечения развился в 17 случаях (37%), в послеоперационном периоде умерли семь (15,2%) больных.

Наряду с этим все больные, получившие лечение в стационарных условиях, через месяц были также подвергнуты обследованию методом уреазного дыхательного Гелик-теста, который позволил установить, что среди НР-позитивных больных отсутствие НР констатировано в 97,2% случаев.

У всех больных с выявленным НР - до начала лечения показатели pH желудочного сока смещались в кислую сторону или отмечалось резкое увеличение кислотности; к концу 4-й недели на фоне проводимого лечения pH желудочного сока смещался в щелочную сторону с последующим восстановлением в пределах нормы.

ЭФГДС после лечения (через месяц) показала, что у больных НР-негативной группы выявлены признаки выраженного отёка слизистой оболочки, продолжительное наличие точечных эрозий в луковице ДПК и присоединение терминального фибринозного эзофагита, а среди больных НР-позитивной группы признаки воспаления отсутствуют, а сами язвы и эрозии зарубцевались.

Таким образом, по нашим данным, ранняя эрадикация у НР-инфицированных больных в критических состояниях снижает частоту рецидивов и уменьшает вероятность развития осложнений, а также позволяет в динамике оценить значимость инфекции в генезе заболеваний и адекватно определить долгосрочную тактику ведения больного.

Выводы:

1. У больных, перенесших критические состояния и любые нарушения микроциркуляции тканей, НР-инфекция является одним из факторов, способствующим повышению частоты возникновения стрессовых гастродуоденальных язв и их осложнений в 68,3% случаев.
2. Сочетание различных сопутствующих тяжелых хронических терапевтических заболеваний наряду с НР-инфекцией повышают риск развития стрессовых язв и их осложнений до 80% случаев.
3. Секреторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки при наличии НР-инфекции нарастает и усиливает кровотечение, а также способствует риску развития рецидива кровотечения.
4. Эффективность комплексного лечения в сочетании с эрадикационной терапией больным, перенесшим геморрагический шок в периоперационном периоде и с заболеваниями внутренних органов в целях предупреждения развития стрессовых эрозивно-язвенных осложнений повышается до 96%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Исаков В.А.// Практич. мед.- 2003.- №4(9).- С.5-8.
- 2 Михайлов А.П. и др. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта. СПб.: Изд. СПбУ, 2004.
- 3 Ермолов А.С. и др. Гастродуоденальные кровотечения при критических состояниях.// Хирургия, 2004.- №8.- С.41-45.

A.N. Batyrova, V.K. Israilova, G.S. Berdalina

PROBLEM OF PROGNOISING AND PREVENTING STRESS AFFECTIONS OF GASTRO-INTESTINAL TRACT SUPERIOR PORTION

Resume: Prophylactic treatment for HP-infection in patients, undergone critic states, reduces possibility of developing stress ulcers and rate of haemorrhage recurrences and also improves prognosis of treatment in this category of patients. It is the evidence of clinical importance in improving recurrence prognosis and reducing lethal outcome from stress gastroduodenal ulcers.

Подписной индекс 74026

Редакция мекен жайы:
050012
Алматы, Төле би көшесі, 94

Адрес редакции:
050012
Алматы, ул.Төле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz