

А.А. МАРЧЕНКО, А.Г. СОНИС, И.Н. ЮРЧЕНКО

Самарский государственный медицинский университет

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ ГНОЙНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

В статье приведен анализ литературных данных по факторам риска развития острых эрозивно-язвенных повреждений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных гнойно-хирургического стационара. Представлены результаты собственных исследований данной проблемы.

Ключевые слова: стрессовые язвы, синдром острого повреждения желудка, желудочно-кишечное кровотечение, хирургическая инфекция

Марченко Антон Александрович - врач-хирург хирургического отделения №2 клинико-пропедевтической хирургии Клиник СамГМУ, ассистент кафедры общей хирургии, врач-эндоскопист эндоскопического отделения Клиник СамГМУ. E-mail: a.a.marchenko1985@yandex.ru

Сонис Александр Григорьевич - д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общей хирургии. E-mail: sonis_ag@mail.ru

Юрченко Ирина Николаевна - к.м.н., заведующая эндоскопическим отделением Клиник СамГМУ, доцент кафедры факультетской терапии. E-mail: in-samendo@mail.ru

A.A. MARCHENKO, A.G. SONIS, I.N. YURCHENKO

Samara State Medical University

PREVENTION OF SYNDROME OF ACUTE LESION OF THE STOMACH IN PATIENTS OF PURULENT SURGICAL DEPARTMENT

The article presents the analysis of published data on the risk factors for development of acute erosive-ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract in patients of purulent surgical department. The results of the own research of this problem are presented.

Keywords: stress ulcers, syndrome of acute lesion of the stomach, gastric bleeding, surgical infection

Anton Marchenko - surgeon of the Surgical Department №2 of propaedeutic surgery clinic of SSMU, assistant at the Department of General surgery, endoscopist of the Endoscopic Department of SSMU Clinics, E-mail: a.a.marchenko1985@yandex.ru

Alexandr Sonis - doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of General surgery, E-mail: sonis_ag@mail.ru

Irina Yurchenko - candidate of Medical Sciences, Head of the Endoscopy Department of SSMU Clinics, associate professor at the Department of faculty therapy, E-mail: in-samendo@mail.ru

Синдром острого повреждения желудка (СОЖП) – это повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), возникающее при нарушении факторов защиты у больных, находящихся в критических состояниях [2]. Для пациентов, не находящихся в критических состояниях, принят термин «стрессовые язвы». В последнее время отмечается постепенное слияние указанных терминов. Для данной патологии типично быстрое, в течение нескольких дней и даже часов, их возникновение и столь же быстрое заживление после устранения этиологических факторов, а также нетипичная клиническая картина (стертость болевого синдрома, отсутствие сезонности и т.д.). Наиболее опасным и частым осложнением СОЖП являются

желудочно-кишечные кровотечения, летальность при которых достигает 5% [3, 4, 5, 8, 9, 10].

Цель исследования: установить наиболее частые причины развития желудочно-кишечных кровотечений у пациентов отделения гнойной хирургии и внедрить в практику меры профилактики СОЖП.

Материалы и методы

За 2010–2012 годы выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении пропедевтической хирургии Клиник Самарского государственного медицинского университета по профилю «хирургическая инфекция», которым в экстренном порядке была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и диа-

гностирован СОЖП. У пациентов были выявлены факторы риска развития данной патологии. За 2013-2014 годы обследованы 64 пациента, у которых выявлены выше обозначенные факторы риска. Данной категории больных, в качестве дополнительного метода исследования, была выполнена ЭГДС, а также в ходе лечения был применен стандартный протокол профилактики развития СОЖП с дополнениями.

Результаты и обсуждение

Во время изучения историй болезни мы обратили внимание на тот факт, что за 2010-2012 гг. произошел рост количества случаев возникновения желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у пациентов с гнойно-хирургической патологией, в то время как общее количество пролеченных в отделении пациентов оставалось примерно одинаковым из года в год и составило 742 ± 12 человека. Так, основываясь на данных собственных исследований, за период с 2007 по 2009 гг. количество эпизодов развития ЖКК не превышало 5 в год. В абсолютном большинстве случаев, кровотечение возникало на фоне сепсиса. В свою очередь, с 2010 по 2012 гг. отмечался рост количества кровотечений до 8 ± 2 случаев в год. Общее количество пациентов за этот период, у которых по данным ФГДС были верифицированы поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, потенциально опасных в плане развития желудочно-кишечного кровотечения, составило 33 человека. В структуре диагнозов, выявленных при эндоскопическом обследовании, ведущими были язвенные поражения – 16 случаев, на втором месте эрозивные поражения ЖКТ – 9 случаев, и в 8 случаях выявлена другая патология (геморрагический гастрит, распадающаяся опухоль желудка и т.д.).

По причинам госпитализации в стационар пациенты были распределены следующим образом: 12 человек были госпитализированы с диагнозом облитерирующий атеросклероз н/к III – IVб ст., когда выполнение реконструктивной операции было невозможно и имелось осложнение в виде раневой инфекции, 7 человек с диагнозом сепсис, 5 человек со свищевой формой остеомиелита, 3 человека с сахарным диабетом (нейропатическая форма синдрома диабетической стопы) и 4 человека с иными заболеваниями (гнойные заболевания мягких тканей). Средний возраст больных составлял 65 ± 5 лет.

Большое количество пациентов с атеросклерозом можно объяснить следующим образом: после изучения литературных данных было выяснено, что в возрас-

те 65 ± 5 лет в 92% случаев наблюдается мультифокальный атеросклероз, с сочетанием 2-х и более форм, а у 62,7% пациентов абдоминальная ишемия протекает бессимптомно [7]. Таким образом, крайне высока вероятность сочетания облитерирующего атеросклероза нижних конечностей с синдромом абдоминальной ишемии, и как следствие – наличие у пациентов эрозивно-язвенных дефектов в ЖКТ.

Еще одним фактором, влияющим на частоту возникновения эрозивно-язвенных поражений у пациентов с хирургической гнойно-септической патологией, является бесконтрольное употребление обезболивающих препаратов, относящихся к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Длительный прием НПВС был отмечен в 65% случаев развития осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ и в 60% случаев развития желудочно-кишечных кровотечений. По данным зарубежных экспертов, использование в медицинских целях опиоидсодержащих анальгетических средств в мире (в пересчете на морфин в килограммах на один миллион населения) представлено следующим образом: Канада – 57,9 кг, Западная Европа и США – около 32 кг, Россия – 0,5 кг [6]. Всё это влечёт за собой резкое увеличение у пациентов количества эпизодов развития ассоциированных с приемом данных препаратов эрозивно-язвенных поражений ЖКТ.

В случаях, когда эрозивно-язвенные поражения развивались не на фоне сепсиса и облитерирующего атеросклероза, ведущим фактором становилось наличие язвенной болезни верхних отделов ЖКТ в анамнезе.

С 2013 года в нашей клинике начали применять ряд профилактических мероприятий для пациентов, при осмотре и обследовании которых выявлены факторы, повышающие риск развития СОЖП. Комплекс включает в себя обязательный прием препаратов из группы блокаторов протонной помпы (соответствует клиническому протоколу профилактики синдрома острого повреждения желудка у больных в критическом состоянии, Самара, 2014) [1], уменьшение количества применения НПВС за счет назначения в послеоперационном периоде анальгетиков иных групп, по возможности скорейшую активизацию пациентов.

Всего в 2014 году в ходе исследования было выявлено 64 пациента, попадающих в группу риска по развитию СОЖП, 52-м из них выполнено эндоскопическое исследование, что составило 81%. Осталь-

ным 12-ти пациентам (19%) исследование не выполнялось в связи с их отказом, либо тяжестью состояния. В 77% случаев выявлены состояния, потенциально угрожающие по развитию желудочно-кишечного кровотечения, в виде тех или иных дефектов слизистой верхних отделов ЖКТ, которые в 87% (35 человек) протекали абсолютно бессимптомно.

В результате, с момента начала применения мер профилактики в отделении пропедевтической хирургии наблюдался лишь один эпизод развития эрозивно-язвенного желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде (менее 24 часов) у пациента с генерализованным атеросклерозом, который был купирован консервативными методами.

Выводы

Среди пациентов гнойно-хирургического стационара риск развития СОЖП присутствует у пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, сахарным диабетом, сепсисом, лиц пожилого и старческого возраста, лиц, принимающих НПВС.

Развитие СОЖП у таких пациентов часто сопровождается желудочно-кишечным кровотечением.

Использование у пациентов группы риска препаратов из группы ингибиторов протонной помпы позволяет достоверно снизить частоту желудочно-кишечных кровотечений.

Список литературы

1. Корымасов В.А., Мачехин П.В., Труханова И.Г., Стадлер В.В. Клинический протокол профилактики синдрома острого повреждения желудка у больных в критическом состоянии. - Самара: СамГМУ, 2014. - 10 с.
2. Гельфанд Б. Р. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях / Б. Р. Гельфанд [и др.] // Хирургия. Consilium Medicum. 2003. Прил. 2. С. 16–20.
3. Стрекаловский В. П. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта после операций на органах брюшной полости / В. П. Стрекаловский [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2004. Т. 8 С. 15–18.
4. Кубышкин В. А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Consilium medicum. 2004. № 1. С. 29–32.
5. Хохоля В. П., Бурый А. Н. Эндоскопическая диагностика острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хир. 1987. № 7. С. 9–15.
6. Колбасова Т.А. Жить больно... Статья «Медицинский вестник», 2013. –№6(619). С.6.
7. Покровский А. В., Казанчан П. О. Диагностика и хирургическое лечение синдрома хронической абдоминальной ишемии. Метод. Рекомендации. – М., 1980. - С.16.
8. Корытцев В.К. Расширение объема оперативного вмешательства при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии, 2010. –№3. – С.99-100.
9. Cook D. J. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients / D. J. Cook [et al.] // Crit Care. 2001. № 5. P. 368–375.
10. Champion G.D, Feng P.H., Azuma T. et al. NSAID-induced gastrointestinal damage // Drugs, 1997, 53: 6-19.