

Оморов Р.А., Абдиев А.А., Айтбаев С.А.

ОСЛОЖНЕНИЕ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ

Оморов Р.А., Абдиев А.А., Айтбаев С.А.

АШКАЗАНДЫН СТРЕССТИК ЖАРАСЫНЫН ӨРЧҮШҮ, ӨЛҮМДҮН
СЕБЕБИ КАТАРЫ

R.A. Omorov, A.A. Abdiev, S.A. Aitbaev

COMPLICATION OF THE STRESS ULCER AS THE CAUSE OF DEATH

УДК: 616.37/615-11

Представлен анализ умерших от осложнений стрессовых язв желудка у больных оперированных в городской клинической больнице №1 за период 2010-2014 гг. Всего умерло 101, из них причиной смерти была стрессовая язва желудка, осложненная кровотечением у 10(9,8%). Даны меры профилактики стрессовых язв и их эффективность.

Ключевые слова: стрессовая язва желудка, причина, патогенез, диагностика, лечение, меры профилактики.

2010-2014 жылдардын мезгилинде №1 шаардык клиникалык ооруканасында операция болуп ашказандын стресстик жарасынын осложнениясынан каза болгон бейтаптардын анализи берилген. Бардыгы каза болгондор 101, алардын өлүмгө алып келген себеби, ашказандын стресстик жарасы, кан агуу өрчүшү 10(9,8%). Стресстик жаранын алдын алуу чараларын жана алардын натыйжалуулугу берилген.

Негизги сөздөр: ашказандын стресстик жарасы, себеби, патогенез, диагноз коюу, дарылоо, алдын алуу чаралары.

Presented an analysis of deaths from complication of stress ulcers in patients underwent for surgery in city clinical hospital №1 for the period 2010-2014. Total number of mortality cases are 101 and 10(9.8%) of them, the cause of deaths was the bleeding as the complication of stress ulcer. Given to prevention of stress ulcer and their effectiveness.

Key words: stress ulcer, reasons, pathogenesis, diagnostics, treatment, prevention.

Одним из наиболее тяжелых осложнений при многих заболеваниях являются стрессовые язвы желудка, осложненные перфорацией или кровотечением. Это осложнение возникает при обширных ожогах, после тяжелых черепно-мозговых травм, инфаркта миокарда, тяжелых операций на органах брюшной и грудной полости [3,5,7]. Язвы всегда множественные и чаще локализуются в теле желудка, реже - в луковице двенадцатиперстной кишки. Кубышкин В.А. и Шишин К.В. [4] утверждают, что основным механизмом этого осложнения является ишемия слизистой оболочки и усиление факторов внутрижелудочной агрессии по отношению к факторам защиты, при этом усиливается выброс в кровь стрессовых гормонов глюкокортикостероидов и катехоламинов, которые стимулируют выброс соляной кислоты, уменьшают продукцию желудочной слизи, способствуют нарушению микроциркуляции крови в стенке желудка.

Важное место в определении причин возникновения язв отводится роль нервно-психическим

факторам. При чрезмерной силе неблагоприятных факторов возникает срыв ответных реакций, что приводит к развитию язвенных поражений.

Диагностика стрессовых язв сложна, так как клинические проявления бывают слабовыраженными и только при появлении рвоты с кровью возникает подозрение на осложнение язв кровотечением. Фиброгастроудоденоскопия является наиболее достоверным методом диагностики, но она редко выполняется из-за тяжести состояния основного заболевания.

Лечение стрессовых язв очень сложное и большинство исследователей проводят консервативное лечение и только в исключительных случаях - оперативное [1]. Несмотря на довольно частое такое осложнение как стрессовые язвы мы в литературе не обнаружили сведений о профилактике этого осложнения в абдоминальной хирургии.

Цель работы. Определить частоту осложненных стрессовых язв в абдоминальной хирургии среди умерших в хирургических отделениях и разработать меры профилактики.

Материал и методы обследования.

Анализу подвергнута 101 история болезни умерших в период с 2010 по 2014 включительно, среди них у 10 (9,8%) причиной смерти были стрессовые язвы, осложненные кровотечениями. Из 10 было 4 женщины и мужчин -6, в пожилом возрасте (от 60-75 лет) было 8 и только 2 с альвеококкозом печени были в возрасте 42 и 54 лет. По поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы оперировано 2, им выполнена чрезпузырная аденомэктомия, у них сопутствующими заболеваниями был общий атеросклероз с преимущественным поражением коронарных сосудов и головного мозга. Кровопотеря в момент операции составила 400 и 550 мл. У двух больных с альвеококкозом печени произведена правосторонняя гемигепатэктомия, кровопотеря у одного -1400мл, и у второго-1600 мл. Двое больных оперировали по поводу острого гангренозного холецистита, выполнена холецистэктомия и дренирование брюшной полости, по поводу хронического холецистита и холедохолитиаза оперирована одна, ей произведена холецистэктомия, холедохотомия и наружное дренирование холедоха.

По одному наблюдению были больные с кишечной непроходимостью, сахарным диабетом, диабетической стопой с гнойным осложнением, ему произведе-

дена ампутация двух пальцев стопы, еще один больной поступил с желудочным кровотечением неясной этиологии, ему проведено консервативное лечение, которое было безуспешным, больной умер в первые же сутки с момента поступления, а вскрытие выявило стрессовые язвы, осложненную кровотечением.

Результаты и их обсуждения.

Анализ историй болезни умерших в результате возникновения стрессовых язв, осложненных кровотечением, что это осложнение чаще имело место у лиц пожилого возраста, после продолжительных травматических операций с большой кровопотерей, у пациентов, у которых имело место нарушение функций печени и почек. Эти факторы являются основными причинами возникновения стрессовых язв. Осложнения у большинства возникали на 3-4 сутки после операции и лишь у 2 на 6-е сутки. До появления рвоты кровью больные отмечали быстро нарастающую слабость, головокружение, но эти проявления были отнесены за счет ранее выполненной травматичной операции, у двух отмечено резкое падение артериального давления и увеличение частоты пульса, и вслед за этим появилась рвота кровью. У всех осуществлялась гемостатическая терапия, оперативное лечение не предпринималось. Все больные от нарастающей потери крови и сердечно-сосудистой недостаточности умерли.

Наблюдая больных с такими осложнениями нами был разработан комплекс мер профилактики, который был выполнен у 67 больных альвеококкозом, которым выполнены были радикальные и условно-радикальные операции. Мы взяли группу больных альвеококкозом, так как до этого мы наблюдали 48 больных альвеококкозом, которым были выполнены радикальные операции и у 4 из них возникли стрессовые язвы, осложненная кровотечением, двух нам удалось спасти, а двое умерли. Это явилось основанием для разработки мер профилактики стрессовых язв.

Разработанный метод включал:

1. К концу операции вводили назогастральный зонд, желудок орошали озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл и орошение с последующей аспирацией содержимого выполняли в послеоперационном периоде на протяжении 4-5 дней. Кроме того, ежедневно вводили внутривенно по 400 мл озонированного физиологического раствора хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл. Использование озонированных растворов способствует повышению защитных свойств организма, оказывая иммунокорректирующее действие и кроме того, озон обладает бактерицидным, противовоспалительным, антиоксидантным действием.

2. Ингаляции кислорода по 20-25 мин. несколько раз в сутки. Это способствует уменьшению кислородной недостаточности, которая всегда имеет место после обширных операций.

3. Раннее энтеральное питание через назогастральный зонд начинали со 2 суток после операции. Оно препятствует проникновению бактерий через слизистую оболочку, улучшает моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, связывает соляную кислоту и пепсин, снижая ацидопептическую агрессию.

4. Для снижения агрессии желудочного сока и повышения защитных свойств слизистой желудка мы использовали квамател, он быстро купирует боль, стимулирует защитные свойства слизистой оболочки желудка, увеличивает кровоток в слизистой и продукцию бикарбонатов, и хорошо переносится больными [2,6]. Он вызывает быстрое и выраженное торможение желудочной секреции, большая продолжительность действия, не нарушает функций печени и почек, не влияет на метаболизм одновременно принимаемых лекарственных препаратов. Квамател назначали по 20 мг на 400 мл физиологического раствора хлорида натрия внутривенно 2 раза в сутки на протяжении 7-10 дней в зависимости от тяжести и состояния.

Однако использование этих мер профилактики должно сочетаться с выбором адекватного объема операции, тщательным гемостазом в момент операции с целью снижения кровопотери, бережное отношение к тканям и на течение основного заболевания, поддержание нормального объема крови, поддержание желудочного pH > 4,0, нормализацию кровоснабжения и оксигенации слизистой оболочки и поддержка ее защиты.

Эти меры профилактики были использованы нами у 67 больных альвеококкозом печени, которым были выполнены радикальные операции и при этом ни у одного больного не отмечено возникновения стрессовых язв.

На наш взгляд и основываясь на опыте профилактики стрессовых язв у больных альвеококкозом печени данные меры профилактики можно использовать и у больных с факторами риска этого осложнения.

Таким образом, наши исследования показали, что возникновение стрессовых язв, осложненных кровотечением, не является редкостью и по нашим материалам среди умерших составили 9,8%. Разработанные нами меры профилактики этого осложнения у больных альвеококкозом печени оказались эффективными, и мы продолжаем применять эти меры у больных с риском возникновения этого осложнения, результаты которых будут даны в следующем сообщении.

Литература:

1. Байжаков А.С. Сравнительная оценка эффективности действия фаллотизина и пантопрозола в сочетании с эндоскопическим гемостазом при кровотечениях эрозивно-язвенного генеза из желудка и двенадцатиперстной кишки [текст] / А.С.Байжаков, П.К.Еремнева.// Вестник хирургии Казахстана - 2012 - №4. - С. 18-21.

2. Белоусова Е.А. Квамател – новый эффективный препарат в терапии эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта [текст] / Е.А. Белоусова // Фармация – 1996. - №3 - С. 46-48.
3. Гельфанд Б.Р. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях [текст] / Б.Р. Гельфанд, А.Н. Маршинов, В.А. Турьянов // Хирургия - 2003.- приложение 2.-С. 16-20
4. Кубышкин В.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде. [текст] // В.В. Кубышкин, К.В. Шишин // Хирургия-2004-№1-С. 17-20.
5. Яковенко Э.Л. Пептические язвы, патогенетические подходы к терапии [текст] / Э.Л. Яковенко, А.В. Яковенко, И.А. Агафонова // Фарматека - 2008. №2. -С. 12-14.
6. Bianchi R.G. Review of an extensive worldwide study of a new H2-receptor antagonist Famotidine as compared to Ranitidine in the treatment of acute peptic ulcer [text] / R.G. Bianchi, C. Decanta, T. Cook // J. Clin. Gastroenterol.- 1999-№9-P.14-18
7. Spirt M.Y. Stress-related mucosal disease: risk factors and prophylactic therapy [text] / M.Y. Spirt // Clin. Ther.-2004- Vol. 262, №4 - P. 197-213.

Рецензент: к.м.н. Токтогулов О.Ж.