

УДК616-001.36-02:616-089

***Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич, профессор,
Фозилжонов О.Ш. студент 2 курса лечебного факультета.***

***Кафедра общей хирургии, анестезиологии-реаниматологии и офтальмологии
факультета подготовки и переподготовки врачей
Андижанский Государственный медицинский институт***

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЯМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Резюме: Патологические изменения верхнего отдела желудочно - кишечного тракта (ЖКТ) выявляются у этой категории больных с частотой от 33,0% до 47,1% случаев. При этом в большинстве случаев у них присутствует одновременно целый комплекс причинных факторов язвообразования: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), применение НПВП, антиагрегантов и/или антикоагулянтов, физический и ментальный стресс. Вместе с тем, стандартный алгоритм дифференцированного лечения для этой группы больных с учетом влияния всех перечисленных факторов до сих пор не разработан.

Ключевая слова: гастродуоденальная зона, язва желудка, искусственная кровообращения.

***Khodzhimatov Gulomidin Minkhodzhievich, Professor.,
Fozilzhonov O.S. 2nd year student of the Faculty of Medicine.
Department of General Surgery, Anesthesiology, Intensive Care and Ophthalmology
of the Faculty of Training and Retraining of Doctors
Andijan State Medical Institute***

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EROSIIVE AND ULCERATIVE
CHANGES IN THE GASTRODUODENAL ZONE IN PATIENTS WITH
PATHOLOGIES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM**

Resume: Pathological changes in the upper gastrointestinal tract (GI tract) are detected in this category of patients with a frequency of 33.0% to 47.1% of cases. At the same time, in most cases, they simultaneously have a whole complex of causal factors of ulceration: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), the use of NSAIDs, antiplatelet agents and/or anticoagulants, physical and mental stress. At the same time, a standard algorithm for differentiated treatment

for this group of patients, taking into account the influence of all these factors, has not yet been developed.

Keywords: gastroduodenal zone, gastric ulcer, artificial hemorrhage.

Актуальность. Эрозии и язвы гастродуоденальной зоны (ГДЗ) зоны по-прежнему являются распространенным заболеванием, при этом у кардиохирургических пациентов они встречаются в 1,7-5,4 раз чаще, чем в общей популяции населения[2,4]. Патологические изменения верхнего отдела желудочно - кишечного тракта (ЖКТ) выявляются у этой категории больных с частотой от 33,0% до 47,1% случаев. При этом в большинстве случаев у них присутствует одновременно целый комплекс причинных факторов язвообразования: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), применение НПВП, антиагрегантов и/или антикоагулянтов, физический и ментальный стресс. Вместе с тем, стандартный алгоритм дифференцированного лечения для этой группы больных с учетом влияния всех перечисленных факторов до сих пор не разработан[3]. Актуальность проблемы также определяется использованием новых технологий в сердечно - сосудистой хирургии и ежегодным увеличением количества операций, выполняемых с использованием искусственного кровообращения (ИК).

Клиническая диагностика гастродуоденальных кровотечений в послеоперационном периоде является сложной ввиду медикаментозного изменения сознания пациента, возможного наличия анемии, связанной с оперативным вмешательством, это осложнение диагностируется в основном при наличии рвоты «кофейной гущей» (или выделения крови по зонду в отделении интенсивной терапии), мелены и подтверждается результатами эндоскопического исследования[1,5]. В настоящее время в клинической практике отсутствуют маркеры, которые позволяют на ранних этапах выявить острую деструкцию клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки неинвазивными методами и принять меры для её лечения[7]

Из изложенного следует необходимость комплексного многоуровневого исследования патогенеза эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у кардиохирургических больных и разработки алгоритма мероприятий по диагностике, профилактике и лечению этого состояния.

Цель исследования: сформулировать алгоритм диагностики и принципы дифференцированного патогенетически обоснованного лечения эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у

пациентов на этапе подготовки к кардиохирургическим вмешательствам и комплекс мер, направленных на профилактику и раннюю диагностику возникновения гастроуденальных кровотечений в послеоперационном периоде хирургических вмешательств в условиях искусственного кровообращения.

Методология и методы исследования. Методы исследования: клинические, инструментальные (ФЭГДС, электрокардиография, эхокардиография, рН-метрия желудочного содержимого), морфологические, психологические, лабораторные (определение плазменной концентрации пепсиногенов 1 и 2, их соотношения, плазменной концентрации кортизола, исследование коагуляционного гемостаза), статистические, фармакоэкономические.

Пациентам на этапе подготовки к операции в условиях ИК проводился клинический осмотр, а также стандартные дополнительные обследования, утвержденные для сердечно - сосудистых заболеваний и патологии верхнего отдела ЖКТ.

Результаты исследования. Критерии исключения: возраст менее 16 лет, оперативное вмешательство на работающем сердце без использования ИК, отсутствие возможности в полном объеме провести дополнительные методы обследования (клинические, психологические, биохимические, лабораторные, инструментальные, морфологические) для решения поставленных задач.

Дополнительная контрольная группа включала пациентов общехирургического профиля (критерии включения - наличие желудочно - кишечного кровотечения, подтвержденного данными ФЭГДС, возраст 16 лет и старше; критерии исключения - кишечное кровотечение с локализацией вне ГДЗ, возраст менее 16 лет).

Клиническая характеристика пациентов I этапа исследования. На I этапе были проанализированы все клинические случаи пациентов, оперированных в отделении кардиохирургии БУЗОО «ОКБ» за период «январь 2003 г. - декабрь 2005 г.» Из 559 человек было 378 мужчин и 181 женщина в возрасте 16-74 лет (средний возраст $48,76 \pm 13,21$ (M \pm o) лет).

Обследованные больные I этапа имели следующие сердечно-сосудистые заболевания, послужившие основанием для госпитализации их в стационар отделения кардиохирургии: ишемическая болезнь сердца (n=250, 44,7%), пороки сердечных клапанов различной этиологии (n=257, 45,0%), врожденные пороки сердца (n=76, 13,6%), образования сердца (n=16, 2,9%), тромбоэмболия легочной артерии (n=3, 0,5%).

У 235 (42%) пациентов перечисленные заболевания сердца и магистральных сосудов сочетались с гипертонической болезнью. Нарушения ритма сердца и проводимости в различных комбинациях осложняли течение основного заболевания у 309 (55,3%) пациентов.

Характеристика недостаточности кровообращения (НК) выявила следующие частотные показатели по классификации Н.Д. Стражеско и В.Г. Василенко: I стадия - 150 (26,8%) случаев, ПА стадия - 330 (59,0%), ПВ стадия - 69 (12,3%), III стадия - 10 (1,8%); по классификации Российского кардиологического общества: функциональный класс I-48 (8,6%), II - 362 (64,8%), III - 121 (21,6%), IV-28 (5%).

При расспросе только 11 (2,0%) пациентов предъявляли жалобы, которые могли быть расценены как клинические проявления патологического состояния верхнего отдела ЖКТ: боль в эпигастрии, ассоциированная с приёмом пищи, изжога, горечь во рту, отрыжка, ощущение вздутия и урчания в животе. При этом во всех случаях, при наличии клинических проявлений, выявлялись деструктивные изменения слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки при ФЭГДС.

Вывод. Эндоскопическое исследование было выполнено на этапе подготовки к кардиохирургическому вмешательству 390 (69,8%) пациентов. При этом у 116 пациентов (29,7%) были выявлены эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки (хронические - 75 (64,7%), острые - 41 (35,3%)): в 26 случаев (22,4%) они были единичные, в 50 (43,1%) присутствовали в умеренном количестве, в 40 - множественные или сливные (32,5%). У 40 пациентов (34,5%) в области эрозий был налёт фибрина, у 4 (3,5%) - гематина. Кроме того, в 10 случаях были обнаружены язвы (50% - с локализацией в желудке, 50% - в луковице двенадцатиперстной кишки). У одного пациента язвы желудка были множественные (три) по типу «острых». Эрозии и/или язвы были выявлены в общей сложности у 122 (21,82%) больных. У кардиохирургических пациентов была отмечена специфика эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки, выражающаяся в их значительной распространённости (в среднем у одной трети обследуемых) и асимптомном течении в подавляющем большинстве случаев.

Выполнение ФЭГДС на этапе подготовки пациентов к операции на сердце повышало вероятность диагностики эрозивно-язвенных изменений приблизительно в 10 раз. При этом наличие таких клинических симптомов как абдоминальная боль,

ассоциированная с приёмом пищи, изжога, отрыжка практически всегда свидетельствовали о наличии этих изменений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белобородов В.А., Кельчевская Е.А. Рецидивы кровотечения из острых язв и эрозий верхних отделов пищеварительного тракта // Acta Biomedica Scientifica. – 2012. – № 4–1 (86). – С. 21–24.

2. Гельфанд Б.Р., Гурьянов А.В., Мартынов А.Н., Попов Т.В., Шипилова О.С. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 464–67.

3. Давыдкин В.И., Богдашкин П.М. Лечебно-диагностическая тактика при кровотечениях из острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой желудка // Вестник Мордовского университета. – 2013. – № 1–2. – С. 113–120.

4. Окунев А.Ю., Эргашев О.Н., Виноградов Ю.М., Зиновьев Е.В., Лагвилава Т.О., Романенков Н.С. Патогенетическое обоснование путей профилактики и лечения кровотечений из острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – С. 449–455.

5. Шаповальянц С.Г., Чернякевич С.А., Михалев А.И., Юдин О.И., Бабкова И.В., Сторожук Г.Н., Маят Е.К., Чернякевич П.Л. Эффективность пантопразола при парентеральном введении у больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями с высоким риском рецидива // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 22–28.

6. Fennerty M.B. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient: rationale for the therapeutic benefits of acid suppression // Crit. Care. Med. – 2002. – Vol. 30. – S. 351–355.

7. Forrest J.A.N., Finlaysen N.D.L., Shear man D.J.L. Endoscopy in gastrointestinal bleending // Lancet. – 1974. Vol. 11. – P. 395–397.