

СТРЕССОВЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Р.А. Оморов, А.А. Абдиев, А.Ж. Акешов, М.С. Абдрасулова
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: meerimka.abdrasulova@gmail.com

Резюме. Цель – оценить результаты лечения и мер профилактики стрессовых язв после повторных операций на печени. В обследовании, помимо общеклинических методов, использовано УЗИ до операции и после нее, эзофагогастродуоденоскопия. Представлены результаты лечения 10 больных, у которых после операции возникли стрессовые язвы, осложненные кровотечением (из 208 оперированных стрессовые язвы у 10 – 4,8%). У всех использована гемостатическая терапия (хлористый кальций 10% – внутривенно, аминокaproновая кислота, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса), из них умерло 3. На основании неудовлетворительных результатов лечения, разработаны меры профилактики стрессовых язв, которые включали следующие меры: орошение желудка озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, в первые 3-4 дня периодически ингаляции кислорода по 20-30 мин, назначали квамател внутривенно по 20 мг на 400 мл физиологического раствора хлорида натрия на протяжении 7-10 дней и раннее энтеральное питание. Из 102 оперированных, у которых осуществляли меры профилактики, стрессовые язвы возникли у одного (0,9%), осложненные кровотечением, которое остановлено гемостатическими средствами.

Меры профилактики стрессовых язв, осложненных кровотечением, позволили снизить их частоту с 4,8 до 0,9%.

Ключевые слова: заболевания печени, повторные операции, осложнения, стрессовые язвы, лечение, меры профилактики.

ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДА АШКАЗАНДЫН СТРЕСС ЖАРАЛАРЫ КАТАРЫ ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРҮ

Р.А. Оморов, А.А. Абдиев, А.Ж. Акешов, М.С. Абдрасулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максат – боорго кайра кайталанып жасалган операциялардан кийинки ашказанда стресс жаралардын пайда болушун алдын алуу шарттарын жана жыйынтыгын аныктоо.

Изилдөөдө жалпы клиникалык ыкмалардан тышкаары, операцияга чейинки жана кийинки убакытта ультрадобуштук изилдөө жана эзофагогастродуоденоскопия колдонулду. Операциядан кийинки убакыттагы 10 бейтаптын ашказанында стресс жаралары пайда болуп, канап кетүү түрдө өтүшүп кетүүсү берилди (операция болгон 208 бейтаптын ичинен 10 – 4,8% да стресс жарасы катталды). Баардыгына гемостатикалык терапия колдонулуп (хлордуу кальций 10% венага, аминокапрон кычкылдыгы, жаңы тоңдурулган плазма, эритроциттик масса) көз жумганы 3. Канааттандырбаган жыйынтыктардан улам, ашказанда стресс жара пайда болуусун алдын алуу шарттарды иштеп чыгарылды, алар: 8-10 мкг/кг концентрациясындагы озондоштурулган физиологиялык хлордуу натрий менен ашказанды жуу, баштапкы 3-4 күндөрүндө 20-30 мүнөткө чейин кычкылтек менен ингаляция, 400 мл физиологиялык хлордуу натрийге 20 мг квамател кошуп 7-10 күнгө чейин венага куйуу жана эрте энтералдык тамак берүү.

Алдын алуу шарттарын колдонуп операция болгон 102 бейтаптын ичинен стресс жарасынын канап кетүүсү 1-0,9% бейтапта катталды, аны гемостатикалык дарылар менен токтоттук.

Ашказан стресс жарасынын канап кетүү түрдө өтүшүп кетүүсүнүн жыштыгын 4,8 ден – 0,9% чейин алдын алуу шарттар түшүрдү.

Негизги сөздөр: боор оорусу, кайталанган операция, өтүшүп кетүү, стресс жаралары, дарылоо, алдын алуу шарттары.

STRESSFUL STOMACH ULCERS AS A COMPLICATION IN ABDOMINAL SURGERY

R.A. Omorov, A.A. Abdiev, A.Zh. Akeshov, M.S. Abdrasulova

Kyrgyz State Medical Academy n. a. I.K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The goal is to evaluate the results of treatment and measures to prevent stress ulcers after repeated liver operations. In the examination, in addition to general clinical methods, ultrasound was used before and after the operation, esophagogastroduodenoscopy. The results of treatment of 10 patients with stress ulcers complicated by bleeding after operation (from 208 operated, stress ulcers in 10 – 4.8%). All used hemostatic therapy (10% calcium chloride – intravenously, aminocaproic acid, freshly frozen plasma, erythrocyte mass), 3 of them died. Based on the unsatisfactory results of treatment, measures were developed for the prevention of stress ulcers, which included the following measures: irrigation of the stomach with an ozonized sodium

chloride solution with an ozone concentration of 8-10 mg/ml, periodically oxygen inhalation of 20-30 minutes for the first 3-4 days; 20 mg per 400 ml of physiological solution of sodium chloride for 7-10 days and early enteral nutrition. Of the 102 operated patients in whom preventive measures were taken, stress ulcers occurred in one (0.9%), complicated by bleeding, which was stopped by hemostatic agents.

Measures to prevent stress ulcers complicated by bleeding have reduced their frequency from 4.8 to 0.9%.

Key words: liver diseases, repeated operations, complications, stress ulcers, treatment, preventive measures.

Введение. Одним из наиболее сложных осложнений, которые наблюдаются при многих заболеваниях являются стрессовые язвы, осложненные перфорацией, кровотечением и эти осложнения отмечены у больных с обширными ожогами, тяжелыми черепно-мозговыми травмами [1], инфаркте миокарда [2], после тяжелых продолжительных операций с массивным кровотечением [3,4,5]. Все исследователи указывают, что стрессовые язвы, как правило, множественные и располагаются в основном в теле и антральном отделе желудка [6,7].

Основным механизмом в их возникновении являются нарушения взаимодействия агрессии и защиты слизистой оболочки желудка, и в этом важную роль играет ишемия слизистой оболочки, а также не маловажное место отводится нервно-психологическим факторам [8,9]. Основную роль в патогенезе стрессовых язв играет увеличение уровня цитокинов, которые способствуют снижению кровотока в слизистой оболочке желудка и угнетению защитных свойств [10,11].

Стрессовые язвы протекают бессимптомно и только при возникновении кровотечения они проявляются рвотой кровью, а при перфорации язв – пери-

тонитом. Лечение этих осложнений сложное, так как они возникают чаще всего у тяжелых больных. При перфорации выполняется операция, а при осложнении кровотечением среди хирургов нет единого мнения, но большинство используют консервативное лечение, хотя и оно не всегда эффективно. Ряд исследователей [12] указывают, что нужно как можно раньше выполнить гатродуоденоскопию для диагностики кровотечений и выбрать адекватную терапию. Учитывая сложность диагностики стрессовых язв, осложненных кровотечением, низкой эффективности терапии, нами обращено внимание на разработку и использование мер профилактики [13].

Цель исследования: оценить результаты лечения и мер профилактики стрессовых язв после повторных операций на печени.

Материал и методы обследования

Выполнен анализ 208 пациентов, оперированных на печени по поводу альвеококкоза, эхинококкоза и гемангиом и повторных операции в период с 2010 по 2014 г., в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек им производили радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе, резекции

печени при альвеококкозе и гемангиоме и повторные операции по поводу осложнений, возникших в послеоперационном периоде и потребовавших хирургического лечения (лапароскопическая холецистэктомия у 2-х и кишечная непроходимость у одного).

Вторую группу составили 108 пациентов, которым также выполняли операции на печени и повторные операции. Обе группы по характеру заболевания, объёму выполненных операции были равнозначны. Больным этой группы выполнены меры профилактики стрессовых язв.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (анализ крови и мочи, свертываемость крови, ЭКГ) использовали УЗИ для определения характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости. При подозрении на возникновение стрессовых язв применяли эзофагогастродуоденоскопию.

Полученные результаты исследования обработаны с определением относительных величин (в %).

Результаты исследования

В результате выполненного анализа течения послеоперационного периоде из 208 оперированных у 10 возникли стрессовые язвы, осложненные кровотечением, что составило 4,8%. Из них мужчин – 6, женщин – 4, в возрасте от 32 до 60 лет. Ни у одного из них стрессовые язвы не установлены до возникновения кровотечения, а лишь после появления рвоты с кровью заподозрили это осложнение. С целью выявления источника кровотечения у 6 больных выполнена гастродуоденоскопия при

которой в области тела и антрального отдела желудка выявлены множественные кровоточащие изъязвления слизистой размером 0,3x0,4 см, а у 4 – эндоскопическое исследование не выполнено из-за тяжести состояния. Из 10 больных у 4 кровотечение возникло на 3 сутки после операции, еще у 3 на 4 сутки и у 3 на 5 сутки. Это осложнение проявилось резким ухудшением общего состояния больных, падением артериального давления до 80/60 мм рт.ст., частым пульсом, снижением уровня гемоглобина, а затем возникла многократная рвота кровью.

Выполняли гемостатическую терапию у всех пациентов, введение хлористого кальция 10%-10,0 внутривенно, викасол, аминокaproновая кислота, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса, и добиться улучшения и остановить кровотечение удалось у 7, а трое умерли от продолжающегося кровотечения и нарастания полиорганной недостаточности.

Учитывая эти результаты, нами было обращено внимание на профилактику стрессовых язв, которое было направлено на снижение агрессии желудочного содержимого.

До операции больным, которым планировали обширное вмешательство, за 3-4 дня назначали квамател по 20 мг на 400 мл на физиологическом растворе хлорида натрия.

К концу операции вводили в желудок назогастральный зонд, отмывали содержимое, зонд оставляли на 2-3 суток в течение которых ежедневно многократно орошали желудок озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, а

внутривенно по 400 мл озонированного раствора с концентрации 3-4 мкг/мл.

После операции ежедневно назначали ингаляции кислорода по 20-30 минут, 3-4 раза в сутки. Через сутки после операции больные получали квамател по 20 мг внутривенно на протяжении 7-10 суток, в зависимости от тяжести состояния больных, а затем продолжали назначение кваматела в таблетках на 2-3 недели. Мы назначали этот препарат, так как по данным многих исследователей [1,2,13] этот препарат вызывает быстрое и выраженное торможение желудочной секреции, продолжительность действия составляет 10-12 часов, препарат не токсичен для печени. Мы считаем необходимым в комплексе профилактических мер включать раннее энтеральное питание (на 2-е сутки), оно препятствует проникновению бактерий через слизистую оболочку, связывает соляную кислоту и пепсин, снижая ацидопептическую агрессию.

Эти меры профилактики были использованы нами у 102 больных, у которых выполнены обширные операции. В результате проведенных мер у одного больного на 4-е сутки после операции появилась слабость, снизилось артериальное давление и была однократная рвота кровью. После гемостатической терапии улучшилось общее состояние, выполнена гастродуоденоскопия при которой выявлены мелкие эрозивные, кровоточащие участки в области тела желудка. Продолжена гемостатическая терапия и введение кваматела и озонированных растворов внутривенно. Состояние больного постепенно улучшалось, стабилизировались гемодинамические показатели и на 14 сутки после

операции выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты группы больных, которым провели меры профилактики показали целесообразность их применения в абдоминальной хирургии.

Обсуждение

Анализ случаев возникновения стрессовых язв, осложненных кровотечением показал, что это осложнение не является редкостью, особенно после травматичных, продолжительных операций и по нашему материалу это осложнение составило 4,8%. Консервативное лечение мало эффективно, из 10 больных умерли 3, а оперативное лечение было невозможным из-за тяжести состояния больных. Это осложнение в основном обусловлено нарушением взаимодействия факторов агрессии и защиты слизистой оболочки желудка, а также возникновением ишемии слизистой и повреждение стенки желудка соляной кислотой. Учитывая эти факторы, мы и строили меры профилактики для предотвращения возникновения стрессовых язв.

Так как немаловажное значение имеет нервно-психологический фактор, то перед операцией обязательно беседовали с больными, в доступной форме объясняли сущность операции и какое должно быть поведение больного после операции, чтобы снизить агрессию желудочного содержимого. Выполняли орошения желудка озонированным раствором, которое было направлено на снижение концентрации соляной кислоты и пепсина в желудочном содержимом. Для снижения гипоксии, которое, как правило, имеет место после травматичной операции, назначили ингаляции

кислорода, что существенно улучшало состояние больных. Раннее энтеральное питание также было направлено на снижение концентрации соляной кислоты и пепсина и кроме того инфицирование брюшной полости. Квамател способствовал снижению агрессии слизистых. Этот комплекс мер оказал существенное влияние на частоту возникновения стрессовых язв и развития такого осложнения как кровотечение. Поэтому после травматичных операции в абдоминальной хирургии значительно легче предотвратить возникно-

вание стрессовых язв, чем их лечение, которое сложное и малоэффективное.

Выводы:

1. После операций на печени и повторных операции, стрессовые язвы, осложненные кровотечением, составили 4,8%.

2. Разработанные и внедренные меры профилактики стрессовых язв позволили снизить их частоту возникновения с 4,8 до 0,9%.

3. Меры профилактики могут быть использованы в абдоминальной хирургии после травматичных операций.

Литература

1. Шагивалеев, Н.А. Острые «стрессовые» язвы желудочно-кишечного тракта у пациентов с черпно-мозговыми травмами [текст]/ Н.А. Шагивалеев, В.Г. Самодай // Сб.научн.тр.академии травматологии и ортопедии им Бурдеино. – М., 2010. – С. 28-31.
2. Бокерия, Л.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии [текст]/ Л.А. Бокерия, М.Б. Ярустовский, Е.А. Шипова. – М.: Медицина, 2004. – 112 с.
3. Бебезов, Х.С. Результаты хирургического лечения, осложненного альвеококкоза печени [текст]/ Х.С. Бебезов, Б.Х. Бебезов, Н.Д. Мамашев// Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - Иркутск, 2012 – С.89-90
4. Кровосберегающие аспекты при обширных резекциях печени [текст]/ [М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, Т.Ч. Самратов и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. - №3 – С.138 – 149.
5. Кубышкин, В.А. Эрозивно – язвенное поражение верхних отделов желудочно – кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде [текст]/ В.А. Кубышкин, К.В. Шишин // *Хирургия. – Consilium Medicum*. – 2004. - №1. – С. 17-20.
6. Опыт резекционных вмешательств при альвеококкозе печени [текст]/ [М.А. Сексембаев, М.Е. Рамазанов, Д.С. Токсанбаев и др.] // *Вестник хирургии Казахстан*. – 2012. - №1. – С. 101 – 103.
7. Батырова, А.Н. Эрозивно – язвенное поражение гастродуоденальной зоны при стрессовых ситуациях (операция, травма, шок) и тяжелых заболеваниях внутренних органов [текст]/ А.Н.Батыров, Г.С. Бердалина// *Вестник КазНГУ*. – 2014. - №2. – С. 22-24.
8. *Vojrabukka, T. Postoperative problems and management after hepatic resection for blunt injury to the live* [text]/T. Vojrabukka, A.L. Bloom, M.

- Sussman*//*Br. J. Surg.* – 1975. – vol. 62, №3. – P. 189 – 200.
9. Шептулин, А.А. Симптоматические гастродуоденальные язвы [текст]/ А.А. Шептулин // Гастроэнтерология. – 2016. - №4. – С. 72-75.
 10. *Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: review of the evidence [text]*/ W. Althazzori, M. Alshahrani, P. Moayyedi, R. Jaeschke// *Arch.med.* – 2012. - Vol. 122 (3). – P. 107-114.
 11. Криохирургия очаговых поражений печени [текст]/ [Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало и др.] // Бюллетень Сибирской медицины. – 2011. - №1. – С. 143-149.
 12. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно – кишечного тракта у больных в критических состояниях [текст]/ [Б.Р. Гельфанд, А.Н. Мартынов, В.А. Гурьянов и др.] // *Consilium Medicum.* – 2003. – приложение 2. – С. 16-20.
 13. Логинов, А.Ф. Обоснование и основы применения кваматела для лечения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением [текст]/ А.Ф. Логинов, А.Б. Калинин, Е.В. Мороз // Язвенные болезни желудка: тезисы респуб. конф. – Анапа, 1996. – С. 98 – 100.