

**ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ
ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ У
ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ**

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Медичний інститут

Сумського державного університету

Вступ. Огляд літератури. Останні два десятиріччя характеризуються все зростаючою частотою травматичних ушкоджень. Постраждалі з поєднаними травмами складають 15,6% від числа усіх травматологічних хворих. Найбільш частою складовою різних травматичних процесів (до 70%) є черепно-мозкова травма (1,3). Поєднана краніоабдомінальна травма (ПКАТ) діагностується у 15% постраждалих із закритим пошкодженням живота, у 6-41% у хворих з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) і супроводжується летальністю 41,6 – 72,1% (2,3). На відміну від ізольованої травми живота ПКАТ відрізняється більш тяжким перебігом і можливим розвитком таких життєво небезпечних ускладнень як гострі стресові гастроінтестинальні виразки (ГСГІВ), виразкові кровотечі і перфорації. Зв'язок між тяжкою ЧМТ і гострими ГСГІВ добре відомий (7). Іще в 1932 році американський нейрохірург Harvey Cushing повідомив про високу частоту гастроінтестинальних ерозій, виразок і перфорацій у пацієнтів після операції з приводу пухлин головного мозку (5). Майже у $\frac{3}{4}$ постраждалих з тяжкою ЧМТ спостерігається різна форма гастроінтестинальної кровотечі, яка коливається від гемопозитивного лабораторного тесту до життєво небезпечної кровотечі (7). Хоча більшість із таких кровотеч клінічно не маніфестуються, ГСГІВ ускладнюються тяжкою кровотечею чи перфорацією приблизно у 5-25% травмованих (6). З іншого боку, травматичний шок, тяжка інтраабдомінальна травма, об'ємні оперативні втручання на органах черевної порожнини також можуть ускладнюватись розвитком стресових ерозій, виразок і кровотечею (4). Можна припустити, що при множинних ушкодженнях формується сукупність взаємозалежних

патологічних процесів, внаслідок перетворення численних травматичних осередків у джерела катаболічної активності, діючих пофазно по аутокатаболічному руйнівному принципу. Некоригований гіперкатаболізм є додатковим фактором щодо формування стресових виразок.

Невирішені частини проблеми. Незважаючи на значне число публікацій, присвячених проблемі гострих стресових виразок при ЧМТ і інших критичних станах, дослідження стосовно цих ускладнень при поєднанні краніальної і закритої травми живота відсутні. Залишаються невивченими як частота, так і терміни розвитку ГСГІВ та їх патоморфологічні особливості при ПКАТ.

Мета роботи. Вивчити частоту і особливості розвитку ГСГІВ у постраждалих з ПКАТ і опрацювати комплекс профілактичних заходів по їх попередженню.

Матеріали і методи дослідження. За період 2001-2008 рр. під нашим спостереженням було 154 хворих з ПКАТ. Серед них чоловіків – 120 (77,9%), жінок - 34(22,1%) особи. Середній вік постраждалих – 40,4 роки. Причини травми: ДТП – 57,7%, падіння з висоти – 20,7%, побутові травми-21,6%. Протягом першої години після травми госпіталізовано - 54 (35,2%) хворих, перших трьох годин - 72 (46,6%), пізніше - 28 (18,2%). Для оцінки ступеню травми використано шкалу тяжкості пошкоджень Injury Severity Score (ISS). Ступінь порушення свідомості характеризували за коматозною шкалою Глазго (CGS). Тяжкість стану визначалась за методикою Pape et Krettek. В алгоритм обстеження окрім лабораторних досліджень включали: оглядову рентгенографію черевної порожнини, краніографію, ехоенцефалоскопію, КТ головного мозку, УЗД черевної порожнини, фіброгастроуденоскопію, лапароцентез, мінілапаротомію, патоморфологічні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Залежно від тяжкості стану сформовано три групи хворих: I - 34 (22,1%) постраждалих із стабільним станом (число балів за ISS – до 25, за CGS > 10); і збереженим вербальним контактом; II – 72 (47,1%) постраждалих з тяжким станом і вираженим

пригніченням вітальних функцій на рівні травматичного шоку III ступеню, та порушенням вербального спілкування (число балів за ISS – 26-45, за CGS – 10-7); III – 47 (30,8%) постраждалих що знаходились у критичному стані та шоку IV ступеня, в сопорі чи комі. (число балів за ISS >40, за CGS <7) Закриті пошкодження черевної стінки (забої, розриви м'язів, гематоми) діагностовано у 36 (23,3%) осіб, пошкодження органів черевної порожнини - у 118 (76,7%) хворих. Останні були екстрено оперовані. Найчастіше виявленні пошкодженнями: печінка(48), селезінка(46), тонка кишка (38). Ізольовані пошкодження одного органу діагностовано у 26 (22,1%) хворих, у більшості травмованих – 92 (77,9%) – була комбінація вражених органів. Разом з тим у 36 (24,7%) постраждалих діагностовано тяжкі краніальні травми, які потребували екстреної нейрохірургічної операції: внутрішньочерепна гематома – у 18, втиснутий перелом з розривом твердої мозкової оболонки – у 9, вогнищеві пошкодження головного мозку з дислокацією серединних структур більше ніж 5 мм - у 9.

ПКАТ супроводжувалася високою летальністю - 42,6%. Остання корелювала з її тяжкістю. Так, у I групі постраждалих вона склала 20,5%, у II – 36,1%, у III – 70,8%. Про тяжкість стану постраждалих свідчить той факт, що протягом першої доби померли 28 постраждалих, що склало 43,6% від усіх летальних наслідків. Провідними причинами смерті були: тяжка ЧМТ, травматичний і геморагічний шок. 19 (29,7%) постраждалих померли протягом 2-14 днів після травми, 17 (26,7%) протягом 15-28 діб. У віддалений період причинами смерті були тяжка полі органа недостатність, інфекційні ускладнення і геморагічний шок. Серед 64 хворих з тяжкою ПКАТ, що закінчилась летально прижиттєво діагностована гастроінтестинальна кровотеча (ГІК) у 8 (12,5%) хворих, а у 46 (69,6%) осіб ГІК була діагностовано посмертно. При дослідженні шлунково-кишкового тракту на аутопсії були знайдені такі патологічні зміни слизової оболонки: множинні ерозії шлунку і 12-ти палії кишки - у 28 (44,6%) померлих, підслизові крововиливи у вигляді окремих петехій та зливних (2-5 см) у діаметрі – у 18 (24,2%), гострі виразки шлунку і

12-ти палої кишки – у 32 (51,6%) випадках. Виразки шлунку спостерігались у 24 (72,8%) померлих, і 12-ти палої кишки – у 27,2%. В шлунку спостерігались множинні поверхневі виразки невеликих розмірів 5x6 мм, а у третини випадків – значних розмірів 10x15 мм "штампованих", за глибиною досягаючих м'язового шару. Виразки розташовувались головним чином по малій кривизні і задній стінці шлунку (74,4%), на дні шлунку – у 12,6% випадків, у пілорічному відділі – у 13%. Виразки 12-ти палої кишки переважно були солітарними і мали більші розміри 15-20 мм і глибину. Контури цих виразок були чіткі з відсутнім перифокальним запаленням. У частини хворих спостерігалось поєднання наведених патологічних змін. Відмінною рисою гістологічної картини ГСГІВ було переважання дистрофічних і некротичних процесів над запальними, що можливо і зумовлює схильність гострих ерозій і виразок до перфорації і профузних кровотеч внаслідок некрозу судин. Тяжкі гастроінтестинальні кровотечі спостерігались у 21 (12,9%) постраждалого з ПКАТ. Кровотечі легкого ступеню спостерігались у 28 (18,2%) постраждалих. Загалом, ГІК різного ступеню тяжкості маніфестувались клінічно у 49 (31.8%) постраждалих з ПКАТ. Необхідність оперативного лікування виникла у 6 (3,9%) хворих. При ендоскопічному дослідженні, яке проведено у 67 постраждалих, діагностовано такі патологічні процеси: ерозивний гастродуоденіт - у 33 осіб, гострі виразки шлунку – у 26, гострі виразки 12-ти палої кишки – у 8. З огляду на значну частоту розвитку ерозивно-виразкових уражень і високий ризик ГІК у постраждалих з ПКАТ системно проводились профілактичні заходи, що включали введення квамателу по 40 мг в/в 2 рази на добу та раннє ентеральне череззондове харчування. Для аналізу ефективності профілактичного лікування всі постраждалі з ПКАТ були розподілені на дві групи: основну (86), хворі якої отримували додатково наведене профілактичне противиразкове лікування; і групу порівняння(68), хворі якої госпіталізовані в 2001-2004 рр. і отримували стандартне лікування. При порівнянні частоти ГІК у постраждалих наведених груп отримані такі результати: у хворих основної групи тяжкі ГІК спостерігались лише у 4 (4,4%) хворих, з яких один був

прооперований. Летальність, пов'язана з ГІК рівнялась 1,2%. У групі порівняння тяжкі ГІК спостерігались у 17 (25%) постраждалих, 5 з яких потребували термінового оперативного лікування. Летальність пов'язана з ГІК у цій групі сягала 10,3%.

Висновки: Таким чином у 97% постраждалих з ПККАТ розвиваються ерозивно-виразкові ураження слизової шлунку і 12-ти паллої кишки, що перевищує частоту таких ускладнень у пацієнтів з ізольованою черепно-мозковою травмою. Гістологічна картина гострих ерозивно-виразкових уражень слизової при ПККАТ характеризується превалюванням дистрофічно некротичних процесів над запальними на відміну від пептичних виразок. Використання з метою профілактики розвитку гострих ерозивно-виразкових уражень квамателу і ентерального череззондового харчування сприяє зменшенню їхньої частоти і летальності, пов'язаної з ГІК.

Перспективи подальших досліджень. Доцільно вивчити можливості розширення профілактики ГІК у постраждалих на ПККАТ введенням у арсенал лікувальних засобів препаратів антацидної дії, які необхідно розпочинати вводити у шлунок через зонд якомога раніше.

Література

1. Бойко В.В., Кононенко М.Г. Закрита травма живота.- Харків – 2008.-528с.
2. Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В. Особливості лікувально-діагностичної тактики при поєднаній краніоабдомінальній травмі// Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії.-2009.-Т.9.-В.1.-С.214-215.
3. Голобородько М.К., Голобородько М.М. Політравма життєвоважливих органів: принципи інтенсивної терапії та інтенсивної хірургії// Одеський медичний журнал.-2004.-№4.-С.4-6.

4. Кубышкин В.А., Шинин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде// Хирургия. Congilium medicum.- 2004.-№1.-С.17-20.
5. Cushing H. Peptic ulcer and the inferbrain//Surg. Obst.-1932.-55.- P.34.
6. Barletta I.F., Erstad B.L. Stress ulcer profilaxis in trauma patients// Cret. Care.-2002.-V.6.-P.526-530.
7. Misra U., Kalita I. Pandejsetal. Predictors of gastrointestinal bleeding in acute intracerebral haemorrhage// I. Menrol.Sci.-2003.-208.-p,25-29.

**ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРИХ СТРЕСОВИХ
ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ У
ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ
КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ**

Дужий І.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Медичний інститут

Сумського державного університету

Ключові слова: гострі стресові виразки, кровотеча, профілактика.

Реферат. Узагальнено досвід лікування 154 хворих з поєднаною краніоабдомінальною травмою. Проаналізовані частота розвитку гострих стресових виразок верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і можливості їх профілактики. Встановлено, що поєднання краніальної і абдомінальної травм значно підвищує розвиток гастроінтестинальних виразок, ускладнених кровотечею, і що для їх профілактики необхідне використання противиразкових препаратів та раннього ентерального харчування.

**ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ СТРЕССОВЫХ
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ЯЗВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
С СОЧЕТАННОЙ КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ**

Дужий И.Д., Шевченко В.П., Шевченко В.В.

Медицинский институт

Сумского государственного университета

Ключевые слова: острые стрессовые язвы, кровотечение, профилактика.

Реферат. Обобщен опыт лечения 154 больных с сочетанной краниоабдоминальной травмой. Проанализированы частота развития острых стрессовых язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, возможность их профилактики. Установлено, что сочетание краниальной и абдоминальной травм значительно повышает риск развития острых стрессовых гастроинтестинальных язв, осложненных кровотечением, и что для их профилактики необходимо использования противоязвенных препаратов и раннего энтерального питания.

**THE PREVENTION OF STRESS-RELATED GASTROINTESTINAL
ULCERS AND THEIR COMPLICATIONS AT PATIENTS WITH
ASSOCIATED CRANIOABDOMINAL TRAUMA.**

Duzhy I.D., Shevchenko V.P., Shevchenko V.V.

Medical Institute of Sumy State University

Key words: acute stress related ulcers, bleeding, prevention.

Summary. The experience of treatment of 154 injured persons with associated craniocardinal trauma was summarized. The frequency of development acute stress-related ulcers of the upper digestive tract and possibility of their prevention were analysed. It was established, that associated injuries, especially abdominal and head injuries, greatly increased the risk of development of acute gastrointestinal ulcers, complicated by bleeding, and for their prevention should be used H₂ – receptor antagonists and early enteral feeding.