© Г.І. Кузьменко, Є.Ю. Гардубей, А.П. Малицька, В.Є. Малицький, 2014

УДК: 616.136-004.6-089-06+616.137-004.6-089-06 +616.33-005.1-02

Г.І. КУЗЬМЕНКО, Є.Ю. ГАРДУБЕЙ, А.П. МАЛИЦЬКА, В.Є. МАЛИЦЬКИЙ
Херсонська міська клінічна лікарня, Херсон

УРАЖЕННЯ ПРОКСИМАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПАЦІЄНТІВ АНГІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

У 130 хворих з облітеруючим атеросклерозом черевної частини аорти та артерій нижніх кінцівок виконано фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС). У 33,89 % виявлено запальні та виразково-ерозивні зміни верхнього відділу травного каналу, які можуть спричини серйозні ускладнення в ітра- та післяопераційному періоді. 49,18 % пацієнтів взагалі не мали “шлункових” скарг. Усі хворі в доопераційному та післяопераційному періоді отримували антисекреторну терапію. Враховуючи клініко-ендоскопічні особливості патології травного каналу у хворих з оклюзійно-стенотичним ураженням черевної частини аорти та артерій нижніх кінцівок, пропонуємо включити ФЕГДС у перелік обов’язкових досліджень перед оперативним лікуванням для своєчасної корекціїї виявлених порушень, профілактики ускладнень, вибору правильної терапевтичної тактики.

Ключові слова: атеросклероз, шлунково-кишковий тракт, фіброгастродуоденоскопія

Вступ. Найчастішим раннім ускладненням після реконструктивних втручань у судинній хірургії є тромбоз протеза чи шунта. Частота розвитку тромбозу в ранньому післяопераційному (п/о) періоді досягає 25 % [2, 4]. Однією з основних причин тромбозу реконструйованого сегменту є гіперкоагуляція. Тому адекватна антикоагулянтна та антиагрегантна терапія є високоефективною та невід’ємною складовою в лікуванні хворих з облітеруючим ураженням аорти та артерій нижніх кінцівок (н/к). Однак одним із недоліків такої терапії є ризик розвитку шлунково-кишкових кровотеч (ШКК), особливо при ураженні проксимального відділу шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Поєднання хронічного облітеруючого захворювання артерій н/к та запальних ерозивно-виразкових форм шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), за даними різних авторів, складає від 20 до 35 % випадків [1, 3]. Тому своєчасне виявлення таких хворих дозволить попередити грізне ускладнення, яке може розвитися на фоні антиагрегантної, антикоагулянтної терапії в п/о періоді, а також при отриманні хворими нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) з метою знеболення. Дана проблема недостатньо вивчена в літературі, тому потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження. Вивчити частоту та структуру ураження проксимального відділу ШКТ, з’ясувати можливі причини для їх розвитку та попередити розвиток ускладнень, шляхом корекції виявленої патології.

Матеріали та методи. В основу роботи покладено аналіз 180 історій хвороб пацієнтів, котрим проведено оперативне лікування у відділенні судинної хірургії Херсонської міської клінічної лікарні з приводу хронічного оклюзійно-стенотичного ураження черевної частини аорти та артерій нижніх кінцівок різного ступеня вираження. II Б ступінь ішемії за класифікацією Фонтена – А.В. Покровського мали 46 (25,56 %) хворих, III – 92 (51,11 %) та IV – 42 (23,33 %) хворих. З них чоловіків було 172 (95,56 %) та жінок 8 (4,44 %). Вік хворих на момент оперативного лікування був від 38 до 79 років, середній вік хворих склав 55,2±3,9 року. Всім пацієнтам проводились загальноклінічні методи обстеження з ангіологічним оглядом хворих, доплерографія з визначенням кісточково-плечового індексу, дуплексне сканування аорти та артерій н/к, при необхідності виконувалась ангіографія. Всім хворим незалежно від скарг щодо виразкового анамнезу проводилась фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС) на апараті «Olympus». При виявленні виразково-запальних уражень травного каналу виконували імунохроматографічний цито-тест до Heliobacter pylori. Всі пацієнти в післяопераційному періоді отримали з метою профілактики тромботичних ускладнень прямі антикоагулянти з поступовим переходом на непрямі, антиагреганти, НПЗП та антибіотикотерапію. При виявленні ерозивно-виразкових та запальних уражень проксимального відділу ШКТ в доопераційному періоді хворі отримували противиразкову терапію, спрямовану на профілактику ШКК у даної категорії пацієнтів на фоні прийому антикоагулянтів, антиагрегантів та НПЗП. Дана терапія включала: інгібітор протонної помпи омепразол в дозі 40 мг довенно краплино, а також 20 мг на ніч перорально за 3 доби до операції, та протягом 5 днів п/о періоду з продовженням пероральної терапії. Також всі пацієнти отримували сукральфат за 40 хв до їди та одну таблетку на ніч перед сном.

Результати досліджень та їх обговорення. В даній роботі ми не будемо торкатися суто ангіохірургічних питань лікування таких хворих, а представимо тільки матеріали ендоскопічного дослідження ШКТ. Так, при ФЕГДС, виконаному 180 хворим, нами виявлено ураження проксимального відділу ШКТ в 61 (33,89%) пацієнта. За частотою та структурою патології хворі розділились так (табл. 1): ерозивний гастрит виявлено в 24 (39,34 %) випа-

дків, ерозивний дуоденіт – в 4 (6,55 %), ерозивний гастродуоденіт – в 19 (31,14 %). Виразку шлунка виявлено – в 11 (18,03 %) хворих, а виразку ДПК – в 3 (4,94 %). У двох хворих виявлено рак шлунка, що склало 1,11 %. Також у таблиці немає даних щодо 3-х хворих, яким раніше було виконано резекцію шлунка з приводу виразкової хвороби. Слід наголосити на тому, що 30 (49,18 %) пацієнтів перед обстеженням взагалі не висували ніяких скарг з боку ШКТ.

Таблиця 1

Види ураження шлунка та ДПК за результатами фіброезофагогастродуоденоскопії

Вид ураження	Абсолютне число хворих	Відносне число хворих, %
Ерозивний гастрит	24	39,34
Ерозивний дуоденіт	4	6,55
Ерозивний гастродуоденіт	19	31,14
Виразка шлунка	11	18,03
Виразка ДПК	3	4,94
Всього	61	100

За результатами імунохроматографічного цитотесту до Heliobacter pylori позитивний результат виявлений в 8 (13,11 %) пацієнтів. Всім таким хворим була призначена еридикаційна терапія. Внаслідок проведеного лікування виявленої патології ШКТ ознак шлунково-кишкових кровотеч у даної категорії хворих нами не виявлено.

Така досить висока частка патології шлунка та ДПК у хворих з облітеруючим атеросклерозом аорти та артерій нижніх кінцівок є закономірна. Адже атеросклероз це системне захворювання, яке вражає й інші судинні басейни. Зокрема вісцеральні судини черевної аорти, що кровопостачають слизову оболонку шлунка та ДПК, що призводить до порушення слизової мікроциркуляції. Крім того постійний больовий синдром у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок змушував їх до консультації у судинного хірурга, безконтрольно та тривало приймати нестероїдні протизапальні препарати. А це, в свою чергу, теж призводить запальних змін в слизовій оболонці. Навіть незважаючи на появу нового класу НПЗП, що селективно блокує циклооксигеназу – 2 (ЦОГ-2), кількість ускладнень, пов'язаних з їх прийомом, продовжує збільшуватись. Так, за даними шотландського проспективного популяційного дослідження, що включило 255 390 чоловік, частота ШКК на 100 000 чоловік зросла з 99 в 2002 до 143 в 2005 р., тобто в 1,44 разу за 4 роки.

Не слід забувати і про такий фактор ризику, як куріння. Адже фактично 80 % нами прооперованих хворих курили протягом останніх 10 років. А відомо, що цей фактор ризику не тільки атеросклерозу, але й гастриту та виразкової хвороби.

Також не менше значення щодо гастропатії, що супроводжується ішемією слизової оболонки має і стресовий фактор перед оперативним реконструктивним втручанням. На сьогоднішній день доведеними є такі фактори розвитку ерозивно-виразкових форм ШКТ: тривалість оперативного втручання, штучна вентиляція легенів, коагулопатія, перепади в гемодинаміці; практично всі вони простежуються в даної категорії хворих.

А.Б. Кутовой та ін., також за результатами ФГДС вказують на такі ерозивно-виразкові ураження ШКТ: ерозивний гастрит – 33,9 %, ерозивний гастродуоденіт – 11,9 %, ерозивний бульбіт – 7,7 %, виразка шлунка – 28 %, виразка ДПК – 16,7 %, поєднана виразка шлунка та ДПК – 1,8 %. «Німі» виразки шлунка та ДПК за даними авторів виявлені в 18,5 % пацієнтів [1].

Висновки.

1. Частка запально-ерозивно-виразкових форм проксимального відділу ШКТ у ангіохірургічних хворих складає 33,89 %, причому 49 % пацієнтів взагалі не висловлювали ніяких «шлункових» скарг.

2. Проведення адекватної антисекреторної терапії інгібіторами протонної помпи в передопераційному та післяопераційному періоді дозволяє попередити розвиток ускладнень у вигляді ШКК.

3. Фіброезофагогастродуоденоскопія має стати обов'язковим обстеженням у всіх хворих з оклюзуючим ураженням аорти та артерій нижніх кінцівок в передопераційному періоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Кутовой А.Б. Частота и характер проявлений гастродуоденальных язв на фоне хронической ишемии нижних конечностей / О.А. Сергеев, И.В. Люлько, А.В.Спиридонов [та ін.] // Клінічна флебологія. — 2009. — №1 (2). — С. 56—57.

2. Пшеничный В.Н. Тромботические осложнения реконструктивных операций в бедренно-подколенной зоне у больных с критической ишемией нижних конечностей / В.Н. Пшеничный // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2005. — №2. — С. 245—246.

3. Черний В.И. Принципы профилактики развития стрессовых язв и кислотно-аспирационного синдрома в анестезиологии и интенсивной терапии / В.И. Черний, Н.Н. Смирнова // Український Журнал Хірургії. — 2010. — №1. — С. 38—43.
4. Pokrovsky A.V. Ultrasound endarterectomy for long superficial femoral artery atherosclerotic occlusive disease / A.V. Pokrovsky, G.V. Savrasov, E.I. Danilin // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2006. — Vol. 32, №6. — P. 663—667.

G.I. KUZMENKO, Ye.Yu. GARDUBEY, A.P. MALITCKA, V.Ye. MALITCKIY

Kherson Clinical City Hospital, Kherson

DAMAGE PROXIMAL GASTOINTESTINAL TRACT IN PATIENTS PROFILE OF ANGIOSURGERY

Altogether 180 patients with occlusive diseases of the abdominal aorta and lower extremity arteries underwent fibroesophahogastroduodenoscopyn (FEGDS). Influence, gastroduodenal ulcers and erosions form in the upper gastrointestinal tract (GIT) were – 33,89 % patients. These disease may cause serious complications in the intra- and postoperative periods. 49,18 % patients had not special gastric complaints. In the pre- and postoperative periods all patients antisecretion therapy was. Taking into account the clinical, endoscopic aspects of GIT pathology in patients with occlusive diseases of the abdominal aorta and lower extremity arteries we think it reason able to include FEGDS into complex of examinations at the preoperative treatment for the purporse of early corrections. This will allow to avoid unjustified GIT complications and choose the correct treatment policy.

Key words: atherosclerosis, gastrointestinal tract, fibrogastroduodenoscopy

Стаття надійшла до редакції: 29.04.2014