

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 616.127 — 005.8 — 036.11

Острые эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с инфарктом миокарда

Д.К.Шубладзе

Луганский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии, реаниматологии и хирургии факультета последиplomного образования (заведующий — профессор И.В.Иоффе)
Луганск, Украина

Проведен анализ лечения 78 больных с гастродуоденальными кровотечениями на фоне острого инфаркта миокарда. Изучены причины возникновения, клиническая картина, разработаны принципы профилактики и лечения.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения, острый инфаркт миокарда, гастродуоденальное кровотечение.

Введение

В последние годы актуальной проблемой стал рост частоты желудочно-кишечных кровотечений у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ). Ранее они встречались только у 3-16% больных, умерших от этого заболевания. Большинство исследователей согласно с тем, что на деле желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) происходят гораздо чаще, чем выявляются. Но поскольку в большинстве случаев они протекают субклинически, не приводят к существенным гемодинамическим нарушениям, то и не являются актуальной клинической проблемой. Однако, по данным С.В.Колобова и соавт. [2], у больных с острым ИМ в 30% случаев ЖКК приводит к острой постгеморрагической анемии, что, как известно, в 1,5 раза увеличивает риск госпитальной смерти и в 4 раза — риск повторного массивного ЖКК. В свою очередь, ЖКК вдвое увеличивает риск летального исхода и удлиняет сроки лечения в отделении в среднем на 8-10 дней.

Материалы и методы исследования

В период с 2005 по 2009 г. в инфарктном отделении на базе Луганской городской многопрофильной больницы №1 и в центре желудочно-кишечных кровотечений на базе Луганской городской многопрофильной больницы №4 обследовано и пролечено 78 больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцати-

типерстной кишки (ДПК) на фоне острого ИМ, осложненных острым ЖКК. Из них 51 больному противоязвенную профилактику не проводили, у 27 пациентов в качестве профилактики применяли перорально 40 мг пантопризола однократно утром на протяжении 10 дней. Данные профилактические мероприятия позволили практически вдвое уменьшить частоту возникновения кровотечений у больных с ИМ.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 78 больных с кровотечением количество больных, не получавших противоязвенную терапию, составило 51 человек, получавших ингибиторы протонной помпы — 27 человек, что в соотношении получается 2:1. Из 51 пациента летальный исход отмечен у 3 больных, из 27 пациентов контрольной группы лишь в одном случае. Эти данные указывают, что у пациентов с острым ИМ, получающих профилактическую противоязвенную терапию, риск острого гастродуоденального кровотечения практически в два раза меньше, чем в основной группе пациентов.

Острые эрозивно-язвенные поражения, развившиеся на фоне ИМ, в зарубежной литературе часто рассматриваются в рамках стрессовых гастродуоденальных язв. По данным разных авторов, острые язвы желудка и ДПК встречаются у 6-28% больных, умерших от ИМ, особенно часто выявляясь при его абдоминальной форме [1, 3]. Эти язвенные поражения обычно наблюдаются при тяжелом и осложненном течении ИМ. В ме-

ханизмах язвообразования в таких случаях основное значение имеют нарушения микроциркуляции в артериолах стенки желудка и ДПК, возникающие вследствие общих расстройств гемодинамики. Дополнительными ulcerогенными факторами могут служить парез гладкой мускулатуры желудка и ДПК, стрессовые реакции с последующей повышенной выработкой гормонов корковым веществом надпочечников, а также гиперацидная среда желудка и ДПК.

Симптоматические гастродуоденальные язвы у больных с ИМ часто протекают малосимптомно, отличаясь при этом склонностью к внезапным массивным кровотечениям. Отсутствие четких симптомов эрозивно-язвенных поражений, а впоследствии и острого ЖКК объясняется, прежде всего, приемом множества препаратов, применяемых для лечения острого ИМ. Аналгетики, нитраты, антикоагулянты и дезагреганты маскируют гастралгии и возникновение острого ЖКК до момента появления мелены или гематемезиса. К тому же симптомы массивного кровотечения могут скрываться под маской нарастания общих расстройств гемодинамики, присущих ИМ. Распознавание язвенных поражений при ИМ нередко затрудняется из-за невозможности (в силу тяжелого состояния больных) провести необходимые инструментальные исследования.

Антисекреторная терапия, увеличивающая рН содержимого желудка до 5,0-7,0 ед., в течение периода активного влияния факторов риска снижает вероятность ЖКК как минимум на 50% и позволяет инициировать активную эпителизацию слизистой желудка. Адекватная антисекреторная терапия позволяет решить

следующие задачи: предотвратить ЖКК, прекратить активное кровотечение, предотвратить рецидив кровотечения.

Влияние антисекреторной терапии на объем активного кровотечения и предотвращение его рецидивов основано на ее способности сдвигать рН содержимого желудка в щелочную сторону, тем самым блокируя лизис свежих тромбов, что обеспечивает полноценный сосудисто-тромбоцитарный гемостаз. Другой механизм действия заключается в прекращении агрессии соляной кислоты на слизистую желудка и ДПК. Необходимость как можно более раннего назначения адекватной антисекреторной терапии показана в клинико-морфологическом исследовании, в котором С.В. Колобов и соавт. [2] обнаружили у пациентов с острым ИМ выраженные нарушения микроциркуляции и угнетение пролиферации эпителия слизистой оболочки желудка и ДПК.

Выводы

Пероральное применение 40 мг пантопразола уже в течение первых суток приводит к значительному повышению пролиферативной активности эпителиоцитов и активной регенерации слизистой оболочки, что позволяет в два раза уменьшить риск возникновения гастродуоденального кровотечения. С объективной точки зрения, внедрение в практику протокола эффективной антисекреторной терапии больных с острым ИМ не требует вложения дополнительных сил и средств, поскольку общедоступной является доказательная база по применению ингибиторов протонной помпы и других препаратов этой группы.

Литература

1. Мішалов В.Г., Амосова К.М., Маркулан Л.Ю., Лещинин І.М., Бик П.Л., Пакришень С.В. Морфологічні зміни слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та судин підслизового шару у померлих від гострого інфаркту міокарда // Серце і судини. — 2007. — №3. — С. 22-32.
2. Колобов С.В., Зайратьянц О.В., Попутчикова Е.А. // Морфологические ведомости. — 2002. — №3-4. — С. 800-882.
3. Верткин А.Л., Зайратянц О.В., Вовк Е.И. Поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым коронарным синдромом // Лечащий врач. — 2006. — №1. — С. 66-70.
4. Лилли А. Ишемическая болезнь сердца // Общая врачебная практика по Джону Нобелю. — М.: Практика, 2005. — С. 539-561.
5. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г. Садритдинов М.А. Значение ишемии-реперфузии в возникновении эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны // Анналы хирургии. — 2003. — №49. — С. 53.
6. Derry S., Loke Y.K. Риск гастродуоденальных кровотечений при длительном использовании аспирина: Metaanalysis // BMJ. — 2000. — №321. — P. 1183-1187.
7. Cook D.J., Griffith L.E., Walter S.D. et al. Canadian critical care trials group // Crit. Care. — 2001. — №6. — P. 368-375.

Д.К.Шубладзе. Гострі ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у хворих з інфарктом міокарда. Луганськ, Україна.

Ключові слова: ерозивно-виразкові ураження, гострий інфаркт міокарда, гастродуоденальна кровотеча.

Проведений аналіз лікування 78 хворих із гастродуоденальними кровотечами на тлі гострого інфаркту міокарда. Вивчені причини виникнення, клінічна картина, розроблені принципи профілактики і лікування.

D.K.Shubladze. Acute erosive ulcerous defeat of upper part of gastrointestinal tract at patients with heart attack of myocardium. Lugansk, Ukraine.

Key words: erosive ulcerous defeat, acute heart attack, gastroduodenal bleeding.

The analysis of the treatment of 78 patients with gastroduodenal bleedings on background of the acute heart attack of the myocardium was done. The reasons of origin, clinical picture, designed principles of the preventive maintenance and treatment were studied.

Надійшла до редакції 29.10.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 615.9: 612.014.46

Вплив подразнюючих речовин на процеси метаболізму біогенних амінів

О.Є.Левченко

Українська військово-медична академія (начальник — доцент Ю.В.Рум'янцев)
Київ, Україна

У статті наведено результати вивчення характеру впливу подразнюючої речовини морфоліду пеларгонової кислоти на вміст у тканині легень та шкірі гістаміну та серотоніну, а також на активність гістидиндекарбоксілази та діаміноксидази. Встановлено, що морфолід пеларгонової кислоти втручається в процеси метаболізму амінів, що вивчались, що, можливо, впливає на формування загальнорезорбтивних та місцевопозражуючих ефектів при ураженні морфолідом пеларгонової кислоти.

Ключові слова: отруйні речовини подразнюючої дії, морфолід пеларгонової кислоти, гістамін, серотонін, гістидиндекарбоксілаза, діаміноксидаза.

Вступ

Отруйні речовини подразнюючої дії в залежності від мети, сценаріїв, що передбачаються як вірогідні, можуть бути використані для пригнічення окремого агресивного біооб'єкта або проти організованих чи стихійно утворених груп осіб, які є носіями загроз державі, її інституціям, громадському ладу, населенню [1, 2].

У першому випадку, як правило, подразнюючі речовини (ПР) застосовуються у вигляді цілеспрямованого потоку рідкого аерозолу за допомогою балончиків, заповнених під тиском одно- або багатокомпонентними подразнюючими рецептурами. Хоча існують, але є менш розповсюдженими так звані газові пістолети, при вистрілюванні куль котрих утворюється твердий аерозоль. У другому сценарії метою є утворення великої хмари об'ємного впливу, що досягається возгонкою подразнюючого диму за

допомогою димових шашок, гранат тощо. Подразнюючими речовинами можуть бути оснащені підрозділи силових державних структур [3–5].

Припинення протиправних дій за допомогою ПР досягається завдяки практично миттєвому пригніченню активності злочинців, що опиняються в межах атмосфери діючих подразнюючих аерозолів, унаслідок виникнення страждання від відчуття печії, болю, рефлексорного порушення респіраторної функції, зору і, на додаток, дезорієнтації в оточуючому просторі [6, 7].

У першу чергу ПР впливають на відкриті до контакту ділянки покривних тканин: слизові оболонки очей, верхніх дихальних шляхів, шкіру. При концентраціях ПР, які при вибірково-му впливі на ноцицептори цих тканин перевищують певний поріг, розвивається збудження рецепторів, формується аферентна імпульса-