

УДК 616-089.8

УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРИХ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ТРАВМАТИЧНИМ ШОКОМ

І.П. Хоменко, кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби, заступник начальника кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії
Д.П. Ніколюк, старший лейтенант медичної служби, ординатор травматологічного відділення клініки ушкоджень Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» Міністерства оборони України
О.І. Машенко, ординатор відділення хірургії та політравми №3 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги

Резюме. Проведений детальний аналіз лікування 1827 постраждалих із важкою і вкрай важкою поєднаною травмою, які знаходились у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) з 2001 по 2006 роки, з аналізом 783 висновків аутопсій. Основу роботи склали матеріали та дані ретроспективного аналізу історій хвороб 90 постраждалих з явищами травматичного шоку, у яких виникли гострі ерозивно-виразкові ураження (ГЕВУ) шлунку і дванадцятипалої кишки. У свою чергу у 49 (54,4%) із цих хворих гострі виразки проявились своїми ускладненнями. У 26 (28,9%) пацієнтів виникли кровотечі, а у 20 (22,2%) наступила перфорація гострих виразок. Ми в своєму дослідженні спробували визначити не тільки частоту виникнення гострих ерозивно-виразкових уражень у постраждалих з явищами травматичного шоку, але також дослідили залежність виникнення таких ускладнень, як гостра кровотеча і перфорація гострих виразок в залежності від стадії травматичного шоку.

Ключові слова: гострі ерозивно-виразкові ураження, гострі виразки, перфорація, кровотеча, травматичний шок.

Вступ. Гострі ерозивно-виразкові ураження шлунку і дванадцятипалої кишки (ДПК), незважаючи на їх широке розповсюдження, залишаються однією з найменш вивчених форм патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в різних категоріях хірургічних хворих і особливо у постраждалих з політравмою. Гострі виразки та ерозії шлунково-кишкового тракту є поліетіологічним захворюванням, яке має складний патогенез і часто виникає у хворих з тяжкою патологією. За даними літератури [2, 4] клінічно гострі виразки виявляють у слизовій гастродуоденальної зони в 1% пацієнтів. При патологоанатомічних дослідженнях їх виявляють в 24,0% випадків, а при вибіркових ендоскопічних дослідженнях верхнього відділу травного тракту – в 50% оперованих хворих. Досить небезпечним для пацієнтів є те, що гострі ураження гастродуоденальної області у

60-70% [1, 5, 7] ускладнюються кровотечею в просвіт шлунково-кишкового тракту і в 0,5-3% [1, 6, 7] перфорацією у вільну черевну порожнину.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведений детальний аналіз лікування 1827 постраждалих із важкою і вкрай важкою поєднаною травмою, які знаходились у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги з 2001 по 2006 роки, з аналізом 783 висновків аутопсій, з них чоловіків 1321 (72,3%), жінок 506 (27,7%). Основу роботи склали матеріали та дані ретроспективного аналізу історій хвороб 90 хворих, у яких виникли ГЕВУ ШКТ при травматичному шоці. При аналізі даних аутопсій не використовувались історії хворих, що померли до 1 доби. У табл. 1 проведено загальний аналіз постраждалих за 6 років.

Загальний аналіз постраждалих за 6 років

Роки	Проліковані хворі			Дані аутопсій	
	Кількість хворих за рік	Перенесли тяжкі травми	Перенесли ГЕВУ ШКТ	Померлі після 1 доби	На аутопсії мали ГЕВУ ШКТ
2001	2306	252	9(3,6%)	128	3(2,3%)
2002	2567	278	7(2,5%)	120	1(0,8%)
2003	2671	284	9(3,2%)	113	3(2,7%)
2004	2625	315	10(3,2%)	119	5(4,2%)
2005	2721	320	12(3,8%)	160	11(6,9%)
2006	2890	378	12(3,2%)	143	8(5,6%)
Всього	15780	1827	59(3,2%)	783	31(4,0%)

Як бачимо з табл. 1 кількість постраждалих з політравмою зростає кожен рік. Якщо провести вибірку по тяжко травмованим, то встановимо, що за останні 6 років кількість постраждалих зростає з 252 до 378 осіб. Те ж саме ми бачимо з ГЕВУ ШКТ, їх значення коливаються у межах від 12 до 20 постраждалих. Вік постраждалих коливався від 18 до 83 років. Усі хворі були розподілені на 4 вікові групи: від 18 до 38 років – 22 (24%) хворих; від 39 до 59 років – 36 (41%); від 60 до 80 років – 30 (33%); > 80 років – 2 (2%).

Як бачимо з наведених даних 58 (64,4%) пацієнтів – це були люди працездатного віку. Найбільш високі рівні утворення гострих виразок були відмічені у 2-й та 3-й віковій групі. Це свідчить, що з віком хворих зменшується опірність організму, як до зовнішніх так і до внутрішніх факторів агресії та зростає відсоток ГЕВУ.

Нами були вивчені дані, як постраждалих, що виписались з лікарні 59 (65,6%), так і дані аутопсій 31 висновок (34,4%). У свою чергу у 46 (51,1%) із цих постраждалих гострі виразки проявились своїми ускладненнями. У 26 (28,9%) пацієнтів виникли кровотечі, а у 20 (22,2%) наступила перфорація гострих виразок, що потребувало екстреного оперативного втручання. Усім постраждалим, крім загальноклінічних методів дослідження, для діагностики ушкоджень, а також їх ускладнень виконувались спеціальні методи досліджень, такі як фіброгастродуоденоскопія (ФГДС), рентгеноскопія.

Результати дослідження та їх обговорення. Проаналізувавши клінічну картину 1827 постраждалих з політравмою, в тому числі 783 висновки аутопсій, ми згідні з тими авторами, які стверджують, що патологічні зміни у слизовій шлунку та ДПК настають уже в першу добу у постраждалих із важкою поєднаною травмою в стані травматичного шоку і проявляються петехіями і поверхневими ерозіями.

Так аналізуючи дані ФГДС ми отримали 58 (64,5%) хворих з локалізованими ерозивними ураженнями верхніх відділів ШКТ та 32 (35,5%) хворих з тотальним ураженням верхніх відділів ШКТ. Локалізація гострих ерозій та виразок розподілилась наступним чином: виразковий езофагіт 14 (15,6%); виразковий гастрит 26 (28,9%); виразковий дуоденіт 18 (20%); виразковий гастро-дуоденіт 32 (35,5%).

Вже через 48 годин ураження епітелію ставало більш значним, що призводило до виникнення глибоких ерозій та навіть виразок. «Пік» стресового виразкоутворення слизової оболонки верхніх відділів ШКТ наступав в перші 3 доби після отримання травми. В наших дослідженнях виразкові ускладнення з'явилися на: 1-3 добу у 38 (42,2%) хворих; 4-6 добу у 20 (22,2%) хворих; 7-9 добу у 16 (17,8%) хворих; > 10 діб у 16 (17,8%) хворих.

Питання про строки виникнення гострих виразок має велике значення для визначення «критичного періоду» виразкоутворення, що, в свою чергу, дозволяє сконцентрувати зусилля лікарів на діагностиці і профілактиці даної

патології. Встановлено, що строки виразкоутворення залежать від причин і механізмів, що їх викликали. Так, у перші 3 доби патологічний процес, як правило, є проявом самої травми або травматичності хірургічного втручання з приводу отриманої травми, обумовленні травматичним шоком і загостренням супутньої патології. При сприятливих умовах протікання хвороби деякі гострі ерозії та виразки здатні до самостійного рубцювання та епітелізації, прояви їх слабо

виражені, частіше їх проявом є помірні болі в епігастрії.

Виражену клініку мають ускладненні гострі виразки. Серед ускладнень виділяють кровотечі та перфорації. У наших дослідженнях з 90 постраждалих із гострими виразками кровотечі спостерігались у 26 (28,9%), перфорації – у 20 (22,2%). Аналізуючи отримані данні можливо виділити наступні зони ураження ШКТ та кількість ускладнень. Це представлено в табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл уражень по відділах ШКТ

Ділянки ШКТ	Шлунок	ДПК	Шлунок та ДПК (одночасно)	Тонка кишка	Всього
Ускладнення					
Загальна кількість уражень	24(26,7%)	48(53,3%)	12(13,3%)	6(6,7%)	90(100%)
ШКК	12(13,3%)	7(7,8%)	5(5,6%)	2(2,3%)	26(28,9%)
Перфорації	5(5,6%)	11(12,2%)	-	4(4,4%)	20(22,2%)

Як видно з таблиці ерозивно-виразкові ураження шлунку були у 26,7%, а ДПК у 53,3% постраждалих. При цьому гострі кровотечі значно частіше виникали при ураженнях гострими ерозіями та виразками шлунку, а перфорації гострих виразок частіше спостерігались в ДПК. Така різниця у показниках пов'язана з більш слабим кровопостачанням дванадцятипалої кишки, тому у шлунку швидше розвиваються кровотечі, а у ДПК перфорації. Одночасне ураження шлунку та ДПК виявлено у 13,3%. Таке явище спостерігається при вкрай тяжких станах.

Багато сучасних авторів розглядають процес утворення гострих ерозій та виразок, при травматичному шоці, у контексті порушення кровопостачання слизової оболонки ШКТ. Так, при шоці I ступеню кровопостачання слизової оболонки мало відрізняється від норми, тоді як при II-III ст.

шоку порушення кровопостачання різко погіршується. Більш за все страждають тіло шлунку та ДПК, тобто ті відділи, де частіш за все утворюються гострі виразки.

Порушення кровопостачання слизової оболонки знаходить відображення у морфологічних змінах її мікроциркуляторного русла. Для I ст. шоку має місце реакція судин підслизового шару, а при II-III ст. у всіх шарах стінки шлунку та ДПК виявляється значне розширення венул та капілярів, стаз формених елементів крові, мікротромбоз артеріол, набряк та лімфоцитарна інфільтрація строми.

В наших дослідженнях всі хворі мали різний ступінь тяжкості травматичного шоку в залежності від тяжкості гемодинамічних розладів, ступеню падіння систолічного артеріального тиску і частоти пульсу. Клінічно розрізняли три ступені тяжкості шоку. Всі дані представлені у табл. 3.

Таблиця 3

Залежність виникнення ускладнень гострих ерозивно-виразкових уражень ШКТ від ступеню травматичного шоку

Ступінь шоку	Кількість хворих	ШКК	Перфорації
I	45 (50%)	5 (5,5%)	-
II	19 (21,1%)	10 (11,1%)	6 (6,7%)
III	26 (28,9%)	11 (12,2%)	14 (15,5%)

Як бачимо з табл. 3 ступінь тяжкості травматичного шоку суттєво впливає на виникнення ускладнень гострих ерозивно-виразкових уражень ШКТ. Так у хворих з гострими ерозивно-виразковими ураженнями ШКТ, що перенесли шок I ст., тільки 5,5% мали місце гострі шлунково-кишкові кровотечі. Що ж до III ст. шоку, то кількість ускладнень зросла у 5 разів. Так ШКК склали 12,2%, перфорації гострих виразок 15,5%, хоча кількість постраждалих не перевищувала 29 %. Порівнюючи всі 3 стадії травматичного шоку можливо встановити, що в залежності від тяжкості шоку у геометричній прогресії зростає кількість ускладнень гострих виразкових уражень ШКТ та їх тяжкість.

Висновки

1. Виявлено, що патологічні зміни у слизовій шлунку та ДПК настають уже в

першу добу після отримання травми, а «пік» стресового виразкоутворення слизової оболонки верхніх відділів ШКТ припадає на 3 добу.

2. Доведено, що має місце різниця проявів ускладнень в залежності від відділів ШКТ: у шлунку частіше виникають кровотечі, а у ДПК – перфорації, що обумовлено різним ступенем кровопостачання цих органів.

3. При порівнянні перебігу хвороби у постраждалих з важкими травмами з'ясовано, що є пряма залежність між ступенем важкості перенесеного травматичного шоку і частотою ускладнень гострих ерозивно-виразкових уражень ШКТ. Так при III ст. травматичного шоку кількість ускладнень (кровотечі, перфорації) в 5 разів вище, ніж при першій стадії.

Література

1. Дехтярева И.И., Хатиб З., Додяная Е.В. и др. Предупреждение стрессовых послеоперационных и медикаментозных эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта // Врач. дело. – 1995. – №3-4. – С. 61-64.

2. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Хирургия. – 2004. – Т.6, №1. – С. 38-49.

3. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного тракта. – Ровно, 1997. – 384 с.

4. Хохоля В.П., Саенко В.Ф., Полинкевич В.С. Хирургическое лечение острых эрозий и язв органов

пищеварения, осложненных профузным кровотечением. // Вестник хирургии. – 1988. – Т.140, №1. – С. 33-36.

5. Силуянов С.В., Калинин Е.Г., Капурин С.Н., Смирнова Г.О. Осложнения острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – №5. – С. 37-38.

6. Kikijan I., Schirmayer E., Frossard M., Shreiber W. Concomitant perforated ulcer and acute myocardial infarction diagnostic challenge in emergency medicine. // Wien. Klin.Wschr. – 1994; 106(20): 660-663.

7. O'Keefe-G., Maier R.V. Current management of patients with stress ulceration. // Adv. Surg. – 1996; 30: 155-177.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.