

УДК 616.37-002-036.11:616.33/.342-002.44/.446-005-037-084

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ КРОВОТОЧАЩИХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведев, Г.Г. Пилюгин,
Е.И. Верхулецкий, Д.Н. Синенупов*

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. С целью изучения прогнозирования острых кровотокающих эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом проанализированы истории болезни 275 пациентов. Разработанные предикторы прогнозирования помогают целенаправленно проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития кровотокающих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом. Разработанная схема профилактики образования острых язв, эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки позволила снизить развитие кровотокающих острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта с 22,7% в контрольной группе до 10,5% в основной группе больных.

Ключевые слова: острые эрозии, язвы, прогнозирование, острый панкреатит, кровопотеря.

В настоящее время среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) стабильно занимает третье место, уступая по частоте лишь острому аппендициту и холециститу [1, 2].

Несмотря на определенные успехи в своевременной диагностике и выборе оптимальных вариантов лечения больных ОП, многие важные аспекты этой проблемы не получили еще окончательного решения. К числу нерешенных вопросов относится недостаточно изученное осложнение ОП, особенно деструктивных его форм – образование острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [4, 5, 8]. По данным ряда отечественных авторов [3, 4] возникновение симптоматических панкреатогенных острых гастродуоденальных язв и эрозий у больных острым панкреатитом наблюдается у 8-24% пациентов. Кровотокающие острые эрозии и язвы слизистой оболочки желудка наблюдаются у 6-34% больных [4], а при осложненном течении острых эрозий и язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) летальность достигает 80% [6, 7].

Остающиеся неудовлетворительными результаты лечения больных определяют целесообразность разработки более совершенных методов прогнозирования, профилактики кровотокающих острых эрозий, язв желудка

и ДПК, серьезно осложняющих течение деструктивных форм панкреатита

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом путем разработки критериев прогнозирования и профилактики развития кровотокающих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

Обследовано 287 больных с острыми эрозиями, язвами желудка и ДПК на фоне ОП, находившихся в хирургических отделениях клиники хирургии № 1 ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе городской клинической больницы № 21 г. Донецка. Мужчин было 205 (71,4%), женщин – 82 (28,6%). Возраст больных варьировал в пределах от 21 до 68 лет. Группу контроля составили 145 больных, в которую вошли 92 (63,4%) пациента с отечной формой панкреатита и 53 (36,6%) пациента с острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

Предметом исследования больных контрольной группы явился анализ клинических и лабораторных данных с целью определения характера поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта в виде острых эрозий, язв при остром и деструктивном панкреатите. Применявшиеся традиционные методы лечения больных контрольной группы панкреатитом включают консервативное и оперативное лечение.

Основную группу составили 142 пациента. Из них 84 (59,1%) с отечной и 58 (40,9%) с деструктивной формой ОП составили больные, в комплексном лечении которых апробирована разработанная нами методика профилактики с оценкой её клинической эффективности.

В работе использовали классификацию острого панкреатита, принятую в Атланте (1992). Тяжесть состояния больных оценивали по шкале Ranson (1974). Степень тяжести кровопотери больных оценивали согласно классификации А.А. Шалимова и В.Ф. Саенко (1987).

В результате проведенного эндоскопического исследования были выявлены острые эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ, по характеру которых нам представилось целесообразным объединить их в следующие группы:

1. Больные с одиночной острой язвой желудка (ООЯЖ).

2. С острой одиночной язвой желудка в сочетании с единичными (до 4) эрозиями (ООЯЖ + ЕЭ).

3. С острой одиночной язвой желудка в сочетании с множественными (более 4) эрозиями (ООЯЖ + МЭ).

4. Множественные острые язвы желудка в сочетании с эрозивным бульбитом (МОЯЖ + ЭБ).

Всем больным проведено комплексное исследование с использованием клинических, лабораторных, инструментальных методов диагностики и статистики.

Лабораторные методы исследования, помимо общеклинических анализов, включали определение эффективной (ЭКА) и общей концентрации альбумина (ОКА), содержание молекул средней массы (МСМ). Также учитывали уровень распада свободного альбумина (РСА), индекс токсичности (ИТ), коагулограмму.

Биохимические методы исследования включали определение интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ), диеновых конъюгат (ДК), триеновых конъюгат (ТК) и малонового диальдегида (МДА).

Сенсибилизацию иммунокомпетентных клеток организма к собственным тканям (париетальной и висцеральной брюшине, желудку) исследовали в цитотоксическом тесте, оценивали по унифицированному методу и выражали в условных единицах. Тканевые антигены готовили по методу В.А. Фрадкина.

Для изучения метаболических характеристик клеток в сопоставлении с их функциональными свойствами и структурными нарушениями определяли цитохимическую активность панкреатической амилазы (п-амилаза). Уровень п-амилазы определяли в сыворотке спектрофотометрическим методом.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) проводилась в момент поступления, на 5 и 9 сутки лечения. Показанием к ФЭГДС служило наличие у пациентов клинических признаков, указывающих на заболевание ЖКТ. Показаниями к выполнению экстренной ФЭГДС были клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения. Во время эндоскопий определяли кислотность в полости желудка при помощи рН-метрии.

С целью профилактики кровоточащих острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных основной группы традиционное лечение ОП дополнено комбинированными методами озон- и лазеротерапии, которые применены в основной группе.

Использовали комбинированные методы озонотерапии в виде флаторизации озонкислородной смесью слизистой оболочки желудка и ДПК с последующей инсуффляцией озонированной дистиллированной водой через назогастральный зонд. После извлечения зонда больные принимали ежедневно per os озонированную дистиллированную воду из расчета 200 мл 3 раза в день. Концентрация озона в растворе составляла 7 мг/л, кратность приема – 4-5. Для озонирования использовали изотонический раствор хлорида натрия, который получали путем барботажа озонкислородной смесью в течение 10 мин. Насыщенные раствора озонкислородной смесью проводили при помощи аппарата «Озон УМ-80» (Харьков). Озонированный физиологический раствор вводили внутривенно со скоростью 80 капель в минуту с концентрацией озона 5-7 мг/л. Объем внутривенной инфузии озонированного физиологического раствора не превышал 400 мл в сутки. Сеансы повторяли ежедневно. Курс – 3-5 сеансов.

Курс лазерного лечения состоял из внутрисосудистого лазерного облучения крови стерильным моноволоконным оптическим световодом от аппарата «АФЛ-2». Процедуры проводились ежедневно, мощность излучения на конце световода – 5мВт, длина волны 632,8 нм. Время лазерного облучения составило 15-20 минут, количество сеансов 3-5 в зависимости от тяжести состояния.

Статистически полученные результаты обрабатывались с использованием программных пакетов Excel (Microsoft, США), Statistica 6.0 (StatSoft, США). При выполнении работы степень достоверности различий средних величин в сопоставляемых группах определялась путем использования критерия Стьюдента. Достоверным считали показатели при $P < 0,05$.

Числовые данные, полученные в результате предварительной оценки диагностического метода, оценивали с помощью метода дедукции, т.е. рассматривали от общего (гипотезы наличия либо отсутствия того или иного заболевания) к частному (вероятности того, что результат теста будет положительным). В нашем исследовании гипотеза выглядела в виде «есть поражение ЖКТ в виде острой эрозии, язвы и кровотечения из них» и вероятности того, что результат теста будет положи-

тельным. Из дедуктивных методик определяли следующие показатели: чувствительность, специфичность и информативность метода.

Результаты и обсуждение

В контрольной группе больных панкреатитом наиболее часто встречаемое поражение верхних отделов ЖКТ наблюдалось в виде одиночной острой язвы желудка у 57 (39,3%) пациентов, причем преимущественно за счет группы больных с отеочной формой панкреатита; реже обнаруживается острая одиночная язва желудка в сочетании с множественными эрозиями – 41 (28,3%) пациент, преимущественно за счет группы больных с отеочной формой панкреатита; еще реже – множественные острые язвы желудка в сочетании с эрозивным бульбитом – 25 (17,3%) пациентов с преобладанием больных из группы ОДП и на последнем месте группа пациентов – острая одиночная язва желудка в сочетании с единичными эрозиями – 22 (15,1%) пациента.

Установлено, что у больных отеочной формой панкреатита наиболее часто поражается ЖКТ в виде одиночной острой язвы желудка, а в группе ОДП – множественные острые язвы желудка в сочетании с эрозивным бульбитом,

что в определенной степени является основанием для предположения о том, что чем тяжелее форма острого панкреатита, тем агрессивнее поражается верхний этаж ЖКТ.

Из 145 больных контрольной группы у 33 (22,7%) пациентов с деструктивной формой заболевания острые эрозии, язвы желудка и ДПК осложнились острым желудочно-кишечным кровотечением. Легкая степень кровопотери наблюдалась у 8 пациентов, что составило 24,2%, средняя – у 14 (42,4%) и тяжелая – у 11 (33,45) больных. Наибольшую группу с легкой (50%), со средней (35,8%) и с тяжелой (45,6%) степенью кровопотери составили больные с множественными острыми язвами желудка в сочетании с эрозивным бульбитом.

Таким образом, при ОДП преобладают больные с тяжелой и средней степени тяжести кровопотери из острых эрозий, язв желудка и ДПК.

При изучении показателей сенсibilизации организма к висцеральной, париетальной брюшине и тканям желудка при ОП установлено, что поражение ЖКТ тем обширнее, чем выше уровень сенсibilизации (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели сенсibilизации организма к висцеральной, париетальной брюшине и тканям желудка контрольной группы больных острым панкреатитом в зависимости от характера эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта (n=92)

	Норма	ОП, (M±m)	ООЯЖ, (M±m)	ООЯЖ + ЕЭ, (M±m)	ООЯЖ + МЭ, (M±m)	МОЯЖ + ЭБ, (M±m)
Висцеральная брюшина	0,01±0,003*	0,269±0,018	0,247±0,003	0,256±0,004*	0,270±0,006*	0,289±0,007*
Париетальная брюшина	0,01±0,004*	0,191±0,037	0,143±0,014*	0,176±0,007	0,191±0,004	0,228±0,025*
Желудок	0,01±0,006*	0,096±0,011	0,083±0,003	0,091±0,003*	0,098±0,001	0,105±0,011

Примечание: * – достоверность различий (p≤0,05).

Таблица 2.

Показатели сенсibilизации организма к висцеральной, париетальной брюшине и тканям желудка контрольной группы больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от характера эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта (n=53)

	Норма	ОДП, (M±m)	ООЯЖ, (M±m)	ООЯЖ + ЕЭ, (M±m)	ООЯЖ + МЭ, (M±m)	МОЯЖ + ЭБ, (M±m)
Висцеральная брюшина	0,01±0,003*	0,360±0,021	0,342±0,016	0,372±0,006	0,380±0,002	0,382±0,001*
Париетальная брюшина	0,01±0,004*	0,283±0,024	0,259±0,009*	0,295±0,007	0,308±0,004	0,314±0,002*
Желудок	0,01±0,006*	0,155±0,046	0,131±0,024	0,170±0,008	0,195±0,004	0,204±0,004*

Примечание: * – достоверность различий (p≤0,05).

Существует четкая градация уровня сенсibilизации к тканям (висцеральной, париетальной брюшине, желудку), что может служить одним из ранних показателей возникновения кровоточащих острых язв, эрозий желудка или ДПК, а также использовать его как прогностический фактор. Несмотря на то, что различия уровня сенсibilизации к висцеральной, париетальной брюшине и тканям желудка при попарном сравнении недостоверна ($p \geq 0,05$), при сравнении уровня данных показателей в группе больных с одиночной острой язвой желудка и множественными острыми язвами желудка в сочетании с эрозивным бульбитом существует четкая разница: уровень сенсibilизации к висцеральной брюшине при одиночной острой язвой желудка ниже, чем при множественных острых язвах желудка в сочетании с эрозивным бульбитом на 42 усл. ед. (при $t=5,5$; $p \leq 0,001$), к париетальной брюшине на 85 усл. ед. (при $t=2,7$; $p \leq 0,01$), а к желудку на 22 усл. ед., но при $t=1,93$; $p \geq 0,05$.

При изучении уровня сенсibilизации организма к изучаемым тканям у больных ОДП установлено (табл. 2), что, так же как и при ОП наблюдается достоверное повышение данных показателей по сравнению с нормой и ОП ($p \leq 0,05$). Аналогично, как и при ОП, ОДП характеризуется разницей при одиночной острой язве желудка и множественных острых язвах желудка в сочетании с эрозивным бульбитом на 40 усл. ед. к висцеральной брюшине (при $t=2,5$; $p \leq 0,05$), к париетальной брюшине на 55 усл. ед. (при $t=2,7$; $p \leq 0,01$), а к желудку на 73 усл. ед. при $t=3,0$; $p \leq 0,01$.

Анализ представленных результатов исследования позволил нам выдвинуть гипотезу зависимости уровня сенсibilизации организма у больных ОП от характера эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки желудка и ДПК. Все больные, поступающие в клинику с ОП, должны иметь уровень сенсibilизации к париетальной брюшине не менее $0,143 \pm 0,014$, к висцеральной брюшине не менее $0,247 \pm 0,014$ и к тканям желудка не менее $0,083 \pm 0,011$.

Для подтверждения данного положения была произвольно сформирована группа из 60 человек с острыми эрозиями, язвами желудка и ДПК, у которых при поступлении в клинику изучали уровни сенсibilизации к висцеральной, париетальной брюшине и тканям желудка. На основании полученных результатов исследования определяли вероятность возникновения кровотечения из острых эрозий, язв и соответствует ли это действительности (проводили эндоскопический контроль).

Из 60 человек, у которых по данным эндоскопического исследования диагноз острых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ был выставлен, но не была известна вероятность возникновения кровотечения из них. У 31 пациента предполагалось развитие кровотечения из острых эрозий, язв желудка и ДПК, которое в дальнейшем возникло у 24 больных, а у 7 – нет. Из 29 больных, у которых по данным исследования исключалось развитие острых эрозий, язв желудка и ДПК с кровотечением. В дальнейшем осложнение наступило у 4 больных, а в 25 случаях прогнозированный тест подтвердился.

Таким образом, по данным иммунологического теста предполагать возможность кровотечения из острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных ОП можно со специфичностью 78%, чувствительностью 85,7% и информативностью 81,7%.

Для изучения специфичности, чувствительности и информативности динамики изменения альфа-амилазы и её изоферментов в зависимости от характера поражения ЖКТ (острые эрозии и язвы) проведен ретроспективный анализ историй болезни 186 пациентов.

Исследования показали, что в начале возникновения острых эрозий и язв имеет место возрастание альфа-амилазы и ее фракций до 198 ± 14 U/l (норма до 190 U/l), причем остается нормальная пропорция панкреатической 72 ± 6 U/l (норма до 64 U/l), и слюнной амилазы 94 ± 5 U/l (норма до 96 U/l). Следует отметить, что существует прямо пропорциональная зависимость между уровнем изоферментов и характером поражения ЖКТ (острые эрозии и язвы) у больных ОП.

При поражении ЖКТ (ООЯЖ + ЕЭ) у больных ОДП наблюдается повышение альфа-амилазы до 380 ± 48 U/l и ее изоферментов, а при сочетанном поражении ЖКТ (МОЯЖ + ЭБ) отмечается некоторое понижение альфа-амилазы с 580 ± 74 U/l до 560 ± 12 U/l. При этом уровень п-амилазы наоборот возрастает с 211 ± 55 U/l до 545 ± 6 U/l, а уровень слюнной амилазы уменьшается с 160 ± 37 U/l до 76 ± 7 U/l. Данный факт свидетельствует о сравнительно более высокой специфичности п-амилазы к характеру поражения ЖКТ. Если принять во внимание уменьшение уровня альфа-амилазы за признак в плане прогнозирования острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных ОП, то данный показатель будет мало информативным.

Изучены чувствительность, специфичность и информативность альфа-амилазы в плане прогнозирования кровоточащих острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных ОП.

По данным определения уровня альфа-амилазы диагноз острых кровотокающих эрозий, язв желудка и ДПК был предположен в 63 случаях, но окончательно он подтвердился в 58. Из 123 больных, у которых по данным диагностического теста не предполагалось развитие кровотокающих острых гастродуоденальных эрозий и язв данное осложнение возникло у 35 пациентов, а в 88 случаях прогнозированный тест подтвердился.

Соответственно, если брать уровень альфа-амилазы за прогностический признак диагностики кровотокающих острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных ОП, то он обладает специфичностью 71,5%, чувствительностью 92,1% и информативностью 78,5%.

При изучении чувствительности, специфичности и информативности п-амилазы в плане прогнозирования острых эрозий, язв желудка и ДПК получены следующие данные.

По данным уровня п-амилазы диагноз острых кровотокающих эрозий, язв желудка и ДПК был предположен в 89 случаях, что было окончательно подтверждено у 88 пациентов. Из 97 больных, у которых по данным исследования исключалось развитие острых гастродуоденальных эрозий и язв с кровотечением в дальнейшем осложнение наступило у 5 больных. Соответственно, чувствительность данного метода диагностики составила 94,8%, специфичность – 98,9%, а информативность – 96,8%.

Таким образом, на основании проведенных нами исследований установлено, что наиболее чувствительным и информативным при прогнозировании кровотокающих острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных ОП является определение уровня панкреатической амилазы крови.

При изучении общей кислотности желудка у больных контрольной группы отечной и деструктивной формами панкреатита выявлено незначительное её повышение независимо от характера поражения ЖКТ при ($p > 0,05$).

В таблице 3 представлена зависимость показателей эндогенной интоксикации от характера эрозивно-язвенного поражения ЖКТ у больных отечной формой панкреатита.

Анализ таблицы 3 показал, что не существует достоверных различий ($p > 0,05$) между показателями эндогенной интоксикации и характером поражения ЖКТ у больных ОП.

При изучении зависимости показателей перекисного окисления липидов от характера эрозивно-язвенного поражения ЖКТ (острые эрозии и язвы) у больных ОП получены данные, представленные в таблице 4.

Исследование показателей перекисного окисления липидов (табл. 4.) не выявило достоверных различий ($p > 0,05$) показателей перекисного окисления липидов и характера поражения ЖКТ (острые эрозии и язвы).

При изучении зависимости показателей свертываемости крови от характера эрозивно-язвенного поражения ЖКТ у больных ОП получены данные, представленные в таблице 5.

Учитывая многокомпонентность свертывающей системы крови, мы не выявили какой-либо определенной зависимости изменений факторов свертывания в отношении характера эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ ($p > 0,05$). Изменения в основном касались тяжести поражения поджелудочной железы (в большей мере формы панкреатита).

Таким образом, на основании проведенных нами исследований установлено, что наиболее чувствительными и информативными тестами для прогнозирования кровотокающих острых эрозий, язв желудка и ДПК у больных

Таблица 3.

Показатели эндогенной интоксикации в зависимости от характера эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у больных острым панкреатитом контрольной группы

	Норма	ОП, (M±m)	ООЯЖ, (M±m)	ООЯЖ + ЕЭ, (M±m)	ООЯЖ + МЭ, (M±m)	МОЯЖ + ЭБ, (M±m)
МСМ, опт. ед ($\lambda=280$ нм)	332,89 ±16,17	486,41±10,31	477,04±9,61	478,17±10,6	482,89±11,08	480,75±9,76
ОКА, г/л	52,12 ±0,54	45,97±0,59	44,86±0,84	45,64±0,41	45,58±0,51	45,41±0,62
ЭКА, г/л	45,92 ±0,61	32,36±0,48	33,41±0,52	32,22±0,48	31,89±0,64	32,17±0,61
РСА, усл. ед.	0,89 ±0,02	0,71±0,01	0,68±0,03	0,70±0,02	0,71±0,02	0,69±0,03
ИТ, усл. ед.	0,08 + 0,01	0,46±0,04	0,48±0,02	0,47±0,03	0,47±0,04	0,45±0,03

Таблиця 4.
Показатели перекисного окисления липидов в зависимости от характера эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у больных острым панкреатитом контрольной группы

	Норма	ОП, (M±m)	ООЯЖ, (M±m)	ООЯЖ + ЕЭ, (M±m)	ООЯЖ + МЭ, (M±m)	МОЯЖ + ЭБ, (M±m)
ДК, усл.ед./мг липидов	246,21±21,22	582,13±12,37	589,17±10,06	591,28±11,18	594,16±12,08	586,14±10,99
ТК, усл.ед./мг липидов	189,42±9,61	362,24±10,14	370,18±9,64	359,82±10,01	362,74±8,97	360,17±9,01
Fe ²⁺ -МДА, нмоль/г белка	5,47 ±0,24	8,22±0,18	8,31±0,14	8,08±0,11	8,31±0,17	8,33±0,12

Таблиця 5.
Показатели динамики свертываемости крови в зависимости от характера эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта у больных острым панкреатитом контрольной группы

	Норма	ОП, (M±m)	ООЯЖ, (M±m)	ООЯЖ + ЕЭ, (M±m)	ООЯЖ + МЭ, (M±m)	МОЯЖ + ЭБ, (M±m)
Время свертывания, с	436,28±7,83	359,68±3,55	355,17±4,68	362,24±3,17	361,84±3,73	360,264±3,71
Время рекальцификации, с	135,57±4,28	110,21±3,85	112,81±3,08	110,74±3,69	114,17±3,06	111,28±2,73
Каолиновое время, с	67,48±1,82	58,47±1,58	56,17±1,96	57,84±1,48	58,24±1,62	58,38±1,74
Антитромбин III, с	89,12±1,23	82,47±1,12	83,21±1,17	81,96±1,87	82,74±1,01	83,12±1,10
Спонтанный фибринолиз, %	19,53±0,51	24,91±0,55	24,17±0,32	24,66±0,71	24,72±0,62	24,58±0,41

ОП является уровень панкреатической амилазы в крови и сенсбилизация организма к тканям париетальной и висцеральной брюшины, а так же к тканям желудка.

У больных отечной формой панкреатита (основная группа) наиболее часто встречаемое поражение желудка и ДПК наблюдалось в виде одиночной острой язвы желудка – 59 (41,5%), причем преимущественно за счет группы пациентов ОП; на втором месте – острая одиночная язва желудка в сочетании с единичными эрозиями – 35 (24,6%); на третьем – острая одиночная язва желудка в сочетании с множественными эрозиями – 28 (19,8%) с преобладанием пациентов из группы ОП и на последнем месте группа пациентов – множественные острые язвы желудка в сочетании с эрозивным бульбитом – 20 (14,1%).

Таким образом, при отечной и деструктивной форме панкреатита верхний этаж ЖКТ наиболее часто поражается в виде одиночной острой язвы желудка, что в определенной степени является основанием для предположения о том, что предложенная нами схема лечения позволяет уменьшить характер поражение желудка и ДПК.

Из 142 больных у 15 (10,5%) пациентов

острые эрозии, язвы желудка и ДПК осложнились желудочно-кишечным кровотечением, которое диагностированы у больных ОДП. В группе больных ОП кровоточащих острых эрозий, язв желудка и ДПК не обнаружено.

По степени тяжести кровопотери при ОДП, больные разделились следующим образом. Итак, легкая степень кровопотери наблюдалась у 9 пациентов, что составило 60%, средняя – у 6 (40%), тяжелая степень кровопотери не встречалась ни у одного пациента.

Таким образом, наибольшую группу (60%) с легкой степенью кровопотери составили больные с одиночной острой язвой желудка, со средней (40%) – с одиночной острой язвой желудка в сочетании с единичными эрозиями, с тяжелой степенью кровопотери больные не встречались.

В контрольной группе 23 (15,8%) и основной 6(4,2%) больных подверглись оперативному лечению. После операции в основной группе больных летальных исходов не отмечено. Общая летальность в основной группе составила – 2,8%. В группе контроля умерло после операции 8 больных (34,7%), всего умерло 11 пациентов (общая летальность – 7,6%).

По поводу рецидива кровотечения из

острых язв было оперировано 3 больных контрольной группы. При лапаротомии было выполнено прошивание кровоточащих острых язв. Успешным хирургическое вмешательство оказалось только у одного больного. Только у 15 больных основной группы диагностировано желудочно-кишечное кровотечение из острых эрозий, язв желудка и ДПК, потребовавшее оперативного вмешательства у 1 больного. Летальных исходов после операции не было.

Таким образом, разработанные нами критерии прогнозирования помогают целенаправленно проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития кровоточащих острых эрозий, язв верхних отделов ЖКТ у больных острым панкреатитом. Разработанная нами схема профилактики образования кровоточащих острых язв, эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки позволило снизить развитие данного осложнения с 22,7% в контрольной группе до 10,5% в основной группе больных.

Выводы

1. В прогнозировании острых кровоточащих эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом прогностическое значение имеет определение уровня панкреатической амилазы выше 72 U/l и сенсibilизации организма к тканям желудка выше 0,083 ус.ед., висцеральной брюшины выше 0,247 ус.ед. и париетальной брюшины свыше 0,143 ус.ед.

2. Установлено, что показатели сенсibilизации организма к тканям желудка, париетальной и висцеральной брюшины позволяют диагностировать наличие кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом со специфичностью 78%, чувствительностью 85,7% и информативностью 81,7%. Специфичность уровня панкреатической амилазы крови в постановке диагноза кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 98,9%, чувствительность – 94,8%, а информативность – 96,8%.

3. Профилактику кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом с включением методов озон- и лазеротерапии к традиционному лечению необходимо проводить в случае повышения уровня сенсibilизации организма к тканям желудка с 0,08 ус.ед. до 0,1 ус.ед., париетальной брюшине с 0,14 ус.ед. до 0,22 ус.ед., висцеральной брюшине с 0,25 ус.ед. до 0,29 ус.ед. и панкреатической амилазы с 72 U/l до 211 U/l. Хирургическое лечение больных с кровоточащими

острыми эрозиями, язвами желудка и двенадцатиперстной кишки целесообразно лишь при стойком кровотечении и его рецидивах.

5. Применение разработанной схемы профилактики кровоточащих острых эрозий, язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом позволило снизить развитие кровоточащих острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ с 22,7% в контрольной группе до 10,5% в основной группе больных.

ПРОГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ І ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРИХ КРОВОТОЧИВИХ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

І.Є. Верхулецький, Ю.Г. Луценко, А.Ф. Медведенко, Г.Г. Пілюгін, Є.І. Верхулецький, Д.М. Синенупов

Реферат. З метою вивчення прогнозування гострих кровоточивих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит проаналізовані історії хвороби 275 пацієнтів. Розроблені предиктори прогнозування допомагають цілеспрямовано проводити профілактичні заходи, направлені на запобігання розвитку гострих кровоточивих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит. Розроблена схема профілактики утворення гострих виразок, ерозій шлунка та дванадцятипалої кишки дозволила знизити розвиток гострих кровоточивих ерозивно-виразкових уражень верхніх відділів шлунково – кишкового тракту з 22,7% у контрольній групі до 10,5% в основній групі хворих.

Ключові слова: гострі ерозії, виразки, прогнозування, гострий панкреатит, крововтрата.

PREDICTED ASPECTS AND PREVENTIVE MEASURE OF ACUTE SANGUIFLUOUS EROSION - ULCEROUS IMPAIRMENTS OF STOMACH AND DUODENUM IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

I.Y. Verkhulitski, Y.G. Lutsenko, A.F. Medvedenko, G.G. Pilygin, Y.I. Verkhulitski, D.N. Sinenupov

Abstract. With the purpose of study predictions of acute sanguifluous erosions, gastric and duodenal ulcers the hospital charts of 275 patients with acute pancreatitis have been analysed. The developed predictors of prognostication help purposefully conduct prophylactic measures, directed on prevention of the development of sanguifluous acute erosions, gastric and duodenal ulcers in patients with acute pancreatitis. The developed program of preventive measure of formation of sanguifluous acute erosions, gastric and duodenal ulcers allowed us to decrease the development of sanguifluous acute erosive - ulcerous impairments of upper portion of gastric - intestinal highway from 22,7 % in a test group to 10,5 % in the basic group of patients.

Keywords: acute erosions, ulcers, forecasting, acute pancreatitis, bleeding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Острый панкреатит. Патологическая физиология и лечение / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, Р.С. Шевченко – Харьков: Торнадо, 2002. – 280 с.

2. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита / М.В. Данилов // *Анн.хир.гепатологии.* – 2001. – № 6. – С. 125-130.
3. Саенко В.Ф. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / [В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк и др.] – Ровно, 1997. – 384 с.
4. Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала: практич. рук-во / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко – Донецк, 2006. – 420 с.
5. Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением / А.Ю. Котаев // *Российский медицинский журнал.* – 2004. – Т.14, № 6. – С. 501-504.
6. Кубышкин В.А. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде / В.А. Кубышкин, К.В. Шишин // *Хирургия.* – 2004. – Т.6, № 4. – С. 8-9.
7. Михайлов А.П. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: [учебное пособие] / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков, В.Л. Шульгин. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербур. ун-та, 2004. – 96 с.
8. Шевчук І.М. Сучасні методичні підходи до комплексного лікування гострого панкреатиту / І.М. Шевчук // *Шпит. хірургія.* – 2002. – № 2. – С. 47-51.