

ТҮЙІН

Автор мақалада Қазақстан республикасында тұратын дені сау ер және әйел адамдарының SF-36 сауалнамасының көмегімен тексеру нәтижелерін көрсеткен.

Түйінді сөздер: өмір сапасы, сауалнама.

SUMMARY

The author presented the results of interviewing practically of healthy men and women of Republic of Kazakhstan obtained through a questionnaire SF-36.

Key words: quality of life, questionnaire.

УДК 616.33.34-002.446-084

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СТРЕССОВЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Б. А. Салханов, А. Н. Батырова, В. В. Чурсин

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
Казахский государственный национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова

АННОТАЦИЯ

Ранняя эрадикация у НР-инфицированных больных в критических состояниях снижает частоту рецидивов и уменьшает вероятность развития осложнений в 96% случаев, а также позволяет в динамике оценить значимость НР-инфекции в генезе заболеваний и адекватно определить долгосрочную тактику ведения больного.

Ключевые слова: «стрессовая язва», желудочно-кишечное кровотечение и их рецидивы, геликобактерная инфекция, НР-инфекция, геморрагический шок.

Стрессовыми симптоматическими язвами (эрозиями) верхних отделов желудочно-кишечного тракта называют обычно острые, чаще поверхностные и множественные эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны, возникающие у тяжелых больных в критических состояниях.

Частота острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений (ОГЭП) и обусловленных ими желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у больных терапевтического и хирургического профиля, находящихся в критическом состоянии, остается неуточненной. Так, по данным разных авторов, ОГЭП развиваются у таких больных с частотой от 1-3% до 80-90%, а ЖКК – от 5 до 47% [1,2,3,4,5]. По данным В.А. Кубышкина и В.К. Шишина [2] ОГЭП осложняются развитием ЖКК в 10–15% случаев, из которых до 60% становятся причинами летального исхода. Среди всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на долю ОГЭП приходится 10–20% [5].

Длительная, более чем столетняя история изучения патогенеза гастродуоденальных изъязвлений не привела специалистов, занимающихся этой проблемой, к единому мнению. В современной литературе высказываются различные, зачастую прямо противоположные представления о патогенетических механизмах возникновения гастродуоденальных, в том числе и стрессовых язв. Следствием этого является отсутствие и единых принципов эффективной профилактики.

Наряду с этим в литературе имеются немногочисленные данные о значении в генезе эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны и осложнений (ЖКК и их рецидивов), где может играть роль НР-инфекции.

Этиологическая взаимосвязь и последовательность развития нарушений у больных, находящихся в критическом состоянии, объединяются в синдром острого повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки (СОПЖ и ДПК), который последовательно развивается в направлении повреждения целостности слизистой оболочки (дистрофические процессы в СОЖ и ДПК), усиления кислотно-пептической агрессии, нарушения секреторно-моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны (парез желудка и ДПК, дуоденогастральный рефлюкс) => прямая деструкция эпителиоцитов СОЖ и ДПК при её обсеменении геликобактерной инфекцией (некроз с аррозией кровеносного сосуда гастродуоденальной зоны). Основными причинами повреждения целостности слизистой оболочки желудка и ДПК при стрессовых язвах (эрозиях) при критических состояниях являются: локальная ишемия-реперфузия, сопровождающаяся избыточным синтезом оксида азота, радикалов O₂, цитокинов, снижением синтеза защитных простагландинов, гибелью эпителиальных клеток, угнетением процесса их регенерации и цитотоксическим действием геликобактерной инфекции (НР).

Исходя из вышеизложенного, возникают закономерные вопросы: при стрессе – после перенесенного шока или оперативного лечения или при тяжёлом течении терапевтических заболеваний, связано ли развитие осложнений гастродуоденальной зоны с хеликобактерной инфекцией? Если да, то возможно ли перенести положительный опыт лечения хеликобактерной инфекции в элемент активной профилактики стрессовых язв?

Ответы на эти вопросы, на наш взгляд, могло бы способствовать разработке оптимальной схемы профилактики и фармакотерапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны.

Цель работы: изучить патогенетические механизмы и факторы, способствующие возникновению стрессовых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны и разработать патогенетически обоснованный метод профилактики этого осложнения.

Методы исследования. В работе использованы общеклинические и специальные методы обследования больных. Анализу подвергнуты наиболее значимые клинические признаки заболевания, данные анамнеза и результаты параклинических методов исследования.

Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале SAPS (Simplified Acute Physiological Score) и исходу заболевания. К группе «высокого риска» относили пациентов, имеющих более 21 балла по шкале SAPS.

Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, дополнительно проводились:

1. Степень кровопотери (классификация Воробьева А.И., 1994г.).
2. Состояние гемостаза (показатели ПТИ, фибриногена и АЧТВ).
3. Показатели центральной гемодинамики (ОЦК, ОПСС, УО и МОК).
4. Параметры дыхания и кислотно-щелочное состояние (рНа крови, лактат, РаО₂, РаСО₂, SaO₂ и активность буферных систем).
5. Эндоскопическое исследование (локализация, размер поражения, давность начала кровотечения, источник и активность кровотечения по критериям Forrest).
6. Исследование рН желудочного сока (при помощи индикаторной бумаги).
7. Морфологическое исследование (окраска Романовского-Гимзе).
8. Диагностика НР-инфекции (ГЕЛИК-тест, ХЕЛПИЛ-тест, быстрый уреазный тест с гистологическим исследованием).

Результаты исследования и лечения. Исследования проводились с момента поступления пациентов в клинику и в ОРИТ ЦГКБ, где и были получены использованные в исследованиях материалы. Всего за весь период (2004-2010 гг.) собраны материалы по 463 случаям заболевания ЖКТ.

К исследованиям привлекались 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, получавших лечение в интенсивной терапии, у которых основное заболевание, осложнилось стрессовым эрозивно-язвенным кровотечением. Воз-

раст больных колебался от 18 до 72 лет, из них женщин – 53 (44,1%), мужчин – 67 (55,8%).

Разработанный метод профилактики стрессовых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны включал в себя назначение с первых суток после выявления НР-инфекции, согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса IV (квадротерапия), одной из известных схем эрадикационной терапии, включавшая париет (20 мг 2 раза в сутки per os) или контролок (40 мг 2 раза в день в инъекциях) в сочетании с де-нолом по 120 мг 4 раза в сутки, метранидазолом по 500 мг 3 раза в сутки и тетрациклином по 500 мг 4 раза в сутки. Длительность лечения в стационаре составила 10-14 дней.

Сравнительный анализ клинической эффективности профилактики стрессовых язв в виде кровотечений и их рецидивов показал, что у НР-инфицированных больных после проведения эрадикации количество стрессовых осложнений меньше в 2 раза по сравнению с необследованными на НР-инфекцию пациентов и позволяет уменьшить общую летальность в 2 раза и летальность от осложнений стрессовых язв с 57,1% до 33,3%.

Выводы:

1. У больных, находящихся в критическом состоянии, наличие НР-инфекции является одним из факторов возникновения и ускорения стрессовых гастродуоденальных язв и их осложнений в 68,3% случаев.
2. При наличии обсеменения НР-инфекцией у больных, находящихся в критическом состоянии, рецидив гастродуоденального кровотечения развивается в 45% случаев.
3. Сочетание сопутствующих хронических соматических заболеваний у НР-позитивных больных повышает риск развития стрессовых гастродуоденальных кровотечений.
4. Разработанный метод профилактики стрессовых гастродуоденальных кровотечений (эрадикационная квадротерапия НР-инфекции) в раннем послеоперационном периоде у больных с геморрагическим шоком способствовала уменьшению общей летальности с 57,1% до 33,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ding S.-Z., Minohara Y., Fan X. J., Wang J., Reyes V. E., Patel J., Dirden-Kramer B., Boldogh I., Ernst P.B., Crowe S.E. Helicobacter pylori Infection Induces Oxidative Stress and Programmed Cell Death in Human Gastric Epithelial Cells // *Infection and Immunity*. – 2007. – Т. 75. – № 8. – С. 4030-4039.
2. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // *Consil. med. (хирургия)*. – 2004. – № 1. – С. 17-20.
3. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 224 с.
4. Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – June 14, 12 (22). – P. 3597-3601.
5. Van der Wouden E.J., Westerveld B.D. A patient with diabetes mellitus and recurrent peristomal bleeding // *J. Med.* – 2006. – Vol. 64, № 8. – P. 314-316.

ТҮЙІН

Өте ауыр халде жатқан НР-инфекциясымен зарарланған науқас адамдарға мейлінше ертерек эрадикациялық ем жүргізу нәтижесінде олардың 96%-ында аурулардың өршуінің жиілігі мен асқынулар дамуының мүмкіндігін тежеуге қол жеткізіледі. Сонымен қатар мұндай емді дер кезінде қолдану аурудың даму механиз-

мін динамикалық бағамдауға және аталмыш науқастарды ұзақ мерзімді жүргізу тактикасын анықтауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

Early eradication in HP-infected patients at critical states reduces the rate of recurrences and lowers the possibility of the complications development in 96% of cases and also it enables to evaluate in dynamics the importance of HP-infection in the genesis of the diseases and to determine the long-term tactics of managing a patient.

УДК: 616.0-073.75:616.71-002.27

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА

К. Х. Мухамеджанов, Г. И. Хуснутдинова

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

В статье Мухамеджанова К.Х. и Хуснутдиновой Г.И. «Лучевая диагностика болезни Педжета» представлена рентгенологическая картина болезни Педжета не осложненная и осложненная остеогенной саркомой, в настоящее время в лучевой диагностике болезни Педжета должно быть отдано предпочтение цифровой рентгенографии скелета. В качестве иллюстраций представлены данные многолетнего наблюдения за болезнью Педжета с озлокачествлением и с метастазированием.

Ключевые слова: болезнь Педжета, лучевая диагностика, цифровая рентгенография, осложнения в виде перехода в остеогенную саркому.

Цель: дать краткое сведение по лучевой диагностике болезни Педжета не осложненной и осложненной остеогенной саркомой.

Задача: на основе литературных и собственных наблюдений отметить важность лучевой диагностики болезни Педжета по данным рентгенологической картины и указать на важность рентгенологического исследования в виде цифровой рентгенографии скелета.

Болезнь Педжета известна как деформирующая фиброзная остеодистрофия, по настоящее время остается болезнью неразгаданной этиологии и является предсаркомой. В подавляющем большинстве случаев болезнь пожилых мужчин. Поражает обычно одну или много костей, т.е. имеет моно- или полиоссальный характер.

Клинически болезнь Педжета протекает хронически, длительно. Первыми симптомами в 70% являются перемежающиеся боли особенно в нижних конечностях, пояснице, крестце. Отмечены случаи безболевого протекания болезни. При длительном существовании болезни развиваются причудливые утолщения, искривления, которыми и выделяется эта форма остеодистрофии, и в этом смысле в отличие от болезни Реклингаузена генерализованной фиброзной гиперпаратиреоидной остеодистрофии не является системным заболеванием.

При поражении костей черепа увеличивается объем головы, окружность которой достигает 70 см и более. Лицевой череп остается неизменным, Другие пораженные кости резко утолщаются, деформируются в результате размягчения и нагрузки. Наиболее характерны изменения в бедренных и большеберцовых костях, характерны патологические переломы – так называемые в литературе «банановые» переломы. Эти изменения наблюдаются около 45% больных по данным литературы.