

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Обидов Иброхим

Бухарский Государственный медицинский институт

Резюме: В статье изучена профилактика острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных, перенесших обширные термические ожоги. В нем обсуждается высокая частота этих осложнений, часто приводящих к тяжелым последствиям, таким как кровотечение и полиорганная недостаточность. С помощью эндоскопических исследований подробно описано раннее развитие послеожоговых язв, а также их лечение, в первую очередь консервативными методами, включая использование ингибиторов протонной помпы, таких как омепразол. Исследование также подчеркивает важность понимания патогенеза этих язв, подчеркивая роль повышенной выработки кислоты и задержки перистальтики желудка в их развитии.

Ключевые слова: Острые эрозивно-язвенные поражения, Верхние отделы желудочно-кишечного тракта, Термические ожоги, Гемодинамические нарушения, моторика желудка, Ингибиторы протонной помпы.

Актуальность. Острые эрозивно-язвенные поражения ЖКТ довольно часто возникают в виде осложнений у больных после ожогов. Осложнения острых язв в виде кровотечений, возникают у 18-23% больных [1]. У ожоговых больных кровотечение даже малой интенсивности резко ухудшает общее состояние, что проявляется общей слабостью, заторможенностью, бледностью кожных покровов, гемодинамическими расстройствами. Некоторые острые язвы и эрозии способны к самостоятельному рубцеванию и эпителизации, клиника их слабо выражена [1, 2, 3].

В абсолютном большинстве случаев неосложненные острые эрозии и язвы, не имея специфических клинических проявлений, остаются нераспознанными и обнаруживаются лишь на аутопсии. По данным патологоанатомов, острые изъязвления слизистой выявляются у 20-50% умерших после обширных ожогов тела, в результате развившейся полиорганной недостаточности.

Материалы эндоскопического исследования. На основании данных эндоскопического обследования нами установлено, что у больных с обширными ожогами острые изъязвления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются в течение ближайших 3-5 дней. В

раннем периоде изменения слизистой представляли собой чередование очагов бледности и гиперемии. Через одни сутки возникали петехии и поверхностные эрозии диаметром до 1—2мм, а через 46-48ч размеры повреждений слизистой желудка становились более значительными. При благоприятных условиях через 10-14 дней происходило восстановление слизистой желудка, эрозии исчезали. Однако у некоторых тяжелых больных они сохранялись до 20 —24 дней и нередко осложнялись кровотечением.

Признаки продолжающегося кровотечения отмечались у 20-25% больных. При этом чаще всего выявлялись множественные эрозии геморрагического типа размерами до 1-2 мм в диаметре.

При анализе результатов эндоскопических исследований, наиболее часто (67%) эрозивно-язвенное поражение локализовались в желудке, несколько реже (43%)—в двенадцатиперстной кишке и пищеводе (18%). Вопрос о сроках образования стрессовых язв вызывает интерес, так как определение "критического периода" позволяет сконцентрировать усилия врачей на эффективной диагностике и профилактике кровотечений. Установлено, что сроки изъязвления зависят от причин и механизмов, его вызывающих. Комплексная оценка кислотообразующей функции желудка показала, что первые 10 дней происходит максимальная стимуляция кислотообразующей функции желудка, при этом ее "пик" приходится на 3-5-е сутки, т.е. на период наиболее вероятного язвообразования.

Данные суточной рН-метрии значительно углубили представления о состоянии кислотообразующей функции желудка у больных с обширными ожогами. В 1-е сутки после травмы, в 81% наблюдений в теле желудка регистрировался $pH < 1$, т.е. имела место чрезвычайно высокая продукция свободной соляной кислоты.

Исследование моторной активности желудка в раннем послеоперационном периоде у ожоговых больных показали, что в 1-2е сутки моторика желудка отсутствует у всех больных. На 3-е сутки появляются волны низкой амплитуды с частотой 3 сокращения в минуту, которые не обеспечивают адекватной эвакуации из желудка. На 4-и сутки появляется периодическая моторная активность, однако амплитуда волн сокращения не достигает уровня нормального. Клинически у больных определяется перистальтика кишечника и отхождение газов. К 6-8-м суткам при не осложненном течении ожоговой болезни эвакуаторная функция желудка восстанавливалась.

Проведенные исследования показали, что повышение кислотопродукции происходит на фоне угнетения моторики желудка.

Нарушение эвакуации кислого желудочного содержимого, которая зависит от перистальтической активности, приводит к длительному воздействию

кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку желудка, что в совокупности с другими причинами значительно повышает риск язвообразования.

Отмеченная реакция пищеварительной системы на травматический стресс лежит в основе образования ранних истинных стрессовых язв, на долю которых приходится примерно 80% всех изъязвлений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ. У остальных 20% больных язвы возникают в фазе дистрофии слизистой оболочки в более отдаленные сроки при осложненном течении ожоговой болезни в виде сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной недостаточности, а также гнойных и септических осложнений, приводящих к развитию полиорганной недостаточности, одним из проявлений которой как раз и являются язвы.

По нашим данным до 92% больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ лечились консервативными методами. Оперативное лечение проводилось лишь при осложнении в виде перфорации полого органа, профузном или упорно-рецидивирующем кровотечении при неэффективности методов эндоскопического гемостаза. Нами широко применены ингибиторы протонной помпы, в частности - омепразол. Омепразол, являющийся слабым основанием, при нейтральной рН неэффективен. Однако в кислой среде канальцев париетальных клеток он превращается в активный метаболит сульфенамид, который необратимо ингибирует мембранную H^+-K^+-ATP азу. Превращение омепразола в сульфенамид происходит быстро (через 2–4 мин), он эффективно подавляет базальную и вызванную любым раздражителем секрецию HCl , снижает общий объем желудочной секреции и угнетает выделение пепсина. В настоящее время препараты этой группы обладают антисекреторной активностью, по силе несравнимой ни с какими другими лекарственными средствами. Максимальная концентрация омепразола в плазме наступает через 1-3ч после перорального применения. Подавляя ферментативный синтез в течение 18 ч, препараты обеспечивают 24-часовую продолжительность кислотоподавляющего эффекта независимо от дозы [4, 5, 6].

Новые представления о патогенезе острого изъязвления слизистой оболочки желудка у больных с ожоговыми травмами, позволяют эффективно воздействовать на защитные свойства слизистой оболочки, в частности корректировать микроциркуляторные и обменные нарушения в ней, а также устранять посттравматическую иммуносупрессию. В этом отношении привлекает наше внимание препарат с антиоксидантными и антигипоксантными свойствами - актовегин.

Препарат полифункционального действия, позволяющий в условиях гипоксии устранять метаболические расстройства в тканях, в частности в слизистой оболочке желудка, связанные с эндотоксикозом и кровопотерей. Применяется он, как правило, в виде внутривенных капельных инфузий до 250 мл 10% раствора в сутки. Этот препарат резко повышают устойчивость клеток слизистой оболочки желудка к протеолитической агрессии желудочного сока.

Таким образом, эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ являются одним из частых осложнений ожоговой болезни. Осложнения острых язв в виде кровотечений сопровождаются высокой летальностью. В основе патогенеза одним из ведущих факторов является значительное и стойкое усиление кислотно - пептической агрессии. Ведущим компонентом профилактики эрозивно-язвенных поражений желудка при ожоговой болезни, является раннее, сочетанное использование современных антисекреторных препаратов.

Литература:

1. Григорьева Т.Г. Ожоговая болезнь. //Международный медицинский журнал, 2000. Т.6,-№ 2.- С.53-60
2. Лавров В.А., Виноградов В.Л. Ожоговый шок: патогенез, клиника, лечение.//Научный практический журнал Института хирургии им. Вишневского А.В. РАМН. 2000.-№2.-С.1-5.
3. Василенко В.Х, Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь: (Современные представления о патогенезе, диагностике, лечении). АМН СССР. М.: Медицина, 1987.
4. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Лепяхин, В. К. Клиническая фармакология и фармакотерапия.— М. 2000.- 540 с.
5. Исаков В.А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии. М.: 2001. - 304 С.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /Под ред. В.Т. Ивашкина.- М. 2003.- 1046 с.
7. Abidov U. O., Obidov I. U. A Rare Case from Practice: Strangulated Perineal Hernia //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 28-32.
8. Abidov U. O., Obidov I. U. Hepaticofasciolas (Fasciolosis) as a Cause of Mechanical Jaundice in a Woman (Case Study) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 38-41.
9. Abidov U. O., Obidov I. U. Appendicular Giant Mucinous Neoplasms (Case Report) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 33-37.
10. Абидов У. О. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ //Новый день в медицине. – 2020. – №. 4. – С. 623-625.
11. Нурбабаев А. У., Абидов У. О. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи //Биология и интегративная медицина. – 2020. – №. 6 (46). – С. 96-102.
12. Abidov U. O., Khaidarov A. A. MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE //Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografía e Historia. – 2022. – Т. 22. – С. 6.
13. Abidov U. O. Results of Treatment of Patients with Obstructive Jaundice //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 370-376.
14. Абдурахманов, М. М., Обидов, У. У., Рузиев, У. У., & Мурадов, Т. Р. (2020).

Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. Журнал теоретической и клинической медицины, 1, 59-62.

15. Haydarov, A. A., Abdurakhmanov, M. M., Abidov, U. U., Sadiev, E. S., Mirzaev, V. I., & Bakae, M. I. (2021). Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. *Journal of Natural Remedies*, 22(1 (1)), 10-16.

16. Уроков, Ш. Т., Абидов, У. У., Хайдаров, А. А., & Хаджаев, К. Ш. (2019). ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. *Новый день в медицине*, (4), 316-320.

17. Utkir, A. (2024). TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH ANTIMICROBIAL THERAPY IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(5), 81-84.

18. Abidov Utkir. (2024). PREVENTION OF ACUTE EROSIIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH EXTENSIVE THERMAL BURNS. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(5), 85–87.

19. Utkir, A. (2024). PREVENTION OF POSTOPERATIVE LOCAL COMPLICATIONS AFTER ALLOHERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS. *Web of Discoveries: Journal of Analysis and Inventions*, 2(5), 86-88.

20. Utkir, A. (2024). ENDOSCOPIC HEMOSTASIS FOR GASTRODUODENAL ULCERATIVE BLEEDING. *Web of Teachers: Inderscience Research*, 2(5), 149-154.

21. Utkir, A. (2024). PERFORATION OF AN ATYPICALLY POSITIONED DUODENAL ULCER IN A PATIENT WITH CONGENITAL FUNNEAL CHEST DEFORMITY. *Web of Teachers: Inderscience Research*, 2(5), 155-158.

22. Abidov, U. O. (2023). EIN SELTENER FALL AUS DER PRAXIS: STRANGULIERTE PERINEALE HERNIE. *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 73-77.

23. Oktamovich, A. U. (2023). GALLENSTEINKRANKHEIT BEI SCHWANGEREN: DIAGNOSE, KOMPLIKATIONEN UND BEHANDLUNG. *Scientific Impulse*, 2(15), 587-595.

24. Abidov, U. O. (2023). HEPATIKOFASZIOLOSE (FASZIOLOSE) ALS URSACHE FÜR MECHANISCHEN IKTERUS BEI EINER FRAU (FALLSTUDIE). *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 78-84.

25. Obidov, I. U. (2023). RIESIGE MUZINÖSE NEOPLASMEN DES APPENDIX (FALLBERICHT). *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 85-89.