

## ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОВИХ ВИРАЗОК У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ІШЕМІЧНИМ ТИПОМ

*В.Й.Тещук, М.О.Гамма, В.В.Тещук*

**Військово-медичний клінічний центр Південного регіону,  
Київська обласна клінічна лікарня  
Одеса, Київ, Україна**

---

У роботі наведений матеріал обстеження 135 пацієнтів, які перенесли гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом та знаходились на лікуванні в ангіоневрологічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології ВМКЦ ПР з вересня 2007 р. до липня 2012 р. Вказано на необхідність профілактичного використання противиразкової терапії при лікуванні пацієнтів з ГПМК за ішемічним типом антитромботичними засобами та антиагрегантами, у результаті чого знижується ризик розвитку стресових виразок. Обґрунтовано призначення діагностичної фіброезофагогастродуоденоскопії у пацієнтів з ГПМК за ішемічним типом, які приймають тривалий час антитромботичні засоби та антиагреганти, як необхідного інструментального обстеження. Рекомендовано використання магнітно-лазерної терапії у пацієнтів, котрі перенесли ГПМК за ішемічним типом.

*Ключові слова: шлунково-кишковий тракт, гострі стресові виразки, гострі порушення мозкового кровообігу, фіброезофагогастродуоденоскопія, магнітно-лазерна терапія.*

---

### **Вступ**

По мірі розвитку інтенсивної терапії кількість випадків виникнення гострих стресових ерозій та виразок шлунково-кишкового тракту (ШКТ) збільшилась та досягає, за даними деяких авторів, до

80% [1]. Почастішали та набули тяжкого характеру ускладнення гострих стресових виразок (ГСВ) та ерозій, такі як шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) та перфорації. Слід відмітити, що з даною проблемою лікарі-ангіоневрологи почали зіштовхуватись навіть у пацієнтів, які перенесли ГПМК та не мали «виразкового» анамнезу.

Як вважає багато авторів [1, 2], поєднання ішемії та ацидозу є відправним моментом зниження захисних чинників ШКТ, що, в свою чергу, на фоні проводимої інтенсивної терапії призводить до збільшення числа кисневих та водневих радикалів, що в комбінації з прямою та опосередкованою дією інтерлейкінів призводить до ураження клітин ШКТ.

За даними спостережень в ангіоневрологічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України, викликані стресом джерела ШКК локалізуються, як правило, на дні шлунка у 65% та в ділянці цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК) у 35% та спостерігаються у пацієнтів, які перенесли ГПМК, тяжкі нейроінфекції, при множинній супутній та комбінованій патології, поліорганній недостатності. Масивна кровотеча з верхніх відділів ШКТ, як правило, виникає на 3-7 день від початку захворювання (ГПМК).

Рання ендоскопія верхніх відділів ШКТ підтверджує діагноз майже у 90% таких пацієнтів і є необхідним діагностичним заходом.

### *Матеріали та методи дослідження*

Були обстежені 135 пацієнтів, які перенесли ГПМК за ішемічним типом та знаходились на лікуванні в ангіоневрологічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології ВМКЦ ПР з вересня 2007 р. до липня 2012 р. З них 112 чоловіків та 23 жінки. Вік пацієнтів був у межах від 45 до 99 років. Усі обстежувані були розподілені на дві групи. До 1 групи з високим ризиком виникнення стресових виразок ми віднесли 87 пацієнтів, у яких були ознаки поліорганної недостатності. До 2 групи з невисоким ступенем ризику були віднесені 48 пацієнтів з лакунарними ГПМК.

У 29 пацієнтів (17 хворих 1 групи та 12 хворих 2 групи) мав місце «виразковий» анамнез.

Для 23 пацієнтів 1 групи проводилась штучна вентиляція легенів у середньому близько двох діб.

Медикаментозна терапія з першої доби була спрямована на корекцію попередніх клінічних станів (відновлення об'єму рідини,

антибактеріальна терапія, корекція гострої дихальної та серцево-судинної недостатності, підтримку функції нирок), так і на профілактику стресових виразок та кровотеч. У подальшому ми застосовували:

- засоби, які нормалізували гіпоталамічні впливи та функції шлунка (платифілін, метоклопрамід, гастроцепін, антациди, омепразол);

- засоби, стимулюючі процеси регенерації та білкового обміну (гастрофарм, вітамін Е, солкосерил, актовегін, ретаболіл, аміносол);

- блокатори шлункової секреції (квamatел). Пацієнти, які не могли самостійно харчуватися, з першої доби перебування у відділенні отримували їжу через назогастральний зонд по 200-300 мл кожні 2 години.

Усі пацієнти знаходилися під постійним клінічним спостереженням (пульс, артеріальний тиск, вміст гемоглобіну та еритроцитів у периферичній крові), досліджували кількість та характер шлункового вмісту, а при необхідності проводили фіб्रोезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС).

### **Результати дослідження та їх обговорення**

У 52 пацієнтів (34 пацієнти 1 групи та 18 хворих 2 групи), що складало 38,5%, у шлунковому вмісті визначалась кров, що, відповідно, супроводжувалось зниженням вмісту гемоглобіну та кількості еритроцитів у периферичній крові, а у 3 пацієнтів зниження гемоглобіну та кількості еритроцитів було настільки значимим (за нормальних гемодинамічних показників), що вимагало проведення гемотрансфузій.

Ендоскопічні ознаки геморагічного гастриту були виявлені у 37 (27,4%) хворих, раніше звернень до гастроентеролога у них не було: у 22 (16,3%) пацієнтів 1 групи та 15 пацієнтів 2 групи, що складало, відповідно, 11,1%. Множинні поверхневі ерозії визначалися у 24 (17,8%) пацієнтів: відповідно у 16 (11,85%) хворих 1 групи та 8 (5,93%) хворих 2 групи. Гострі стресові виразки були виявлені нами в 7 (5,2%) пацієнтів (усі пацієнти з 1 групи). У цих випадках, коли виразка кровоточила, лікар-ендоскопіст на базі ангіоневрологічного відділення проводив ендоскопічний ін'єкційний ендогемостаз (по краях виразки проводились ін'єкції 10% розчину глюкози в трьох точках — до утворення інфільтраційного валу, після чого поверхня виразки зрошувалась холодним 5% розчином е-амінокапронової кислоти). Оперативні втручання з цього приводу не проводи-

лись. Прийом аспірину, варфарину, плавіксу, клексану, фрагміну, фраксипарину зразу ж припинявся, проводилася комплексна гемостатична терапія. Замість антитромботичних та антиагрегантних засобів з метою профілактики проявів атеротромбозу ми застосовували в комплексному лікуванні ГПМК за ішемічним типом магнітно-лазерну терапію на відповідну зону ураження судин головного мозку апаратом МІТ-1-МЛТ.

## **Висновки**

1. Профілактичне використання противиразкової терапії при лікуванні пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом антитромботичними засобами та антиагрегантами знижує ризик розвитку стресових виразок.

2. Пацієнти з поліорганною недостатністю займають лідируюче положення у зв'язку з можливістю виникнення шлунково-кишкових кровотеч та потребують комплексної патогенетичної терапії.

3. Призначення діагностичної фіброезофагогастроуденоскопії у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом, які приймають тривалий час антитромботичні засоби та антиагреганти, є необхідним інструментальним обстеженням.

4. Використання магнітно-лазерної терапії у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу за ішемічним типом є перспективним методом лікування в комплексній терапії ішемічних інсультів, поліпшує реологічні властивості крові, призводить до регресу неврологічної симптоматики та потребує подальшого детального вивчення.

## **Література**

1. Интенсивная терапия угрожающих состояний / Под ред. В.А.Корячкина, В.И.Страшнова. — СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. — С. 190-195.
2. Robert R. Kirby, Robert W. Taylor, Joseph M. Civetta. Handbook of Critical Care second edition. — Lippincott — Raven — Philadelphia — New York, 2008. — P. 533-536.

***В.И.Тещук, Н.А.Гамма, В.В.Тещук. Профилактика стрессовых язв у пациентов, которые перенесли острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Одесса, Киев, Украина.***

**Ключевые слова:** *желудочно-кишечный тракт, острые стрессовые язвы, острые нарушения мозгового кровообращения, фиброэзофагогастродуоденоскопия, магнитно-лазерная терапия.*

Авторами представлен материал обследования 135 пациентов, которые перенесли острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу и находились на излечении в ангионеврологическом отделении клиники нейрохирургии и неврологии ВМКЦ ЮР с сентября 2007 г. до июля 2012 г. Указано на необходимость профилактического использования противоязвенной терапии при лечении пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу антитромботическими средствами и антиагрегантами, в результате чего снижается риск развития стрессовых язв. Доказана необходимость использования диагностической фиброэзофагогастродуоденоскопии у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу, которые принимали длительное время антитромботические средства и антиагреганты, как необходимого инструментального обследования. Рекомендовано использования магнитно-лазерной терапии у пациентов, которые перенесли острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

***V.I.Teschuk, N.A.Gamma, V.V.Teschuk. Prophylaxis of stress ulcers for patients, carried sharp violations of cerebral circulation of blood on an ischemic type. Odessa, Kyiv, Ukraine.***

***Key words: stomach is an intestinal highway, acute stress ulcers, sharp violations of cerebral circulation of blood, fibroesofagogastroduodenoscopy, magnetic and laser therapy.***

Authors are present material of inspection 135 patients which carried ischemic strokes, and were on recovery in the angioneurologic separation of clinic of neurosurgery and neurology of MMCC SR from September, 2007 to July, 2012. It is indicated on the necessity of the prophylactic use of antiulcer therapy, at treatment of patients with sharp violations of cerebral circulation of blood on an ischemic type antitrombotic facilities and antiagregants, the risk of development of stress ulcers goes down as a result. The necessity of the use of diagnostic fibroesofagogastroduodenoscopy is proved for patients with sharp violations of cerebral circulation of blood on an ischemic type, which adopted antitrombotic facilities and antiagregants, as necessary instrumental inspection long time. The uses of magnetic and laser therapy are recommended for patients which carried acute cerebrovascular disease on an ischemic type.