

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*А. А. Полянцев, В. А. Иевлев, И. В. Трухань*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра общей хирургии с курсом урологии*

С целью прогнозирования развития острых эрозий и язв пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки у больных острым панкреатитом проведен ретроспективный анализ течения болезни у 702 пациентов. Выявленные предикторы развития острых эрозий и язв позволяют предотвратить развитие данного осложнения у больных острым панкреатитом и снизить процент кровоточащих эрозий и язв с 40,2 до 6,5 %.

Ключевые слова: острые эрозии и язвы, острый панкреатит.

## PROGNOSIS AND PROPHYLAXIS OF EROSIIVE ULCERATIVE CHANGES IN THE MUCOSA OF THE UPPER PORTION OF INTESINE IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

*A. A. Polyantsev, V. A. Ievlev, I. V. Truhan*

To predict the development of acute esophageal, gastric, duodenal erosions and ulcers in patients with acute pancreatitis we undertook a retrospective analysis of the disease in 702 patients. The predictors of acute erosions and ulcers we found give us an opportunity to prevent the development of this complication in patients with acute pancreatitis and to reduce the number of bleeding erosions and ulcers from 40,2 to 6,5 %.

*Key words:* acute erosions and ulcers, acute pancreatitis.

В течение последних десятилетий отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом [2—4, 8]. Имеются положительные результаты в его диагностике и лечении, но они не могут быть признаны удовлетворительными [1, 5, 10]. К числу нерешенных вопросов относится недостаточно изученное осложнение острого панкреатита в виде острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. По литературным данным, частота встречаемости данного осложнения составляет от 8 до 80 %. Кровоточащие эрозии и язвы наблюдаются у 5—60 % больных острым панкреатитом [7, 8].

Эти обстоятельства явились основанием для проведения данного исследования. Мы полагаем, что, определив предикторы развития острых эрозий и язв у больных острым панкреатитом, нам удастся снизить процент данных осложнений путем их профилактики.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом путем разработки критериев прогнозирования и профилактики развития острых эрозий и язв слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 162 пациента с острым панкреатитом, осложненным острыми эрозиями и язвами слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК). Обследование и лечение проводилось в клинике общей хирургии ВолгГМУ. Мужчин было 76 (57,6 %), жен-

щин — 56 (42,4 %). Возраст варьировал от 17 до 82 лет. Средний возраст — 46 лет,  $\sigma \pm 14,8$ .

Пациенты разделены на основную и контрольную группы. В контрольную группу вошли 132 пациента. Предметом их исследования явился анализ клинических и лабораторных данных с целью определения характера поражения верхних отделов желудочно-кишечного в зависимости от сроков госпитализации, формы и степени тяжести острого панкреатита.

Основную группу составил 31 пациент. Здесь была изучена разработанная нами прогностическая модель развития эрозивно-язвенных поражений. Данный подход позволил нам снизить процент эрозивно-язвенных поражений до 25,8 %, в том числе кровоточащих острых эрозий и язв с 40,2 до 6,5 %.

В работе использовали классификацию острого панкреатита, принятую на IX Всероссийском съезде хирургов 20—22 сентября 2000 г. в Волгограде. Тяжесть состояния острого панкреатита оценивали по шкале Ranson (1974).

По характеру выявленных эрозивно-язвенных поражений мы решили, что целесообразно разделить пациентов на следующие группы:

1. Одиночная язва желудка или ДПК.
2. Множественные острые язвы желудка или ДПК.
3. Единичные эрозии пищевода, желудка или ДПК.
4. Множественные эрозии пищевода, желудка или ДПК.
5. Множественные острые язвы в сочетании с множественными эрозиями.

В контрольной группе проводился анализ клинических и лабораторных данных, ультразвуковое иссле-

дование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), рентгеноскопия органов брюшной полости и грудной клетки.

Показанием для выполнения ФГДС в контрольной группе были жалобы на наличие изжоги, горечь во рту, усиление болевой синдрома в эпигастрии, снижение показателей эритроцитов, гемоглобина, рвота кровью или кофейной гущей, мелена.

В основной группе фиброгастродуоденоскопия выполнялась всем пациентам при поступлении и в динамике на 3—7-е сутки. Исследование пациентов основной группы было дополнено суточной pH-метрией, морфологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки желудка и ДПК.

Для оценки параметров выборок рассчитывались стандартное отклонение  $m$  и ошибка репрезентативности. Для сравнения выборок в связи с неодинаковой дисперсией и отсутствием нормального распределения значений признаков, по которым проводилось сравнение, использовались непараметрические методы с оценкой достоверности критериев:  $\chi$ -квадрат ( $\chi^2$ ), Крускала-Уоллиса (H). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 5.1. (StatSoft, США) и Excel 2000 (MS Office 2000, США). Достоверным считали показатели при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выявленные эрозивно-язвенные поражения в контрольной группе мы распределили в порядке убывания: множественные эрозии пищевода, желудка или ДПК — 34 (25,8 %), единичные эрозии пищевода, желудка или ДПК — 31 (23,5 %), одиночная язва желудка или ДПК — 28 (21,2 %), множественные острые язвы желудка или ДПК — 21 (15,9 %), множественные острые язвы в сочетании с множественными эрозиями — 18 (13,6 %).

У 53 (40,2 %) пациентов контрольной группы острые эрозии и язвы желудка и ДПК осложнились желудочно-кишечным кровотечением. Легкая степень кровопотери выявлена у 28 (52,8 %) пациентов, средняя степень кровопотери — у 14 (26,4 %), тяжелая степень кровопотери у 11 (20,8 %).

По степени тяжести и форме острого панкреатита пациенты контрольной группы распределились следующим образом:

легкая степень тяжести — 42 (31,8 %), средняя — 32 (24,2 %), тяжелая — 58 (44 %);

отечная форма — 35 (26,5 %), стерильный панкреонекроз — 39 (29,5 %), инфицированный панкреонекроз — 58 (44 %).

Эрозивно-язвенные поражения при легкой степени тяжести острого панкреатита в 80 % случаях представлены единичными эрозиями желудка или ДПК, тогда как при тяжелом течении поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта представлены множественными эрозиями, язвами или их сочетанием. Такая же закономерность выявлена при анализе

зависимости эрозивно-язвенных поражений от формы острого панкреатита: при отечной форме острого панкреатита единичные эрозии желудка и ДПК выявлены в 76 %, при стерильном панкреонекрозе эрозивно-язвенные поражения в 60 % представлены множественными эрозиями, при инфицированном панкреонекрозе в 68 % случаев выявлены множественные эрозии в сочетании с единичными или множественными острыми язвами.

Таким образом, чем тяжелее степень и форма острого панкреатита, тем выше вероятность выявления множественных эрозий и язв слизистой оболочки желудка и ДПК.

Таблица наглядно демонстрирует, что в контрольной группе более 90 % пациентов были госпитализированы позже 72 часов от момента заболевания, у большей части из которых острые эрозии и язвы были осложнены кровотечением, в то время как в основной группе 61,2 % пациентов были госпитализированы до 48 часов от момента заболевания. Это связано с изменениями в организации оказания медицинской помощи больным острым панкреатитом в нашей клинике. До 2005 г. большая часть пациентов изначально лечилась в условиях центральной районной больницы. При отсутствии эффекта от проводимого лечения пациенты переводились в клинику. С 2005 г. в связи с миграцией областных жителей в город увеличилась госпитализация пациентов в клинику общей хирургии в первые часы или сутки от начала заболевания. Это позволило снизить процент осложненных острых эрозий и язв с 40,2 до 6,5 %. Разница между группами является статистически достоверной ( $p < 0,01$ ).

## Сроки госпитализации в основной и контрольной группах

Сроки госпитализации	Контрольная группа		Основная группа	
	число	%	число	%
До 12 ч	—	—	6	19,3
13—48 ч	2	1,5	13	41,9
49—72 ч	8	6,1	10	32,3
Более 72 ч	122	92,4	2	6,5
Всего	132	100	31	100

Исследование контрольной группы показало, что при наличии острых эрозий и язв, а также отечного панкреатита и стерильного панкреонекроза имеет место возрастание  $\alpha$ -амилазы выше 512 единиц. По уровню повышения  $\alpha$ -амилазы наличие острых эрозий и язв заподозрено у 64 пациентов, что подтвердилось в 59 случаях. Из 73 больных, у которых, по данным диагностического теста, не предполагалось развитие эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, острые эрозии и язвы выявлены у 21 пациента. Соответственно если брать уровень  $\alpha$ -амилазы за прогностический признак острых эрозий желудка и ДПК у больных острым панкреатитом, то он обладает чувствительностью — 92,2 %, специфичностью — 71,2 %.

Мы выявили, что риск развития осложненных острых эрозий и язв у больных острым панкреатитом возрастает при наличии у них коагулопатии в виде гипокоагуляции и тромбоцитопении. Так, при наличии желудочно-кишечного кровотечения синдром гипокоагуляции отмечался у 62 %, тромбоцитопения — у 70 % больных. Уровень тромбоцитов в среднем составлял  $(93 \pm 6) \times 10^9/\text{л}$ . Стойкая гиперкоагуляция и тромбоцитоз выявлены в 8 и 6 % наблюдений соответственно.

Изучая влияние *H. Pylori* на развитие острых эрозий и язв у больных острым панкреатитом, мы не выявили какой-либо зависимости ( $p < 0,05$ ).

При анализе контрольной группы мы обратили внимание, что при наличии реактивного плеврита, приводящего к дыхательной недостаточности процент выявленных эрозивно-язвенных поражений достоверно выше, чем при его отсутствии ( $p < 0,05$ ). Риск развития острых эрозий и язв выше у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более 48 часов. Так, из 132 пациентов контрольной группы на ИВЛ свыше 48 часов находились 18 пациентов (13,6 %). У всех выявлены поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, от единичных эрозий до множественных язв в сочетании с множественными эрозиями. При этом острые эрозии и язвы, осложненные кровотечением, выявлены у 13 больных (72,2 %).

Как указывалось выше, исследование пациентов основной группы мы дополнили суточной рН-метрией, морфологически исследовали биоптатов слизистой оболочки желудка и ДПК.

По результатам рН-метрии мы выявили, что в 83 % при отечной форме острого панкреатита, 50 % стерильного панкреонекроза выявлено гиперацидное состояние. При инфицированном панкреонекрозе, тяжелом течении, происходит угнетение кислотопродукции, вследствие чего у 85 % выявлено гипоацидное состояние.

При микроскопическом исследовании гастробиоптатов пациентов с легким течением острого панкреатита отмечались незначительные явления нарушения кровообращения в собственной пластинке слизистой оболочки желудка в виде полнокровия кровеносных капилляров и неравномерного очагового отека рыхлой волокнистой соединительной ткани. Между железами определялись единичные лейкоциты, преимущественно макрофаги, гистиоциты и лимфоциты. Объемная доля кровеносных капилляров составляла  $(2 \pm 0,03) \%$ . Деструктивных изменений покровно-язвенного эпителия выявлено не было.

Микроскопически в гастробиоптатах пациентов с тяжелым течением острого панкреатита отмечалось прогрессирование нарушения кровообращения в слизистой оболочке желудка по сравнению с группой со стерильным панкреонекрозом. В собственной пластинке слизистой оболочки желудка определялись кровеносные капилляры с выраженным полнокровием, перифокальными диапедезными кровоизлияниями и

отеком рыхлой волокнистой соединительной ткани. В покровно-язвенном эпителии появлялись признаки деструкции эпителия в виде поверхностных дефектов (эрозий). Лейкоцитарная инфильтрация слизистой была представлена, так же как и в предыдущих группах, единичными макрофагами, гистиоцитами и лимфоцитами. Объемная доля кровеносных капилляров составляла  $2,5 \pm 0,03$ .

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Степень эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, процент осложненных острых эрозий и язв находятся в прямой зависимости от формы и тяжести острого панкреатита.

2. При госпитализации пациента с острым панкреатитом позже 72 часов от момента заболевания риск развития острых эрозий и язв возрастает.

3. В прогнозировании развития острых эрозий, язв слизистой оболочки желудка и ДПК имеет значение уровень амилазы выше 512 ед., наличие гипокоагуляционного некроза, дыхательной недостаточности II—III степени, ИВЛ больше 48 часов.

4. При легком течении острого панкреатита острые эрозии и язвы развиваются на фоне гиперацидного состояния при минимальных микроциркуляторных нарушениях в слизистой оболочке желудка и ДПК.

5. При тяжелом течении острого панкреатита происходит угнетение кислотообразования в желудке на фоне выраженных микроциркуляторных нарушений. Таким образом, на первый план выходит ишемический фактор в развитии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК.

6. Для профилактики острых эрозий и язв желудка, ДПК у больных острым панкреатитом с легким течением необходимо назначать антисекреторные препараты.

7. В схему лечения тяжелого острого панкреатита необходимо включать препараты, улучшающие микроциркуляцию. Назначение антисекреторных препаратов при тяжелом течении острого панкреатита не предотвращает развитие острых эрозий и язв. Однако их применение необходимо с целью создания функционального покоя поджелудочной железы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Б. А., Джафарли З. Е. // Хирургия. — 2010. — № 4. — С. 63—66.
2. Балныков С. И., Петренко Т. Ф. // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 37—40.
3. Бебуришвили А. Г. и др. // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 2. — С. 63—67.
4. Березкина С. Ю. Пути улучшения диагностики, прогноза и хирургической тактики при остром панкреатите: автореф. дис. ... к. м. н. — М., 2006. — 19 с.
5. Гришин А. В. Выбор метода лечения острого панкреатита в зависимости от особенностей течения заболевания: автореф. дис. ... к. м. н. — М., 2009. — 23 с.
6. Евсеев А. М. — М.: ООО ИИЦ «КВАН», 2009. — 173 с.

7. Залесова В. Г. Симптоматические эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях многопрофильного стационара: автореф. дис. ... к. м. н. — М., 2006. — 22 с.

8. Шкатова Е. Ю. Механизмы формирования торпидного течения гастродуоденальных язв, разработка многофакторного прогнозирования и патогенетического лечения: автореф. дис. ... к. м. н. — М., 2008. — 35 с.

9. Radenkovic D., et al. // Pancreas. — 2004. — Vol. 29. — P. 152—156.

10. Morbimortality Indicators in Severe Acute Pancreatitis // JOP. J. Pancreas. — 2008. — Vol. 9, № 6. — P. 690—697.

## Контактная информация

**Трухань Ирина Викторовна** — аспирант кафедры общей хирургии с курсом урологии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: Dr\_IVT@mail.ru

УДК 008+378:61+371.98

## ОБЩЕКУЛЬТУРНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПРИОБРЕТЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ

**Т. К. Фомина, В. Я. Скворцов**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра русского языка и социально-культурной адаптации,  
кафедра истории и культурологии*

Овладение общекультурными компетенциями позволяет расширить сферу профессиональной ориентации и воспитать личность с высокими моральными качествами, которая способна овладевать достижениями современной науки в международной сфере.

*Ключевые слова:* общекультурные компетенции, профессиональная ориентация, социальная коммуникация, толерантность.

## GENERAL CULTURAL COMPETENCIES IN THE PROCESS OF PROFESSIONAL FORMATION OF INTERNATIONAL STUDENTS

**T. K. Fomina, V. Ya. Skvortsov**

The possession of general cultural competences allows to extend the field of professional orientation and to form a personality which has an excellent moral fibre and is able to master the achievements of fundamental sciences in an extra-national environment.

*Key words:* general cultural competencies, professional formation of a personality, social communication, tolerance.

Обучение в вузе, призванное формировать систему научных знаний, практические умения и навыки, вместе с тем предполагает формирование мировоззрения личности.

В Федеральном Государственном стандарте высшего профессионального образования четко прописаны общекультурные компетенции, которыми должен обладать выпускник медицинского вуза. Владение данными компетенциями может позволить не только расширить поле профессиональной ориентации, но и сформировать личность, которая способна существовать в обществе и коллективе. Только личность, профессионально определившаяся и обладающая высокими нравственными качествами, способна «осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, ... сохранять врачебную тайну» [1].

Совершенно очевидным является тот факт, что для профессионального становления личности студента роль преподавателя должна рассматриваться как уме-

ние повлиять на учащегося, дать установки, которые не равнозначны воспитывающей деятельности родителей, коллектива.

Обучение в вузе иностранных студентов позволяет говорить о формах и методах работы, имеющих специфические отличия от работы с российскими студентами. С образованием теснейшим образом связаны культурные стереотипы: традиции, нормы, обычаи. Поэтому при реализации требований последнего Федерального Государственного стандарта необходимо учитывать два наиболее значимых фактора при работе в иностранной аудитории.

Первым фактором является этническая составляющая. Иностранец должен усвоить российские нормы, ценности и поведенческие модели в конкретной ситуации, то есть речь должна идти об освоении новой для него культурной среды. В противном случае рождается комплекс проблем, связанных с социальной коммуникацией.

Ни один человек не может освоить всего богатства человеческого опыта, воплощенного в культуре какой-либо