

7. Спасов А. А., Л. С. Мазанова, Мотов А. А. и др. // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2009. — Т. 72. — № 3. — С. 37—39.

8. Спасов А. А., Мазанова Л. С., Мотов А. А. и др. // Вопросы биологической медицинской и фармацевтической химии. — 2010. — № 9. — С. 26—29.

9. Салех Ахмед, И. Ш. Волгоградский бишофит. Возможности освоения, глубокой переработки и использования природного бишофита. — Волгоград, 2010. — 433 с.

10. Суров А. В. Герпесвирусные увеиты у населения Омской области (эпидемиологические аспекты, диагно-

стика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.30, 14.00.08. — Омск, 2006. — 18 с.

11. Сысуев Б. Б., Спасов А. А., Митрофанова И. Ю. // Вестник ВолгГМУ. — 2011. — № 1. — С. 62—64.

Контактная информация

Митрофанова Ирина Юрьевна — старший преподаватель кафедры фармакогнозии и ботаники, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: I.U.Mitrofanova@yandex.ru

УДК: 616.33-001+616.342-001

СТРЕССОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

А. А. Полянцев, О. Ю. Боско, С. Н. Карпенко, А. А. Полянцев (мл.), И. С. Гаврилова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей хирургии с урологией*

В настоящее время наблюдается значительный рост удельного веса и тяжести сочетанных повреждений. Одним из наиболее частых осложнений сочетанной травмы является синдром острого повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки. С целью выявления частоты развития повреждений слизистой оболочки гастро-дуоденальной зоны (СОГЗ) у пострадавших с сочетанной травмой в разные периоды травматической болезни и улучшения результатов ее лечения проведен проспективный анализ ведения 135 пациентов. Ранняя диагностика изменений слизистой гастро-дуоденальной зоны, использование различных методов профилактики стрессовых повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки способствуют уменьшению осложнений травматической болезни.

Ключевые слова: сочетанная травма, травматическая болезнь, острые эрозии, острые язвы.

STRESSFUL GASTRIC AND DUODENAL INJURIES IN VARIOUS PERIODS OF TRAUMATIC DISEASES IN PATIENTS WITH ASSOCIATED TRAUMA

A. A. Polyantsev, O. Y. Bosko, S. N. Karpenko, A. A. Polyntsev Jr., I. S. Gavrilova

A significant increase in specificity and severity of associated traumas is evidenced nowadays. One of the most common complications in associated trauma is the syndrome of acute gastric and duodenal ulcers. To establish the rate of this lesion development in gastro-duodenal mucosa in patients with associated trauma in various periods of traumatic disease as well as treatment outcomes improvements, a prospective analysis of 135 patients has been carried out. Early diagnostics of changes of gastroduodenal mucosa, recurrence to various preventive methods in stressful gastric and duodenal injuries favours a reduction in complications of trauma.

Key words: associated trauma, traumatic disease, acute erosion, acute ulcer.

Одна из ведущих проблем современной медицины — оптимизация диагностики и результатов лечения политравм. Частота сочетанной механической травмы составляет 26,6—80 % среди всех госпитализированных с повреждениями и зависит от механизма получения травмы [3, 5, 6]. В структуре причин смерти населения травмы занимают третье, а среди лиц в возрасте до 40 лет — первое место. В настоящее время наблюдается значительный рост удельного веса и тяжести сочетанных повреждений. Одним из наиболее частых осложнений травматической болезни является синдром острого повреждения желудка, который встречается у 40—100 % пострадавших и проявляется эрозивно-язвенными изме-

нениями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Основой патогенеза данного осложнения являются нарушения микроциркуляции, реализующиеся в ослаблении защиты слизистой оболочки стенки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, на фоне которого у 30—50 % пострадавших возникает желудочно-кишечное кровотечение [1, 2, 4, 7, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление частоты развития повреждений слизистой оболочки гастро-дуоденальной зоны (СОГЗ) у пострадавших с сочетанной травмой в разные периоды травматической болезни, а также выявление целе-

сообразности использования различных методов профилактики стрессовых повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на основе проспективного анализа ведения 135 пациентов с диагнозом сочетанная травма в клинике общей хирургии с урологией им. А. А. Полянцева Волгоградского государственного медицинского университета с января 2008 г. по декабрь 2011 г. Мужчин было 91 (67,41 %), женщин — 44 (32,59 %). Пациенты, вошедшие в исследование, были в возрасте от 16 до 82 лет. Средний возраст составил $(38,27 \pm 16,6)$ лет.

Пострадавшие были разделены на контрольную и основную группу. Пациентам основной группы проводилась профилактика развития стрессовых повреждений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (СОГЗ) различными методами: в подгруппе А с целью профилактики синдрома острого повреждения желудка (СОПЖ) пациенты получали Н₂-блокаторы рецепторов гистамина «квamatел» в дозировке 40 мг 2 раза в сутки, внутривенно; в подгруппе В пострадавшим были назначены ингибиторы протонной помпы «лосек» в дозировке 40 мг 2 раза в сутки внутривенно; в подгруппе С терапия, направленная на профилактику и лечение стрессовых эрозий и язв, заключалась в назначении с момента поступления ингибиторов протонной помпы «лосек» внутривенно в дозировке 40 мг 2 раза в сутки, антигипоксанта «мексидол» внутривенно в дозировке 400 мг 5%-го раствора 2 раза в сутки, в дальнейшем, после стабилизации состояния, со снижением дозировки до 200 мг 5%-го раствора 2 раза в сутки 15 дней, а в последующем, после стабилизации состояния и выхода больного из шока, применении препаратов для парентерального питания «нутрифлекс» 40/80. После появления кишечных шумов назначалось зондовое питание стандартной сбалансированной смесью «нутрикомп-стандарт» 1000 дробно.

Контрольную группу составили 49 пострадавших (профилактика стрессовых повреждений слизистой оболочки желудка и ДПК не проводилась, так как пациенты были госпитализированы в стационары области и в первые-третьи сутки после получения травмы переведены в ГБУЗ ВОКБ № 1, в сопроводительных документах не указано о проведении мероприятий, направленных на профилактику стрессовых язв). Методы профилактики стрессовых повреждений СОГЗ представлены в табл. 1.

Всем пострадавшим в первые часы пребывания в стационаре проводили комплексную объективную балльную оценку тяжести полученных повреждений по шкале ISS, основанной на анатомических критериях. Так как в основе шкалы ISS лежит шкала AIS (сокращенная шкала повреждений), то исходно все анатомические повреждения оценивались по степени тяжести с помощью сокращенной шкалы повреждений (AIS).

В таблицу AIS включены следующие области тела и анатомические структуры: голова, шея, лицо, грудь, живот, таз, верхние конечности, нижние конечности, позвоночник и наружные покровы. Наружные повреждения каждой области учитывались особенно тщательно, поскольку, например, гематомы туловища или крестца могут быть очень значительными и оказывать влияние на течение травмы, вызывая осложнения. В соответствии со шкалой AIS каждое повреждение оценивалось по баллам от 1 до 5. Затем из всех повреждений выбиралось 3 наиболее тяжелых и балл тяжести, присвоенный каждому из них, возводился в квадрат. Общий балл по шкале ISS был определен как сумма квадратов наибольших баллов степени тяжести по шкале AIS в каждой из 3-х наиболее серьезно поврежденных областей тела: голова, шея; лицо; грудь; живот; конечности и таз; наружные покровы.

Повреждения позвоночника в зависимости от локализации относили к следующим анатомическим областям тела: шейный отдел — к области «голова, шея», грудной отдел позвоночника — к области «грудь», поясничный — к области «живот» и «конечности и таз».

Максимальный балл по шкале ISS = 75, который получается при трех повреждениях по 5 баллов (3 кода AIS по 5 баллов). Любая травма, имеющая 6 баллов по AIS, приравнивается к 75 баллам по ISS.

Разделение пострадавших в исследовании в зависимости от тяжести травмы по шкале ISS следующее: опасная травма составила 26 (19,26 %) пострадавших (женщин было 16 (11,85 %), мужчин — 10 (7,41 %)); тяжелая травма насчитывала 84 (62,22 %) пациента, из них женщин 26 (19,26 %), а мужчин 58 (42,96 %). На долю угрожающей травмы приходилось 25 (18,52 %) пациентов [женщин было 8 (5,93 %), мужчин 17 (12,59 %)].

В исследуемых группах распределение больных по тяжести травмы было следующим (табл. 2).

Таблица 1

Методы проводимой профилактики СОПЖ в сравниваемых группах

Группа	Метод профилактики			
	антисекреторный препарат	антигипоксанта	парентеральное питание	зондовое питание
Контрольная <i>n</i> (49)	не назначался	не назначался	не проводилось	не проводилось
Основная, подгр А <i>n</i> (30)	Фамотидин 40 мг 2 раза в сутки	не назначался	не проводилось	не проводилось
Основная, подгр В <i>n</i> (30)	Омепразол 40 мг 2 раза в сутки	не назначался	не проводилось	не проводилось
Основная, подгр С <i>n</i> (25)	Омепразол 40 мг 2 раза в сутки	Мексидол 200—400 мг 2 раза в сутки	Нутрифлекс 40/80	Нутрикомп — стандарт 1000

Таблица 2

Распределение больных в группах по тяжести травмы

Клинические группы		1 группа (контрольная)	2 основная группа			ВСЕГО абс. (%)	
			подгр А	подгр В	подгр С		
Опасная (16—24 баллов)	м	5	1	3	1	10 (7,41)	26 (19,26)
	ж	6	4	5	1	16 (11,85)	
ВСЕГО: абс		11	5	8	2		
Тяжелая (25—40 баллов)	м	22	15	10	11	58 (42,96)	84 (62,22)
	ж	8	5	7	6	26 (19,26)	
ВСЕГО: абс		30	20	17	17		
Угрожающая (41—50 баллов)	м	6	4	3	4	17 (12,59)	25 (18,52)
	ж	2	1	2	3	8 (5,93)	
ВСЕГО: абс		8	5	5	7		

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2003. Разница между группами является статистически достоверной ($p < 0,05$).

Согласно концепции течения травматической болезни, предложенной Е. К. Гуманенко [3], осмотр СОГЗ проводился во втором (18—48 ч от получения травмы), третьем (3—10 сутки от получения травмы) и четвертом (время от полной стабилизации состояния до выздоровления) периодах травматической болезни. Из исследования исключены больные первого периода травматической болезни (период острых нарушений жизненно важных функций организма, который начинается после травмы и продолжается 6—12 часов).

Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало: осмотр пациента, лабораторное обследование и эндоскопическое исследование желудка и ДПК, проведенное каждому из пациентов от двух до четырех раз, в различные периоды травматической болезни (до выявления стрессовых повреждений слизистой и для контроля эффективности методов профилактики).

В 46 случаях была взята биопсия из зоны эрозивно-язвенного поражения СОГЗ для морфологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изменения слизистой оболочки желудка и ДПК диагностированы у 56 пациентов. Выявленные нами повреждения СОГЗ были разделены на деструктивные (острые эрозии и язвы) и не деструктивные (реактивный острый гастродуоденит). Частота поражения же-

лудка и ДПК у пациентов в различные периоды травматической болезни представлена в табл. 3.

Таблица 3

Частота поражений желудка и ДПК у пациентов в различные периоды травматической болезни, (%)

Формы поражения СОГЗ	2-й период	3-й период	4-й период
Острые эрозии и язвы	4 (7,14)	24(42,86)	7(12,5)
Поверхностный гастродуоденит	5(8,93)	11(19,64)	5 (8,93)
Всего	9(16,07)	35(62,5)	12(21,43)

Наиболее часто, в 35 случаях (62,5 %) развитие данных осложнений выявлено в 3-й период травматической болезни. Так, у 8 пациентов острые язвы осложнились развитием клинически значимого желудочно-кишечного кровотечения. Во всех случаях удалось осуществить эндоскопический гемостаз.

Исследование контрольной группы показало, что количество деструктивных повреждений СОГЗ больше при тяжелых и угрожающих травмах [в 16 (32,65 %) и 6 (12,24 %) случаях соответственно], чем при опасных травмах [диагностировано у троих (6,12 %) пациентов]. По характеру выявленных эрозивно-язвенных изменений множественные повреждения составили 42,86 %, множественные повреждения, осложненные желудочно-кишечным кровотечением — 17,14 %, единичных повреждений было 34,29 %, осложненных кровотечением — 5,71 % (табл. 4).

При анализе контрольной группы, нами установлено, что при наличии дыхательной недостаточности, развившейся после травм грудной клетки, коли-

Таблица 4

Частота развития синдрома острого повреждения желудка и тяжесть травмы в контрольной группе, абс. / %

Степень поражения СОГЗ	Степень тяжести травмы по ISS			Всего	
	опасная (16—24 баллов)	тяжелая (25—40 баллов)	угрожающая (41—50 баллов)	абс.	%
Норма	4 / 8,16	8 / 16,33	1 / 2,04	13	26,5
Поверхностный гастродуоденит	4 / 8,16	6 / 12,24	1 / 2,04	11	22,5
Эрозии и язвы	3 / 6,12	16 / 32,65	6 / 12,24	25	51,02

чество выявленных эрозивно-язвенных поражений достоверно выше, чем при ее отсутствии ($p < 0,05$). Риск развития острых эрозий и язв также выше у пострадавших, находящихся на искусственной вентиляции легких более 48 ч. Из 49 пациентов контрольной группы таких было 12 (24,49 %). 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 4 пациентов (8,16 %).

При исследовании различных методов профилактики СОГЖ основной группы мы достоверно выявили, что деструктивные изменения СОГЖ также чаще развивались у пострадавших с тяжелой и угрожающей травмой. Так, в подгруппе А пациенты которой получали H₂-блокаторы рецепторов гистамина «квamatел», развитие реактивного острого гастродуоденита снижено до 13,3 %, а деструктивных изменений до 16,67 % по сравнению с контрольной группой 22,5 и 51,02 % соответственно ($p < 0,05$) (табл. 5).

Табл. 6 наглядно демонстрирует, что в подгруппе В (назначены ингибиторы протонной помпы «лосек») не деструктивные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК развились у 3 пациентов и составили 10 %. Острые эрозивно-язвенные повреждения СОГЖ выявлены тоже у 3 (10 %) пострадавших с сочетанной травмой ($p < 0,05$).

Применение метода профилактики, включающего ингибиторы протонной помпы «лосек», нутритивную поддержку и препараты, улучшающие микроциркуляцию тканей (антигипоксантами) позволило снизить количество данных осложнений. Так, не деструктивные повреждения слизистой оболочки желудка и ДПК снизились с 22,5 до 11,54 %, а деструктивные с 51,02 до 7,69 % по сравнению с контрольной группой ($p < 0,03$) (табл. 7).

Также нами установлено, что при несвоевременном применении антисекреторных препаратов с практически одинаковой частотой развивались обширные эрозивные поражения слизистой оболочки и острые язвы.

Таблица 5

Частота развития синдрома острого повреждения желудка и тяжесть травмы в подгруппе А, абс. / %

Степень поражения СОГЖ	Степень тяжести травмы по ISS			Всего	
	опасная (16—24 баллов)	тяжелая (25—40 баллов)	угрожающая (41—50 баллов)	абс.	%
Норма	4 / 13,3	15 / 50	2 / 6,67	21	70
Поверхностный гастродуоденит	1 / 3,3	2 / 6,67	1 / 3,33	4	13,3
Эрозии и язвы	—	3 / 10	2 / 6,67	5	16,67

Таблица 6

Частота развития синдрома острого повреждения желудка и тяжесть травмы в подгруппе В, абс. / %

Степень поражения СОГЖ	Степень тяжести травмы по ISS			Всего	
	опасная (16—24 баллов)	тяжелая (25—40 баллов)	угрожающая (41—50 баллов)	абс.	%
Норма	7 / 23,3	13 / 43,3	4 / 13,3	24	80
Поверхностный гастродуоденит	—	2 / 6,67	1 / 3,33	3	10
Эрозии и язвы	1 / 3,3	2 / 6,67	—	3	10

Таблица 7

Частота развития синдрома острого повреждения желудка и тяжесть травмы в подгруппе С, абс. / %

Степень поражения СОГЖ	Степень тяжести травмы по ISS			Всего	
	опасная (16—24 баллов)	тяжелая (25—40 баллов)	угрожающая (41—50 баллов)	абс.	%
Норма	2 / 7,69	14 / 53,85	5 / 19,23	21	80,77
Поверхностный гастродуоденит	—	2 / 7,69	1 / 3,85	3	11,54
Эрозии и язвы	—	1 / 3,85	1 / 3,85	2	7,69

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее часто острые поражения СОГЖ развиваются в третий период травматической болезни.

2. Деструктивные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК развиваются чаще не деструктивных осложнений.

3. Повреждения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны более обширны и глубоки (множественные эрозии и язвы) у пострадавших с тяжелой и угрожающей степенью тяжести травмы.

4. Использование ингибиторов протонной помпы для профилактики образования стрессовых гастродуоденаль-

ных язв у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в раннем посттравматическом периоде более эффективно, чем применение блокаторов H_2 -рецепторов гистамина.

5. Применение раннего энтерального искусственного питания сбалансированными смесями в сочетании с применением с первых суток ингибиторов протонной помпы и препаратов, улучшающих микроциркуляцию дают лучший положительный эффект в профилактике и интенсивной терапии стрессовых гастродуоденальных язв у пострадавших с сочетанной травмой.

6. Всем пострадавшим, независимо от тяжести травмы, необходимо назначать антисекреторную терапию с первых часов госпитализации в стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быков А. В., Захарова Е. О., Николаев А. Ю. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2012. — № 2. — С. 89
2. Гельфанд Б. Р., Гурьянов В. А., Мамонова О. А. // Consilium medicum. — 2007. — Т. 5, № 2.
3. Гуманенко Е. К., Козлов В. К. Политравма. Травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. — 608 с.

4. Краснов О. А., Болотов К. С., Павленко В. В. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2007. — № 4. — С. 63

5. Кубышкин В. А., Шишин К. В. // Consilium medicum. — 2004. — № 1. — С. 29—32.

6. Пасько В. Г. Интенсивная терапия пострадавших с политравмой в остром периоде травматической болезни / В. Г. Пасько, А. Е. Шестопапов, М. И. Руденко // Заседание МНОАР 17.02.2004.

7. Стоппман Н., Метц Д. С. // РМЖ. — 2005. — Т. 13, № 25. — С. 1668—1674.;

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

Контактная информация

Карпенко Светлана Николаевна — аспирант кафедры общей хирургии с урологией, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: s.n.karpenko@mail.ru

УДК 15:796/799

МЕДИЦИНСКАЯ ДИЗАДАПТАЦИЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЭКС-СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

И. В. Федотова, М. Е. Стаценко

*Волгоградская государственная академия физической культуры,
Волгоградский государственный медицинский университет*

Проведен анализ хронической патологии у экс-спортсменов в зависимости от возраста. Выявлена достоверно большая частота встречаемости болезней у бывших спортсменов в раннем постспортивном периоде в возрасте 28—35 лет, в сравнении с возрастной группой 20—27 лет, прекративших регулярные тренировочные и соревновательные нагрузки.

Ключевые слова: медицинская дизадаптация, хронические заболевания, ранний постспортивный период.

MEDICAL MALADJUSTMENT AND RATE OF CHRONIC DISEASE AMONG FORMER ATHLETES DEPENDING ON AGE

I. V. Fedotova, M. E. Statsenko

An analysis of chronic disease among former athletes is carried out depending on their age. An authentically great frequency of occurrence of chronic disease is revealed among former athletes in early post-sport period between the ages of 28—35, compared with those aged 20—27 who ceased regular training and competition loads.

Key words: medical maladjustment, chronic diseases, early post-sport period.

Понятие «дизадаптация» представляет собой расстройство приспособления организма к действию факторов окружающей (внешней) и внутренней среды, возникающее в тех случаях, когда организму предъявляются чрезмерные или необычные для него требования [1]. Завершение спортивной деятельности является тем фактором, который при определенных условиях может стать результатом дизадаптивных расстройств [7, 8, 9]. В ре-

зультате дизадаптации возникают различные заболевания и травмы, в том числе хронические [10]. Данные последних научных исследований в основном связаны с изучением состояния здоровья и выявлением заболеваний у бывших спортсменов в отдаленном постспортивном периоде [2]. Ранний постспортивный период (в течение первых пяти лет после завершения спортивной деятельности) является одним из критичес-