

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ИНДУЦИРОВАННОЕ ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Уроков Ш.Т., Абдурахмонов М.М., Хамроев Б.С.

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

✓ *Резюме,*

Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в настоящее время является одной из наиболее актуальных в хирургии неотложных состояний. При этом число больных с язвенным кровотечением постоянно увеличивается и составляет 90-103 на 100000 взрослого населения в год. Настоящее сообщение основано на анализе результатов лечения 1155 больных с желудочно-кишечными кровотечениями из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП с 2014-2020гг. Возраст больных колеблется от 16 до 72 лет. Мужчины составили 71%, женщины — 29%, в возрасте старше 60 лет было 26,2% больных.

Ключевые слова: кровотечения, верхних отделов желудочно-кишечного тракта, *Helicobacter pylori*, НПВП, ингибитор протон помпы.

BLEEDING FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT, INDUCED BY TAKING NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

Urokov Sh. T., Abdurakhmonov M. M., Khamroev B. S.

Bukhara Medical Institute and the Bukhara branch of the Republican of Medical Sciences

✓ *Resume*

The problem of bleeding from the upper gastrointestinal tract is currently one of the most urgent in emergency surgery. At the same time, the number of patients with ulcerative bleeding is constantly increasing and amounts to 90-103 per 100,000 adults per year. This report is based on the analysis of the results of treatment of 1155 patients with gastrointestinal bleeding from the upper gastrointestinal tract in the surgical department of the Bukhara branch of the RNCMP from 2014-2020. The age of patients ranges from 16 to 72 years. Men made up 71%, women-29%, and 26.2% of patients were over the age of 60.

Key words: bleeding, upper gastrointestinal tract, *Helicobacter pylori*, NSAID, proton pump inhibitor.

НОСТЕРОИД ЯЛЛИФЛАНИШГА ҚАРШИ ДОРИ КАБУЛ КИЛИНГАНДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИНИНГ ЮҚОРИГИ ҚИСМИДАН ҚОН КЕТИШИ

Уроков Ш. Т., Абдурахмонов М. М., Хамроев Б. С.

Бухоро тиббиёт институти ва Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Бухоро филиали

✓ *Резюме,*

Юқори ошқозон-ичак трактидан қон кетиши муаммоси ҳозирги вақтда шошилинич жарроҳликда энг долзарб ҳисобланади. Шу билан бирга, ярали қон билан беморларнинг сони доимий ортиб бормоқда ва йилига 100,000 катталар бошига 90-103 ни ташкил этади. Ушбу ҳисобот 2014-2020 йиллар РШТТЕИМ Бухоро филиалининг жарроҳлик бўлимида юқори ошқозон-ичак тракти ошқозон-ичак қон билан озриган 1155 нафар беморни даволаш

натижалари таҳлилига асосланган. Беморларнинг еши 16 дан 72-йилгача. Еркаklar 71% ни, аёллар 29% ни ташиқил этиб, беморларнинг 26,2%и 60 ёшдан ошган.

Калит сўзлар: қон кетиши, юқори ошқозон-ичак трaкти, Helicobacter pylori, ностероид яллиғланишга қарши препарат, протон помпа ингибитори

Актуальность

Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в настоящее время является одной из наиболее актуальных в хирургии неотложных состояний. При этом число больных с язвенным кровотечением постоянно увеличивается и составляет 90-103 на 100000 взрослого населения в год [2,5]. На фоне намечающейся тенденции к снижению заболеваемости язвенной болезнью, особенно язвой желудка, парадоксальным, на первый взгляд, является тот факт, что число больных с желудочно-кишечными кровотечениями увеличивается, это тенденция, во многом обусловленная широким применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), приводящих к возникновению эрозий и язв пищеварительного тракта. Ведущую роль в формировании эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта играет снижение цитопротективных свойств слизистой оболочки желудка, происходящей в результате уменьшения синтеза простагландинов в желудке под влиянием НПВП [1,6,13]. При приеме НПВП и блокаде ЦОГ-1 все эти функции ПГ подавляются, что приводит к гиперсекреции и повышению ацидопептической активности желудочного сока, нарастанию его агрессивных свойств, ослаблению защитных свойств и повреждению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом снижаются все три уровня защиты слизистой оболочки желудка (предэпителиальная, эпителиальная и постэпителиальная, представленная регионарным кровоснабжением и микроциркуляторным руслом крови), создаются условия для эрозивно-язвенного повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, возникают предпосылки для хронизации патологического процесса. Необходимо также отметить факторы риска развития эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при приеме НПВП [1,11,15].

- возраст старше 65 лет (повышение риска осложнений в 4 раза);

- наличие в анамнезе язвенной болезни (повышение риска в 14–17 раз!);

- сочетанный прием НПВП с глюкокортикоидами, антикоагулянтами, антиагрегантами, циклоспорином А и метотрексатом;

- высокие дозы НПВП и комбинация препаратов этой группы;

- наличие сопутствующих заболеваний (ИБС, эссенциальная артериальная гипертензия, печеночная или почечная недостаточность);

- длительный курс лечения НПВП;

Особенностью текущего периода является также увеличение более чем в 2 раза контингента больных пожилого и старческого возраста, в том числе страдающих язвенными кровотечениями. Летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии составляет 5-20%; летальность после экстренных операций по поводу рецидива язвенного кровотечения - 4-73%, а среди пациентов старческого возраста превышает 80% [2,8,10].

Специального обсуждения заслуживает утверждение некоторых авторов о том, что *Helicobacter pylori* (Hр), колонизирующие желудок, в 1,5 раза повышают риск эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при приеме НПВП, а курс эрадикации этих бактерий способен предотвратить развитие НПВП-гастрита [6,8,13]. Авторы "Маастрихтских консенсусов-1–5" также настоятельно рекомендуют всем больным, которым намечается курс лечения НПВП, проводить предварительно эрадикацию Hр [2,3,12,15].

Наиболее распространенная на сегодняшний день активно-дифференцированная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, включает первичный эндоскопический гемостаз, эффективность которого при продолжающемся язвенном гастродуоденальном кровотечении составляет от 97% до 100% [4,14]. В комбинации с современными противоязвенными препаратами, наиболее эффективными из которых являются ингибиторы протонной

помпы(ИПП), это позволяет значительно снизить частоту рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений после первичного эндоскопического гемостаза с 12-42 % до 2,7-8,9% [3,7,16]. Все это позволяет рассматривать эндоскопический гемостаз в комбинации с современной противоязвенной терапией ИПП, как альтернативу хирургическому лечению.

Цель исследования – определить роль нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы

Настоящее сообщение основано на анализе результатов лечения 1155 больных с желудочно-кишечными кровотечениями из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП с 2014-2020гг. Возраст больных колеблется от 16 до 72 лет. Мужчины составили 71%, женщины — 29%, в возрасте старше 60 лет было 26,2% больных.

По этиологическим признакам больные разделены на 2 группы: 1-я группа, больные с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии составили 765 (66,3%) больных. Из них кровотечения при хронических язвах желудка и ДПК составили у 498 (64,8%) больных, острая язва лекарственного генеза, в результате лекарственного воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки - 248 (32,4%) больных. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза, осложнившийся кровотечением - 19 (2,48%) больных. Во второй группе, больные с желудочно-кишечными кровотечениями неязвенного генеза составили 390 (33,7%) больных. Из них у 259 (66,4%) больных отмечалось кровотечения из ВРВ пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии, синдром Меллори-Вейсса у 33 (8,4%) больных у 54 (13,8%) больных источником кровотечения были злокачественные опухоли желудка и кишечника 44 (11,2%) - эрозивный геморрагический гастрит, дуоденит (табл.1).

Таблица 1.

Основные причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ

Причины	1гр (n)	2 гр (n)	Больные	%
Язвенная болезнь	498		498	43,1
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки	248	44	292	25,3
Варикозное расширение вен пищевода и желудка		259	259	22,4
Пептическая язва гастроанастомоза	19		19	1,6
Опухоли пищевода и желудка		54	54	4,7
Синдром Меллори-Вейсса		33	33	2,8
Всего	765(66,3%)	390(33,7%)	1155	100%

Следует отметить, что у 86 (22%) больных 2-й группе желудочно-кишечным кровотечениям способствовали употребление НПВП. Всего кровотечение на почве НПВП составляет 334 (43,6%) больных от всех язвенных кровотечений. Оценку тяжести состояния больного и степень кровопотери классифицировали по А.И.Горбашко, выделяя легкую, среднюю и тяжелую степень. Кровопотеря легкой степени тяжести в 1-й

группе было у - 428 (55,9%), средней у - 220 (28,7%), тяжелой у -117 (15,3%) больных. Во 2-й группе, желудочно-кишечных кровотечений неязвенного генеза, кровопотеря легкой степени тяжести было у - 259 (66,4%), средней у - 92 (23,5%),тяжелой у-39 (10%) больных.

Нами всем пациентам I группы, выполнялось эндоскопическое исследования для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest.

(1987г). FIA выявлялось у 76 (9,8%), FIB у - 152 (19,8%), FPA у - 334 (43,6%), FIPB у - 123 (16%), FIPС у - 66 (8,6%), FIP у -14 (1,8%) больных. Показатели гемоглобина составляли от 31 до 98 г/л. Всем пациентам, при кровотечениях язвенной этиологии для достижения гемостаза произведено эндоскопическое клиппирование кровоточащего сосуда или диотермокоагуляция. При кровотечении из ВРВ пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии произведен эндоскопический гемостаз путём лигирования кровоточащего узла. После завершения эндоскопического гемостаза все пациенты с получали антисекреторную терапию ИПП. Вводили Лосек в максимальной дозировке 160 мг в сутки в виде непрерывной в/венной инфузии вплоть до снятия риска рецидива кровотечения (обычно в течение 3-4 дней), далее по 40мг в сутки *per os*. Пациенты с невысоким риском рецидива ЯГДК также получали антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы. Использовали Лосек в дозировке 40 мг/сут. *per os*. Все пациенты получали антихеликобактерную терапию: Амоксицилин 2 г в сутки, Кларитромицин 1г в сутки, в течение 7-10 дней, де-нол 240мг два раза в день 15 дней. Динамические ЭГДС выполнялись всем пациентам на 2, 3 (только пациентам с высоким риском рецидива ЯГДК), 4, 7, 14 и 28 сутки от первичного осмотра. В случае необходимости (активное кровотечение, обнаженные тромбированные сосуды, либо фиксированный тромб-сгусток) в ходе проведения динамических ЭГДС выполнялась профилактика рецидива кровотечения ранее использованным методом гемостаза. Проводилась комплексная базисная консервативная терапия: инфузионная терапия, гемостатические средства, переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы и т.д. Раннее эндоскопическое исследование служило наиболее эффективным средством выявления причин кровотечения. Так называемые отсроченные операции выполнялись больным с остановившимся кровотечением при массивной кровопотери, а также при рецидиве кровотечения независимо от степени кровопотери, как правило в течение 24 часов. При стойком гемостазе и умеренной кровопотери, больные оперировались в "холодном" периоде в первые 2 недели с момента поступления. У больных с гастродуоденальным кровотечением на 3-4 сутки отмечались рецидивы кровотечения из язвы. У 62 больных удалось остановить кровотечение

повторным эндоскопическим клиппированием или диотермокоагуляцией. У 55 больных гемостатические мероприятия и эндоскопический гемостаз были неэффективными, что явилось показанием к экстренному оперативному вмешательству. 16 (29%) больным выполнена операция резекция желудка по Бильрот-I, 14 (25,4%)- резекция желудка по Бильрот-II, 13 (23,6%) произведено иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду. В крайне тяжелых состояниях 12 (21,8%) больным произведена гастродуоденотомия с прошиванием сосуда на дне язвы. Летальность в группе оперированных больных при гастродуоденальном кровотечении наблюдалась у 4 (7,2%) больных. Преобладающими причинами явились: Тромбоэмболия легочной артерии и острая сердечно-сосудистая недостаточность. Из 390 больных с желудочно-кишечными кровотечениями неязвенного генеза в связи с неэффективности эндоскопического гемостаза и гемостатической терапии и угрозой рецидива кровотечения прооперировано 44 (11,2%) больных с ВРВ пищевода вследствие портальной гипертензии в стадии декомпенсации, осложненным кровотечением. Произведена операция Пациора - гастротомия, прошивание сосудов кардиоэзофагеальной зоны у - 11 (2,8%), а больным с полипозом и опухолью желудка, осложненным кровотечением на высоте кровотечения было произведена операция-гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов у - 34(8,7%) больных. Послеоперационная летальность у больных этой группе наблюдалась у - 11 (12,3%) больных. Высокие цифры послеоперационной летальности в значительной мере определяются вынужденным вмешательством у тяжелобольных с запущенными опухолевым процессом или с профузным кровотечением из вен пищевода на фоне декомпенсированного цирроза печени.

Выводы

1. Достоверно установлено, что у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями верхних отделов ЖКТ, в 43,6% случаев обнаружена связь с приемом НПВС, что следует учитывать, рассматривая вопросы эпидемиологии кровотечений из хронических и острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Проведение эффективной профилактики при использовании НПВП с учетом риска осложнений определяют меньшую частоту язв

у обследованных нами больных по сравнению с таковой в клинических исследованиях.

3. В связи с этим необходимо обучение врачей методам оценки риска и контроля желудочно-кишечных осложнений, связанных с приемом НПВП. Больные, имеющие факторы риска, такие как язвенный анамнез, пожилой возраст и принимающие низкие дозы аспирина а также - НПВП, должны получать профилактическое лечение ингибиторами протонной помпы.

4. В существующих социально-экономических условиях и действующей системе организации здравоохранения важнейшее значение имеют урегулирование продажи НПВС в аптеках, в соответствии с врачебной рецептурой и рациональное патогенетическое лечение язвенной болезни в амбулаторно-поликлинических условиях, профилактика обострений и осложнений язвенной болезни, что без тесного сотрудничества хирургов и терапевтов-гастроэнтерологов невозможно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вялов С.С. Восстановление слизистой желудочно-кишечного тракта или снижение кислотности желудка? – Приоритеты в лечении. Эффективная фармакотерапия 2016;1:1–9.
2. Денисов И.Н., Шавкута Д.М. Диагностика, лечение и профилактика язвенной болезни желудка и ДПК. Всероссийская научно-врачебная конференция. Москва 2015.
3. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ив
4. ашкин В.Т. и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Научно-практическая ревматология 2018;56:1-29.
5. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У. и др. Роль эндоклипирования при пептической язве желудка и 12 перстной кишки. Вест. экстр. Медицины 2018; 11: 21-25.
6. Лебедев Н.Б., Климов А.Е., Соколов П.Ю. и др. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Хирургия им. Н.И. Пирогова 2013; 8: 28-31.
7. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастропатии, индуцированные нестероидными противовоспалительными средствами: патогенетически обусловленные подходы к профилактике и терапии. Фарматека 2016;2:49–54.
8. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов: Междисциплинарный консенсус экспертов 01.04.2017 Москва. Терапия 2017;4(14):9–14.
9. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В. и др. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия им. Н.И. Пирогова 2013; 7: 20-23.
10. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы, риска, диагностика, лечение. Киев 2011.
11. Хаджибаев А.М. Аспекты хирургической тактики гастр-энтероанастомоза. Вест. экстр. Медицины 2014; 1: 13-17.
12. Циммерман Я.С. “Маастрихтский консенсус-4” (2010): основные положения и комментарии к ним. Клини мед 2012;9:28–34.
13. Циммерман Я.С. Киотский консенсус – новая этиологическая классификация хронического гастрита и ее обсуждение. Клини мед 2017;95(2):181–8.
14. Циммерман Я.С. Поражение желудка, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП): НПВП-гастрит или НПВП-гастропатия? Кл фармакология и терапия 2018.1
15. Hepworth C.C., Kadiramanatxan S.S., Gong F., Swain C.P. A randomized controlled comparison of injection, thermal and mechanical endoscopic methods of hemostasis on mesenteric vessels. 2014: 462-9.
16. Sigano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut 2015;64:1–15.
17. Tsoi K., Chan H., Chiu P. et al. Sekond-look endoscopy with thermal coagulation or ingections for peptic ulcer bleeding: A meta – analysis. J Gastroenterol Hepatol. 2015; 25: 8-13.

Поступила 09.04.2021