

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

Уроков Ш.Т., Муродов Т.Р., Абдурахманов М.М.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Бухарский филиал РНЦЭМП.

✓ Резюме,

Проблема лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений остается одной из важнейших в ургентной хирургии. Кровотечение наблюдается 15-20 % пациентов что во многом обусловлена широким применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) приводящих к возникновению эрозии и язв осложненным кровотечением верхнего отдела пищеварительного тракта летальность составляет 5-20%. Настоящая сообщения основана на анализ результатов лечения 1155 больных кровотечениями из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в хирургических отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП Узбекистана с 2014 2019 гг. Возраст больных колеблется от 16 до 72 лет, мужчины 71 %. Женщины 29 %, а возраст старше 60 лет. 26 и 2 %. Кровотечение на почве НПВП составили 334 (43,6%) от наблюдаемых больных. Доказано что активное применение как традиционных, так и высокотехнологических методов эндоскопического гемостаза, способствует сокращению вынужденных операций до 5,3% что в совокупности снижает летальность при язвенных гастродуоденальных кровотечениях с 12,3% до 7,2 %.

Ключевые слова: Гастродуоденальные кровотечения, НПВП, язвенная болезнь.

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

Urakov Sh.T., Murodov T.R., Abdurakhmanov M.M.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>

Republican Centre of Science of Emergency Medicine Bukhara Branch, Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, street Bakhoudin Nakshbandi, 159 <https://en.yellowpages.uz/company/republican-centre-of-science-of-emergency-medicine-bukhara-branch>.

✓ Resume,

The problem of treating ulcerative gastroduodenal bleeding remains one of the most important in urgent surgery. Bleeding is observed in 15-20% of patients, which is largely due to the widespread use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) leading to erosion and ulcers complicated by bleeding of the upper digestive tract, mortality is 5-20%. This report is based on an analysis of the results of the treatment of 1155 patients with bleeding from the upper gastrointestinal tract in the surgical department of the Bukhara branch of the Republic Emergence Centre, Uzbekistan since 2014 to 2019. The age of patients ranges from 16 to 72 years, men 71%. Women are 29% and over 60 years old. 26 and 2%. NSAID bleeding accounted for 334 (43.6%) of the observed patients. It has been proven that the active use of both traditional and high-tech methods of endoscopic hemostasis contributes to a reduction in forced surgery to 5.3%, which together reduces mortality in gastroduodenal ulcer bleeding from 12.3% to 7.2%.

Key words: gastrointestinal bleeding, NSAID, peptic ulcer

NOSTEROID YALLIG'LANISHGA QARSHI PREPARATLAR QABUL QILISH NATIJASIDA KELIB CHIQADIGAN OSHQOZON-ICHAK TRAKTI YUQORI QISMLARIDAN QON KETISH

O'roqov Sh.T., Murodov T.R., Abduraxmonov M.M.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute,
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali.

✓ Rezyume,

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishini davolash muammosi shoshilinch jarrohlikda eng muhim masalalardan biri bo'lib qolmoqda. Bemorlarning 15-20 foizida qon ketishi kuzatiladi, bu asosan steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni keng qo'llanilishi, yuqori ovqat hazm qilish tizimining qon ketishi bilan murakkablashadigan eroziya va yaralarga olib keladi, o'lim darajasi 5-20 foizni tashkil qiladi. Ushbu ma'lumot 2014 yildan 2019 yilgacha Respublika shoshilinch yordam ilmiy markazi Buxoro filiali jarrohlik bo'limida oshqozon-ichak trakti yuqori qismlaridan qon ketishi bilan davolangan 1155 bemorni natijalarini tahliliga asoslangan. Bemorlarning yoshi 16 dan 72 yoshgacha, erkaklar 71%. Ayollar 29% va 60 yoshdan katta. 26 va 2%. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar qabul qilish natijasida qon ketishi kuzatilgan bemorlar 334 (43,6%) ni tashkil qildi. Endoskopik gemostazning an'anaviy va yuqori texnologiyali usullaridan faol foydalanish jarrohlik operatsiyasini 5,3% gacha qisqartirishga yordam berishi isbotlandi, bu esa oshqozon-ichak trakti yarasidan qon ketishda o'limni 12,3% dan 7,2% gacha kamaytiradi.

Kalit so'zlar: gastroduodenal qon ketish, nosteroid preparatlar, yara kasalligi

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, циклоsporином 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* (Нр), колонизирующие желудок, в 1,5 раза повышают риск эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при при-

еме 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 предварительную эрадикацию Нр [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 2014-2019гг. 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 кровотечение 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).

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, желудоч-

Основные причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ

Причины	1 гр (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 Мэллори-Вейса		33	33	2,8
Всего	765(66,3%)	390(33,7%)	1155	100%

но-кишечных кровотечений не язвенного 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 исследование для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. (1987г). FIA выявлялось у 76 (9,8%), FIB у-152 (19,8%), FIIA у - 334 (43,6%), FIIB у - 123 (16%), FIIIC у - 66 (8,6%), FIIB 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 клипирование кровоточащего сосуда или диатермокоагуляцию. При кровотечении из ВРВ пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии произведен эндоскопический гемостаз путём легирования кровоточащего узла. После завершения эндоскопического гемостаза все пациенты с получали анти секреторную 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 анти секреторную 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, гемо статические средства, переливание свежесмороженной 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 гастро-дуоденальным кровотечением на 3-4 сутки отмечались рецидивы кровотечения из язвы. У 62 больных удалось оста-

новить кровотечение повторным эндоскопическим клипированием или диатермокоагуляцией. У 55 больных гемо статические 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 не язвенного генеза в связи с неэффективности эндоскопического гемостаза и гемо статической 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 тяжело больных 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. Применение эрадикационной антихеликобактериальной терапии, эндоскопического гемостаза с помощью клипирования кровоточащих гастродуоденальных язв на фоне комплексного лечения желудочно-кишечных кровотечений снижает частоту рецидивов кровотечения из язв и осложнений, позволяет подготовить больных к радикальным операциям.

5. 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., Ивашкин В.Т. и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Научно-практическая ревматология 2018;56:1-29.
4. Каримов Ш.И., Хахимов М.Ш., Маткулиев У. и др. Роль эндоклипирования при пептической язве желудка и 12 перстной кишки. Вест. экстр. Медицины 2018; 11: 21-25.
5. 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.
6. 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.
7. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов: Междисциплинарный консенсус экспертов 01.04.2017 Москва. Терапия 2017;4(14):9-14.
8. 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.
9. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы, риска, диагностика, лечение. Киев 2011.
10. Хаджибаев А.М. Аспекты хирургической тактики гастро-энтероанастомоза. Вест. экстр. Медицины 2014; 1: 13-17.
11. Циммерман Я.С. "Маастрихтский консенсус-4" (2010): основные положения и комментарии к ним. Клин мед 2012;9:28-34.
12. Циммерман Я.С. Киотский консенсус - новая этиологическая классификация хронического гастрита и ее обсуждение. Клин мед 2017;95(2):181-8.
13. Циммерман Я.С. Поражение желудка, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП): НПВП-гастрит или НПВП-гастропатия? Кл фармакология и терапия 2018.1
14. Hepworth C.C., Kadirkamanathan 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.
15. Sigano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut 2015;64:1-15.
16. Tsoi K., Chan H., Chiu P. et al. Sekond-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: A meta - analysis. J Gastroenterol Hepatol. 2015; 25: 8-13.

Поступила 09.03.2020