

УДК 316-005.1-02:316.12

РАДЕНКО Є.Є.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

КРОВОТЕЧА НЕВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ ПАТОЛОГІЮ

Резюме. Наведений досвід роботи за період з 1998 до 2011 року. Проліковано 1256 хворих на гострі ерозії та виразки верхніх відділів травного каналу, що кровоточать. Хворих із критичною патологією серцево-судинної системи було 52,2 %. У 23,4 % хворих причиною гострих кровоточивих виразок був прийом нестероїдних протизапальних препаратів. У клініці розроблена концепція ведення хворих даної категорії, основою якої є індивідуально-раціональна тактика: застосування оптимальних способів і методів лікування залежно від клінічних проявів і особливостей перебігу захворювання. Пріоритетною була консервативна терапія: поєднання цілодобового лікувального ендоскопічного моніторингу, кислотосупресивної терапії, лікування профільної патології та наслідків крововтрати. Це дозволило знизити кількість операцій з 66,7 до 16,7 %, а післяопераційну летальність — із 13,3 до 2,3 %. Істотного росту загальної летальності, а також летальності серед неоперованих хворих не відзначено. Загальна кількість рецидивів кровотечі знизилась з 10,9 до 7,7 %.

Ключові слова: кровотеча з ерозій та гострих виразок, індивідуально-раціональна тактика.

Актуальність проблеми

Не викликає сумніву те, що переведення хворих із тяжкою серцевою патологією з клінікою шлунково-кишкової кровотечі (ШКК) не додає ентузіазму персоналу ургентної хірургічної клініки.

С.В. Колобов та О.В. Зайратьянц у 2003–2004 роках провели фундаментальне дослідження частоти і поширеності гострих ерозивно-виразкових ушкоджень гастродуоденальної слизової оболонки у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ). За даними 3008 патологоанатомічних розтинів, виявилось, що гострі ерозії та виразки (ГЕВ) шлунка і дванадцятипалої кишки зустрічаються у 10 % хворих, які померли від ГІМ. Частота ерозій становить 48,7 %, виразок — 24 %, петехіальних крововиливів — 20,4 %. Більше ніж у 20 % хворих ці ушкодження призвели до ШКК з розвитком гострої постгеморагічної анемії (ГПГА) [2]. Проте реальну поширеність ГЕВ визначити практично неможливо. На думку певної кількості дослідників, кровотечі у критично хворих не є актуальною проблемою клінічної практики. Вони вважають, що кровотечі відбуваються набагато частіше, ніж виявляються, бо мають паренхіматозний характер, у більшості випадків перебігають субклінічно і не призводять до істотних гемодинамічних порушень [1]. З цим не можна погодитись, бо, за

даними того ж С.В. Колобова і співавт. (2002), навіть субклінічні кровотечі в 30 % випадків призводять до гострої постгеморагічної анемії, що, як відомо, в 1,5 раза збільшує ризик настання госпітальної смерті і в 4 рази — повторної масивної кровотечі [3].

Має місце багато причин, чому ішемічна хвороба серця (ІХС), ускладнена кровотечею, призводить до летального результату. ІХС, по суті, — хвороба літніх людей. У більшості людей похилого віку сумується вплив факторів ульцерогенності: вікової інволюції органів та систем, атрофії слизової оболонки, поліпатії та поліорганної недостатності, ішемічних розладів, що обумовлені погано контрольованою артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом. Саме тяжке основне захворювання призводить до гіпотонії, ішемії гастродуоденальної слизової оболонки, яка, у свою чергу, викликає зворотну дифузію H^+ , ацидоз, виснаження буферних систем, загибель клітин епітелію. Не можна ігнорувати і гастропатію, що, по суті, є пошкодженням цілісності слизової оболонки, яка виникає в результаті тривалого прийому препаратів ацетилсаліцилової кислоти (АСК) у хворих із загостренням ІХС. Ас-

© Раденко Є.Є., 2013

© «Український журнал хірургії», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

пирин, ефективність і безпека якого підтверджені численними контрольованими дослідженнями і метааналізами, на сьогодні розглядається як золотий стандарт антитромботичної терапії. Щорічно у всьому світі споживається приблизно 40 000 тонн аспірину, і тільки в США понад 50 млн осіб приймають понад 10 мільярдів таблеток цього препарату з метою профілактики серцево-судинних захворювань [8]. Згідно з останніми дослідженнями, тривалий прийом навіть низьких (до 100 мг/добу) доз АСК у 2–3 рази збільшує ризик розвитку ШКК. Встановлено, що навіть доза, що дорівнює 10 мг АСК на добу, при тривалому призначенні здатна призвести до виразки слизової оболонки шлунка [8]. На думку американських учених [7], ймовірно, немає такої дози аспірину, яка б мала антитромботичний ефект і не була гастротоксичною. Окремої уваги потребує більш високий ризик ШКК у хворих із загостренням ІХС, які отримували на амбулаторному етапі варфарин. З огляду на вищесказане стає зрозумілим, що проблеми лікування хворих цієї групи значно ускладнюються. Не менш зрозумілим стає той факт, що хірургічний підхід до лікування є майже абсолютно неприйнятним.

Мета дослідження — поліпшення результатів лікування критично хворих пацієнтів з кровотечею з гострих ерозій та виразок.

Матеріал та методи

За період з 1998 до 2011 рік 1256 хворих із гостро-кровоточивими ГЕВ госпіталізовано в Донецькій міській центр з лікування хворих на гостру кровотечу в просвіт травного каналу. Вік хворих коливався від 16 до 90 років. Особи старше 40 років становили 77,9 %. У 52,2 % пацієнтів із ГЕВ була патологія серцево-судинної системи, з приводу якої вони лікувались у терапевтичному та кардіологічному відділеннях і були переведені до центру кровотеч. Ще 23,4 % хворих приймали аспірин та інші НПЗП із приводу цієї ж патології амбулаторно і майже безконтрольно. Кровотеча, що триває на момент ендоскопічного дослідження, виявлена у 6,1 % хворих. Ефективність ендоскопічного гемостазу за цей період становила 98,2 %.

Результати та обговорення

Не виникає сумніву, що триваюча кровотеча, яку не можна зупинити ендоскопічними засобами, потребує екстреного оперативного втручання. За період з 1998 по 2002 роки (460 хворих) у 15 пацієнтів (3,3 %) виникла необхідність в оперативному втручанні. У 5 хворих причиною операції була неефективність ендоскопічного гемостазу триваючої первинної кровотечі, у 3 хворих — рецидивна кровотеча і 7 пацієнтів оперовані внаслідок тривалого ненадій-

ного гемостазу (ННГ). Післяопераційна летальність становила 13,3 %. Звертає на себе увагу велика кількість хворих, які оперувались у зв'язку з рецидивом кровотечі (РК) та ненадійним гемостазом — 66,7 %. Післяопераційна летальність у цій групі становила 20 %. Взагалі в першій групі РК виникли у 50 пацієнтів (10,9 %). Майже половина з них (42 %) супроводжувались клінічними проявами — зниженням АТ, зниженням показників червоної крові тощо.

На підставі даних літератури і значного власного досвіду в клініці розроблена концепція ведення хворих даної категорії. Основою є індивідуально-раціональна тактика, що обумовлює застосування оптимальних способів і методів лікування залежно від клінічних проявів і особливостей перебігу захворювання. Ведення хворих із кровотечею вимагає рівноцінної участі бригади спеціалістів: ендоскопістів, хірургів і реаніматологів. Професіоналізм, погодженість і спадкоємність дій є неодмінними складовими успішного лікування хворих.

Пріоритетною була консервативна терапія — поєднання цілодобового лікувального ендоскопічного моніторингу, кислотосупресивної терапії, лікування профільної патології та наслідків крововтрати. Ці питання ми вважаємо для себе вирішеними.

З 2003 по 2011 рік госпіталізовано 789 пацієнтів цієї ж групи. Використання розроблених у клініці стандартів ведення хворих із ШКК, невід'ємною складовою частиною яких є протоколи ведення хворих із ГЕВ, дозволили значно поліпшити результати лікування пацієнтів. Як наслідок, майже у 2 рази (до 1,4 %) знизилась кількість операцій. Це відбулось, по-перше, у зв'язку з підвищенням ефективності первинного ендоскопічного гемостазу (з 76,2 до 96,3 %). По-друге, пріоритетне використання лікувального ендоскопічного моніторингу на фоні кислотосупресивної терапії значно поліпшило «якість» РК. Клінічно значимі РК виникли тільки у 12,5 % пацієнтів, що дозволило виграти час і продовжити інтенсивну терапію. Післяопераційна летальність становила 2,3 %. Причиною незадовільного результату стала тяжка супутня патологія. Звертає на себе увагу значне зниження кількості операцій у хворих з РК та ННГ (з 66,7 до 16,7 %). Загальна кількість РК в обох групах теж відрізнялась (10,9 у першій та 7,7 % у другій). Суттєвої динаміки показників летальності без операції не було — у 7,4 і 7,6 % пацієнтів.

Ефективність первинного ендоскопічного гемостазу протягом 2003–2011 років дорівнювала 96,3 %. Останні 3 роки — 100 %. Використовуємо принцип максимально припустимої шкоди. Ендоскопічні маніпуляції повинні бути максимально ефективними та мінімально травматичними, бо на фоні передіснуючих деструктивних змін слизової оболонки пошкодження слизової оболонки

в результаті використання ендоскопічних методів гемостазу повинні бути зведені до припустимого мінімуму. Під час дослідження ми не завжди спроможні чітко визначити ефективність первинного гемостазу. У деяких випадках ми намагаємось досягти хоча б призупинення триваючої кровотечі, сподіваючись на те, що внутрішні механізми саморегуляції поряд з інтенсивною терапією і проведеннями маніпуляціями не дозволять виникнути РК. Протягом 3–4 годин проводиться інтенсивна терапія, у якій поряд із блокаторами протонної помпи використовують препарати системної вазоконстрикторної дії (реместип). Повторне ендоскопічне дослідження дозволяє контролювати ефективність попередніх маніпуляцій та вжити заходи для профілактики рецидивної кровотечі, тобто закріпити досягнутий гемостатичний ефект. Строки виконання контрольних лікувальних досліджень у хворих із ННГ залежать від ступеня ризику рецидиву кровотечі, що визначаються на основі ендоскопічних і клінічних критеріїв. Паралельно з ендоскопічними заходами проводиться інтенсивна медикаментозна терапія, що включає профілактику рецидиву кровотечі, противиразкову терапію і корекцію органних дисфункцій. Обов'язковим вважаємо парентеральне введення антисекреторних препаратів (інгібітори протонної помпи в поєднанні з блокаторами H_2 -гістамінових рецепторів), антацидних та обволікаючих засобів, топічних противиразкових препаратів. Останнім часом активно використовуються поліензимні препарати як репаранти.

І дотепер найбільш важливим і суперечливим було питання тактичного плану — що робити при виникненні рецидиву кровотечі. Ми вважаємо, що потрібно використати всі можливості для уникнення оперативного втручання.

Висновки

Розроблена та впроваджена тактика ведення хворих із гастродуоденальною кровотечею з ГЕВ, безумовно, не може задовольнити всі потреби лікаря. Проте вона дозволила значно знизити відсоток операцій з 66,7 до 16,7 %, а післяопераційну летальність — з 13,3 до 2,3 %, що дозволяє судити про кількість виконаних необґрунтованих операцій. Істотного росту загальної летальності, а також летальності серед неоперованих хворих не відзначено.

Відомо, що у хворих, які не приймали АСК, летальність протягом року після інфаркту міокарда була в 2 рази більшою, ніж у тих, які отримували таку терапію. У хворих цієї групи прийом АСК — життєва необхідність. Але згідно з досвідом систем первинної медичної допомоги в США і країнах Європи цей процес пов'язаний із великими труднощами суб'єктивного характеру. За даними N.P. Lam і

співавт. (1999), не тільки лікарі загальної практики, а й хірурги та анестезіологи тільки в загальних рисах уявляють проблему ГЕВ і в 50 % випадків не володіють навичками виконання сучасних рекомендацій з проведення антисекреторної терапії. У відділеннях інтенсивної терапії та кардіореанімації тільки 10 % хворих із загостренням ІХС отримують антисекреторну терапію ранітидином. ІПП частіше не призначають, мотивуючи тим, що потенційно летальні кровотечі розвиваються не більше ніж у 5–8 % хворих, а за рахунок зниження кислотності шлункового вмісту відбувається значний ріст патогенної флори в шлунково-кишковому тракті збільшується частота нозокоміальної пневмонії. Крім того, істотно збільшується економічне навантаження.

Такі погляди на проблему, як на наш погляд, вимагають суттєвої доробки, внесення змін у протоколи і принципи лікування кардіологічної патології в профільних відділеннях. Ускладненням треба запобігати, а не відважно їх лікувати.

Список літератури

1. Лечение и профилактика поражений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта в терапевтической практике / А.Л. Верткин, Е.И. Вовк, А.В. Наумов [и др.] // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2009. — № 1. — С. 35–41.
2. Лечение и профилактика желудочно-кишечных кровотечений при обострении ишемической болезни сердца / А.Л. Верткин, О.В. Зайратьянц, Е.И. Вовк, С.В. Колобов // Фарматека. — 2007. — № 15. — С. 54–60.
3. Колобов С.В. Морфологические особенности острых эрозий и язв желудка у больных инфарктом миокарда при лечении препаратом «Лосек» / Колобов С.В., Зайратьянц О.В., Попутчикова Е.А. // Морфологические ведомости. — 2002. — № 3–4. — С. 800–882.
4. Лапина Т.Л. Фармакотерапия эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.Л. Лапина // РМЖ. — 2001. — № 9. — С. 13–14.
5. Мизиев И.А. Этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.03 / Мизиев И.А. — Ростов-на-Дону, 1999. — 238 с.
6. Раденко Є.Є. Оцінка ефективності ендоскопічного гемостазу у хворих на гостру кровотечу з верхніх відділів травного каналу: Дис... канд. мед. наук: 14.01.03 / Раденко Є.Є. — Донецьк, 2009. — 187 с.
7. Cryer B. Reducing the risks of gastrointestinal bleeding with antiplatelet therapies / B. Cryer // Circulation. — 2002. — Vol. 106. — P. 1893.
8. Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review / C.L. Campbell [et al.] // JAMA. — 2007. — Vol. 297. — P. 2018–2024.

Отримано 11.01.13 □

Раденко Е.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

КРОВОТЕЧЕНИЕ НЕЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. Приведен опыт работы за период с 1998 по 2011 год. Пролечено 1256 больных кровоточащими острыми эрозиями и язвами верхних отделов пищеварительного канала. Больных с критической патологией сердечно-сосудистой системы было 52,2 %. У 23,4 % больных причиной острых кровоточащих язв был прием нестероидных противовоспалительных препаратов. В клинике разработана концепция ведения больных данной категории, основой которой является индивидуально-рациональная тактика: применение оптимальных способов и методов лечения в зависимости от клинических проявлений и особенностей течения заболевания. Приоритетной была кон-

сервативная терапия: сочетание круглосуточного лечебного эндоскопического мониторинга, кислотосупрессивной терапии, лечения профильной патологии и последствий кровопотери. Это позволило снизить количество операций с 66,7 до 16,7 %, а послеоперационную летальность — с 13,3 до 2,3 %. Существенного роста общей летальности, а также летальности среди неоперированных больных не отмечено. Общее количество рецидивов кровотечения снизилось с 10,9 до 7,7 %.

Ключевые слова: кровотечение из эрозий и острых язв, индивидуально-рациональная тактика.

Radenko Ye. Ye.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

BLEEDING OF NONULCER ORIGIN IN PATIENTS WITH CARDIAC PATHOLOGY

Summary. Urgency of an issue. It's mentioned that ischemia is a disease of old people who has age-related changes of internal organs and vessels, multi-organ failure and atrophy of mucus membrane. Treating this pathology requires using aspirin of a like nature meds that also has negative influence on mucus membrane of digestive tube.

Research objective. To improve the results of treatment of patients with bleeding acute erosions and critical cardiac pathology.

Materials and methods. There were shown the results of working during the period from 1998 to 2011. 1256 patients with bleeding acute erosions and ulcers of the upper digestive tract were treated. Patients with critical pathology of the cardiovascular system were 52.2 %. 23.4 % of patients had an acute bleeding ulcers cause by non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Results and discussions. During the period from 1998 to 2002 there were 460 patients with acute bleeding ulcers. 15 of them (3.3 %) required surgical interventions. 60 % of patients of this group had a relapse of bleeding as a main reason of surgical therapy. The mortality rate was 20 %.

The treatment concept of patients in this category, based on individual-rational tactics, was developed in our hospital. We use optimal techniques and methods of treatment depending on the clinical symptoms and characteristics of the disease. Treating patients with bleeding demands coordinated actions of surgeons, experts in resuscitation and endoscopists. Conservative therapy was a priority method — the combination of day and night monitoring of therapeutic endoscopy, antisecretory therapy, treatment of leading pathology and the effects of blood loss.

During the period from 2003 to 2011, 789 patients with this pathology were hospitalized. Using developed in our clinics methods of treatment of patients with bleeding acute erosions and ulcers of stomach allowed us to improve the results of treatment. The number of surgical interventions decreased in a half (to 1.4 %). Rational using of endoscopic methods and introduction of endoscopic monitoring allowed to decrease the number of bleeding relapses from 42 to 12.5 %. This has reduced the number of surgical interventions from 66.7 to 16.7 %, and postoperative mortality — from 13.3 to 2.3 %. There were not observed significant growth in total mortality, and mortality in non-operated patients. The total number of rebleeding decreased from 10.9 to 7.7 %.

Every endoscopic operations worsen current destructive changes of mucus membrane. So these operations should be as smoothly as possible and should minimally influence on health. When performing endoscopic hemostasis sometimes it's difficult to estimate its effectiveness. We try to achieve the decreasing of bleeding intensity. Within 3–4 hours we carry out intensive therapy using blockers of proton pump in combination with vasoconstrictor drugs (remistip). Correction of internal organs disfunctions is obligatory in our opinion. Controlling endoscopic procedures allows to estimate the effectiveness of treatment and to provide therapeutical manipulations. In case of rebleeding we try to use all possibilities of conservative therapy to prevent surgical interventions.

Conclusions. Developed tactics enables to decrease significantly the number of rebleedings in patients with critical cardiovascular pathology.

Key words: bleeding from ulcers and acute erosions, individually rational tactics.