

ОСТРЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

А. А. Ольшанецкий, В. К. Глазунов, А. Э. Брикман,
В. Н. Гаркавенко, А. А. Елисеев

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), г. Луганск, Украина

Проведен анализ заболевания за 6 лет у 497 больных с острыми медикаментозными язвами желудка и кишечника, осложненных кровотечениями. Отмечено увеличение удельного веса ОЖКК из острых медикаментозных язв с 26 до 46,7 %; увеличилось количество кровотечений III степени с 14,8 до 30,3%, рецидивов кровотечения с 6, 2 до 9 %. Установлены причины увеличения частоты, повышения агрессивности ОМЯ. Ими являются ошибки в назначении гастроагрессивных препаратов при лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы и других органов и систем, отсутствие в комплексе лечения гастропротекторов и антисекреторной терапии.

Комплексное основное лечение кровотечений из ОМЯ – консервативное. Это местный гемостаз, антисекреторная терапия, отмена гастроагрессивных препаратов, интенсивное лечение основного заболевания. Открытые оперативные вмешательства должны проводиться только по абсолютным или условно абсолютным показаниям. Общая летальность составила 7,8 %), послеоперационная – 14,5 %.

Основной операцией является ушивание язвы. Субтотальная резекция желудка и гастрэктомия являются исключением. Это рецидивы, кровотечения после ушивания язв, эктомных резекций, образование «новых» кровоточащих язв.

Ключевые слова: острые медикаментозные язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, кровотечения.

Введение. В последние годы значительно увеличилось количество острых медикаментозных язв (ОМЯ), осложненных острым желудочнокишечным кровотечением (ОЖКК) (В. В. Бойко, В. О. Шапринский и В. Д. Романчук, В. А. Ступин). В литературе приво-

дится много различных трактовок, предположений, однако четкого, конкретного объяснения этому факту нет, в связи с чем не принята стандартная тактика лечения.

Целью настоящей работы является изучение основных причин увеличения количества ОМЯ желудка и двенадцатиперстной кишки, определение более эффективной профилактики и лечения этих язв.

Кровотечения из острых медикаментозных язв составляют 12–47 % от всех ОЖКК (Б. С. Брискин, В.П. Хохоля, В.А. Ступин).

В зависимости от причин различают следующие виды язв:

1. Истинные острые изъязвления, возникающие при шоке, полиогранной недостаточности. Они располагаются на вершинах слизистой оболочки дна и тела желудка.

2. Язвы Курлинга, образующиеся после обширных ожогов на всей слизистой оболочке желудка.

3. Язвы Кушинга после операций на центральной нервной системе образуются на слизистой любого отдела пищеварительного канала.

4. Медикаментозные язвы возникают после приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), салицилатов, алкоголя и других медикаментов, которые вызывают депрессию естественных защитных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушают метаболизм, трофику слизистой, ее микроциркуляцию и гемостаз. Особенно это касается возрастных больных, у которых выражены инволютивные изменения в слизистой, имеет место артериосклероз, гипертоническая болезнь, метаболические нарушения (Гульдвоч, Э. В. Луцевич).

К ним также же относят язвы, образующиеся на фоне различных эндогенных и экзо-

генных интоксикаций, обострения хронических заболеваний и их осложнений (В. А. Ступин, Н. П. Михайлов и авт.)

В последние годы отмечается значительное увеличение удельного веса острых язв 4 типа, особенно язв, образующихся после приема нестероидных противовоспалительных препаратов, салицилатов, анальгетиков, стероидных гормонов. Этому способствует также постарение населения, увеличение количества сопутствующих заболеваний (О. Я. Бабак).

«У наш час важко уявити собі клініку внутрішніх хвороб, неврологічну, ортопедичну клініку, практику амбулаторного лікаря без призначення НПВП та ГКС» (В. О. Шапринський і В. О. Романчук).

10–20 % населения в возрасте старше 65 лет регулярно принимает НПВП (С. В. Колобов). Обострение ИБС, которая имеет место практически у большинства больных этого возраста, приводит к кровотечению из ОМЯ у 52 % больных (А. С. Логинова, В. О. Шапринский и В. Д. Романчук).

Материал исследований и их обсуждение. В течение последних 6 лет в клинике наблюдалось 1420 больных с ОЖКК из острых и хронических язв (язвенная болезнь) желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкого и толстого кишечника. За этот период времени отчетливо определяется выраженное увеличение удельного веса ОМЯ – по отношению ко всем случаям язвенных кровотечений. В 2006 г. он составлял 26 %, в 2011 г. – 46,7 %.

За этот период язвы стали, если можно так выразиться, более агрессивными – увеличилось количество множественных и сочетанных язв с 14,8 % до 18 %), возрос удельный вес кровотечений III степени тяжести с 14,8 % до 30,3 %), рецидивов кровотечения с 4,2 % до 9 %.

Основными заболеваниями, при лечении которых назначались гастроагрессивные препараты, были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ишемия головного мозга, сердечно-сосудистая недостаточность различной этиологии, почечная, печеночная недостаточность, заболевания опорно-двигательного аппарата. Отмечено (В. А. Ступин), что все заболевания, которые вызывают дезорганизацию гемодинамики (централизация) приводят к гипоксии слизистой желудка. Это, в свою очередь, снижает скорость освождения слизистой от обратной диффузии ионов НГ, нарушает слизистобикарбонатный барьер, защищающий слизистую.

При анализе «медикаментозного» анамнеза указанных больных обращает внимание то, что за этот период времени существенно изменился вид препаратов, назначаемых в качестве базисной терапии основного заболевания.

Так, в 2006 г. чаще применяли аспирин кардио, аспирин, аспекард. Нестероидные противовоспалительные препараты получали 26 % больных, ацетилсалициловую кислоту (АСК) с гидроксидом магния применяли в единичных случаях. В 2011 г. применение аспирина кардио, аспирина, аспекарда уменьшилось с 37 % до 7,3–9,2 %, но увеличилось применение АСК с гидроксидом магния как в виде монотерапии – 30,3 %, так и в сочетании с НПВП – 11 %, уровень применения НПВП изменился незначительно.

Увеличение количества кровоточащих ОМЯ в связи с широким применением АСК с гидроксидом магния отмечают и другие авторы (С. В. Колобов и авт., В. А. Ступин, В. А. Шапринский и В. Д. Романчук).

По нашим данным повышение удельного веса медикаментозных язв при применении АСК с гидроксидом магния можно объяснить тем, что за последние годы (когда увеличилось количество кровоточащих медикаментозных язв) значительно увеличилось и применение (в 10–12 раз) этого препарата и сократилось применение некомбинированных препаратов АСК.

Еще одной особенностью лечения с указанными выше заболеваниями явилось широкое применение сочетаний НПВП с АСК, анальгетиками, дезагрегантами, хотя по данным литературы давно известно, что при сочетании применении препаратов риск образования кровоточащих язв значительно возрастает. По данным В. А. Ступина, 92 % больных с ОМЯ, осложнившихся кровотечением, принимали 2 и 3 препарата. Чем больше назначается препаратов, тем выше риск кровотечения V. Hippisley, Carol Coupland, Ricard Logan.

Но, пожалуй, одной из главных причин (по данным наших наблюдений) возникновения острых медикаментозных язв явилось то, что в подавляющем большинстве случаев при приеме указанных гастроагрессивных препаратов не проводилась гастропротекторная и антисекреторная терапия. И еще – перед назначением курсового приема этих препаратов ни у одного больного не было проведено определение секреторной функции желудка, не выполнялось эндоскопическое исследование (о чем говорит тот факт, что у 8 – 11% боль-

ных при эндоскопии по поводу кровотечения из острой язвы «случайно» были выявлены язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит. Антисекреторная терапия является самой действенной профилактикой образования острых медикаментозных язв у большинства больных. Антисекреторные препараты, пишет С. В. Колобов, позволяют прекратить активное кровотечение – антисекреторный гемостаз, предупредить рецидив язвы. Как показал опыт, наиболее эффективным является применение Контралокса – ингибитора протонной помпы последнего поколения.

Больные с кровотечением 2–3 степени сразу госпитализировались в отделение реанимации для подготовки к операции и проведения основных необходимых исследований. Во время эндоскопии продолжающееся кровотечение выявлено у 20 % больных, неустойчивый гемостаз – у 38 % >. Местный гемостаз осуществляли инъекционным способом – «обкалыванием» кровоточащей язвы раствором адреналина, Тугины, на 0,9 % > растворе хлорида натрия. Антисекреторная экстренная терапия проводилась внутривенным введением Контралокса, по показаниям вводили свежзамороженную плазму (14 % > больных). Параллельно проводили замещение кровопотери по плазматическим и глобулярным показателям, согласно существующим стандартам.

При неустойчивом гемостазе повторную гастроскопию выполняли в течение 12 часов. Если гемостаз по-прежнему был неустойчивым, обкалывание язвы повторяли. Рецидивы кровотечения (у всех больных) были ранними – в течение первых 3–5 суток и возникли у 8,7 % больных после остановки кровотечения II–III степени.

По данным литературы (А. В. Лебедев и авт., П. Г. Кондратенко, Е. Е. Раденко), инъекционный гемостаз оказывается эффективным у 75,4–79,7 % больных, рецидивы возникают у 16,2 % больных. Надо помнить, что местный гемостаз, даже при кровотечении II–III степени, при котором вероятность рецидива очень велика, следует использовать для временной остановки кровотечения и подготовки тяжелого больного к «большой» операции по окончательной остановке кровотечения.

В своей работе мы пользовались следующим определением показаний к открытой операции: А. абсолютные показания – неэффективность местного гемостаза – кровотечение продолжается или имеет место рецидив кровотечения 2–3 степени. Б. условно абсолютные показания – устанавливаются на ос-

новании клинко-эндоскопического анализа состояния больного и состояния гемостаза в язве. При наличии крупного или нескольких мелких тромбированных сосудов в дне или краях язвы, располагающейся в зоне Дьелафуа (верхняя треть тела, субкардинальный отдел) или зоне повышенной геморрагической опасности («ахиллесова пята» желудка), находящейся в задней стенке желудка на 2–3 см от малой и большой кривизны и распространяющимся отступом от привратника на 2–3 см и до зоны Дьелафуа.

Эволюция хирургической тактики у больных с ОМЯ, осложненными кровотечением, претерпела существенные изменения. По данным В. П. Хохоли, в период с 1971 по 1975 гг. оперировали всех больных, с 1976 по 1978 гг. – только одну треть, с 1980 по 1983 гг. – только 11 % > больных. По данным В. А. Ступина и авт. (2006 г.), оперативное лечение было необходимо лишь 2 % больных. Столь значительное снижение оперативной активности можно объяснить следующим: расширением возможностей и повышением эффективности эндоскопического гемостаза, внедрением новых лекарственных средств, более активно снижающих темп и уровень желудочной секреции, гастропротекторных препаратов.

В настоящее время для окончательной остановки кровотечения из ОМЯ выполняются следующие вмешательства: прошивание кровоточащей язвы, прошивание язвы в сочетании с поддиафрагмальной стволовой или селективной ваготомией, резекция желудка, субтотальная резекция желудка, гастрэктомия.

Оценку эффективности этих вмешательств можно представить, проанализировав их результаты. А. А. Курыгин и О. Н. Аланов отмечали, что после простого ушивания язвы, рецидив кровотечения наблюдался у каждого 5 больного, при прошивании язвы в сочетании со стволовой поддиафрагмальной ваготомией и пилоропластикой – 5–5,9 % больных (Э. В. Луцевич). В. А. Ступин приводит L. Cheung, который на основании анализа литературы нашел, что после субтотальной резекции желудка рецидив кровотечения возник в 53 % случаев, после ваготомии с антрумэктомией – в 17 %, после ваготомии с дренирующими операциями – у 29 % больных, деваскуляризации желудка – у 9 %. Летальность после операций составила 23 %).

И еще одно положение, которое должно быть определяющим в выборе объема оперативного вмешательства, независимо от того, насколько «агрессивный хирург». Расширение

объема операции не улучшает результатов лечения, хотя, казалось бы, перефразировав известный юридический постулат: «Нет человека – нет проблемы», для хирургической тактики при ОМЯ заманчиво принять: «Нет желудка – нет язвы, нет кровотечения».

Резекцию желудка мы выполнили двум больным, гастрэктомия – одному. В течение нескольких предыдущих лет ее выполняли пятерым больным. Показанием к гастрэктомии были рецидивирующие кровоточащие язвы, возникающие после их ушивания или экономной резекции желудка. У двух больных рецидив кровотечения после резекции желудка возник из вновь образовавшихся язв. Остальным больным было выполнено ушивание язвы. Общая летальность составила 7,8 %, послеоперационная – 14,5 %. Высокий уровень послеоперационной летальности обусловлен тем, что вмешательства выполнялись как операции отчаяния у тяжелых по основному заболеванию больных.

Выводы. 1. Удельный вес кровоточащих острых медикаментозных язв значительно возрос по сравнению с кровотечениями из язв хронических при язвенной болезни, увеличилось количество сочетанных и множественных язв, кровотечений III степени тяжести.

2. Основной причиной увеличившегося ко-

личества остро кровоточащих медикаментозных язв являются тактические ошибки, допускаемые в назначении гастроагрессивных препаратов при лечении больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, сочетание препаратов, усиливающих риск образования ОМЯ без учета их фармакодинамики. Отсутствие гастропротекторной терапии, ИПП у таких пациентов, а также отсутствие полного гастроэнтерологического обследования больных перед назначением курса лечения гастроагрессивными препаратами.

3. Комплексная консервативная терапия является эффективной и приоритетной в лечении ОЖКК из ОМЯ. Ее основными элементами являются: а) местный гемостаз; б) отмена препаратов гастроагрессивного действия, антикоагулянтов, дезагрегантов; в) антисекреторная и гастропротекторная защита слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки; г) интенсивная терапия основного заболевания и его осложнений. От качества выполнения каждого из этих пунктов зависит эффективность лечения.

4. Открытые оперативные вмешательства должны применяться только по абсолютным показаниям. На основании прогноза высокого риска рецидива кровотечения целесообразно выделять условно – абсолютные показания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабенков Г. Д., Ольшанецкий А. А., Кириченко Б. Б., Глазунов В. К., Румянцев Г. В., Усов С. Н. Гастрэктомия при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Харьковська хірургічна школа. – 2003. – 1 (6). – С. 56.
2. Брискин Б. С., Фомин В. Б. Острые изъязвления слизистой оболочки желудка и гастродуоденальные кровотечения // Хирургия: 1978. – №5. – С. 81.
3. Зайцев В. Т., Велигоцкий Н. Н., Алексеев В. Д., Дерман А. И. Острые гастродуоденальные изъязвления, осложненные кровотечением // Общая и неотложная хирургия. – Киев. – 1981. – №11. – С. 29.
4. Колобов С. В., Зайратянц О. В., Верткин А. А., Вовн Е. И., Шамуилова М. М., Мельников Т. А. Желудочно-кишечные кровотечения у больных с обострением ИБС // Здоров'я України. – №5 (162). – 2007.
5. Кондратенко П. Г., Раденко Е. Е. Эндохирургические вмешательства при кровотечениях из острых гастродуоденальных язв // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004. – №3. – С. 140.
6. Курыгин А. А., Аланов О. Н. Оперативное лечение кровотечения из острых язв и эрозий // Клиническая хирургия. – 1991. – №4. – С. 45.
7. Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Багненко С. Ф. Эрозивно-язвенный гастрит с кровотечением // Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – С. –Петербург. – 2003. – С. 48–61.
8. Лебедев Н. В., Климов А. Е., Вайташевская Н. В., Бархударова Т. В., Сидоренко И. В. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2007. – №3. – С. 16.
9. Луцевич Э. В., Горбунов В. Н., Наумов Б. А., Гуськова И. И. Острые изъязвления слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) // Хирургия. – 1990. – №2. – С. 149.
10. Михайлов А. П., Данилов А. М., Напалков А. Н., Шульгин В. А. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта. Учебное пособие // С.Петербург: СПбГУ 2004. – С. 96.

11. Ступин В. А., Смирнов Г. О., Силуанов С. В., Лучинкин И. Г., Никитенко А. Ю., Гребенкин А. А. Кровотечения из острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в хирургической практике // Клиническая геронтология. – 2002. – №6. – С. 34.

12. Ступин В. А., Силуанов С. В., Смирнова Г. О., Собиров М. А. Современные подходы к лечению кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2010. – №8. – С. 48.

13. Хохла В. П., Саенко В. Ф., Доценко А. П., Грубник В. В. Клиника и лечение острых язв пищеварительного канала // Киев. – Здоровье, 1989. – С. 166.

14. Шапринский В. О., Романчук В. Д. Га-

стродуоденальш кровотечі, зумовлені прийомом медикаментозних препаратів // Медичні перспективи. – 2012. – т. 17. – №1. – С. 150.

15. Фомин П. Д., Запорожан С. И. Причины. летальности среди больных с гастродуоденальными кровотечениями // Шпитальна хірургія: 2006. – №2. – С. 11.

16. Yuli Hippisley, Carol Coupland, Ricard Logan. Риск развития желудочно-кишечных побочных эффектов у пациентов, принимающих ингибиторы циклооксигеназы-2 в сравнении с неселективными нестероидными противовоспалительными препаратами // Международный неврологический журнал. – 2007. – №1 (11). – С. 1.

О. О. Ольшанецкий, В. К. Глазунов,
О. Э. Брикман, В. Н. Гаркавенко,
О. О. Елисеев

ГОСТРІ МЕДИКАМЕНТОЗНІ ВИРАЗКИ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНІ КРОВОТЕЧЕЮ

м. Луганськ, Україна

Резюме. Проведено аналіз захворювання у 497 хворих з гострими медикаментозними виразками шлунку та дванадцятипалої кишки, ускладненими гострою кровотечею, що спостерігалися в клініці протягом останніх 6 років. Відзначено збільшення питомої ваги ГШКК з 26–46,7 %, кількості кровотеч 3 ступеня з 14,8 до 33 %, рецидивів кровотеч з 6,2–9 %. Встановлені причини зростання та підвищення агресивності ГМВ. Ними є помилки в призначенні гастроагресивних препаратів при лікуванні захворювань серцево-судинної системи та інших органів і систем, відсутність в комплексі лікування гастропротекторів та антисекреторної терапії. Основою зупинення кровотеч з ГМВ є комплексне консервативне лікування – місцевий гемостаз, антисекреторна терапія, відміна гастроагресивних препаратів, інтенсивне лікування основного захворювання. Відкриті оперативні втручання слід виконувати лише за абсолютними або умовно абсолютними показанням. Загальна летальність була 7,8 %, післяопераційна 14,5 %. Основною операцією є ушивання виразки. Субтотальна резекція шлунку та гастроектомія є винятком. Показання до їх виконання – рецидиви кровотечі після ушивання виразок та економних резекцій шлунку, виникнення нових кровоточивих виразок.

Ключові слова: гострі медикаментозні виразки шлунку, дванадцятипалої кишки, кровотечі.

A. A. Olshanetskiy, V. K. Glasunov,
A. E. Brikman, V. N. Garkavenko,
A. A. Eliseev

ACUTE GASTRIC ULCER WITH MEDICATION AND DUODENUM, COMPLICATED BY BLEEDING

Lugansk, Ukraine

Summary. The analysis of disease in 497 patients with acute gastric ulcers and duodenal ulcers observed in the clinic for the past 6 years. An increasing proportion of acute bleeding ulcer medication from 26 to 46,7 %, increase in bleeding with grade 3 from 14,8 to 33,3 %, relapse of bleeding from 6,2 to 9 %. The reasons increase the setpoint frequency and increasing aggressiveness AMU. These are errors in the appointment gastroa-gressivnyh prepatratov the treatment of diseases of the circulatory system and other cut and systems, the lack of a complex gastroprotective treatment and antisecretory therapy. The basis for control of bleeding from AMU is conservative treatment room hemostasis, antisecretory treatment, cancellation gastroagressivnyh drugs, intensive treatment of the underlying disease. Open surgery to wire only absolute or uslovnoabsolyutnym indications. Overall mortality was 7,8 %, postoperative 14,5 %. The basic operation of suturing are ulcers. Subtotal resection of the stomach and gastrectomy is an exception. Indications for their use – relapse after bleeding ulcer closure, sparing resection of the stomach, the formation of new bleeding ulcers.

Key words: acute medication stomach ulcers, duodenal ulcers, bleeding.