

ОПРЕДЕЛИТЬ РОЛЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗВИТИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Уроков Ш. Т¹,

Хамроев Б.С²

¹Доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой; кафедры хирургических болезней и реанимации, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, г. Бухара, Республика Узбекистан

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

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. 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. 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.

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 155 больных с желудочно-кишечными кровотечениями из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП с 2019-2022гг. 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 65 (66,3%) больных. Из них кровотечения при хронических язвах желудка и ДПК составили у 88 (64,8%) больных, острая язва лекарственного генеза, в результате лекарственного воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки - 48 (32,4%) больных. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза, осложнившийся кровотечением - 9 (2,48%) больных. Во второй группе, больные с желудочно-кишечными кровотечениями неязвенного генеза составили 90 (33,7%) больных. Из них у 59 (66,4%) больных отмечалось кровотечения из ВРВ пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии, синдром Меллори-Вейсса у 3 (8,4%) больных у 8 (13,8%) больных источником кровотечения были злокачественные опухоли желудка и кишечника 7 (11,2%) - эрозивный геморрагический гастрит, дуоденит

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. Оценка тяжести состояния больного и степень кровопотери классифицировали по А.И.Горбашко, выделяя легкую, среднюю и тяжёлую степень. Кровопотеря легкой степени тяжести в 1-й группе было у - 77 (55,9%), средней у - 20 (28,7%), тяжёлой у -17 (15,3%) больных. Во 2-й группе, желудочно-кишечных кровотечений неязвенного генеза, кровопотеря легкой степени тяжести было у - 89 (66,4%), средней у - 42 (23,5%),тяжелой у-16 (10%) больных.

Нами всем пациентам I группы, выполнялось эндоскопическое исследования для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. (1987г). FIA выявлялось у 6 (9,8%), FIB у- 22 (19,8%), FIIA у - 34 (43,6%), FIIB у - 23 (16%), FIIС у - 6 (8,6%), FIII 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 диотермокоагуляция. При кровотечение из ВРВ пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии произведен эндоскопический гемостаз путём лигирование кровоточащего узла. После завершения эндоскопического гемостаза все пациенты с получали антисекреторную терапию ИПП. Вводили Ребомитид в максимальной дозировке 300 мг в сутки в виде непрерывной 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 Ребомитид в дозировке 300 мг/сут. per oral. 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, обнажённые 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 гастро-дуоденальным кровотечением на 3-4 сутки отмечались рецидивы кровотечения из язвы. У 62 больных удалось остановить кровотечение повторным эндоскопическим клипированием 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 тяжёлых 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 90 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, осложнённым кровотечением. Произведена операция Пациора - гастротомия, прошивание сосудов кардиоэзофагеальной зоны у - 11 (2,8%), а больным с полипозом и опухолью желудка, осложнённым 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 тяжёлобольных с запущенными опухолевым процессом или с профузным кровотечением из вен пищевода на фоне декомпенсированного цирроза печени.

Выводы

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.

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.