



В.О. Шапринський,
О.А. Камінський,
В.Ф. Білощицький,
В.Д. Романчук

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВІ ВИРАЗКИ, ЩО СПРИЧИНЕННІ МЕДИКАМЕНТОЗНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І.Пирогова

© Колектив авторів

Резюме. У роботі наведено результати лікування 109 хворих у яких виникла шлунково-кишкова кровотеча на фоні прийому медикаментозних препаратів. Проаналізовані частота розвитку гострих медикаментозних виразок верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і можливості їх лікування.

Ключові слова: гострі медикаментозні виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, кровотеча.

Вступ

На сучасному етапі розвитку хірургії лікування гастродуоденальних виразок залишається актуальною проблемою не тільки в Україні, але й у всьому світі. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладнена гострою кровотечею, залишається одним з найбільш поширених хірургічних захворювань органів черевної порожнини. За останнє десятиріччя змінилась епідеміологія і структура шлунково-кишкових кровотеч на фоні демографічної ситуації (старіння населення) та поява нових лікарських препаратів. Актуальність даної теми зумовлена тим, що частота гострих кровоточивих гастродуоденальних виразок з кожним роком зростає, на що вказує значна кількість наукових робіт присвячених даній проблемі [2, 3, 6]. Велика питома вага гострих кровоточивих виразок обумовлена прийомом цілого ряду фармакологічних препаратів, які спричиняють загострення хронічного процесу або утворення гострих виразок [1, 4, 10, 11]. Саме прийом антикоагулянтної терапії у пацієнтів з миготливою аритмією з метою профілактики емболій, ненормований пероральний прийом нестероїдних протизапальних препаратів, ацетилсаліцилової кислоти значно підвищив ризик розвитку ерозивно-виразкових кровотеч. Так, за даними деяких авторів на фоні вживання малих доз аспірину кровотечі підвищилися в 2 рази [5, 8, 9].

Результатом антикоагулянтної і антиагрегантної терапії з боку терапевтів (безперечно одна з невід'ємної частини заходів по профілактиці емболій і покращенню мікроциркуляції у пацієнтів кардіологічного профілю), а також неконтрольований прийом нестероїдних протизапальних засобів дало різке збільшення питомої ваги шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів з медикаментозними виразками [5, 6, 7, 8, 9].

Мета дослідження

Аналіз причин та наслідки вживання медикаментозних препаратів, що спричиняють кровотечі.

Матеріали та методи дослідження

Нами проаналізовані дані по центру шлунково-кишкових кровотеч, який знаходиться на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за період з 2009 по 2011 рік. Було проаналізовано 109 пацієнтів віком від 27 до 82 років. Чоловіків було 65 (60 %) та 44 (40 %) жінок у яких була гостра або хронічна виразка ускладнена профузною кровотечею. Всі пацієнти приймали медикаментозні препарати таких груп, як: антиагреганти, нестероїдні протизапальні засоби, глюкокортикостероїди, непрямі антикоагулянти та їх комбінації. Дані препарати посилюють кислото-петичну агресію шлункового соку, порушують слизоутворення, місцеві фактори захисту, викликають десквамацію і сповільнення регенерації поверхневого епітелія, порушення капілярного кровообігу в слизовій оболонці гастродуоденальної зони. Вірогідність ульцерогеної дії підвищується при застосуванні вказаних препаратів у великих дозах при тривалому лікуванні ними, важкому перебігу основного захворювання. Метою прийому медикаментозних препаратів була: ішемічна хвороба серця у 62 (56,8 %), больовий синдром у 19 (17,4 %), захворювання хребта та суглобів у 14 (12,8 %), порушення мозкового кровообігу у 8 (7,3 %), захворювання вен нижніх кінцівок у 6 (5,7 %).

Препарати які вживали пацієнти, що призвели до кровотеч: кардіомагніл 75 мг по 1 таб. 1 р. на добу; аспекард 0,1 по 1 таб. 2 р. на добу; аспетер 325 мг по 2 таб. 2 р. на добу; аспірин – кардіо 0,3 по 1 таб. 1 р. на добу; доларен 0,55 по 2 таб. 3 р. на добу; наклофен 75 мг по 1 таб. 2 р. на добу; наклофен ретард 100 мг. по 1 таб. 2 р. на добу; вольтарен амп. 75 мг – 3.0 мл., в/м 2 р. на добу; диклофенак 50 мг 2 р. на добу в/м; диклоберл 75 мг 2 р. надобув/м; преднізолон 30 мг по 1 таб. 1 р /добу; варфарін 2,5 мг по 1 таб. 2 р. на добу; синкумар 0,002 1 р. на добу.

Довготривалість прийому препаратів становила від 2-3 діб до 6 років. Виразковий анамнез був у 45 хворих (41,2 %).



Результати досліджень та їх обговорення

За даними ЕФГДС було встановлено джерело кровотечі та ступінь гемостазу у відповідності до загальноновизнаної класифікації Forrest. На момент госпіталізації Forrest Ia – 6 (5,5 %), Forrest Ib – 29 (26,6 %), Forrest IIa – 46 (42,2 %), Forrest IIb – 19 (17,4 %), Forrest IIc – 9 (8,2 %). Таким чином, за локалізацією виразки: у 76 (70 %) хворих – дванадцятипала кишка, у 31 (30 %) – шлунок.

Ендоскопічна картина медикаментозної виразки досить характерна. Ерозії і виразки розташовуються, як правило, на набряклій, гіперемованій слизовій оболонці, що відрізняється підвищеною уразливістю і схильністю до кровоточивості, покритою в'язким слизом. Ерозивні ураження, зазвичай множинні, округлої форми, діаметром до 0,1-0,7 см, інколи зливаються в поля діаметром до 3-6 см і більше, без чітких меж. Інколи такі поля займають більшу частину шлунку і ДПК, при цьому визначається дифузна кровоточивість майже всієї слизової, котра при контакті з ендоскопом посилюється. Медикаментозні виразки частіше були округлої, рідше овальної форми. Навколо гострої медикаментозної виразки був помітний яскраво-червоний обідок, але відсутні ознаки перифокального запалення, характерного для хронічної виразки. Дно медикаментозної виразки гладеньке, без грануляцій, на дні зазвичай можливо побачити судину, що кровоточить, краї дефекту слизової гострі. Після зупинки кровотечі під час контрольної гастроскопії дно медикаментозної виразки стає блідо-сірого кольору з виступаючою точковою судиною темно-коричневого кольору. У одного і того ж хворого одночасно можливе виявлення як поверхневих крововиливів і ерозій, так і глибоких поверхневих виразок.

У хворих з гострими виразками, що ускладнилися шлунково-кишковою кровотечею на фоні прийому медикаментозних препаратів основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Консервативно проліковано 93 хворих. Всім

пацієнтам призначались препарати, які пригнічують шлункову секрецію (призначались ін'єкційні форми інгібіторів протонної помпи в дозі 40 мг кожні 12 годин (2 рази на добу). Ін'єкційні форми препарату вводили на протязі 3 – 5 діб, в подальшому переходили на пероральний прийом в дозі 40 мг 2 рази на добу протягом 10-14 днів та ін., а також відміну препаратів, що призвели до кровотечі. Ендоскопічний гемостаз за допомогою аргонно-плазменної коагуляції виконано 9 хворим з добрими наслідками. З неоперованих хворих померло 6 (6,45 %), в основному за рахунок складної супутньої патології на фоні профузної кровотечі.

Кровотечі, які не вдалось зупинити консервативно, підлягали хірургічній корекції. Із загостренням хронічної виразки 16 хворим були виконані наступні операції: висічення виразки з проведенням дуоденопластики у 8 хворих, секторальна резекція шлунку у двох хворих, резекція шлунку за Більрот 1 у 3 хворих та екстериторизація виразки у 3 хворих. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось і хворі в задовільному стані виписані із стаціонару. Летальності в післяопераційному періоді не було.

Висновки

Цілий ряд медикаментозних препаратів викликають загострення виразкової хвороби, що ускладнюється профузною шлунково-кишковою кровотечею. Це потрібно враховувати лікарям різних спеціальностей, що використовують в своїй практиці ульцерогенні препарати.

При успішно виконаному ендоскопічному гемостазі чи відсутності на момент огляду ознак кровотечі, що продовжується, незалежно від важкості стану, показано консервативне лікування хворого, яке включає корекцію крововтрати, введення інгібіторів протонної помпи та ін., лікування супутнього захворювання та ендоскопічний контроль в динаміці.

Показами до невідкладного оперативного лікування вважаємо кровотечу, що продовжується Forrest IA I IB (у тому числі її рецидив) при неможливості ендоскопічної зупинки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Добош І.М. Стан слизової оболонки гастродуоденальної зони у хворих, що приймають не стероїдні протизапальні препарати / І.М. Добош, І.В. Чопей // Вісн. наук. досл. – Тернопіль, 2004. – № 4. – С. 50 – 51.
2. Евсеев М.А. Нестероидные противовоспалительные препараты и пищеварительный тракт / М.А. Евсеев. – М.: Боргес, 2008. – 194 с.
3. Евсеев М.А. НПВП-индуцированные гастродуоденальные язвы, осложненные кровотечением / М.А. Евсеев // РМЖ. – 2006. – Т. 15, № 16. – С. 1099 – 1106.
4. Фомін П.Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами /

П.Д. Фомін, С.Й. Запорожан // Вісн. Вінниц. нац. мед. ун-ту. – 2010. – Т.14, №1. – С. 71 – 73.

5. Derry S. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin / S. Derry, Y. K.Loke // BMJ. – 2000. – № 321. – P. 1183 – 1187.

6. Garcia Rodriguez L.A. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs/ L.A. Garcia Rodriguez, H.Jick // Lancet. – 1994. – Vol. 343. – P. 769 – 772.

7. NSAID-related upper gastrointestinal bleeding: are risk factors considered during prophylaxis? / D. Dincer, A. Duman, H. Dikici [et al.] // Division of Gastroenterology, Medical Faculty, Akdeniz University, Antalya, Turkey.



8. *Rainsford K.D.* Profile and mechanisms of gastrointestinal and other side effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) / K.D. Rainsford // *Am J Med.* — 1999. — Dec 13; 107(6A). — P. 27 — 35.

9. *Van Leerdam M.E.* Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding/ M.E. Van Leerdam // *Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 22. — P. 209 — 224.

10. *Weil J.* Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding / J. Weil, D. Colin-Jones, N. Langman // *Br. Med J.* — 1995. — Vol. 310. — P. 827 — 830.

11. *Wolfe M.* Gastrointestinal toxicity on non-steroidal anti-inflammatory drugs / M. Wolfe, D.R. Lichtenstein, G. N. Sinhg // *Engl.J.Med.* — 1999. — Vol. 24. — P. 1888 — 1899.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ
ОСТРОКРОВОТОЧИВЫМИ
ЯЗВЫ, ВЫЗВАННЫЕ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ
ПРЕПАРАТАМИ

*В.О. Шапринский,
О.А. Каминский,
В.Ф. Белошицкий,
В.Д. Романчук*

Резюме. В работе приведены результаты лечения 109 больных у которых возникло желудочно-кишечное кровотечение на фоне приема медикаментозных препаратов. Проанализированы частота развития острых медикаментозных язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, возможность их лечения.

Ключевые слова: *острые медикаментозные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение.*

GASTRODUODENAL ACUTE-
BLEEDING ULCERS CAUSED
BY THE DRUGS

*V.A Shaprynskyy.,
A.A Kaminskii,
V.F. Biloschytskyy,
V.D. Romanchuk*

Summary. The case records results of treatment of 109 patients with acute drug-induced gastrointestinal ulcers, complicated by bleeding. The frequency of development acute drug-induced ulcers of the upper digestive tract and possibility of their treatment we analysed.

Key words: *acute drug-induced ulcers, bleeding.*