

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А.М. Хаджибаев¹, Р.А. Рахимова², Б.И. Шукуров², Р.И. Рахимов³

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

³Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ташкента, Узбекистан

GASTRODUODENAL BLEEDING IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

A.M. Khadjibaev¹, R.A. Rakhimova², B.I. Shukurov², R.I. Rakhimov³

¹Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

²Republican Research Center for Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

³Clinical hospital of emergency medicine, Tashkent, Uzbekistan

Резюме

Материал и методы. Представлены результаты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) у 413 пациентов с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), госпитализированных в РНЦЭМП в 2010 – 2020 гг. Мужчин было 241 (58,4%), женщин – 172 (41,6%). Средний возраст больных – 70,7±9,2 года. У 283 (68,5%) обследованных наблюдались острые язвы, у 130 (31,5%) язвенный процесс был хроническим. Всем пациентам независимо от формы ИБС проведена эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС), при которой активность кровотечения оценивали согласно классификации Форреста (1974). У 149 (36,1%) пациентов ЭГДФС выполнена на фоне острого коронарного синдрома (ОКС) (118; 28,6%) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) (31; 7,5%).

Результаты. Продолжающиеся кровотечения (F-1A и F-1B) чаще наблюдали при острых язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) по сравнению с хроническими язвами (21,9% против 18,4%, $\chi^2=4.449$, $p=0.035$). У 301 (72,9%) больного с продолжающимся кровотечением и с высоким риском рецидива кровотечения были использованы различные способы эндоскопического гемостаза, а у 112 (27,1%) пациентов с состоявшимся кровотечением – консервативная терапия. Общая частота рецидива ЯГДК составила 11,6%, после применения эндоскопического гемостаза – 7,3%, при консервативной терапии – 23,2%. У больных, оперированных по поводу рецидива кровотечения, послеоперационная летальность составила 37,5%, частота острых коронарных эксцессов – 66,7% с летальностью 93,5%.

Заключение. При ЯГДК у больных с ИБС наиболее надежными и безопасными методами гемостаза являются эндоскопические способы, при применении которых была отмечена наименьшая частота рецидивов кровотечения (7,3%) и острых коронарных синдромов (7,9%).

Ключевые слова: гастродуоденальные язвы, кровотечения, ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение, летальность.

Summary

Material and methods. The results of the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding (UGDB) in 413 patients with various forms of coronary heart disease (CHD) are presented. All patients were hospitalized at the RRCEM in 2010 – 2020. There were 241 (58.4%) men and 172 (41.6%) women. The average age of the patients was 70.7±9.2 years. Acute ulcers were observed in 283 (68.5%) of the examined, and in 130 (31.5%). The ulcerative process was chronic. All patients, regardless of the form of ischemic heart disease, underwent esophagogastroduodenofibroscope (EGDFS), in which the bleeding activity was assessed according to Forrest's classification (1974). In 149 (36.1%) patients, EGDFS was performed on the background of acute coronary syndrome (ACS) – (118; 28.6%) and acute myocardial infarction (AMI) – (31; 7.5%).

Results. Continuing bleeding (F-1A and F-1B) was more often observed in acute gastric and duodenal ulcers compared with chronic ulcers (21.9% versus 18.4%, $\chi^2=4.449$, $p=0.035$). Various methods of endoscopic hemostasis were used in 301 (72.9%) patients with ongoing bleeding and with a high risk of recurrent bleeding, and conservative therapy was used in 112 (27.1%) patients with ongoing bleeding. The total recurrence rate of UGDB was 11.6%, after the use of endoscopic hemostasis – 7.3%, with conservative therapy – 23.2%. In patients operated on for recurrent bleeding, postoperative mortality was 37.5%, the frequency of acute coronary excesses was 66.7% with a mortality rate of 93.5%.

Conclusion. Endoscopic methods are the most reliable and safe methods of hemostasis in patients with UGDB on the coronary heart disease background, with the lowest frequency of bleeding recurrences (7.3%) and acute coronary syndromes (7.9%).

Key words: gastroduodenal ulcers, bleeding, ischemic heart disease, acute coronary syndrome, endoscopic hemostasis, surgical treatment, mortality.

УДК: 616.12 – 005.4:616.33/.34 – 005.1

Введение

Согласно данным Комитета по контролю над лекарственными препаратами США (FDA) лекарственная гастропатия ежегодно является причиной 100–200 тыс. госпитализаций и 10–20 тыс. смертельных кровотечений [7]. При этом у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) частота развития эрозивно-язвенных поражений gastroduodenальной зоны достигает 39,7%, у 23,5–63,7% из них развиваются желудочно-кишечные кровотечения [9]. А при сочетании ИБС и gastroduodenального кровотечения (ГДК) наблюдается взаимоотягощающее влияние одного патологического процесса на другой, что обуславливает высокую летальность, составляющую от 37 до 70% при консервативном и до 90% при оперативном лечении подобных больных [2, 5].

Назначение больным с ИБС антитромбоцитарных препаратов могут привести к развитию язв и эрозий в желудочно-кишечном тракте, а прием антикоагулянтов могут спровоцировать кровотечение из существующих поражений слизистой [6]. Установлено, что при назначении антиагрегантной или антикоагулянтной терапии для лечения или профилактики сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний относительный риск gastroduodenальных кровотечений увеличивается на 10% [4]. Ежегодный риск кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных с ИБС составляет 1,5–4,5% [8]. В противовес к этому временное прекращение приема антиагрегантов увеличивает риск летальности: 9,6% пациентов погибают в течение 35 дней после желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), 77% из них умирают от сердечных причин; 5 из 6 пациентов с тромбозом стента, развившимся на фоне ЖКК, умирают в течение 1 мес. [10], в течение 1 года после эпизода ЖКК погибают около 1/5 пациентов с ИБС, поло-

вина из них – от сердечной причины [3]. В общей когорте пациентов с ИБС показатель сердечной смертности в течение 1 года после эпизода ЖКК увеличивается почти вдвое; более 1/3 пациентов умирают или переносят нефатальный ИМ или незапланированную реваскуляризацию [3].

Таким образом, при ИБС всегда возникает дилемма в выборе тактики ведения этой категории пациентов – назначение антиагрегантов и антикоагулянтов существенно увеличивает риск кровотечений, а их прекращение или же вынужденное назначение гемостатической терапии чревато высоким риском сердечных эксцессов. Ситуация крайне усложняется при развитии язвенных gastroduodenальных кровотечений (ЯГДК) у больных с острыми коронарными синдромами, что обусловлено тяжестью состояния этих больных, факторами взаимного отягощения двух заболеваний, нестабильностью центральной гемодинамики, выраженной анемией и необходимостью проведения терапии.

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения ЯГДК у 413 пациентов с ИБС, госпитализированных в хирургические отделения РНЦЭМП в 2010–2020 гг. Мужчин было 241 (58,4%), женщин – 172 (41,6%). Средний возраст больных 70,7±9,2 года. У 283 (68,5%) обследованных наблюдались острые язвы, у 130 (31,5%) язвенный процесс был хроническим. При этом острые язвы чаще локализовались в желудке (55,1%), а хронические кровоточащие язвы – в двенадцатиперстной кишке (67,7%). Кроме того, у 16,3% больных с острыми язвами и у 8,5% пациентов с язвенной болезнью имели место смешанная (одновременное поражение желудка и ДПК) локализация язвенного субстрата (рис. 1).

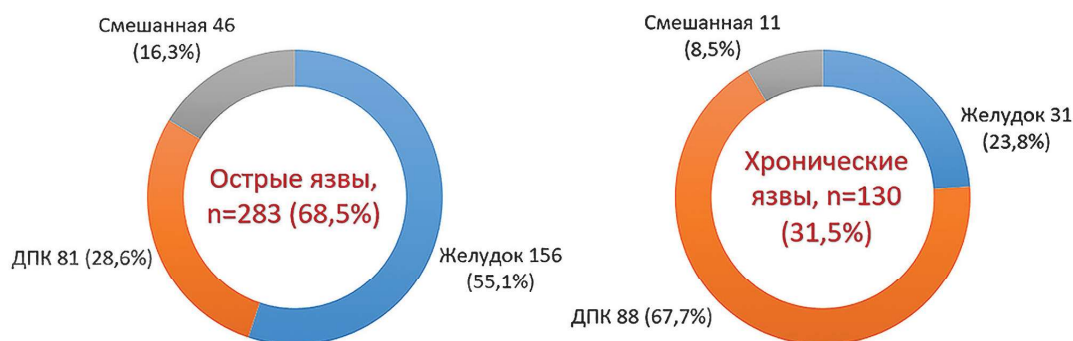


Рис. 1. Распределение больных по характеру и локализации кровоточащих язв

Степень тяжести кровопотери оценивали по классификации П.Г. Брюсова (1998) [1], основанной на уровне дефицита объема циркулирующей крови и глобулярного объема. У больных с ИБС лёгкая степень кровопотери имела место лишь у 62 (15,0%) пациентов, у 202 (48,9%) установлена средняя степень кровопотери, у 149 (36,1%) диагностирована тяжелая степень.

Практически все больные с ИБС, у которых мы диагностировали кровотечение из хронических язв, указывали на наличие у них язвенного анамнеза продолжительностью до 10 и более лет. И только у 19 (4,6%) пациентов были, так называемые, немые язвы. Т.е. выяснение язвенного анамнеза у больных с ИБС имеет крайне важное значение при назначении антиагрегантной терапии с целью выделения группы высокого риска по ЯГДК, подлежащей эндоскопическому дообследованию и проведению профилактической противоязвенной терапии.

По поводу первого эпизода язвенного кровотечения поступили только 176 (42,6%) больных, у остальных пациентов в анамнезе были указания на предыдущие кровотечения, что определенно указывает на необходимость усиления мер профилактики и повышения эффективности проти-

воязвенной терапии у больных с ИБС, перенесших язвенные кровотечения.

Наличие явной клиники кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (мелена, рвота «кофейной гущей» и кровью) является абсолютным показанием к проведению эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) независимо от формы ИБС. При эндоскопии активность кровотечения из гастродуоденальных язв оценивали согласно классификации Форреста (1974).

Результаты и обсуждение

У больных с ИБС продолжающиеся кровотечения (F-1A и F-1B) мы достоверно чаще наблюдали при острых изъятиях слизистой оболочки желудка и ДПК по сравнению с хроническими язвами (21,9% против 18,4%, $\chi^2=4.449$, $p=0.035$). В сумме у 11 (2,7%) имело место струйное, артериальное кровотечение (F-1A), а у 75 (18,2%) пациентов – подсачивание крови в виде венозного кровотечения (F-1B) (табл. 1 и рис. 2). Соответственно, с остановившимся кровотечением по F2 и F3 (рис. 3) при ИБС чаще поступали пациенты с хронической язвой (81,6% против 78,1%, $p=0.032$).

Таблица 1. Активность кровотечения по классификации J. Forrest (1974), $n=413$

Forrest	Острые язвы, $n=283$		Хронические язвы, $n=130$	
	авс.	%	авс.	%
F-1A	5	1,8	6	4,6
F-1B	57	20,1	18	13,8
F-2A	134	47,3	46	35,4
F-2B	70	24,7	50	38,5
F-2C	14	4,9	8	6,2
F-3	3	1,1	2	1,5

Примечание: F-1A – активное кровотечение, F-1B – сочащееся кровотечение, F-2A – некровоточащий видимый сосуд, F-2B – свернувшийся сгусток, F-2C – пигментированное пятно, F-3 – чистое язвенное дно.

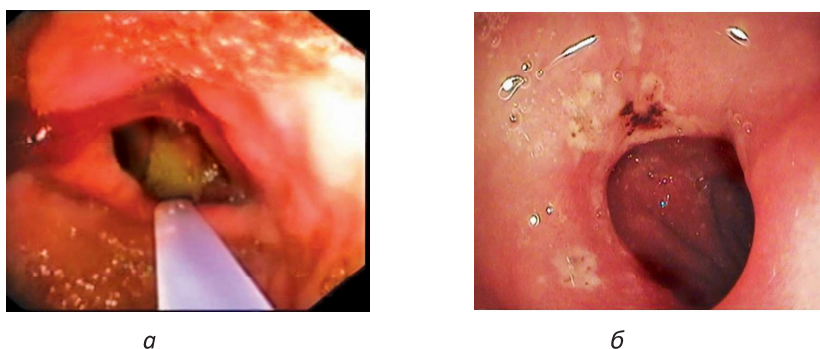


Рис. 2. Эндофотограмма: язвенное кровотечение по F1A (а) и F1B (б)

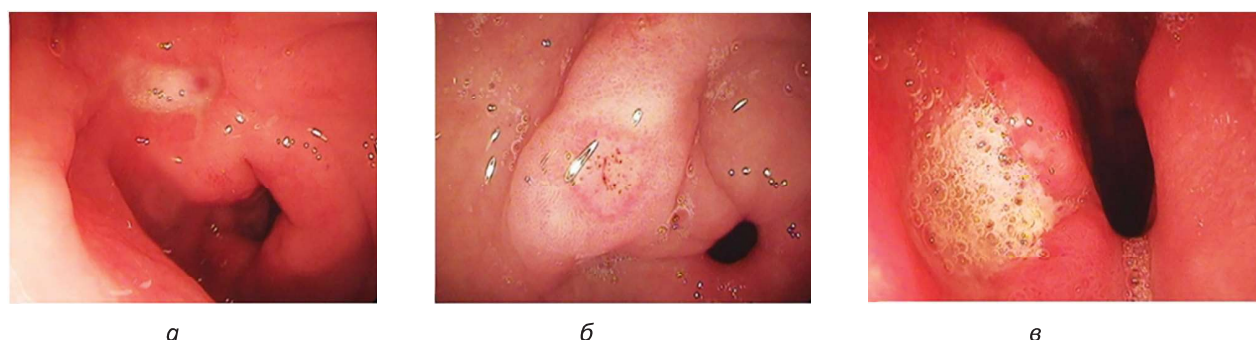


Рис. 3. Эндофотограмма: язвенное кровотечение по F2A (а), F2B (б), F2C (в)

Примерно у 1/3 пациентов (149; 36,1%), включенных в исследование, ЭГДФС выполнена на фоне клинической и ЭКГ картины острых коронарных эксцессов в виде острого коронарного синдрома (ОКС) (118; 28,6%) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) (31; 7,5%) (табл. 2). У этих пациентов диагностическую и лечебную ЭГДФС проводили в условиях отделения хирургической реанимации под наблюдением кардиолога. В наших наблюдениях ни в одном случае не было отмечено развитие острой сердечно-сосуди-

стой недостаточности (ОССН) или кардиогенного шока во время проведения эндоскопических процедур на фоне ОКС и ОИМ.

В зависимости от характера и интенсивности ЯГДК, оцененного при ЭГДФС по классификации Forrest, у 301 (72,9%) больного были использованы различные способы эндоскопического гемостаза, а у 112 (27,1%) пациентов с состоявшимся кровотечением – противоязвенная и гемостатическая консервативная терапия (рис. 4).

Таблица 2. Клинические и ЭКГ формы ИБС у больных с ЯГДК, n=413

Разновидность ИБС	авс.	%
Стенокардия напряжения/прогрессирующая	264	63,9
Острый коронарный синдром:	118	28,6
без ↑ST	48	11,6
с ↑ST	70	16,9
Острый инфаркт миокарда:	31	7,5
без зубца Q	24	5,8
с зубцом Q	7	1,7

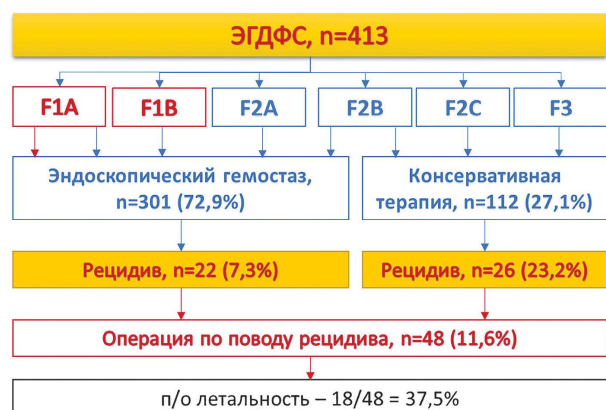


Рис. 4. Эффективность первично использованных методов гемостаза

Общая частота рецидива кровотечения составила 11,6% – у 48 из 413 пациентов в госпитальный период после первичного гемостаза развилось повторное язвенное кровотечение. Применение эндоскопического гемостаза – электрокоагуляция и инъекции склерозантов – позволили добиться первичной остановки кровотечения у всех 86 больных с активным кровотечением (тип F1) и снизить частоту рецидива кровотечения у 215 пациентов с признаками недавнего кровотечения (типы F2A и F2B). Общий показатель рецидива геморрагии после применения эндо-

скопических методов остановки кровотечения составил 7,3%, тогда как при отказе от использования этих методов ввиду наличия состоявшегося кровотечения (по F2B, F2C и F3) риск рецидива составляет 27,1%.

Результаты хирургических операций, выполненных по жизненным показаниям на фоне рецидива ЯГДК у больных с ИБС, оказались крайне неудовлетворительными с показателем послеоперационной летальности 37,5% (рис. 4).

Более того, после открытых хирургических вмешательств у этой категории пациентов в 66,7% случаев отмечается развитие острых коронарных эксцессов, тогда как при использовании эндоскопического гемостаза или консервативной терапии у больных с ИБС риск развития коронарных осложнений составляет 7,9 и 9,3% соответственно. Развитие острых коронарных эксцессов на фоне острых ЯГДК, являясь, наряду с рецидивом кровотечения, наиболее агрессивным и решающим фактором риска неблагоприятного исхода, сопровождается летальностью, достигающей 93,5% (рис. 5). Показатель общей летальности при традиционной тактике лечения ЯГДК у больных с ИБС составляет 18,4%, при этом летальность от коронарных осложнений достигает 14,0%, что в общей структуре умерших больных составляет 76,3%.



Рис. 5. Летальность от коронарных осложнений при ЯГДК у больных с ИБС

Выводы

У больных с ИБС источником гастродуоденального кровотечения значительно чаще являются острые язвы по сравнению с язвенной болезнью (68,5% против 31,5%). 95,4% больных с ИБС, поступивших с кровотечениями из хрониче-

ских язв, имеют язвенный анамнез, в связи с чем наличие язвенного анамнеза должно быть включено в перечень предикторов развития ЯГДК на фоне антиагрегантной терапии, и эта категория пациентов подлежит эндоскопическому дообследованию и проведению профилактической противоязвенной терапии.

У больных с ИБС общая частота рецидива ЯГДК составляет 11,6%, после применения эндоскопических методов гемостаза – 7,3%, при отказе от использования профилактического эндоскопического гемостаза при состоявшемся кровотечении риск рецидива возрастает до 23,2%. У больных с ИБС, оперированных по поводу рецидива кровотечения, послеоперационная летальность составляет 37,5%, частота острых коронарных эксцессов – 66,7% с летальностью 93,5%. При ЯГДК у больных с ИБС наиболее надежными и безопасными методами гемостаза являются эндоскопические способы, при применении которых была отмечена наименьшая частота рецидивов кровотечения (7,3%) и острых коронарных синдромов (7,9%).

Список литературы

1. Бунятян А.А., Козлов С.П., Зайцев А.Ю., Выжигина М.А., Трекова Н.А., Яворовский А.Г., Никода В.В. Анестезиология. Национальное руководство. М Геотар-Медиа, 2011; 1100.
2. Хаджибаев А.М., Мельник И.В., Ешмуратов А.Б., Гуломов Ф.К. Аспекты хирургической тактики и лечения кровотечений из пептических язв гастроэнтероанастомозов. Вестник экстренной медицины, 2014; 1: 13–17.
3. Gupta K., Khan A., Kumar M., Sawalha K., Abozenah M., Singhania R. Readmissions Rates After Myocardial Infarction for Gastrointestinal Bleeding: A National Perspective. Dig Dis Sci 2021; 66:751–759. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06315-1>.
4. Guterma I.K., Niggemeier V., Zimmerli L.U., Holzer B.M., Battegay E., Scharl M. Gastrointestinal bleeding and anticoagulant or antiplatelet drugs: systematic search for clinical practice guidelines. Medicine. Baltimore 2015;94(1):e377. doi: 10.1097/MD.0000000000000377.
5. Kwok C.S., Sirker A., Farmer A.D. et al. In-hospital gastrointestinal bleeding following percutaneous coronary intervention. Catheterization and Cardiovascular Interventions. 2020; 95(1):109–117. <https://doi.org/10.1002/ccd.28222>.
6. Pipilis A., Makrygiannis S., Chrisanthopoulou E., Sourlas N., Kaliambakos S., Ntailianas P. Gastrointestinal bleeding in patients receiving antiplatelet and anticoagulant therapy: practical guidance for restarting therapy and avoiding recurrences. Hell J Cardiol 2014; 55(6):499–509.
7. Taveras L.R., Weis H.B., Weis J.J., Hennessy S.A. Acute Gastrointestinal Bleeding. The SA-GEs Manual of Acute Care Surgery. Springer Cham 2020; 157–184. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21959-8_7.
8. Tsujita K., Deguchi H., Uda A., Sugano K. Upper gastrointestinal bleeding in Japanese patients with ischemic heart disease receiving vonoprazan or a proton pump inhibitor with multiple antithrombotic agents: A nationwide database study. J Cardiol 2020; 76(1):51–57. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2020.02.012>.
9. Yoshihisa A., Kanno Y., Ichijo Y., Sato Y., Takiguchi M., Yokokawa T., Abe S., Misaka T., Sato T., Oikawa M., Kobayashi A., Yamaki T., Kunii H., Takeishi Y. Incidence and subsequent prognostic impacts of gastrointestinal bleeding in patients with heart failure. Eur J Prev Cardiol. 2020; 27(6):664–666. doi: 10.1177/2047487319843069.
10. Zhang M., Liu D., Wang Q., Geng X., Hou Q., Gu G., Xie R., Cui W. Gastrointestinal bleeding in patients admitted to cardiology: risk factors and a new risk score. Hellenic J Cardiol. 2020:S1109-9666(20)30163-9. doi: 10.1016/j.hjc.2020.07.003.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОНАШЛАР

А.М. Хаджибаев¹, Р.А. Рахимова², Б.И. Шукуров², Р.И. Рахимов³

¹Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

²Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

³Тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси, Тошкент, Ўзбекистон

Резюме

Материал ва усуллар. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бўлган ва 2010–2020 йилларда РШТЁИМга ётқизилган 413 беморда юзага келган ярали гастродуоденал қонашлар (ЯГДҚ)ни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Эркалар 241 нафар (58,4%)ни, аёллар 172 та (41,6%)ни ташкил қилди. Тадқиқотга киритилган беморлар ўртача 70,7±9,2 ёшда эди. 283 та (68,5%) беморда ўткир яралар, 130 таси (31,5%)да сурункали яра жараёни аниқланди. ЮИКнинг оғирлигидан қатъи назар, барча беморларга эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС) бажарилиб, қонашнинг жадаллиги Форрест классификацияси (1974) бўйича таснифланди. Жами 149 (36,1%) беморда ЭГДФС ўткир коронар синдром (ЎКС) (118; 28,6%) ва ўткир миокард инфаркти (31; 7,5%) фонида бажарилди.

Натижалар. Давом этаётган (F-1A и F-1B) қонашлар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак (ЎБИ)нинг сурункали яраларига нисбатан кўпроқ ўткир яраларда кузатилди (18,4% га қарши 21,9%, $\chi^2=4.449$, $p=0.035$). Давом этаётган қонаш ва қонаш рецидиви хавфи юқори бўлган 301 (72,9%) нафар беморда турли хил эндоскопик гемостаз усуллари, тўхтаган қонаш аниқланган 112 (27,1%) кишида эса консерватив даво қўлланилди. ЯГДҚ рецидивининг умумий частотаси 11,6%ни, эндоскопик гемостаз қўлланилгандан сўнг 7,3%ни, консерватив даво ўтказилгандан сўнг эса 23,2%ни ташкил қилди. Қонашнинг рецидиви бўйича операция қилинган беморларда амалиётдан сўнги ўлим кўрсаткичи 37,5%ни, ўткир коронар эксцесслар частотаси 66,7%ни ташкил қилди ва коронар ўзгаришлар юзага келган беморларнинг 93,5% вафот этди.

Хулоса. ЮИК бўлган беморларда ЯГДҚларни даволашда эндоскопик гемостаз усуллари энг ишончли ва хавфсиз бўлиб, уларни қўллаганда қонаш рецидиви ва ЎКС частотаси энг кам бўлди (мос равишда 7,3 ва 7,9%).

Калит сўзлар: гастродуоденал яралар, қонаш, юрак ишемик касаллиги, ўткир коронар синдром, эндоскопик гемостаз, хирургик даволаш, ўлим кўрсаткичи.

Сведения об авторах:

Хаджибаев Абдухаким Муминович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой экстренной медицинской помощи Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Минздрава Республики Узбекистан.

Рахимова Раъно Абдухакимовна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экстренной кардиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Шукуров Бобир Ибрагимович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: shbobir@yahoo.com.

Рахимов Расул Ибрагимович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ташкента.

Information about authors:

Khadjibaev Abdulkhakim Muminovich – MD, Professor, Head of the Department of Emergency Medicine, Development Center of medical workers professional qualifications of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan.

Rakhimova Rano Abdulkhakimovna – PhD, Senior Researcher, Emergency Cardiology Department of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine.

Shukurov Bobir Ibragimovich – PhD, Senior Researcher, Department of Emergency Surgery of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine. E-mail: shbobir@yahoo.com.

Rakhimov Rasullbrahimovich – candidate of medical sciences, Deputy Chief Physician of the Clinical Emergency Hospital in Tashkent.