

УДК 616.32/33-002.44-005.1-084: 616.127-005.8

ПРОФІЛАКТИКА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ ГОСТРИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

В.Г. Мішалов, І.М. Лецишин, Л.Ю. Маркулан, П.Л. Бик

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Реферат. Обстежено та проліковано 208 хворих з інфарктом міокарда (ІМ), ускладненим ерозивно-виразковою гострою гастродуоденальною кровотечею (ЕВГГК), з них у 141 профілактику не проводили, а у 67 з профілактичною метою застосовували пероральний прийом омепразолу по 20 мг одночасно з комбінованим препаратом діосміну/гесперидину 450/50 мг кожні 12 годин протягом 10 днів. Запропоновані профілактичні заходи дозволили зменшити частоту виникнення ЕВГГК у хворих на ІМ з 3,4% до 2,5%, частку активних кровотеч (Forrest I) з 24,0% до 14,9%, що вказує на доцільність її проведення усім хворим на ІМ.

Ключові слова: інфаркт міокарда, гострі пошкодження гастродуоденальної слизової оболонки, ерозивно-виразкова гостра гастродуоденальна кровотеча.

Важкість перебігу інфаркту міокарда (ІМ) і частота летальних наслідків у багатьох випадках визначається наявністю ускладнень і супутніх захворювань. Одним з найсерйозніших та потенційно летальних станів, що можуть виникати у хворих на ІМ, є ерозивно-виразкова гостра гастродуоденальна кровотеча (ЕВГГДК). Частота виявлення ЕВГГДК при ІМ є достатньо високою і за різними даними коливається від 3 до 62,5% випадків [1, 2, 5], а летальність таких хворих може становити до 49% [6, 7].

У зв'язку з відсутністю чітких даних стосовно патогенезу ЕВГГДК при ІМ, недостатньо з'ясованою і обґрунтованою є лікувальна тактика у таких хворих. Викладені способи медикаментозної терапії сприяють, в основному, пригніченню кислотопродукуючої функції шлунка [8], але недостатньо даних щодо застосування препаратів, що впливають на інші відомі ланки патогенезу ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони при ІМ.

Мета дослідження – покращення профілактики ЕВГГДК у хворих на ІМ.

Матеріал та методи

Досліджено 208 хворих з ЕВГГДК, які поділені на основну групу (67 хворих), із числа 2674 хворих на ІМ, що лікувались в Центральній міській клінічній лікарні за період з 1.01.2005 р. по 31.12.2006 р., та контрольну (141 хворий), з 4159 пацієнтів з ІМ, які лікувались в період з 1.01.2002 по 31.12.2004 р. Хворі основної групи (ОГ) отримували профілактику ЕВГГДК згідно

запропонованої нами схеми, контрольної групи (КГ) -профілактику не отримували. За віковим та статевим складом, терміном госпіталізації від початку клініки основного захворювання, стадією хронічної серцевої недостатності на момент госпіталізації, частотою застосування нефракціонованого та низькомолекулярних гепаринів, ацетилсаліцилової кислоти, клопідогрелю ОГ та КГ статистично не відрізнялись ($p > 0,05$). ЕВГГДК діагностували за даними типових клініко-лабораторних ознак. Приводами для виклику хірурга були поява мелени або чорного калу або блювання за типом “кавової гуші”. Фізикальне обстеження пацієнта проводилось згідно стандартного алгоритму обстеження хворих з шлунково-кишковими кровотечами. Діагноз остаточно верифікували за даними езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС). Надійність гемостазу оцінювали за J.A. Forrest (1974). ЕГДС була виконана усім хворим ОГ та 96 (68,1%) хворим КГ. Консервативна терапія включала відміну антикоагулянтів та нітратів (у зв'язку з їх впливом на венозну циркуляцію та ризиком посилення кровотечі), призначення інгібіторів протонної помпи, гемостатичних засобів, переливання свіжозамороженої плазми та еритроцитарної маси за показаннями.

В раніх наших роботах, що включали гістологічне дослідження слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки при експериментальній моделі ІМ у щурів [4] та у пацієнтів, які померли від інфаркту міокарда [3] було визначено, що ІМ супроводжується венозним застоєм у підслизовому шарі шлунка та дванадцятипалої кишки, тому для профілактики ЕВГГДК хворим ОГ з першого дня госпіталізації призначали омепразол в дозі 20 мг одночасно з комбінацією мікроіонізованого діосміну 450 мг з гесперидином 50 мг перорально кожні 12 годин протягом 10 діб. Хворим у важкому стані омепразол вводився внутрішньовенно по 40 мг 2 рази на добу, після стабілізації стану хворих дозу омепразолу зменшували до 20 мг 2 рази на добу per os. Діосмін/гесперидин таким хворим призначався відразу після відновлення можливості перорального його прийому.

При статистичному аналізі даних використано t-критерій Стюдента U- критерій Мана-Уїтні, χ^2 -тест Пірсона. Розрахунки виконувались у програмі SPSS 13.0 for Windows.

Результати та обговорення

Основною причиною у хворих обох груп були ГПГС (57,3% в ОГ та 52,3% в КГ). Частота ЕВГГДК у хворих ОГ була достовірно меншою порівняно з ГК: відповідно 2,5% та 3,4% ($p=0,036$). Одночасно в ОГ знизилась частка активних кровотеч Forrest I до 14,9% з 24,0% (в ГК), $p=0,013$ та частота рецидивів ЕВГГДК після ендоскопічного гемостазу – до 11,1%, з 35,4% $p=0,001$.

До впровадження профілактики (в 2002-2004 рр.) загальна летальність хворих на ІМ в поєднанні з ЕВГГДК становила 17,0% (24 хворих з 141), що достовірно вище ($p=0,015$), ніж у хворих на ІМ без ЕВГГДК, які лікувались в цей період – 10,6% (426 пацієнтів з 4018). Після впровадження запропонованих профілактичних заходів та алгоритму діагностично-лікувальної тактики у 2005-2006 рр., летальність у цій категорії хворих знизилась до 11,9% (8 хворих з 67) та статистично не відрізнялася ($p=0,612$) від показника летальності за цей період у хворих на ІМ без ЕВГГДК – 10,1% (263 пацієнти з 2607).

Зниження у хворих ОГ загальної та післяопераційної летальності, частки струминних кровотеч (Forrest I), частоти рецидивів ЕВГГДК свідчать про ефективність та доцільність застосування розроблених методів профілактики.

З а к л ю ч е н н я

1. У хворих на ІМ ерозивно-виразкові гострі гастроуденальні кровотечі виникають у 3,4% випадків і супроводжуються летальністю 17,0%, що на 6,4% перевищує летальність таких хворих без гострих гастроуденальних кровотеч.

2. Профілактика ЕВГГК при ІМ шляхом терапії омепразолом в дозі 20 мг одночасно з діосміном/гесперидином в дозі 450/50 мг кожні 12 годин з першої доби від початку захворювання протягом 10 діб зменшує їх частоту з 3,4% до 2,5%, частку активних кровотеч (Forrest I) з 24,0% до 14,9%.

ПРОФИЛАКТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В.Г. Мишалов, И.М. Лецишин, Л.Ю. Маркулан, П.Л. Бык

Реферат. Обследовано и пролечено 208 с инфарктом миокарда (ИМ), который осложнился эрозивно-язвенным острым гастроуденальным кровотечением (ЭЯОГДК), с них у 141 профилактику не

проводили, а у 67 с профилактической целью применяли пероральный приём омепразола по 20 мг в сочетании с комбинированным препаратом диосмина/гесперидина 450/50 мг каждые 12 часов на протяжении 10 дней. Предложенные профилактические меры позволили уменьшить частоту ЭЯОГДК у больных с ИМ с 3,4% до 2,5%, долю активных кровотечений (Forrest I) с 24,0% до 14,9%, что указывает на необходимость ее проведения всем больным с ИМ.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, эрозивно-язвенное острое гастроуденальное кровотечение.

PROPHYLAXIS OF THE ACUTE EROSIVE-ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDING AMONG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

V.G. Mishalov, I.M. Leshchishin, L.Yu. Marculan, P.L. Byck

Abstract. Clinical material constitutes 208 patients with myocardial infarction, from them at a 141 prophylaxis of the acute erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding was not conducted, and at 67 with a prophylactic purpose used the oral reception of omeprazol for 20 mg simultaneously with the combined drug of diosmin/hesperidin 450/50 mg each 12 hours during 10 days. The prophylaxis of the acute erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding is offered at myocardial infarction allowed to decrease frequency of their origin from 3.4 to 2.5%, stake of the active bleeding (Forrest I) from 24.0 to 14.9%, that specifies on the necessity of its conducting all patients with myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, acute erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding.

ЛІТЕРАТУРА

1. Верткин А.Л., Зайратянц О.В., Вовк Е.И. Поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым коронарным синдромом. // Лечащий врач.- 2006.- №1.- С. 66-70.
2. Зайратянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000 гг.)// Архив патологии – М.-2002.-№3.- приложение
3. Мишалов В.Г., Амосова К.М., Маркулан Л.Ю., Лецишин И.М., Бик П.Л., Папришень С.В. Морфологичні зміни слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та судин підслизового шару у померлих від гострого інфаркту міокарда// Серце і судини. – 2007. – №3. – С. 22-32
4. Мишалов В.Г., Маркулан Л.Ю., Бик П.Л., Лецишин И.М., Федоров О.В. Морфологичні зміни слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у шурів з експериментальним інфарктом міокарда // Серце і судини. – 2007 – №1(17). – С. 30–38
5. Осадчий В.А. Клинико-патогенетические варианты эрозивно-язвенных поражений гастроуденальной зоны при инфаркте миокарда, критерии их диагностики и пути совершенствования лечения/Автореф. дисс. д-ра мед. наук., Тверь, 2005
6. Cook D.J., Fuller H.D., Guyatt G.H., et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. // N Engl J Med. – 1994. -№330. – P. 377-81
7. Cook D.J., Griffith L.E., Walter S.D., et al. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. // Crit Care.- 2001.-№5.- P. 368-75
8. Peterson W.L. «The role of acid in upper gastrointestinal hemorrhage due to ulcer and stress-related mucosal damage» / Peterson W.L. // Aliment. Pharmacol. Ther.- 1998.-vol. 9.-P.43-46.