

**Н.В. Трофимов,  
В.П. Крышень,  
С.И. Баранник,  
А.В. Чухриенко,  
Г.Н. Чабаненко\*,  
А.Н. Гайтеров\***

## КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»  
кафедра общей хирургии  
(зав. – д. мед. н., доц. Н.В. Трофимов)  
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49084, Украина  
КУ «Днепропетровская КОСМП» ДГС\*  
ул. В. Антоновича, 65, Днепр, 49006, Украина  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of General Surgery  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
CI «Dnipro Clinical Emergency Care Association» DCC\*  
V. Antonovycha st., 65, Dnipro, 49006, Ukraine  
e-mail: [alla.chyhrienko@gmail.com](mailto:alla.chyhrienko@gmail.com)

**Цитування:** Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 1. С. 35-39

**Cited:** *Medicni perspektivi*. 2019;24(1):35-39

**Ключевые слова:** желудочно-кишечные кровотечения, патология сердечно-сосудистой системы, Forrest

**Ключові слова:** шлунково-кишкові кровотечі, патологія серцево-судинної системи, Forrest

**Key words:** gastrointestinal bleeding, pathology of the cardiovascular system, Forrest

**Реферат.** Клініко-статистичні аспекти перебігу шлунково-кишкових кровотеч у хворих з патологією серцево-судинної системи. Трофимов М.В., Кришень В.П., Баранник С.І., Чухриєнко А.В., Чабаненко Г.М., Гайтеров А.М. Нами зібрані, оброблені і проаналізовані результати лікування 329 хворих зі шлунково-кишковими кровотечами в Кошарному закладі «Дніпровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради у період за 2017 рік, у яких перебіг основного захворювання ускладнений патологією серцево-судинної системи. По-перше, визначена частота фонових захворювань - хронічна патологія становить 93,4%. Найчастіше зустрічається ішемічна хвороба серця (ІХС), кардіосклерози різного генезу (постінфарктний, дифузний, атеросклеротичний), гіпертонічна хвороба (ГХ) - ГХ-I, ГХ-II, ГХ-III, тоді як гострі порушення мозкового кровообігу, стан після аортокоронарного шунтування, а також шунтування ниркових артерій, аритмії, гострий інфаркт міокарда становили 16 (5%), 1 (0,3%), 3 (1%), 1 (0,3%) відповідно. По-друге, оцінили стан ендоскопічного гемостазу при виразкових кровотечах зі шлунка, дванадцятипалої кишки, гастроентероанастомозу, які визначили за класифікацією Forrest, пов'язавши при цьому результати із супутньою патологією серцево-судинної системи. Ми виявили, що активна кровотеча F I визначалася в 24 осіб і становить 7,3%, серед них F Ia - 14 (4,3%), F Ib - 10 (3%). Нестабільний гемостаз з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі F II, який спостерігався в 251 пацієнта, становить 76,2%, а F III - 54 (16,5%). На ступінь крововтрати безпосередньо впливали препарати – антикоагулянти, антиагреганти, гіпотензивні, а також їх комбінації, спрямовані на корекцію реологічних властивостей крові. Залежно від ступеня крововтрати, якості гемостазу і загального стану визначили лікувально-діагностичну тактику цієї когорти хворих. Консервативне лікування отримали 313 пацієнтів, що становило 95,1%. Прооперовано 16 пацієнтів. Післяопераційна летальність становить 12,5%. Загальна летальність вищезазначеної когорти хворих - 10%.

**Abstract.** Clinical and statistical aspects of gastrointestinal bleeding course in patients with cardiovascular system pathology. Trofimov N.V., Kryshen V.P., Barannik S.I., Chukhryenko A.V., Chabanenko G.N., Gayterov A.N. We have collected, processed and analyzed the results of treatment of 329 patients with gastrointestinal bleedings in which the course of the underlying disease is aggravated by the pathology of the cardiovascular system, in Communal institution "Dnipro Clinical Emergency Care Association" of Dnipro City Council» in the period for 2017. First, the frequency of background diseases was determined, chronic pathology being 93.4%. Ischemic heart disease (IHD): cardiosclerosis of various origins (post-infarction, diffuse, atherosclerotic), hypertonic disease (HD) - HD-I, HD-II, HD-III are the most common, while acute disorders of cerebral circulation, the state after coronary artery bypass surgery, renal artery bypass, arrhythmias, acute myocardial infarction made up 16 (5%), 1 (0.3%), 3 (1%), 1 (0.3%), respectively. Secondly, the quality of endoscopic hemostasis in case of ulcerative bleeding from the stomach, duodenum,

*gastroenteroanastomosis, was assessed by Forrest classification, connecting the results with the accompanying pathology of the cardiovascular system. We found that active bleeding F I was determined in 24 people (7.3%), of which F Ia – in 14 (4.3%), F Ib – in 10 (3%). Unstable hemostasis with a high risk of recurrent F II bleeding, was observed in 251 patients, which makes up 76.2%, and F III – in 54 (16.5%). The degree of blood loss was directly influenced by drug – anticoagulants, antiplatelet agents, hypotensive drugs, as well as their combinations, aimed at correcting the rheological properties of blood. Depending on the degree of blood loss, the quality of hemostasis, the general condition of the patient, the treatment tactics for this cohort of patients was determined. 313 patients received conservative treatment, which made up 95.1%. 16 patients were operated. Postoperative mortality is 12.5%. The overall mortality of the above cohort is 10%.*

Проблема течения желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у лиц с патологией сердечно-сосудистой системы, особенно ОНМК, острым инфарктом миокарда, аритмиями различного генеза, остается одной из важных проблем охраны здоровья Украины в связи с тем, что масштабы и тяжесть последствий желудочно-кишечных кровотечений имеют социальное и экономическое значение.

В последнее время наблюдается рост числа острых желудочно-кишечных кровотечений I-IV ст., особенно у больных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Несмотря на современные методы лечения с использованием методов эндоскопического гемостаза и профилактики возникновения рецидива кровотечения, летальность представленной выше когорты больных, по данным многих авторов, таких как Березницкий Я.С., Шепетько Е.Н., Бойко В.В., Мишалов В.Г., Iwamoto J., составляет 10-12% [1, 9].

Цель исследования – определить особенности желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с сопутствующей кардиоваскулярной патологией при выборе лечебно-диагностической тактики.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализировав динамику течения желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, в том числе и острыми инфарктами миокарда, острыми нарушениями мозгового кровообращения, состояниями после аортокоронарного шунтирования, шунтирования почечных артерий, аритмиями различного генеза, установили, что за 2017 г. в КУ «Днепровская КОСМП» ДГС» находилось на лечении 329 человек, из них мужчин – 197 (59,8%), женщин – 132 (40,2%). Данные распределили их на две группы: I – пациенты, которые принимали стандартную гипотензивную терапию (n=284), II – «двойную» терапию (n=45). Средний возраст составлял 67 лет. Самому старшему было 98 лет, младшему – 21 год.

Обработка проведена с использованием статистических программ и методов: общеклинических - эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС)

с определением локализации, размеров и состояния местного гемостаза; лабораторных методов – общий клинический анализ крови – гемоглобин, количество эритроцитов, цветовой показатель, гематокрит; методы статистической обработки данных и их анализа - критерия достоверности (p) Стьюдента с использованием программного обеспечения Microsoft Access 2010, Microsoft Excel 2010.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализированы медицинские карты стационарных больных за 2017 г. Установлено, что из 329 пациентов, находившихся на лечении, 125 (38,1%) страдают язвенной болезнью желудка, осложнившейся кровотечением, 163 (49,5%) – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 1(0,3%) – язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, пептическая язва гастроэнтероанастомоза обнаружена у 9 (2,7%) больных, у 27 (8,2%) выявлено синдром Меллори-Вейсса, у 3 (0,9%) источник желудочно-кишечного кровотечения не обнаружен, и 1 (0,3%) больной с язвой Кея, осложнившейся кровотечением. То есть, чаще всего встречается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и составляет 49,5%.

В КУ «Днепровская КОСМП» ДГС» поступают пациенты в течение всего года и данный процесс чаще не является сезонным. Так, В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко в их курсе лекций «Клиническая гастроэнтерология» изложили, что желудочно-кишечное кровотечение, как осложнение гастродуоденальных язв, развивается остро и часто с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности) [7]. Нами установлено, что в 2017 году наблюдалось незначительное увеличение количества больных с ЖКК, анамнез которых отягощен патологией сердечно-сосудистой системы, в период август-сентябрь – 75 пациентов, что составляет 22,8%, а в декабре – 15 пациентов – 4,6% от общего числа поступлений.

Проводя анализ зависимости сопутствующей патологии и степени тяжести кровопотери, необходимо отметить, что у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, которые

страдают патологией сердечно-сосудистой системы, большая и массивная кровопотери наблюдалась у 59 (18%) и 70 (21%) соответственно, средняя степень наблюдалась у 82 больных (25%), тогда как, по ряду причин, малая степень кровотечения была выявлена у 118 пациентов и составляла 36%.

Имеет влияние и выбор препаратов для лечения кардиологической патологии. Так, у пациентов, которые принимали «двойную» терапию, в состав которой входит прямой или непрямой антикоагулянт, или варфарин соответственно, антиагрегант и гипотензивный компонент – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, сартаны, а также статины, наблюдалась большая и массивная кровопотери, в то время, когда у пациентов, принимающих классическую гипотензивную терапию, в состав которой

входили ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокатор, блокатор кальциевых каналов, диуретик – степень кровопотери колебалась между малой и средней.

У пациентов II группы, которые принимали «двойную» терапию (n=45), наблюдалась чаще II степень кровопотери – 14 (31,11%±6,90), III – 11 (24,44%±6,41), IV – 10 (22,22%±6,20), I – 10 пациентов (22,22%±6,20). У I группы пациентов, которые принимали стандартную гипотензивную терапию (n=284), в большинстве случаев определялась I степень кровопотери – 108 (38,03%±2,88), II – 68 (23,94%±2,53), III – 48 (16,9%±2,22), IV – 60 (21,13%±2,42) (p<0,01). Данные результаты указывают на то, что применение «двойной терапии» приводит к увеличению степени кровопотери по сравнению со стандартной гипотензивной терапией (рис. 1).

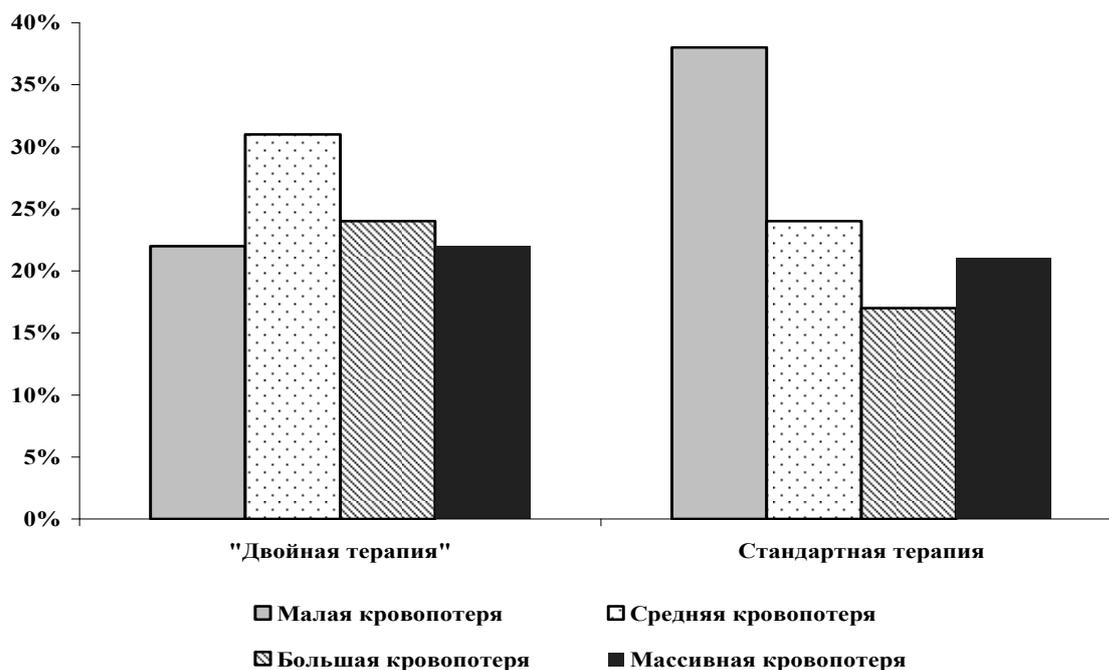


Рис. 1. Распределение показателей степени кровопотери у пациентов, принимающих «двойную» и стандартную гипотензивную терапию

Оценили состояние местного эндоскопического гемостаза кровотечения по классификации Forrest [10].

Активное кровотечение среди всех когорт пациентов F I определялось у 24 пациентов – 7,3%, нестабильный гемостаз с высоким риском развития рецидива кровотечения F II – у 251 человека – 76,2%, а F III – 54 (16,5%).

Пациентов, которые принимают «двойную» терапию – 45. Активное кровотечение F I определялось у 8 человек и составляло 17,78%±5,70, нестабильный гемостаз с высоким риском развития рецидива кровотечения F II – у 30 (66,67%±7,03) пациентов, а F III – у 7 (15,56%±5,40).

Пациентов, которые принимают стандартную гипотензивную терапию – 284.

Активное кровотечение среди всех когорт пациентов F I определялось у 16 человек и составляло  $5,63\% \pm 1,37$ , нестабильный гемостаз с высоким риском развития рецидива кровотечения F II – у 221 пациента ( $77,82\% \pm 2,47$ ), а F III – у 47 ( $16,55\% \pm 2,21$ ). Если говорить об активном кровотечении F I у пациентов обеих групп, то различия статистически незначимы ( $p \leq 0,17$ ). Данный результат возможен при малом количестве исследуемых пациентов в группах. Нестабильный гемостаз с высоким риском развития

кровотечения F II определяется в большинстве случаев I группы, которые принимают стандартную гипотензивную терапию, по сравнению со II группой, составляют  $77,82\% \pm 2,47$  и  $66,67\% \pm 7,03$ . Показатель стабильного гемостаза F III встречается реже у пациентов II группы, чем у I, соответственно  $15,56\% \pm 5,40$  и  $16,55\% \pm 2,21$  ( $p \leq 0,01$ ). Приведенные данные свидетельствуют о необходимости усовершенствования лечебно-диагностической тактики как кардиоваскулярной патологии, так и основного заболевания (рис. 2).

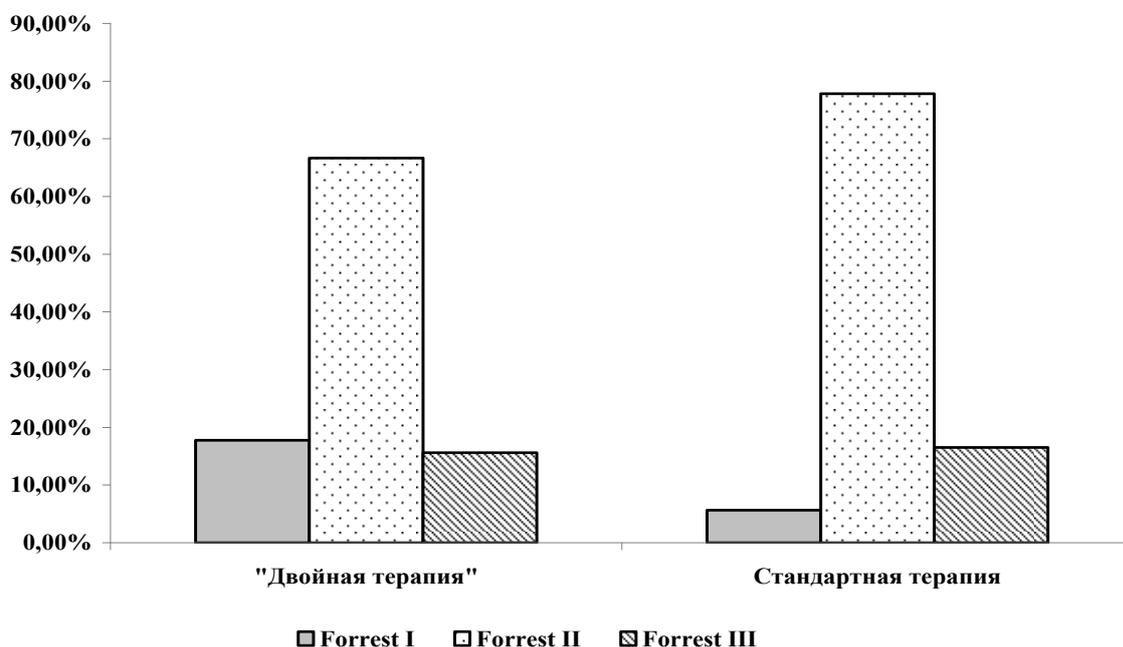


Рис. 2. Распределение пациентов, которые принимают "двойную" и стандартную гипотензивную терапию по показателю состояния местного эндоскопического гемостаза

### ВЫВОДЫ

1. Высокая частота выявления патологии сердечно-сосудистой системы, среди которой встречаются острые нарушения и хронические заболевания у больных с желудочно-кишечными кровотечениями, играет решающую роль при выборе лечебно-диагностической тактики.

2. У пациентов обеих групп определяются статистически значимые различия - число пациентов II группы («двойная» терапия) с большой и массивной кровопотерей в 1,2 раза превышает аналогичные показатели у пациентов I группы (стандартная терапия).

3. При анализе состояния местного эндоскопического гемостаза, показатель нестабильного гемостаза с высоким риском рецидива крово-

течения у пациентов I группы выше по сравнению со II группой на 11%. Показатель стабильного гемостаза F III в I группе в 1,2 раза превышает аналогичный во II группе пациентов ( $p \leq 0,01$ ). Данные результаты требуют тщательной обработки при выборе лечебной тактики основного заболевания и сопутствующей патологии. Что касается показателя активного кровотечения F I, то различия статистически незначимы ( $p \leq 0,17$ ), в дальнейшем будут усовершенствованы.

4. Полученные в ходе анализа данные необходимо учитывать при составлении лечебно-диагностической тактики лечения данной когорты пациентов.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березницький Я. С., Мішалов В. Г., Захараш М. П. Хірургія: підруч. для студ. вищ. навч. закладів. Вінниця: Нова книга, 2016. 712 с.
2. Вербицкий В. Г., Багненко С. Ф., Курыгин А. А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение. Москва: Политехника, 2004. 242 с.
3. Глазова А. В., Потешкина Н. Г. Гастропротекция у пациентов, получающих нестероидные противовоспалительные препараты и антитромботическую терапию. *Рос. мед. журнал.* 2012. № 1. С. 46-50.
4. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 384 с.
5. Григорян Р. А. Абдоминальная хирургия: в 2 т. Москва: ООО «Мед. информ. агенство», 2006. Т. 1. С. 226-266.
6. Розанов Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. Москва: Гос. изд-во мед. литературы, 2015. 196 с.
7. Скворцов В. В., Тумаренко А. В. Клин. гастроэнтерология: курс для врачей. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. С. 55-57.
8. Фомин П. Д., Никишев В. И. Кровотечения из верхних отделов ЖКТ: причины, факторы риска, диагностика, лечение. *Здоровье Украины.* 2010. № 5. С. 8-10.
9. Forrest J. A., Finlayson N. D., Shearman D. J. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet.* 1974. Aug. (Vol. 7877, N 2). P. 394-397.
10. Clinical features of gastroduodenal injury associated with long-term low-dose aspirin therapy / Iwamoto J. et al. *World. Gastroenterol.* 2013. Vol. 19.
11. Risk factor profiles, drug usage, and prevalence of aspirin-associated gastroduodenal injuries among high-risk cardiovascular Japanese patients: The results from the MAGIC study / Uemura N. et al. *J. Gastroenterol.* 2014. Vol. 49.

## REFERENCES

1. Bereznytskyi YaS, Mishalov VH, Zakharash MP. [Surgery: textbook for students of higher medical educational institutions]. Nova Knyha. 2016;712. Ukrainian.
2. Verbitsky VG, Bagnenko SF, Kurygin AA. [Gastrointestinal bleedings of ulcer etiology: Pathogenesis, diagnosis, treatment]. Moskva, Politekhnik. 2004;242. Russian.
3. Glazova AV, Poteshkina NG. [Gastroprotection in patients receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs and antithrombotic therapy]. Rossiyskiy meditsinskiy Journal. 2012;1:46-50. Russian.
4. Gostishchev VK, Yevseyev MA. [Gastroduodenal bleeding of ulcerative etiology]. GEOTAR-Media. 2016;384. Russian.
5. Grigoryan RA. [Abdominal surgery: in 2 volumes]. ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo». 2006;1:226-66. Russian.
6. Rozanov BS. [Gastric hemorrhages and their surgical treatment]. Gosudarstvennoye izdatelstvo meditsinskoi literatury. 2015;196. Russian.
7. Skvortsov VV, Tumarenko AV. [Clinical Gastroenterology]. Kurs dlya vrachei. 2015;55-57. Russian.
8. Fomin PD, Nikishev VI. [Bleeding from the upper gastrointestinal tract: causes, risk factors, diagnosis, treatment]. Zdorovyie Ukrainy. 2010;5:8-10. Ukrainian.
9. Iwamoto J, Saito Y, Honda A, Matsuzaki Y. Clinical features of gastroduodenal injury associated with long-term low-dose aspirin therapy. *World J Gastroenterol.* 2013;19.
10. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 2. 1974 Aug;7877:394-7.
11. Uemura N, Sugano K, Hiraishi H, Shimada K, Goto S, Uchiyama S, et al. Risk factor profiles, drug usage, and prevalence of aspirin-associated gastroduodenal injuries among high-risk cardiovascular Japanese patients: The results from the MAGIC study. *J Gastroenterol.* 2014;49.

Стаття надійшла до редакції  
26.11.2018

