

# МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2012 Том XVII № 1 ч.1

До 90-річчя кафедри хірургії №1  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік  
Заснований у 1996 році

Десятерик В.И., Шаповалюк В.В., Полтавец М.С., Бурик А.С.  
Еюностомия в лечении больных с острым панкреатитом

Дронов О.И., Ковальська І.О., Уваров В.Ю., Цимбалюк Р.С.,  
Бурміч К.С., Коваленко А.П., Лубенець Т.В. Роз'єднання  
панкреатичної протоки при гострому некротичному панкреатиті

Дронов О.И., Ковальська І.О., Коваленко А.П., Бурміч К.С.,  
Уваров В.Ю., Цимбалюк Р.С. Порівняльний аналіз показників  
кортизолу та мікробних метаболітів плазми крові при  
традиційних та ендовідеоскопічних некректоміях у хворих на  
гострий некротичний панкреатит

Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Горбулич А.В.,  
Павлюченко С.А., Арутюнов С.Э., Шадрин О.В.,  
Клименко М.А., Чеботарев А.С. Эндоскопическая билиарная  
декомпрессия при остром билиарном панкреатите

## ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ

Фомин П.Д., Ганжий В.В., Логачев В.К. Стандарты лечебно –  
диагностического алгоритма у больных с острым желудочно –  
кишечным кровотечением язвенной этиологии

Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е. Острые гастродуоденальные  
кровотечения. Лечебно-диагностический алгоритм

Матвійчук Б.О., Король Я.А., Рачкевич С.Л., Тумак І.М.,  
Артиушенко М.Є. Ендоскопічний гемостаз в комплексному  
лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч

Мунтян С.О., Трофімов М.В., Кришень В.П. Організаційний  
підхід до надання медичної допомоги хворим з шлунково-  
кишковими кровотечами з верхніх відділів травного тракту  
виразкової етіології

Ярошенко К.О. Гемостатична терапія у хворих з  
гастродуоденальною виразковою кровотечею

Пустовойт П.І., Горячий В.В., Зайчук А.І. Тактичні підходи до  
хірургічного лікування шлунково-кишкових кровотеч при  
виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки

Клигуненко Е.Н., Сорокина Е.Ю., Кравец О.В., Кизь С.Г.,  
Панин А.Н., Боброва Т.В. Методы оптимизации интенсивной  
терапии при острых желудочно-кишечных кровотечениях

Міміношвілі О.И., Антонюк О.С., Український В.В. Хірургічне  
лікування гострих ускладнень гастродуоденальних виразок

Шапринський В.О., Романчук В.Д. Гастродуоденальні  
кровотечі, зумовлені прийомом медикаментозних препаратів

Каніковський О.Є., Одарченко С.П., Павлик І.В. Хірургічні  
аспекти лікування кровоточивого раку шлунка з метастатичним  
ураженням печінки

Снісар А.В. Медико-соціальні результати хірургічного лікування  
виразкової хвороби, що ускладнилася кровотечею

Бойко В.В., Сушков С.В., Криворотко І.В., Доценко Е.Г.,  
Пеев С.Б. «Реанимационные» лапаротомии при профузном  
кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Грубник В.В., Грубник Ю.В., Грубник В.Ю. Миниинвазивные  
операции при хирургическом лечении осложненных  
дуоденальных язв

Рачкев С.Л., Кушнірук О.І., Бубняк М.Р., Сало В.М.,  
Гіряк О.Т., Гайошко В.Д. Мультидисциплінарний підхід до  
лікування хворих на кровотечі з верхніх відділів шлунково-  
кишкового тракту невиразкового генезу

Грубник Ю.В., Нетков А.Д., Кравченко А.И.,  
Крыжановский В.В., Фоменко В.А., Грубник В.Ю. Лечение  
больных с кишечными кровотечениями, обусловленными раком  
толстой кишки

115 Desyaterik V. I., Shapovalyuk V.V., Poltavets M.S., Buryk A.S.  
Jejunostomy in treatment of patients with acute pancreatitis

116 Dronov O.I., Kovalska I.O., Uvarov V.Yu., Tsybalyuk R.S.,  
Burmich K.S., Kovalenko A.P., Lubenets T.V. Separation of the  
pancreatic duct in acute necrotic pancreatitis

117 Dronov O.I., Blacksmith I.A., Kovalenko A.P., Burmych K.S.,  
Uvarov V.Y., Tsybalyuk R.S. A comparative analysis of  
cortisol and microbial metabolites indexes of blood plasma in  
traditional and endovideoscopic necrectomy in patients with  
peritonitis

118 Veligotsky N.N., Veligotsky A.N., Gorbulich A.V.,  
Pavluchenko S.A., Arutunov S.E., Shadrin O.V.,  
Klimenko M.A., Chebotarev A.S. Endoscopic biliary  
decompression in obstructive forms of acute biliary pancreatitis

## GASTRO-INTESTINAL BLEEDINGS

123 Fomin P.D., Gangyi V.V., Logachev V.K. Standarts of medical-  
diagnostic algorithm in patients with acute gastro-intestinal  
bleeding of peptic etiology

128 Kondratenko P.G., Radenko E.E. Acute gastroduodenal  
bleeding. Diagnostic and treatment algorithm

132 Matviychuk B.O., Korol Ya.A., Rachkevich S.L., Tumak I.M.,  
Artiushenko M.Ye. Endoscopic hemostasis in complex treatment  
of ulcerous gastroduodenal bleeding

135 Muntyan S.O., Trofimov N.V., Kryshen' V.P. Organizational  
approach to medicare given to the patients with gastroduodenal  
bleeding of ulcerous etiology from the upper areas of digestive  
tract

138 Yaroshenko K.O. Hemostatic therapy in patients with  
gastroduodenal ulcer bleeding

142 Pustvoyt P.I., Horyachyy V.V., Zaychuk A.I. Tactic ways to the  
surgical treatment of gastrointestinal hemorrhages in gastric and  
duodenal ulcerous disease

145 Kligunenko Ye.N., Sorokina E.Yu., Kravets O.V., Kiz S.G.,  
Panin A.N., Bobrova T.V. Methods of optimization of intensive  
therapy for acute gastro-intestinal bleeding

147 Miminoshvili O.I., Antonyuk O.S., Ukrayinsky V.V. Surgical  
treatment of acute complications of gastroduodenal ulcer

150 Shaprinisky V.O., Romanchuk V.D. Gastroduodenal  
hemorrhages caused by medicines administration

153 Kanikovskiy O.E., Odarchenko S.P., Pavlyk I.V. Surgical  
aspects of treatment of bleeding stomach cancer with metastatic  
lesions of the liver

156 A.V. Snisar Medical and social results of surgical treatment of  
peptic ulcer disease complicated by bleeding

159 Boyko V.V., Sushkov S.V., Krivorotko I.V., Dotsenko Ye.G.,  
Peev S.B. "Reanimation" laparotomy in profuse bleeding from the  
upper gastrointestinal tract

160 Hrubnik V.V., Hrubnik Yu.V., Hrubnik V.Yu. Minimally  
invasive operations in surgical treatment of complicated duodenal  
ulcers

164 Rachkevych S.L., Kushniruk O.I., Bubniak M.P., Salo V.M.,  
Hirniak O.T., Haiohko V.D. Multi-discipline approach to  
treatment of patients with bleedings of non-ulcer genesis from  
upper portions of gastro-intestinal tract

167 Hrubnik Yu.V., Netkov A.D., Kravchenko A.I.,  
Kryzhanovskiy V.V., Fomenko V.A., Hrubnik V.Yu. Treatment  
of patients with bleedings caused by colon cancer

УДК 616.34-022.44-005.1-07-089

**П.Д. Фомин,  
В.В. Ганжний,  
В.К. Логачев**

## СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Запорожский государственный медицинский университет  
Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины*

**Ключевые слова:** желудочно-кишечное кровотечение, стандарты, протоколы, тактика, пептическая язва, хроническая медикаментозная язва, результаты лечения

**Key words:** gastrointestinal bleeding, standards, protocols, tactics, peptic ulcer, chronic drug ulcer, the results of treatment

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічного лікування хворих з пептичною і хронічною медикаментозною виразкою шлунка й дванадцятипалої кишки, ускладненою гострою шлунково-кишковою кровотечею. Розроблено стандарти і протоколи лікування та лікувальна тактика, що дозволяє значно знизити летальність і зменшити частоту ускладнень.

**Summary.** The results of surgical treatment of peptic ulcer and chronic drug ulcer of the stomach and duodenum complicated with acute gastrointestinal bleeding were analyzed. Standards and protocols of treatment and treatment tactic, which allow to reduce mortality and incidence of complications were developed.

Важным моментом в решении проблемы острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенной этиологии (ЯЭ) есть принятие унифицированного подхода для создания стандартов оказания быстрой и адекватной медицинской помощи. С этой целью нами разработаны стандарты курации больных с пептическими и хроническими медикаментозными язвами, осложненными ОЖКК в виде графа логичной схемы клинко-лечебного алгоритма, где в сжатой форме дан последовательный перечень необходимых диагностических и лечебных манипуляций в зависимости от активности и степени ОЖКК.

В приемно-диагностическом отделении на основании жалоб, анамнеза заболевания и объективных проявлений ОЖКК или наличия постгеморрагической анемии выставляется предварительный диагноз. Как правило, все это проявляется объективными признаками ОЖКК, такими как рвота кровью или сгустками крови, рвота «кофейной гущей», меленной. Там же выполняется пальцевое исследование прямой кишки и ФГДС. Лечебная тактика при ОЖКК ЯЭ целиком зависит от состояния больного, обусловленного степенью кровопотери, возрастными изменениями организма, наличием сопутствующих заболеваний (СЗ) и клинко-эндоскопическими признаками устойчивости гемостаза.

По нашим данным, лечебная тактика быстрого адекватного реагирования при пептических язвах (ПЯ) и хронических медикаментозных

язвах (ХМЯ), осложненных ОЖКК, должна учитывать следующие ситуации:

1. *Ситуация класса А.* Больные с продолжающимся активным ОЖКК. При неэффективности эндоскопической остановки геморагии пациенты подлежат оперативному вмешательству в экстренном порядке. При этом обязателен следующий алгоритм действий:

- больного из приемно-диагностического отделения срочно поднимают в операционную;
- больной сопровождается в операционную хирургом и анестезиологом;
- лабораторные исследования проводятся параллельно транспортировке больного в операционную;
- катетеризация одной, двух центральных вен или артериальный и венозный доступ, одновременно определяется ЦВД, параллельно проводится интенсивная противошоковая терапия с предоперационной подготовкой;
- оценка тяжести кровопотери, мониторинг АД, сердечных сокращений и ЦВД, определение гемодинамических показателей;
- интенсивное восполнение кровопотери (восполнение ОЦК с использованием кристаллоидов, коллоидов (препараты крахмала), плазмы, эритроцитарной массы);
- на столе - диагностическая и лечебная ФГДС с возможным эндоскопическим временным или постоянным гемостазом;
- в случае неэффективности эндоскопической остановки ОЖКК с нестабильной гемодина-

микой производится минимальная операция по жизненным показаниям, тот час же после эндоскопической остановки геморрагии. Жизнеспасающая лапаротомия адекватного реагирования (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ);

- после операции перевод пациента в отделение интенсивной терапии для продолжения ИВЛ и инфузионно – трансфузионной терапии до устранения нарушений центральной и периферической гемодинамики и восстановления органных функций;

- при эффективном эндоскопическом гемостазе пациент переводится в ситуацию класса В.

Проведенный экстренный эндоскопический гемостаз позволяет остановить ОЖКК и дает время для проведения кровезаместительной терапии, интенсивной коррекции волевических и соматических нарушений.

2. *Ситуация класса В.* Остановившееся при помощи эндоскопии ОЖКК, кровопотеря крайне тяжелой и тяжелой степени тяжести из ПЯ или ХМЯ желудка или ДПК с неустойчивым гемостазом является основанием для госпитализации пациента в отделение интенсивной терапии для проведения интенсивной терапии на протяжении суток. Цель терапии - восполнение кровопотери и стабилизация клинических показателей. При этом предполагается следующий алгоритм действий:

- постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого; внешняя и внутрижелудочная гипотермия;

- диагностическая и лечебная ФГДС с эндоскопическим гемостазом (диатермокоагуляция, нанесение пленкообразующих средств, клипирование сосуда у пациентов с пептическими язвами и криокоагуляция с последующей диатермокоагуляцией и орошением пленкообразующими препаратами у пациентов с ХМЯ);

- катетеризация центральной вены, одновременно определяется ЦВД;

- угнетение секреции желудка  $H_2$  – блокаторами (Лосек 40мл внутривенно 2 раза в день или квамател 20мг внутривенно 4 раза в день), антацидные препараты (альмагель, альмагель нео, фосфалюгель, по ложке 8 раз в день), сандостатин 0,01 подкожно или внутривенно 2-3 раза в день, окрестатин 0,01 подкожно 2-3 раза в день;

- интенсивное восполнение кровопотери (компенсация дефицита ОЦК с использованием кри-

сталлоидов, искусственных коллоидов (препаратов крахмала), плазмы, эритроцитарной массы, отмывтых эритроцитов, обедненных эритроцитов);

- динамическая лечебная эндоскопия, динамика лабораторных данных.

Следующее отсроченное ургентное оперативное вмешательство часто разрешает выполнить радикальную операцию (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата или СПВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - пилоросохраняющую резекцию желудка (ПСРЖ), экономную пилорантрумсохраняющую медиогастральную резекцию желудка (ЭПАСМГРЖ), изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ). Рецидив ОЖКК и отсрочка операции при их выполнении значительно повышает риск послеоперационных осложнений.

3. *Ситуация класса С.* При тяжелой и средней степени кровопотери из хронической дуоденальной язвы у больных старшей возрастной категории с тяжелыми СЗ при нестабильном гемостазе, когда риск хирургического вмешательства конкурирует с риском рецидива кровотечения, преимущество нужно предоставлять эндоскопическим методам достижения стойкого гемостаза:

- постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого; внешняя и внутрижелудочная гипотермия в течение суток;

- диагностическая и лечебная ФГДС с эндоскопическим гемостазом (диатермокоагуляция, нанесение пленкообразующих средств, клипирование сосуда у пациентов с ПЯ и криокоагуляция с последующей диатермокоагуляцией и орошением пленкообразующими препаратами у пациентов с ХМЯ);

- катетеризация центральной вены, одновременно определяется ЦВД;

- угнетение секреции желудка  $H_2$  – блокаторами (Лосек 40мл внутривенно 2 раза в день или квамател 20мг внутривенно 4 раза в день), антацидные препараты (альмагель, альмагель нео, фосфалюгель – 8 раз в сутки), сандостатин 0,01 подкожно или внутривенно 2-3 раза в день или окрестатин 0,01 подкожно 2-3 раза в день;

- интенсивное восполнение кровопотери (компенсация дефицита ОЦК с использованием кристаллоидов, искусственных коллоидов (препаратов крахмала), плазмы, отмывтых эритроцитов, обедненных эритроцитов);

- динамическая лечебная эндоскопия, динамика лабораторных данных.

У этой группы больных интенсивная терапия продлевается на протяжении 8-10 суток с соблюдением ограниченного двигательного режима, с проведением комплексной противоязвенной терапии и вспомогательного клинико-эндоскопического контроля.

В случае необходимости производятся жизне-сберегающие оперативные вмешательства (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ).

4. *Ситуация класса D.* Рецидив кровотечения после медикаментозного или эндоскопического гемостаза должен служить показанием к неотложному оперативному вмешательству, направленному на окончательный гемостаз. Так же производятся жизне-сберегающие оперативные вмешательства (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с ХМЯ).

5. *Ситуация класса E.* Больные с легкой и средней степенью кровопотери (эндоскопически - дефект под фибрином) подлежат лечению в хирургическом отделении, где назначается комплексная противоязвенная терапия и коррекция анемии и гиповолемии с учетом показателей ОЦК, КОС, водно-электролитного баланса. Через 2-3 недели после остановки кровотечения и проведенного курса противоязвенной терапии показана плановая радикальная операция (у пациентов с ПЯ при язве ДПК производится СПВ+иссечение язвенного субстрата, при язве желудка ПСРЖ, ЭПАСМРЖ - изолированное иссечение язвы, данные оперативные вмешательства производятся у пациентов с хроническими ХМЯ).

Характер и объем оперативных вмешательств мы определяли с учетом локализации язвенного субстрата, осложненного ОЖКК, состоянием больного, квалификацией имеющейся хирургической бригады и материальным обеспечением оперативного вмешательства. К фундаментальным вопросам лечения ОЖКК ЯЭ мы относим принципы восполнения кровопотери, которые включают объем, характер и срок начала инфузионно-трансфузионной терапии, которая должна быть по возможности ближе к моменту установки диагноза ОЖКК. При проведении инфузионно-трансфузионной терапии у больных с тяжелым по объему и темпу кровотечением обязательная катетеризация центральной вены и проведение регулярного контроля ЦВД, а по

окончанию инфузионно-трансфузионной терапии обязательный контроль количества эритроцитов и концентрации гемоглобина, общего белка, гематокрита в центральной вене и периферической крови. При проведении коррекции кровопотери важным является количественный и компонентный состав препаратов, которые используются. Для унификации составления трансфузионной программы мы используем алгоритм, предложенный А.Г. Брюсовым. Однако необходимо помнить, что альбумин и белковые фракции плазмы создают угрозу развития РДС взрослых и «декстрановой почки». Применение декстранов (таких как макродекс, полиглюкин, реополиглюкин) для восполнения ОЦК мы не использовали, так как они обладают антигенными свойствами, тромбоцитарным действием и могут вызвать анафилактические реакции, а реополиглюкин увеличивает время геморрагии. Инфузия коллоидных растворов из донорской крови (альбумин, плазма) ограничена из-за содержания в ней альфа- и бета глобулинов, при использовании которых возможно нарушение микроциркуляции. Использование для восполнения объема ОЦК только кристаллоидных растворов создает угрозу интерстициального отека, инфузию их для восполнения кровопотери можно сравнить с вливанием объема «в дырявое ведро», так как эти растворы быстро покидают кровяное русло, а вот для восполнения интерстициальной жидкости мы останавливали свой выбор на кристаллоидных растворах. В своей практике для восполнения ОЦК мы отдавали предпочтение гидроксипропилированному крахмалу (рефортан, стабизол и др.), которые эффективно восполняют ОЦК. Препараты гидроксипропилированного крахмала имеют тесное структурное родство с гликогеном, что обеспечивает высокую переносимость организмом, и не обладают антигенными свойствами, редко вызывают анафилактоидные реакции, инфузия рефортана и стабизола в дозе до 1-2 литров в сутки не влияет существенно на свертываемость крови и время кровотечения. Кровопотерю возмещали кристаллоидными и коллоидными растворами до тех пор, пока риск осложнений, возникающих вследствие анемии, не превысит риска неблагоприятных эффектов, связанных с гемотрансфузией. Начиная с этого момента, кровопотерю возмещали эритроцитарной массой, поддерживая концентрацию гемоглобина до 70-100г/л или гематокрита до 21-30%. У пожилых больных, а также при тяжелых заболеваниях сердца или легких сигналом к началу переливания крови являлось снижение концентрации гемоглобина 100г/л.

При тяжелых кровотечениях 41% и более ОЦК, «шоковом индексе» 1,11-1,38 применяли внутриартериальное нагнетание эритроцитарной массы, стабизола, рефортана, что позволяло более быстро стабилизировать гемодинамику и уменьшить угрозу развития РДС взрослых. При подъеме ЦВД до 80-100 мм вод. ст. начинали стимуляцию диуреза подключением почечных доз дофамина 1-3 мг/кг/мин. При возникновении сердечно-сосудистой недостаточности, проявляющейся стойкой гипотонией, при сопутствующей кардиальной патологии использовали вазоактивные препараты, дофамин, норадреналин, дозировку подбирали индивидуально. Улучшение газообмена достигалось оксигенотерапией через носовый катетер, маску или через интубационную трубку. Подготовка к операции предусматривала наряду с вышеуказанной терапией и гемостатическую терапию (медикаментозную и электрокоагуляцию). Использование такой многокомпонентной терапии перед операцией позволило стабилизировать состояние пациента, уменьшить агрессивность операционной травмы, улучшить защитно-приспособительные реакции организма в ответ на кровопотерю. Об адекватности предоперационной подготовки судили по клиническому состоянию больного, лабораторным исследованиям. Интенсивную терапию анестезиолог продолжал во время операции. Инфузионно-трансфузионная терапия продолжалась под постоянным наблюдением за кровопотерей (кровопотеря через зонд, потерями в рану, хирургическое белье и отсос). Она во время операции должна была обеспечить восполнение физиологических и патологических потерь жидкости, потери крови, а также восполнение предоперационного дефицита ОЦК. Кровопотерю возмещали переливанием кристаллоидных, коллоидных растворов и отмытыми эритроцитами согласно показателям гемоглобина и гематокрита. Посиндромная терапия во время операции при сопутствующей сердечно-сосудистой недостаточности включала применение вазоактивных веществ при снижении АД ниже 90-70 мм рт.ст. (дозировку подбирали индивидуально) и нитратов (нитроглицерин в дозировке от 10-50 мг/кг). Стремилась поддержать АД на уровне 80-100 мм рт.ст. Стимуляцию диуреза проводили на фоне восстановленного дефицита ОЦК и повышения ЦВД выше 100-120 мм вод.ст., с целью блокады медиаторов воспаления использовали глюкокортикоиды (дексон, дексаметазон). Выбор метода общей анестезии зависел от эффективности предоперационной подготовки. При стабилизации гемодинамики и остановленном ОЖКК использовали анальгезию с ИВЛ. При нестабильной

гемодинамике, в предоперационном лечении применяли вазоактивные препараты: дофамин в дозировке от 5-15 мг/(кг мин), норадреналин в дозировке от 4 до 14 мг/мин. При продолжающемся профузном кровотечении общую анестезию проводили с использованием оксибутирата натрия 30-60 мг/кг, кетамина 2-2,5 мг/кг с ИВЛ на фоне миоплегии.

Для успешного лечения кровопотери при ОЖКК необходимо: определить степень кровопотери и «шоковый индекс» по дефициту ОЦК; выбрать схему инфузионно - трансфузионного возмещения кровопотери; использовать два и более сосудистых доступа. Для устранения дефицита ОЦК использовать коллоидные препараты, которые позволяют устранить тяжелую гиповолемию быстрее, чем кристаллоиды, и требуются в меньшем объеме. Из коллоидных препаратов предпочтительнее носители глобулярного объема - препараты гидроксиптилкрахмала (рефортан, стабизол и др.), использование которых позволило быстро и эффективно восстановить ОЦК и стабилизировать гемодинамику. Переливание эритроцитарной массы и отмытых эритроцитов следует начинать при снижении концентрации гемоглобина ниже 70 г/л или гематокрита ниже 21-25%.

После оперативного вмешательства больных с ПЯ и ХМЯ, осложненными ОЖКК, мы переводим в отделение интенсивной терапии для продленной ИВЛ и инфузионно - трансфузионной терапии до устранения нарушений периферической гемодинамики и восстановления органных функций. Эффективность и безопасность внутривенной инфузионной терапии обеспечивалась катетеризацией подключичной или яремной вен, а также правильным уходом за венозным катетером. С целью своевременного выявления и адекватной коррекции патологических сдвигов организма в послеоперационном периоде всем пациентам проводили необходимый объем лабораторных исследований - клинические анализы крови и мочи, коагулограмму, концентрацию электролитов в плазме, общий белок, билирубин и глюкозу крови. Обязательно проводили рентгенологические исследования грудной клетки и ЭКГ с контролем ВСП. Нами разработан индивидуальный листок наблюдения и лечения, который велся от 5 до 10 суток в зависимости от тяжести состояния больного, в нем регистрировали частоту дыхания, пульса, величину ЦВД, АД, диурез, тем-пературу тела, количество и характер отделяемого из дренажных трубок и назогастрального зонда.

У пациентов, перенесших крайне тяжелое и тяжелое кровотечение и, тем более, геморрагический шок, после достижения надежного гемостаза считали необходимым восполнение кровопотери до 70-75% необходимого ОЦК. В первые трое суток после оперативного вмешательства восполнение кровопотери было наиболее эффективным и полным, что достигалось переливанием отмытых эритроцитов или обедненных лейкоцитами эритроцитов. Мы считаем, что неадекватное восполнение кровопотери в этот период неблагоприятно сказывается на течении раннего послеоперационного периода и может быть причиной послеоперационных осложнений, обусловленных дефицитом белка, гипоксией тканей и органов, снижением репаративных процессов, полиорганной дисфункцией. Если в первые трое суток считали необходимым добиться, прежде всего, компенсации уровня форменных элементов крови, то в раннем послеоперационном периоде считали необходимым коррекцию водно-электролитных потерь, которые восполнялись кристаллоидными и коллоидными растворами. Для интенсивной терапии острой недостаточности кровообращения, обусловленной снижением изотропной функции миокарда, использовали дофамин. Этот препарат активизирует  $\alpha$ -адренорецепторы сердца.

Важным аспектом ведения больных в послеоперационном периоде была борьба с гипопротемией и гиперкоагуляцией, которые наступали вследствие снижения ОЦК. С целью уменьшения и устранения расстройств, возникающих в организме под влиянием ЯБ, осложненной ОЖКК, операционной травмы и кровопотери, во время операции и в послеоперационном периоде нами применена методика управляемой гемодилюции, которую проводили путем разведения крови гемодилюционным раствором с контрикалом от 30 до 60 тыс. единиц. Это способствовало стойкой стабилизации гемодинамики, поддержанию на адекватном уровне ОЦК, улучшению ее реологических свойств, интенсификации микроциркуляции и профилактике ряда осложнений в послеоперационном периоде (тромбоэмболия легочной артерии, пневмония и др.) Отличие послеоперационного ведения больных, перенесших кровопотерю средней степени тяжести, заключалось в правильно построенной программе инфузионной терапии. В первые сутки после операции объем инфузионной терапии составляет 50мл/кг/сут. Состав инфузионных сред включал 2000-2500ккал в пересчете на глюкозу, 4-6г калия, 1,5-2,0л солевых растворов с

щелочным pH, низкомолекулярные декстраны. Если соотношения гемоглобина и гематокрита удовлетворительные, АД стабильное, от гемотрансфузии мы воздерживались. В остальном проводили послеоперационную терапию такую же, как и у больных, перенесших кровотечение легкой степени. В послеоперационном периоде больные, перенесшие ОЖКК легкой степени тяжести, в первую очередь нуждаются в восстановлении функции ЖКТ. Инфузионная терапия являлась одним из компонентов, способствующих своевременной нормализации функции желудка и кишечника. Объем инфузионной терапии рассчитывался, исходя из суточных потерь, в среднем он составлял 2,5-3,0л. В состав инфузионных сред вводили глюкозо-солевые растворы, препараты калия из расчета 3-5г/сут чистого калия для нормализации деятельности миокарда и моторики кишечника, свежзамороженную плазму, препараты крахмала, кальция, аскорбиновую кислоту, витамины группы В и К (викасол). Гемотрансфузия этой группе больных не показана.

Кроме этого, у всех пациентов с ПЯ и ХМЯ гастродуоденальной зоны, осложненными ОЖКК, проводили комплексную стандартную терапию, направленную на коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, КОС и энергозатрат, а именно: инфузионно-трансфузионные среды (растворы глюкозы, Рингера, альбумина, крахмала и др.); дезагреганты (трентал, компламин); антикоагулянты (гепарин, фраксипарин, клексан, никотиновая кислота); бронхолитики (эуфилин, лазолван); антибиотики широкого спектра действия; кардиотропные препараты (строфантин, коргликон); иммуномодуляторы (клеточно-тканевая терапия). Для восполнения сосудистого объема применяли изотонические и гипертонические солевые растворы, а для восполнения глобулярного объема и коррекции свертывающей системы – эритроцитарную массу, отмытые эритроциты и обедненные лейкоцитами эритроциты (при массивной и длительной, более 3 дней гемотрансфузии), свежзамороженную плазму. Всем пациентам со средней, тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери в послеоперационном периоде проводили раннее клиническое энтеральное зондовое питание, что позволяло сократить потребность в трансфузии. Все пациенты с первых суток получали противоязвенное лечение, включающее блокаторы протонной помпы, местные антацидные препараты, а пациенты с ПЯ – антихеликобактерную терапию (АХТ). У пациентов с ХМЯ АХТ назначали только после

установлення НР-інфекції. Адекватна післяопераційна терапія способувала восстановленню тканевого аутоконтроля над мікросудами, зменшенню кількості ускладнень після операції.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при предоставлении лечебной помощи при ОЖКК ЯЭ целесообразно руководствоваться протоколом (стандартом), который предусматривает мероприятия с коррекцией выявленных нарушений гомеостаза и функционального состояния организма, обеспечивает четкий алгоритм предоставления медпомощи и решает стандартизировать результаты лечения в

зависимости от активности кровотечения, объема кровопотери, локализации источника кровотечения и возраста больного.

Использование данного алгоритма интенсивного лечения острых ЖКК ЯЭ, включая инфузионно-трансфузионную терапию, выбор метода общей анестезии, посиндромного лечения с оперативной тактикой, отдающей предпочтение жизнесберегающим методам оперативного вмешательства, позволило уменьшить послеоперационную летальность у этой группы больных с 11,5% в 1998 г. до 2,8% в последние годы.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березницький Я.С. Стандартизація лікувальної тактики при виразках шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнених кровотечею / Я.С. Березницький, О.М. Клігуненко, Г.Г. Кабак // Хірургія України. – 2004. – №2 (10). – С.21-24.
2. Бойко Т.И. Клиническая гастроэнтерология (протоколы диагностики и лечения) / Т.И. Бойко; под ред. Ю.А. Филиппова.-Днепропетровск, 2003.-299с.
3. Виразкова гастродуоденальна кровотеча: проблеми уніфікації підходів до надання медичної допомоги / Я.С. Березницький, Р.Й. Васишин, О.М. Клігуненко [та ін.] // Харків. хірургічна школа. – 2003. – №.1. – С.57-60.
4. Ганжий В.В. Новые тактико-технические решения в лечении хронических медикаментозных язв, осложненных кровотечением / В.В. Ганжий // Хірургія України.-2004.-№2(10).-С.32-34.
5. Ганжий В.В. Хірургічна тактика при гастродуоденальних виразках, ускладнених шлунково-

кишковою кровотечею: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / В.В. Ганжий.-К., 2005.-30с.

6. Зіменковський А.Б. Розроблення протоколу ведення хворих із шлунково – кишковими кровотечами – концептуальна основа реформування невідкладної хірургічної гастроентерології / А.Б. Зіменковський, Б.О. Матвійчук // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України.-2002.-№2.-С.38-44.

7. Стандарти діагностики лікування язвенної болізни, ускладненої перфорацією і кровотеченням / Б.М. Даценко, С.Г. Белов, Т.И. Тамм [и др.] // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т.1. – С.30-32.

8. Стандарти (протоколи) діагностики і лікування болізей органів травлення / П.Я. Григорьев, В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров [и др.]. – М.: Б.и., 1998. – 46с.



УДК 616.334-005.1-07-089

**П.Г. Кондратенко,  
Е.Е. Раденко**

### ОСТРЫЕ ГASTРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
кафедра хирургии  
(зав. – д.мед.н., проф. П.Г. Кондратенко)

**Ключевые слова:** острые  
гастродуоденальные  
кровотечения, диагностика,  
лечение

**Key words:** acute gastroduodenal  
bleeding, diagnostic, treatment

**Резюме.** Використаний досвід лікування хворих на кровотечу в просвіт травного каналу з 1984 по 2011 рік. Розроблено діагностичний та лікувальний алгоритм. Використання алгоритму дозволило значно поліпшити якісні показники лікування хворих. Ознаки надійного гемостазу досягнуті у 90,4% хворих, загальна летальність знизилась до 3-3,5%, операції за екстремними показаннями практично не виконуються, а загальна кількість операцій не перевищує 5-7%.

**Summary.** The experience of treating patients with bleeding into the the alimentary canal lumen from 1984 to 2011 was used. Diagnostic and therapeutic algorithm was developed. Using of this algorithm has greatly improved