

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ ШЛУНКУ ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

**Мамчич В.І., Шуляренко В.А., Гвоздяк М.М., Парацій З.З., Йосипенко М.О., Яремчук М.А.**  
Кафедра хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти

До цього часу предметом дискусій в складній проблемі шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології залишаються питання ефективності ендоскопічної зупинки кровотечі, критерії ненадійного гемостазу, показань і строків виконання операцій, об'єм і склад інфузійно-трансфузійної терапії.

З 1992 по 1998 рік в клініці оперовано 126 хворих з кровоточащою виразкою шлунку і дванадцятипалої кишки. Чоловіків було 92 (73%), жінок 34 (27%), пацієнти в віці старше 60 років склали 28,8%. Виразка шлунку спостерігалась у 22 (18,5%) хворих, дванадцятипалої кишки у 102 (80%) і поєднані виразки шлунку і дванадцятипалої кишки у 2 (1,5%), у 109 (80%) хворих кровотеча була перша, у 27 (20%) - повторна.

Про ступінь тяжкості кровотечі судили на основі показників шокового індексу, пульсу, артеріального тиску, общему циркулюючої крові (ОЦК), центрального венозного тиску (ЦВТ), погодинного діурезу, показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту, за номограмами Горбашка, Барашкова, Братуся.

I ступінь кровотечі (до 20% ОЦК) спостерігалась у 43 (33%) хворих, II ступінь (від 20 до 30% ОЦК) - у 62 (49%), III ступінь (більше 30% ОЦК) у 21 (18%).

Всім хворим при поступленні в стаціонар назначали інфузійно-трансфузійну терапію для заповнення недостаючої ОЦК (об'єм її вираховували по формулі, запропонованій ХНДІЗНХ) спочатку вводили кристалоїди, потім колоїдні розчини (препарати середньомолекулярного декстрану - поліглюкін, макродекс, рондекс та ін.). Кількість поліглюкіна обмежували до 800 мл, враховуючи його фібринолітичну дію. Після або одночасно з вливанням поліглюкіну внутрішньовенно вводили розчини низькомолекулярного декстрану (реополіглюкін, реомакродекс) чи желатини (желатиколь, гемажель, плазможель), які покращують реологічні властивості крові і периферійну гемодинаміку.

Співвідношення колоїдів і кристалоїдів при I ступені крововтрати склало 1:1, при II і III ступенях 1:2.

Оптимальним вважаємо внутрішньовенний шлях введення інфузійних розчинів. При I ступені крововтрати звичайно використовували периферійні вени; при II і III ступенях підключичну вену, у частини хворих з III ступені крововтрати використовували внутріартеріальний і внутрішньовенний шлях введення.

Ми переконані, що переливання цільної донорської крові, як і іншого еритроцитутримуючого середовища до інфузії колоїдів, кристалоїдів слід вважати тактичною помилкою, внаслідок слідує обставин: 1) переливання вязких еритроцитних середовищ на фоні гострих порушень мікроциркуляції може привести до посилення агрегації формених елементів крові посиленню в'язкості крові, погіршенню периферійної гемодинаміки; 2) збільшення кількості еритроцитів в крові хворого навіть до нормального рівня без ліквідації порушень мікроциркуляції не усував гіпоксію тканин і зв'язаних з нею метаболічних порушень.

Гостра кровотеча II і III ступеня супроводжується втратою великої кількості еритроцитів, тромбоцитів, плазменних білків, а також активацією фібринолітичної (плазмонової) системи. Корекція проводилась відповідними трансфузійними середовищами.

Для виявлення причини кровотечі ступеня гемостазу в виразці проводили екстрену гастродуоденоскопію. По її даним продовжуюча виразкова кровотеча виявлена у 33 (26%) зупинена кровотеча у 60 (48%), нестабільний гемостаз у 33 (26%).

У хворих з продовжуючою кровотечею, а також у частини з нестабільним гемостазом, проводили ендоскопічний гемостаз за допомогою медикаментозних препаратів (медичні клеї, введення лікарських речовин навколо виразки), а також використовували фізичні методи впливу (діатермокоагуляція, кріокоагуляція, фотокоагуляція). Для контролю за ефективністю гемостазу проводили повторні ендоскопічні дослідження.

Примінення ендоскопічних методів гемостаза було ефективним у 19 (15%) і неефективний у 16 (2%) хворих.

Екстренні операції виконані у 19 хворих (це рі з продовжаючою кровотечею, рецидивом кровотечі в стаціонарі), із них померли 2. Відстрочені ративні втручання виконані в перші 3-є діб нестійкий гемостаз і середня ступінь кровотечі) виконані у 54 (48,8%), із них померли - 1; ранні планові операції виконані у 53 (42,8%) без летальних випадків.

Об'єм оперативного втручання в основному при кровоточащій виразці шлунку була резекція шлунку по Більрот-1, при кровоточащій виразці дванадцятипалої кишки - автотомія с дуоденопластикою, пілоропластикою з висіченням чи екстратериторізацію виразки.

Таким чином, раціональна тактика в поєднанні з комплексом консервативної терапії, диференційним вибором оперативного втручання сприяв покращенню результатів лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами виразкової етіології.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Диференціальна діагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. К.: Здоров'я, 1991. - 272 с.
2. Горбашко А.Л. Диагностика и лечение кровопотери: Руководство для врачей» - Л.: Медицина, 1982. - 224 с.
3. Затолокин В.Д., Гостищев В.К., Новомлинец Ю.П. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. - Воронеж: Из-во ВТУ, 1990 - 200 с.
4. Шерланов Р.А., Даценко Б.М., Губекий В.И. Диагностика тяжести кровопотери и общие принципы комплексного лечения кровотечения в зависимости от его тяжести. Клінічна хірургія, 1998, № 9-10, с. 46-49.

## РЕЗЮМЕ

### Особенности лечения острых язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки

**Мамчич В.И., Шуляренко В.А., Гвоздяк М.М., Парацій З.З., Йосипенко М.О., Яремчук М.А.**

С 1992 по 1998гг. в клинике прооперировано 126 больных с кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Анализ результатов позволил сделать вывод, что рациональная тактика в сочетании с комплексом консервативной терапии, дифференцированным выбором оперативного вмешательства способствует улучшению результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии.

## SUMMARY

### The peculiarities of treatment of acute bleedings of the stomach and duodenum

**V.I. Mamchych, V.A. Shuliarenko, M.M. Hvozdiak, Z.Z. Paratsyi, M.O. Yosypenko, M.A. Yaremchuk**

From 1992 to 1998 126 patients have been operated with bleeding gastric and duodenum ulcer. It was shown that the rational tactics combined with the complex of conservative therapy, differential choice of the operative intervention favours the improvement of the treatment results in patients with gastric-intestine bleeding of ulcer etiology.