

УДК 616.34-002.446+616.34-002.44] : 616-001-085

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВОГО ПОХОДЖЕННЯ

Польовий В.П., Сидорчук Р.І., Петрюк Б.В., Нурдінов Х.Н.

Кафедра загальної хірургії Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Проведено аналіз результатів інфузійно-трансфузійної терапії в лікуванні посттравматичних гострих шлунково-кишкових кровотеч ерозивно-виразкового походження. Показано, що шлунково-кишкочеревні кровотечі є важливим обтяжуючим чинником політравм. Адекватна інфузійно-трансфузійна терапія сприяє покращенню результатів лікування постраждалих із політравами, ускладненими гострокровоточивими виразками та ерозіями ШКТ.

Ключові слова. Політравма, ускладнення, шлунково-кишкові кровотечі, інфузійно-трансфузійна терапія.

Вступ. Проблема діагностики, профілактики, вибору хірургічної тактики та методів лікування у хворих із гострокровоточивими виразками та ерозіями шлунка при травматичній хворобі є актуальною проблемою сьогодення [1, 3]. Незважаючи на те, що в останні роки приділяється значна увага лікуванню постраждалих із політравмою, а також лікуванню гострокровоточивих ерозивно-виразкових ушкоджень ШКТ, організації спеціалізованих центрів, впровадженню термінової фіброгастроскопії, розробці нових схем консервативного лікування та методів оперативного втручання, кількість випадків кровотечі з гострих виразок та ерозій шлунково-кишкового тракту в постраждалих із політравмою та іншими важкими ушкодженнями не має тенденції до зниження [4, 6].

Мета дослідження – здійснити аналіз та оцінити результати інфузійно-трансфузійної терапії у профілактиці та лікуванні посттравматичних гострих шлунково-кишкових кровотеч ерозивно-виразкового походження.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основою даного дослідження були клінічні спостереження 47 постраждалих із політравмою, у яких після травми виникли ерозивно-виразкові ушкодження ШКТ. Постраждалі з виразковою хворобою в анамнезі у вибірку не включались. Серед обстежених пацієнтів було 27 (57,4%) чоловіків у віці 17–64 років (середній вік 34,1±5,22 р.) та 20 (42,6%) жінок у віці 24–61 років (середній вік 44,5±6,13 р.). Розподіл постраждалих за віком показаний у табл. 1. Характер травм у постраждалих наведений у табл. 2.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Постраждалі були розподілені залежно від ступеня крововтрати згідно з класифікацією О.О. Шалімова та В.Ф. Саєнка (1987) [2]. Переважна кількість – 50,0% постраждалих мала перший ступінь крововтрати (табл. 3). Найчастіше ушкодження локалізувалося в шлунку – 66,7% випадків. Серед ушкоджень частіше зустрічалися поодинокі стресові виразки – у 33,3%, численні стресові виразки – 25% та гострі ерозії – 25%.

Частіше стресові виразки та ерозії локалізувалися в тілі шлунка – 60% випадків. Більшість стресових виразок та ерозій були розташовані на задній стінці шлунка – 40%, у декількох постраждалих

Таблиця 1
Розподіл постраждалих за віком

Вік					
18–40 років		41–60 років		61 та більше років	
Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
25	53,2	14	29,8	8	17

Таблиця 2
Розподіл постраждалих із шлунково-кишковими кровотечами відносно наявності домінуючого пошкодження

Травма	Кількість осіб	%
ЗЧМТ, струс головного мозку	8	66,7
Перелом кісток носа	1	8,3
ВЧМТ, перелом кісток черепа	1	8,3
ЗТГК	3	25
Перелом ребер, пневмоторакс	2	16,7
ЗТЖ без ушкодження порожнистих органів	5	41,7
Закритий перелом нижніх кінцівок	4	33,3
Закритий перелом верхніх кінцівок	3	25
Пошкодження м'яких тканин	10	83,3
Проникаюче вогнепальне поранення черевної порожнини з ушкодженням кишківника	1	8,3
Опіки	1	8,3

Таблиця 3
Кількісна характеристика постраждалих залежності від ступеня крововтрати

Ступінь крововтрати	Кількість постраждалих	%
Перший ступінь	6	50,0
Другий ступінь	4	33,3
Третій ступінь	2	16,7
Усього:	12	100

при численних ушкодженнях були уражені дві стінки – 10%, значна кількість ушкоджень локалізувалася на малій кривизні – 20%.

Скарги вагомо не відрізнялись у постраждалих, серед них частіше траплялися: загальна слабкість – 12 постраждалих (100%), тахікардія – 10 (83,3%), блідість шкірного покриву – 10 (83,3%), але ці симптоми не є специфічними. Більш інформативними є скарги на чорний кал. Він зустрічався у 8 постраждалих (66,7%). У 4 (33,3%) було оформлене чорне випорожнення 1 раз, у 3 (25%) було рідке чорне випорожнення двічі, у 1 постраждалого (8,3%) був рідкий чорний кал тричі та більше. Але цей показник з'являється через деякий час після виникнення кровотечі (приблизно через 6–10 годин) і є малоінформативним для ранньої діагностики кровотечі з гострої виразки шлунка.

Більш інформативним показником є блювота, вона відмічалась у 8 постраждалих (66,7%). Блювота типу «кавової гущі» відмічалась у 4 постраждалих (33,3%), блювота застійним вмістом – у 3 постраждалих (25%), кров'ю – у 1 постраждалого (8,3%). Одноразова блювота спостерігалась у 3 постраждалих (25%), багаторазова блювота спостерігалась у 5 постраждалих (41,7%). Поєднання блювоти кров'ю або блювоти типу «кавової гущі» з чорним калом зустрічалося у 4 постраждалих (33,3%). Одна з «прямих» ознак кровотечі – блювота і чорний кал, обов'язково спостерігались у всіх досліджуваних постраждалих із кровотечею.

Усім постраждалим обов'язково проводилося ректальне дослідження. У 10 постраждалих (83,3%) були сліди чорного калу, у 2 постраждалих (16,6%) кал був коричневий, у 1 (8,3%) ампула прямої кишки була пуста. Нудота зустрічалась у 6 постраждалих (50%). Самостійно – у 2 постраждалих (16,6%), у поєднанні з блювотою – у 4 постраждалих (33,3%). Запаморочення зустрічалось у 5 постраждалих (41,7%). Рясний холодний піт зустрічався у 4 постраждалих (33,3%). Втрата свідомості відмічалась у 1 постраждалого (8,3%). Біль у животі зустрічався у 3 постраждалих (25%), він був тупим, несильним, локалізувався в епігастрії. В одного постраждалого (8,3%) він з'явився за добу до прояву кровотечі.

Серед постраждалих 9 лікувалося консервативно (75%), а 3 (25%) – прооперовано. Лікування постраждалих із шлунково-кишковими кровотечами проводилося обов'язково з урахуванням ступеня важкості крововтрати. Основою інтенсивної терапії гострої крововтрати і її наслідків була інфузійно-трансфузійна терапія. Для проведення інфузійно-трансфузійної терапії ми використовували кристалоїдні (фізіологічний розчин) і полііонні збалансовані розчини та волюморегулятори: р-н *Рінгера*, *Рінгер-лактат*, 5% глюкозу. Розчини вводилися з такою об'ємною швидкістю, яка дозволяла добитися максимально швидкої стабілізації артеріального тиску не нижче 70 мм рт. ст., що дозволяло зберігати відносно адекватний кровотік в органах життєзабезпечення. При неефективності використовували синтетичні колоїдні плазмозамінники гемодинамічної дії – 6% р-н гідроксietилкрохмалю (гекодез), а також глюкокортикоїдні гормони. За відсутності стабілізації гемодинамічних показників застосовували внутрішньовенні інфузії симпатоміметиків (*дофамін*, *мезатон*). При виражених порушеннях гемодинаміки переводили постраждалих на ШВЛ.

Паралельно з цим всі досліджувані постраждалі з політравмою, ускладненою ерозивно-виразковими ураженнями, отримували наступне консервативне лікування: суворий ліжковий режим, голод із переходом на дієту Мейленграхта, холод на епігастральну ділянку; гемостатична терапія у вигляді внутрішньовенних інфузій кальцію хлориду 1% (100–200 мл), 5% амінокапронової кислоти, фібриногену 2–4 г; внутрішньом'язові ін'єкції вікасолу 1% 2 мл тричі на добу, 12,5% дицинону по 2 мл тричі на добу; місцеве використання гемостатичних засобів – прийняття *per os* охолодженого 5% розчину амінокапронової кислоти, 1% кальцію хлориду, тромбіну.

За неефективності консервативної гемостатичної терапії вдавалися до ендоскопічних методів зупинки кровотечі. Після забезпечення адекватного хірургічного гемостазу переходили за необхідності до гемотрансфузії, а також переливання колоїдних розчинів (альбумін, протеїн, амінол). Хірургічне лікування гострих виразок та ерозій шлунка, ускладнених кровотечею, застосовувалося при неефективності консервативного лікування та ендоскопічної зупинки кровотечі.

Відновлення ефективної гемодинаміки, нормалізація лабораторних показників (Hb не нижче за 100 г/л, вміст еритроцитів не менше 3 млн/мм³ і білок не менше 50 г/л) і функції виділення нирок, а також відсутність ознак гіпокоагуляції були критеріями ефективності терапії, що проводилася.

Противиразкова терапія при цьому включала антацидні препарати (альмагель, фосфалюгель), інгібітори протеолітичних ферментів (контрикал), препарати, підсилюючі репаративні функції (метилурацил), препарати для досягнення секреторного спокою (атропіну сульфат, платифілін), які нормалізують моторику шлунково-кишкового тракту (церукал), блокатори H_2 рецепторів гістаміну (квamatел); блокатори протонної помпи (омез).

Результати лікування постраждалих за допомогою консервативної терапії та прооперованих були вивчені з використанням аналізу отриманих клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження з виявленням порушень та загальних ускладнень, зумовлених постгеморагічною анемією, травмами, супутньою хворобою, методом оперативного втручання та іншими факторами.

Рецидив кровотечі відмічався у 2 (16,7%) постраждалих: в 1 випадку при консервативному лікуванні, в другому випадку – при ушиванні перфоративних виразок тонкої кишки. Цей показник збігається з даними інших досліджень – 9–37,5% [5]. У 9 випадках кровотечу зупинили консервативними засобами з використанням ендоскопічного гемостазу. Загальна летальність склала 4,3% (2 постраждалих) – в 1 випадку постраждалий помер від поліорганної недостатності на фоні рецидиву перфоративних виразок тонкої кишки та кровотечі з них, у другому випадку причиною смерті була гостра серцева недостатність.

ВИСНОВКИ

1. Шлунково-кишкові кровотечі є важливим обтяжуючим чинником політравм.
2. Адекватна інфузійно-трансфузійна терапія сприяє покращенню результатів лікування постраждалих з політравмами, ускладненими гострокровоточивими виразками та ерозіями ШКТ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Селезнев С.А. Травматическая болезнь и ее осложнения. СПб.: Политехника, 2004: 414 с.
2. Бобров О.Є., Мендель М.А., Несторенко О.Л. Гострі виразки травного тракту: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика (огляд літератури). Пробл. медицини 2000; 3 (17): 12–16.
3. Польовий В.П., Нурдінов Х.Н. Застосування ранньої превентивної терапії стресових і гострих виразок та ерозій шлунково-кишкового тракту у потерпілих з політравмою. Буковинський медичний вісник 2011; 15, № 4: 65–68.
4. Asaki S. Efficacy of endoscopic pure ethalon injection method for gastrointestinal ulcer bleeding. World J. Surg. 2000; 24, № 1: 294–298.
5. Meier R., Wettstein A.R. Treatment of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. Digestion 1999; 60, № 2: 47–52.
6. Pousset B., Suc B., Boudent M. J. Traitement chirurgical des hemorrhagies ulcereuses graves: facteurs predictifs de la mortalite operateire. Gastroent. Clin. Biol. 1999; 19, № 3: 259–265.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Полевой В.П., Сидорчук Р.И., Петрюк Б.В., Нурдинов Х.Н.

Резюме. Проведен анализ результатов инфузионно-трансфузионной терапии в лечении посттравматических острых желудочно-кишечных кровотечений эрозивно-язвенного происхождения. Показано, что желудочно-кишечные кровотечения являются важным обтягивающим фактором политравм. Адекватная инфузионно-трансфузионная терапия способствует улучшению результатов лечения пострадавших с политравмами, осложненными острокровоточивыми язвами и эрозиями ЖКТ.

Ключевые слова: политравма, осложнения, желудочно-кишечные кровотечения, инфузионно-трансфузионная терапия.

APPLICATION OF INFUSION-TRANSFUSION THERAPY IN THE TREATMENT OF ACUTE POST-TRAUMATIC GASTROINTESTINAL BLEEDING OF EROSIVE-ULCERATIVE ORIGIN

Polyovyy V.P., Sydorshuk R.I., Petryuk B.V., Nurdinoy H.N.

Summary. The analysis of infusion-transfusion therapy in the treatment of posttraumatic acute gastrointestinal bleeding of erosive-ulcerous origin is set up. It is shown that gastrointestinal bleeding is an important burden factor to polytrauma. Adequate infusion-transfusion therapy improves outcomes of treatment of victims with polytrauma complicated by acute bleeding ulcers and erosions of gastrointestinal tract.

Keywords: Multiple injuries, complications, gastrointestinal bleeding, infusion-transfusion therapy.

Адреса для листування:

Польовий Віктор Павлович
Буковинський державний медичний університет
58000, м. Чернівці, вул. Фастівська, 2
Тел.: (03722) 69-278