



М.П. Польовий, Р.І. Сидорчук,  
С.С. Паляниця, Х.Н. Нурдінов

Чернівецький державний  
медичний університет,  
Чернівці

Коллектив авторів

## ТАКТИКА ЩОДО АКТИВНИХ КРОВОТЕЧ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

**Резюме.** У роботі наведені дані клінічного спостереження за перебігом ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту у 37 потерпілих з політравмою. Кровотеча виникла у дев'яти потерпілих, стійкий гемостаз яким вдалося провести ендоскопічним методом з позитивним ефектом завдяки застосуванню розробленого алгоритму заходів.

**Ключові слова:** ерозії, виразки, кровотеча, ендоскопія, шлунково-кишковий тракт.

### Вступ

Проблема діагностики, профілактики, вибору хірургічної тактики та методів лікування потерпілих від політравми з гострими виразками та ерозіями шлунка, які ускладнились кровотечею, залишається актуальною. Гострі ерозії та виразки шлунка в потерпілих з політравмою є причиною кровотечі у 12,9–30 % випадків, летальність від яких за ускладненого посттравматичного перебігу становить 9–44 % [1, 5], сягаючи показників від 35 до 95 %, залежно від важкості травм, наявності супутньої патології, віку потерпілих, кількості та локалізації виразок, важкості кровотечі [3, 4].

Останніми роками приділяється значна увага лікуванню потерпілих з політравмою, перебіг якої супроводжується ерозивно-виразковими ураженнями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і, як наслідок, виникненням гострих шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Проте зменшення кількості випадків кровотеч з гострих виразок та ерозій шлунково-кишкового тракту у потерпілих з політравмою та іншими важкими ушкодженнями немає тенденції до зниження [2, 4].

Проблематичними залишаються визначення контингенту потерпілих щодо ймовірності виникнення кровотеч у ранньому посттравматичному періоді, визначення ступеня операційного ризику, корекції виявлених супутніх захворювань і травм, індивідуального підбору обсягу доопераційної підготовки, вибору оптимального варіанту оперативного втручання, призначення профілактичних заходів щодо можливих післяопераційних ускладнень.

Тому необхідно створити чітку систему індивідуальної тактики щодо потерпілих від політравми за наявності кровотеч з гострих виразок та ерозій шлунка не тільки з метою їх зупинки, але й попередження розвитку синдрому взаємообтяження.

### Мета роботи

Удосконалення тактики щодо потерпілих з політравмою перебіг якої ускладнився кровотечею з гострих виразок й ерозій шлунково-кишкового тракту.

### Матеріали та методи досліджень

Робота виконана на клінічному матеріалі хірургічних № 1 та № 2, травматологічного, нейрохірургічного та реанімаційного відділів ОКУ «Лікарня швидкої медичної допомоги» м. Чернівці та Чернівецького військового шпиталю. Дослідження проведенні на спостереженні 37 потерпілих з політравмою за період з 2008 по 2012 роки, у яких після травмування виникли ерозивно-виразкові ушкодження шлунково-кишкового тракту, які виявлені за клінічними ознаками та підтверджені проведенням фіброгастродуоденальної ендоскопії (ФГСД). Потерпілі з виразковою хворобою в анамнезі у вибірку не включались. Було 23 (62,2 %) чоловіків та 14 (37,8 %) жінок (середній вік потерпілих склав 39 років). Серед обстежуваних ШКК розвинулась у 9 (24,3 %). Характер отриманих травм у потерпілих з кровотечею наведений у таблиці.

Таблиця

**Розподіл потерпілих основної групи в яких розвинулась кровотеча з виразково-ерозивних уражень шлунково-кишкового тракту за домінуючим ушкодженням**

Травма	Кількість, осіб	%
Закрита черепно-мозкова травма	2	22,2
Перелом ребер, пневмоторакс	2	22,2
Поеднана травма (ЗЧМТ, ЗТГК, ЗТОЧП, м'які тканини)	4	44,4
Опіки	1	11,2

Примітка: ЗЧМТ – закрита черепно-мозкова травма; ЗТГК – закрита травма грудної клітки; ЗТОЧП – закрита травма органів черевної порожнини без ушкодження порожнистих органів.

Контрольну групу склали 21 потерпілий, ретроспективний аналіз медичної документації яких показав, що вони лікувалися за традиційними схемами в лікарні до 2008 року і кровотеча з гострих ерозій ШКТ розвинулася у трьох пацієнтів

Всім потерпілим з підозрою на ерозивно-виразковий ушкодження ШКТ виконували ФГДС з метою виявлення стресових виразок та ерозій, а також ранньої діагностики кровотечі з них. Постраждали, які мали протипокази до проведення даної процедури у вибірку не включались.

Ендоскопічне дослідження виконувалося фіброгастроскопом «Olympus GIFЕ 3» за алгоритмом [2] проведення ендоскопічного гемостазу:

- аспірація рідкого вмісту та згортків крові;
- застосування комбінованого інфільтраційного методу до кінцевої зупинки кровотечі;
- повторна аспірація геморагічного вмісту, оцінка ефективності гемостазу;
- аргоноплазмова коагуляція згортка крові або перивазальних тканин;
- зрошування джерела кровотечі 96 % спиртом.

Крім того, нами проведена через 1-2 години після первинного ендоскопічного гемостазу ендоскопічна профілактика рецидиву кровотечі в наступній послідовності:

- аспірація вмісту шлунка;
- виконання перивазальних або периульцерозних ін'єкцій фізіологічного розчину або 5 % глюкози (при кожному дослідженні);
- аргоноплазмова коагуляція навколо джерела кровотечі (тільки за візуального виявлення судини);
- зрошування джерела кровотечі 96 % спиртом.

Аргоноплазмову коагуляцію джерела кровотеч проводили за допомогою ендоскопічного коагуляційного зонда («EMED es 350 ARGON», Німеччина).

#### Результати досліджень та їх обговорення

Відомо, що за наявності травм, опіків, сепсису, поліорганної дисфункції або недостатності ерозивні ураження шлунково-кишкового тракту виникають практично в 100 % пацієнтів.

Тому за наявності скарг потерпілих з політравмою на появу дискомфорту зі сторони шлунково-кишкового тракту до сьомої доби лікування з моменту отримання ушкоджень, у клініці їм виконувалась фіброгастроскопія з метою виявлення гострих виразок та ерозій шлунка. У 37 пацієнтів ендоскопічна картина шлунка та дванадцятипалої кишки інтерпре-

тована як гострі ерозії та виразки, оскільки вони були множинними, локалізувалися на верхівках складок шлунка, мали округлу або овальну форму, розміри яких становили до 0,2-0,4 см у діаметрі, а навколо відмічалася гіперемія. Частіше всього їх локалізація відмічалась в антральному і фундальному відділах шлунка і за класифікацією [2] відповідала терміну «гострі неповні ерозії».

Ендоскопічне дослідження стало базисним для індивідуалізації вибору тактики лікування у постраждалих із стресовою виразкою шлунка, ускладненою кровотечею та способу консервативного й хірургічного втручання. Дослідження проводили для проведення диференційної діагностики; визначення прогнозу захворювання та вироблення індивідуальної тактики лікування хворого з урахуванням знайдених морфологічних та функціональних змін; визначення показників щодо ендоскопічних методів гемостазу, планування засобу та обсягу хірургічного втручання.

При обстеженні у дев'яти із 37 потерпілих виявлено наявність кровотечі із гострих ерозій та виразок. Оскільки оперативні втручання, особливо екстрені, для більшості пацієнтів виявляються просто фатальними, нами виконувалась ендогемостаз. Ендогемостаз є оптимальним методом, який застосовували для даної категорії хворих і поєднує в собі максимальну ефективність і найменшу травматичність. Вагомим аспектом при ендоскопічній оцінці стресової ерозії або виразки шлунка, яка ускладнена кровотечею, для чого визначали стадію перебігу ерозивно-виразкового ураження з метою чого визначали: чи продовжується кровотеча, утворення кров'яного згортка, наявність тромбу та тромбованих судин і фібринових нашарувань в глибині виразки. Джерело кровотечі при первинному огляді вдалось верифікувати у 97 % спостережень та у всіх випадках при повторних дослідженнях.

Наявність на дні гострого дефекту слизової оболонки, тромбованих судин, згустків крові, геморагічних нашарувань слугувало показом до виконання перивазальних ін'єкцій. При цьому перевагу віддавати фізіологічному розчину або 5 % розчину глюкози. Коагуляційні методи використовували за наявності ознак ненадійного гемостазу (великі судини, які візуалізувалися в просвіті дефекту, тромбовані судини, згустки крові). Перевагу віддавали такому ощадному методу як аргоноплазмова коагуляція.

Аргоноплазмова коагуляція є одним із сучасних методів ендоскопічного гемостазу, перевагою якого є безконтактна дія на джерело кровотечі. Метод ефективний як для ендоскопічного гемостазу, так і для профілактики ре-



рецидиву кровотечі. Ефективність аргоноплазмової коагуляції при зупинці кровотеч, у наших дослідженнях склала 100 % (рис. 1).

За досягнення гемостазу ендоскопічними методами проводили консервативну терапію. Потерпілим з корекцією супутніх захворювань [3].

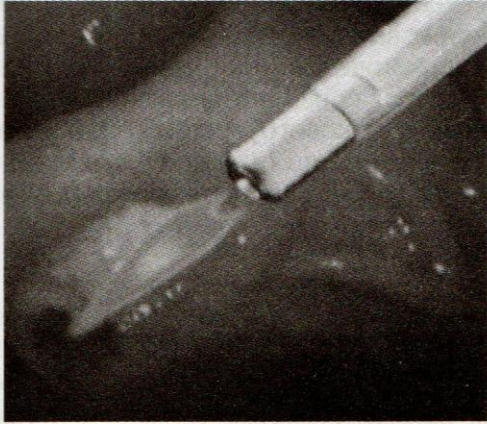


Рис. 1. Хворий В. (поєднана травма). Аргоноплазмова коагуляція кровоточивої судини шлунка за ерозивно-виразкового ураження

На підставі аналізу проведених досліджень розроблений алгоритм тактики щодо потерпілих від політравми з ерозивно-виразкови-

ми ураженнями шлунково-кишкового тракту (рис. 2).

За наявності нестабільного гемостазу, за даними ендоскопічного дослідження, потерпілим виконувалися засоби ендоскопічного гемостазу, залежно від ступеня тромбоутворення та відносили їх до групи ризику виникнення кровотечі. Таким пацієнтам проводилися інтенсивні консервативні гемостатичні засоби лікування та обстеження з метою визначення ризику виникнення кровотечі. За відсутності рецидиву через добу проводили ендоскопічне дослідження з метою оцінки стану джерела кровотечі і, за необхідності, проводилися заходи виконання ендоскопічного гемостазу. При лікуванні гострих ерозивно-виразкових уражень ШКТ, які ускладнені кровотечею, у постраждалих з політравми враховували важкість ушкоджень. Лікування було комплексним та враховувало всі розлади функцій та систем організму [1, 3].

У всіх 9 випадках хворих основної групи кровотечу зупинили використанням ендоскопічного аргоноплазмового гемостазу консервативними засобами.

З 37 потерпілих з ерозивно-виразковими ураженнями ШКТ ускладненими кровотеча-

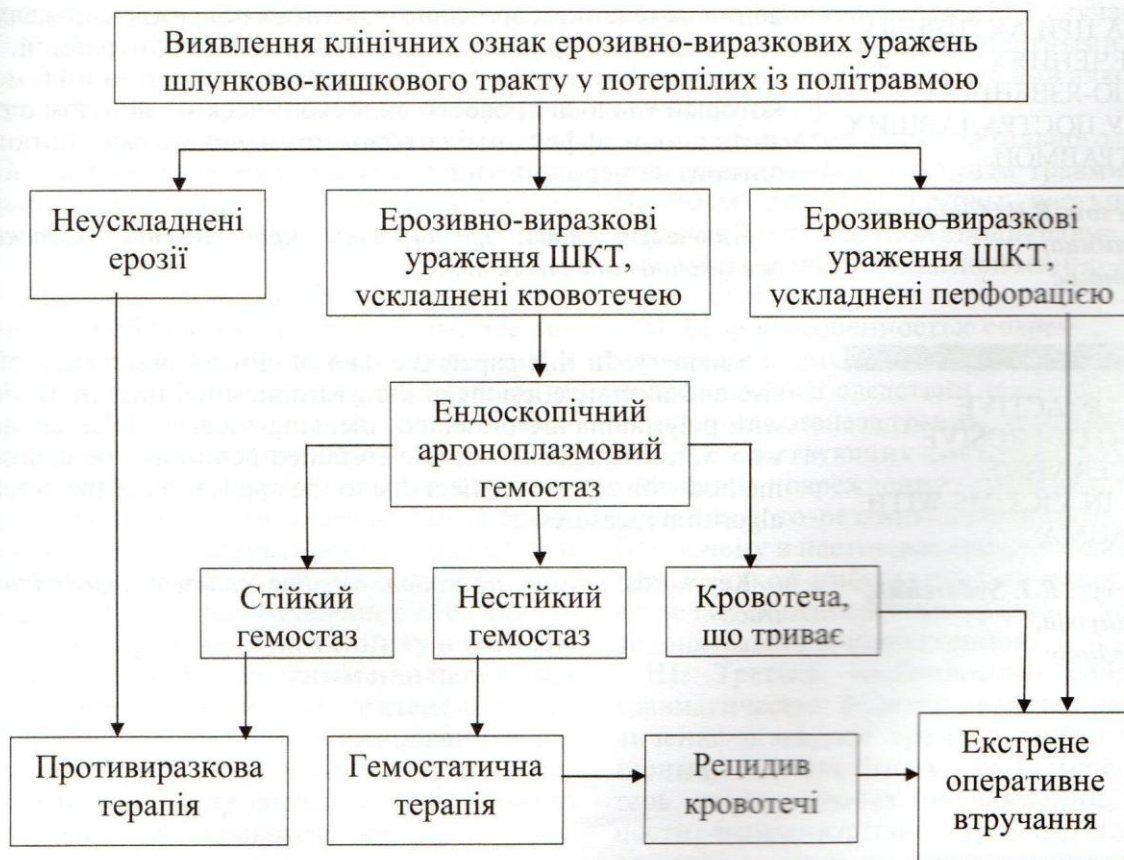


Рис. 2. Алгоритм лікувальної тактики потерпілих з ерозивно-виразковими ураженнями ШКТ, ускладненими кровотечею.

ми, у віддаленому посттравматичному періоді померло три пацієнта (9,6%), смерть яких не пов'язана із рецидивом кровотечі. У контрольній групі загальна летальність склала на фоні кровотечі склала 9,5 % (2 потерпілих) – в одному випадку постраждалих помер від поліорганної недостатності на фоні рецидиву кровотечі з дванадцятипалої кишки, в другому випадку причиною смерті була гостра серцева недостатність на фоні рецидиву кровотечі.

Таким чином, використання запропонованого алгоритму лікувальної тактики дозволяє визначитися з тактичними заходами у постраждалих з гострими ерозивно-виразковими ушкодженнями, ускладненими кровотечею

та визначити необхідний обсяг лікувальних заходів.

### Висновки

1. У лікуванні потерпілих на тяжку поєднану травму з метою лікування кровотеч з ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту необхідно дотримуватися алгоритму запобіжних заходів щодо таких потерпілих.

2. Ендоскопічна аргоноплазмова коагуляція, за наявності ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту ускладнених кровотечею у потерпілих із політравмою, є методом вибору у ліквідації джерела кровотечі.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бобров О.Є. Гострі виразки травного тракту: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика (огляд літератури) / О.Є. Бобров, М.А. Мендель, О.Л. Несторенко // Проблеми медицини. – 2000. – № 3 (17). – С. 12-16.
2. Езофагогастродуоденальна ендоскопія /за ред. проф. В.П. Польового, І.Л. Насташенка. – Чернівці : Медуніверситет, 2012. – 272 с.
3. Польовий В.П. Застосування ранньої превентивної терапії стресових і гострих виразок та ерозій шлунково-кишкового тракту у потерпілих з політравмою /

- В.П. Польовий, Х.Н. Нурдінов // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 15, № 4. – С. 65-68.
4. Cappell M.S. Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy / M.S. Cappell, D. Friedel // Med. Clin. N. Am. – 2008. – Vol. 92. – P. 511-550.
5. Gottumukkala S.R. Endoscopic mechanical hemostasis of GI arterial bleeding / S.R. Gottumukkala, T. Kaltenbach, R. Soetikno // Gastrointestinal endoscopy. – 2007. – Vol. 66, № 4. – P. 774-782.

### ТАКТИКА ПРИ АКТИВНИХ КРОВОТЕЧЕННЯХ ЕРОЗИВНО-ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛІТРАВМОЮ

*В.П. Полевой, Р.И. Сидорчук, А.С. Паляница, Х.Н. Нурдинов*

### TACTICS ON ACTIVE BLEEDING OF EROSIIVE AND ULCERATIVE GENESIS IN VICTIMS WITH POLYTRAUMA

*V.P. Polyovyy, R.I. Sydorhuk, A.S. Palianytsia, Zh.N. Nurdinov*

**Резюме.** В работе приведены данные клинического наблюдения за течением эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта у 37 пострадавших с политравмой. Кровотечение возникло у девяти пострадавших, стойкий гемостаз который удалось провести эндоскопическим методом с положительным эффектом благодаря применению разработанного алгоритма мероприятий.

**Ключевые слова:** эрозии, язвы, кровотечение, эндоскопия, желудочно-кишечный тракт.

**Summary.** In this paper, the data of clinical observation of erosive and ulcerative lesions of the gastrointestinal tract in 37 victims with polytrauma are presented. Bleeding occurred in seven victims who were managed to achieve sustained hemostasis by endoscopic method with a positive effect due to the application of the developed algorithm measures.

**Key words:** erosion, ulceration, bleeding, endoscopy, gastrointestinal tract.