

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-кишкова кровотеча є важливим обтяжуючим чинником політравм. Адекватна інфузійно-трансфузійна терапія сприяє покращанню результатів лікування постраждалих із політравмами, ускладненими гострокровоточивими виразками та ерозіями ШКТ.

Ключові слова. Політравма, ускладнення, шлунково-кишкова кровотеча, 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 гостро кровоточивих ерозивно-виразкових ушкоджень ШКТ: організація спеціалізованих центрів, впровадження термінової фіброгастроскопії, розробка 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 $34,1 \pm 5,22$ р.) та 20 (42,6%) жінок у віці 24–61 років (середній вік $44,5 \pm 6,13$ р.). Розподіл постраждалих за віком показаний у таблиці 1. Характер травм у постраждалих наведений у таблиці 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 (таблиця 3). Найчастіше ушкодження локалізувалося у 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 при

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