



реактивності, метаболічних процесів формування сполучної тканини та її інградієнтів. Встановлені генетичні чинники, які зумовлюють порушення процесів формування сполучної тканини, що призводить до формування різних видів спайок. Виявлені деякі передумови виникнення спайкової непрохідності та запропонований комплексний підхід для профілактики цього ускладнення. Запропоновано патогенетично обґрунтовані методи профілактики спайкової хвороби та її ускладнень, що дозволить значно покращити результати лікування таких хворих.

Польовий В.П., Нурдінов Х.Н.*

**ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ З
ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ**

Кафедра загальної хірургії

*Кафедра догляду за хворими та ВМО**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

В останні роки проблема гострих уражень травного тракту у постраждалих з важкими травмами набуває все більшої актуальності. На сьогоднішній день політравма ускладнюється кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, за даними різних авторів, у 18-25% випадків. Загальна летальність при ускладнених гострих ерозіях і виразках травного каналу залишається дуже високою і коливається від 35 до 95%, залежно від важкості травм та супутніх захворювань, віку постраждалого, кількості та локалізації виразок, важкості кровотечі. Тому метою дослідження було покращити результати лікування постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою на основі вивчення та оцінки функціонально-морфологічних посттравматичних змін верхніх відділів шлунково-кишкового тракту шляхом удосконалення існуючих і запропонованих способів їх прогнозування розвитку, профілактики та лікування.

Основу даного дослідження склали клінічні спостереження 149 постраждалих, у яких після травми виникли ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у пізньому періоді перебігу травматичної хвороби ускладнилися кровотечею. У вибірку постраждалих, які в анамнезі хворіли на виразкову хворобу не брали. Усі пацієнти поділені дві групи: дослідну (78 постраждалих). Групу порівняння склав 71 постраждалий, ефективність лікування яких оцінювали ретроспективно за медичними картами з 2005 по 2015 рр. Особам дослідної групи лікування проводилося за власними розробками. За показаннями постраждалим проводили фіброгастроскопію. При цьому – у 12 потерпілих виникли гострі виразки та ерозії, які ускладнилися кровотечею. У половини від загальної кількості – 50% постраждалих мала перший ступінь крововтрати. Водночас тяжкі крововтрати і крововтрати середнього ступеня тяжкості склали половину випадків.

Найчастіше ерозивно-виразкові uszkodження локалізувалося у шлунку та дванадцятипалій кишці. Кількісно зустрічалися у вигляді поодиноких стресових виразок, численних стресових виразок та гострих ерозій. Стресові виразки та ерозії локалізувалися в тілі шлунка у 60% випадків. Більшість стресових виразок та ерозій були розташовані на задній стінці шлунка, у декількох постраждалих при численних uszkodженнях були уражені дві стінки, значна кількість uszkodжень локалізувалося на малій кривизні.

За отримання травми в ранні терміни перебігу травматичної хвороби відбувається утворення множинних дрібних вогнищ деструкції в зоні максимальної кислотопродуруючої або найбільш вираженого зниження рН, на фоні гіперацидного стану і запальної реакції слизової оболонки ділянки шлунку. Кислотнопептичний фактор на даному етапі відіграє провідну роль в перші 10 діб перебігу травматичної хвороби та обумовлює розвиток 80% виразок, які виникають у даній категорії хворих.

У якості предиктора поважання стану постраждалих та розвитку ускладнень, скористались біологічним тестом з клітинним біосенсором *Dunaliella viridis*, що представляє собою культуру поодиноких рухливих клітин, розміром 15-60 мкм

Серед обстежуваних постраждалих шлунково-кишкові кровотечі розвинулась у 12 хворих. Езофагогастродуоденоскопія давала можливість оцінити локалізацію, розміри виразкового дефекту, а також ступінь кровотечі за класифікацією Forrest. Серед постраждалих 9 лікувалося консервативно, а 3 було прооперовано.

При дифузних ерозивно-виразкових кровотечах найбільш часто використовується поєднання інфільтрації та методу ендоскопічної піддіафрагмальної медикаментозної блокади блукаючого нерва. Застосування в якості основного способу в ланці комплексної гемостатичної терапії саме інфільтраційного способу обумовлена тим, що більшість постраждалих, які нами спостерігались мали розміри дефектів більше середніх з глибиною більше 1-2 мм.

На основі проведеного дослідження нами розроблений алгоритм лікувальної тактики ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту у постраждалих із травматичною хворобою. Ефективність первинного гемостазу при кровотечах з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту фізичними методами впливу в пацієнтів з кровотечами невиразкової етіології в постраждалих контрольної групи склала майже 90%. Рецидиви кровотеч спостерігались в 11% випадків. Тоді як поєднане застосування коагуляційно-інфільтративних методів з ендоскопічною піддіафрагмальною медикаментозною блокадою блукаючого нерва сприяє підвищенню якості гемостазу до 98 % у постраждалих і знизити частоту рецидивів захворювання до 8%.