

УДК 616.32-712.3

БІЛЕЦЬКИЙ О.В., НІКОНОВ В.В., ПАВЛЕНКО А.Ю., ДЕМЕНТЬЄВА М.О., БОЙКО В.В., КУЗНЕЦОВ О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Харківський національний медичний університет

Харківська міська клінічна лікарня швидкої невідкладної медичної допомоги

КОНСЕРВАТИВНИЙ ГЕМОСТАЗ У ХВОРИХ ІЗ КРОВОТЕЧЕЮ З ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Резюме. У роботі розглянуто застосування способу консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих із верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового тракту з метою найшвидшого консервативного неспецифічного гемостазу та припинення кровотечі в результаті утворення стійкого згустку.

Ключові слова: гострі шлунково-кишкові кровотечі, первинний гемостаз, гемостатична губка.

Вступ

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) можуть бути ускладненням цілого ряду захворювань, за даними різних авторів, їх частота становить 50–150 випадків на 100 тис. населення в рік. Наприклад, у США ГШКК щорік стають причиною більше 300 тис. випадків госпіталізації [1, 2].

У чоловіків ГШКК зустрічаються удвічі частіше, ніж у жінок. Залежно від ступеня клінічних проявів ГШКК бувають явними або прихованими, з урахуванням відмінностей, що стосуються діагностичної і лікувальної тактики, прийнято виділяти кровотечі з верхніх і нижніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Кровотечі з верхніх відділів ШКТ становлять приблизно 90% всіх випадків шлунково-кишкових кровотеч. Впродовж останніх років стійко зберігаються високі показники летальності при цих кровотечениях — на рівні 8–10 % [3].

Кровотеча з нижніх відділів ШКТ трапляється рідше і становить приблизно 10–20 % усіх кровотеч із гастроінтестинального тракту, частіше виникає в чоловіків і є переважно патологією осіб літнього віку. У США кровотечі з нижніх відділів ШКТ, що вимагають госпіталізації, реєструють із частотою 20 випадків на 100 тис. населення на рік [4].

Діагностичні заходи й інтенсивну терапію у хворих із ГШКК необхідно проводити паралельно.

У даний час у більшості випадків ГШКК вдається лікувати консервативно або малоінвазивними методами — за допомогою фармакологічного й ендоскопічного гемостазу. При досягненні успішного гемостазу призначають специфічну протирецидивну терапію. При ГШКК, що продовжується, розглядається питання про проведення операції, показання до хірургічного втручання визначають індивідуально.

Заходи комплексної інтенсивної (консервативної) терапії досить ефективні й у переважній більшості випадків дають ефект у вигляді зупинки ГШКК. Але досить часто на це витрачається багато часу, при цьому рівень крововтрати перевищує бажані об'єми, мають місце значні гемодинамічні порушення (геморагічний шок), розвивається коагулопатія, що, у свою чергу, може призвести до значних вторинних ушкоджень унаслідок тканинної гіпоксії.

Відтак первинний гемостаз у зоні кровотечі, а саме утворення стійкого згустку, який унеможливає подальшу крововтрату і є бажаним результатом інтенсивної терапії, спрямованої на зупинку ГШКК, створює умови для подальшої етіопатогенетичної терапії захворювання.

Мета. У зв'язку з вищевказаним ми поставили перед собою задачу зменшення крововтрати завдяки найшвидшому консервативному неспецифічному гемостазу та припинення кровотечі в результаті утворення стійкого згустку при ГШКК.

Матеріали і методи

На базі відділення політравми Харківської міської клінічної лікарні швидкої невідкладної медичної допомоги нами був розроблений та вперше використаний спосіб невідкладного консервативного гемостазу. Проведено патентний пошук, після чого подана заявка та отриманий патент на корисну модель «Спосіб невідкладного консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих з гострою шлунково-кишковою кровотечею з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового тракту».

© Білецький О.В., Ніконов В.В., Павленко А.Ю., Дементьєва М.О., Бойко В.В., Кузнецов О.В., 2013

© «Медицина невідкладних станів», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується таким чином: введення гемостатичної губки, а саме ліофілізованої плазми людини з додаванням хлориду кальцію та амінокапронової кислоти у вигляді водної бовтушки, здійснюється шляхом перорального прийому, крізь гастральний або ректальний зонд. Спосіб виконання — на фоні комплексного обстеження та терапії ГШКК.

Спосіб заснований на знанні про анатомічне положення джерел крововтрати при кровотечі з верхніх або нижніх відділів ШКТ; на фармакологічних властивостях гемостатичної губки, можливості її введення у вказані відділи ШКТ у вигляді водної бовтушки.

Позитивний ефект способу полягає в наступному: можливість використання практично в усіх хворих із ГШКК у зв'язку з простотою виконання, малоінвазивністю, відсутністю ускладнень, пов'язаних із технікою виконання [5].

Отримані результати і їх обговорення

Спосіб показав себе ефективним та простим у виконанні. З середини 2012 року почато його впровадження на базі ДУ «ІЗНХ АМН України». Тому наведені дані можна вважати попередніми.

Спосіб був використаний нами на тлі комплексної інтенсивної терапії в 16 клінічних ситуаціях (13 — ГШКК з верхніх відділів: 6 — гострі виразки шлунка, 3 — ерозивний гастрит, 4 — виразкова хвороба дванадцятипалої кишки; 3 — з нижніх відділів ШКТ — ерозивний коліт).

У всіх хворих на тлі його використання в комплексній інтенсивній терапії ГШКК вдалося припинити маніфестацію кровотечі. При проведенні надалі ендоскопічних досліджень була діагностована зупинка кровотечі завдяки утворенню стійких геморагічних згустків. Надалі хворі продовжували отримувати комплексну інтенсивну терапію з урахуванням особливостей перебігу захворювання.

Спосіб ілюструють такі приклади

Приклад 1. Хворий, С., 38 років, історія хвороби № 3835, надійшов у відділення політравми з діагнозом: закрита черепно-мозкова травма. Забій головного мозку. Забій рани голови. Закрита травма грудної клітки. Перелом правої ключиці. Перелом 4–7-го ребер справа. Забій правої легені. Забій передньої черевної стінки. Травматична ампутація правої нижньої кінцівки на рівні верхньої третини гомілки, лівої нижньої кінцівки на рівні середньої третини стегна. Декомпенсований травматичний шок.

В операційній були проведені такі заходи:

1. Лапароцентез.
2. Первинна хірургічна обробка за типом ампутації верхньої третини правої гомілки.
3. Первинна хірургічна обробка за типом ампутації середньої третини правого стегна.

На 5-ту добу у хворого маніфестувала профузна кровотеча з нижніх відділів ШКТ, одноразово з прямої кишки виділилося понад 1000 мл свіжої крові зі згустками, була проведена ректороманоскопія, що

не дозволила з'ясувати джерело кровотечі, яка мала місце з більш проксимальних відділів товстої кишки, проведення колоноскопії на момент маніфестації кровотечі було неможливе.

Хворому був уведений м'який еластичний зонд через анус у товсту кишку до спадних відділів попереково-ободової кишки, у який було введено 100 мл водної бовтушки гемостатичної губки (100 мл дистильованої води та 1 г саме губки).

Після застосування способу подовжена кровотеча вщухла, через шість годин проведена колоноскопія, при якій у спадному відділі попереково-ободової кишки слизова оболонка була вкрита стійкими геморагічними згустками, подовженої кровотечі немає. Надалі хворий продовжував отримувати комплексну інтенсивну терапію тяжкої травматичної хвороби. За час, проведений хворим у відділенні політравми маніфестації кровотечі з нижніх відділів ШКТ більше не було. Через 31 добу з моменту отримання травми хворий переведений для подальшого лікування та проведення ортопедичної корекції у травматологічне відділення лікарні.

Приклад 2. Хворий Т., 47 років, історія хвороби № 22862, надійшов у відділення політравми з діагнозом: забій м'яких тканин обличчя. Закрита травма живота. Розриви печінки, селезінки, лівої нирки. Позачеревна гематома зліва. Гемоперитонеум 2–3-го ступеня. Компенсований зворотний травматичний шок. Цироз печінки. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Стан після операції з приводу перфорації виразки дванадцятипалої кишки. Спайкова хвороба брижі.

В операційній були проведені такі заходи:

1. Лапароцентез.
2. Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. Спленектомія. Ушивання розриву печінки в ділянці міжчасткової борозни. Ушивання розривів лівої нирки. Трансназальна інкубація тонкого кишечника. Дренування черевної порожнини, паранефральної ділянки зліва.

Наприкінці першої доби після операції у хворого маніфестувала кровотеча з верхніх відділів ШКТ, одноразово по трансназальному зонду виділилося до 400 мл «кавової гуші». Була проведена ургентна фіброгастроскопія, але вона не дозволила з'ясувати джерело кровотечі у зв'язку з наявністю великої кількості крові та її згустків.

Хворому через м'який назогастральний еластичний зонд у шлунок було введено 100 мл водної бовтушки гемостатичної губки.

Після проведення способу маніфестація кровотечі припинилася; через шість годин хворому було проведено повторне ендоскопічне дослідження, діагностовано: зупинена кровотеча з виразкового дефекту дванадцятипалої кишки зі стійким згустком.

Надалі хворий продовжував отримувати комплексну інтенсивну терапію тяжкої травматичної хвороби, що включала специфічну протирецидивну терапію. За час, проведений хворим у відділенні політравми, маніфестації кровотечі з верхніх відділів ШКТ більше не було.

Через два тижні з моменту отримання травми хворий у задовільному стані був виписаний для подальшого амбулаторного лікування за місцем проживання.

Висновки

1. Запропонований спосіб може використовуватися на тлі комплексного лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового тракту.

2. Своєчасне застосування способу є етіопатогенетичним і може бути основою для адекватного невідкладного консервативного гемостазу у хворих із ГШКК з верхніх та нижніх відділів ШКТ.

3. Метод неінвазивний, простий у виконанні, що, у свою чергу, дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних із технікою його виконання.

Список літератури

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей. — М.: Литература, 2003. — 1046 с.
2. Donahue P.E., Nyhus L.M. Massive Upper Gastrointestinal Hemorrhage in Surgery of the Esophagus, Stomach and Small Intestine (5th ed.). — Boston: Little, Brown, 1999.
3. Harris A., Stebbing J. Handbook of gastrointestinal emergencies. London Life Science Communications, 2002.
4. Rolhauser C., Fleischer D.E. Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding // Baillier's Clin. Gastroenterol. — 2000. — 3. — 391-41.
5. Пат. 68469 Україна, UA, МПК2012.01 А61М 25/00, А61К 9/19. Спосіб консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового тракту / О.В. Білецький, М.О. Білецька (Україна). — № 201110965; заявл. 13.09.2011; опубл. 26.03.2012, Бюл. № 6.

Отримано 02.08.13 □

Білецький А.В., Ніконов В.В., Павленко А.Ю.,
Дем'янова М.А., Бойко В.В., Кузнецов А.В.
Харьковская медицинская академия последипломного
образования
Харьковский национальный медицинский университет
Харьковская городская клиническая больница скорой
неотложной медицинской помощи

КОНСЕРВАТИВНЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Резюме. В работе рассмотрено применение способа консервативного гемостазу и остановки кровотечения у больных из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта с целью максимально быстрого консервативного неспецифического гемостазу и прекращения кровотечения в результате образования устойчивого сгустка.

Ключевые слова: острые желудочно-кишечные кровотечения, первичный гемостаз, гемостатическая губка.

Biletsky O.V., Nikonov V.V., Pavlenko A.Yu.,
Demetyeva M.O., Boyko V.V., Kuznetsov O.V.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
Kharkiv National Medical University
Kharkiv Municipal Clinical Emergency Care Hospital, Kharkiv,
Ukraine

CONSERVATIVE HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH UPPER AND LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Summary. In this paper we considered the use of the method of conservative hemostasis and control of bleeding from the upper and lower gastrointestinal tract in patients with the goal as quickly as possible conservative non-specific hemostasis and bleeding stopping as a result of a stable clot.

Key words: acute gastrointestinal bleedings, primary hemostasis, hemostatic sponge.