



В. В. Бойко,
О. В. Білецький,
А. Ю. Павленко,
О. В. Кузнецов, М. О. Білецька,
М. О. Долженко

*Харківський Національний
медичний університет*

*Харківська медична академія
післядипломної освіти,*

*Харківська міська клінічна
лікарня швидкої невідкладної
медичної допомоги*

© Колектив авторів

СПОСІБ НЕВІДКЛАДНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ГЕМОСТАЗУ ТА ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ З ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТАКТУ

Резюме. Розглянуте застосування «способу консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового тракту» з метою як найбільш швидкого консервативного, неспецифічного гемостазу та припинення кровотечі в результаті утворення стійкого згустку.

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

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

У чоловіків ГШКК зустрічаються вдвічі 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 складають приблизно 90 % всіх випадків шлунково-кишкових кровотеч. Впродовж останніх років стійко зберігаються високі показники летальності при цих кровотечах – на рівні 8-10 % [2, 3].

Кровотеча з нижніх відділів ШКТ зустрічається рідше і складає приблизно 10-20 % всіх кровотеч з гастроінтестинального тракту, частіше виникає у чоловіків і є переважно патологією осіб літнього віку. У США кровотеча з нижніх відділів ШКТ, що вимагає госпіталізації, реєструють з частотою 20 випадків на 100 тис. населення у рік [4].

Патогенетичний механізм кровотечі включає два основні фактори:

- оголення та ерозію крупних судин при пошкодженнях епітелію слизової оболонки (згідно цьому механізму розвиваються кровотечі з виразок й ерозій шлунку та стравоходу, при виразковій хворобі шлунку й дванадцятипалої кишки, при ішемічному й неспецифічному виразковому коліті, інших інфекційних й ідіопатичних поразках кишечника);
- порушення цілісності судинної стінки при різкому підвищенні внутрішньосудинного

тиску або масивній травмі шлунково-кишкового тракту (при цьому різке підвищення тиску в судині, що наводить до його розриву, є основним механізмом розвитку кровотечі при варикозному розширенні вен стравоходу, шлунку і гемороїдального сплетіння).

У клінічній класифікації причин кровотечі ШКТ виділяють:

I. Кровотечі з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту:

- виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки;
- варикозне розширення вен стравоходу і кардіального відділу шлунку;
- гострі виразки і ерозії шлунку;
- Маллорі-Вейсса синдром;
- поліпи, доброякісні і злоякісні новоутворення шлунку;
- ерозійний дуоденіт;
- ерозійний (виразковий) езофагіт;
- інші (травми і опіки слизової оболонки стравоходу і шлунку, захворювання крові та ін.).

II. Кишкові кровотечі:

- дивертикулез тонкого і товстого кишечника;
- поліпи, доброякісні і злоякісні новоутворення тонкого і товстого кишечника;
- неспецифічний виразковий коліт;
- хвороба Крону;
- ішемічний коліт;
- променевиї ентерит, коліт;
- варикозне розширення вен гемороїдального сплетіння.

Діагностичні заходи та інтенсивна терапія у хворих з ГШКК:

I. Хворі на ГШКК потребують негайної госпіталізації.

2. Для діагностики кровотеч з верхніх та нижніх відділів ШКТ дуже важливий ретельний збір анамнезу захворювання (наявність у минулому виразкової хвороби, прийом НПЗП або антикоагулянтів, зловживання алкоголем, телеангіоектазії на шкірі і слизистих оболонках та ін.).

При обстеженні хворих з підозрінням на ГШКК необхідно провести динамічний контроль лабораторних показників (рівня гемоглобіну, протромбіну, фібриногену, гематокриту, вмісту еритроцитів і тромбоцитів, часу кровотечі та ін.), обов'язково визначити групу крові й резус-фактор, а також виконати комплексне інструментальне дослідження для встановлення джерела кровотечі.

У хворих з ГШКК з верхніх відділів ЖКТ в першу чергу проводять езофагогастродуоденоскопію, яка має бути по можливості невідкладною, оскільки від своєчасності виявлення джерела кровотечі часто залежить прогноз хворого.

Попереднє введення назогастрального зонда підтверджує наявність крові у вмісті шлунку.

Ендоскопічне дослідження дозволяє визначити джерело кровотечі з верхніх відділів ЖКТ в 70 % випадків.

В даний час основна роль в діагностиці кровотечі з нижніх відділів ШКТ відводиться колоноскопії, перед якою розумно виконати ректороманоскопію для виключення можливого джерела кровотечі в анальному каналі (геморой, анальна тріщина). Необхідно пам'ятати, що виявлення потенційного джерела кровотечі не виключає існування основного патологічного осередку в проксимальних відділах кишки.

Якщо при проведенні ендоскопії джерело кровотечі виявити не вдається може бути застосовна ангіографія й сцинтиграфія, які здатні виявити наявність ангіодисплазії.

Діагностичні заходи та інтенсивну терапію у хворих з ГШКК необхідно проводити паралельно.

На даний час в більшості випадків ГШКК лікують консервативно або малоінвазивними методами – за допомогою фармакологічного та ендоскопічного гемостазу.

3. Треба виділити наступні заходи інтенсивної терапії спрямовані на зупинку кровотечі:

– як можна більш рання корекція крововтрати, що дозволяє не допустити поглиблення тканинної гіпоксії й гемостатичних порушень (препарати крові, колоїди, кристалоїди);

– неспецифічна корекція гемостазу (коагулопатії) (нативна свіжозаморожена плазма, тромбоцитарна маса);

– корекція окремих складових гемостазу (вікасол, етамзілат, препарати кальцію, антифібринолітичні препарати);

– в окремих випадках може бути правомірною інфузія вазопресину або терліпресину протягом перших 48 годин від початку кровотечі, яку доречно проводити паралельно з інфузією соматостатину або його синтетичного аналогу октреотиду;

– фармакологічний гемостаз включає внутрішньовенне введення антисекреторних препаратів, оскільки вони стабілізують фібриногенез, сприяють утворенню згустку, зменшують центральний кровотік і приплив крові до виразки (блокатори H_2 -рецепторів, інгібітори протонної помпи).

4. Методи ендоскопічного гемостазу включають:

– контактну термокоагуляцію (кріо- і електро-);

– неконтактну коагуляцію (аргоном, лазерну);

– ін'єкції (епінефрин, склерозанти);

– механічний гемостаз (кліпювання).

5. При ГШКК, що продовжується, розглядається питання про проведення операції, показання до хірургічного втручання визначають індивідуально.

6. При досягненні успішного гемостазу призначають специфічну протирецидивну терапію.

Відтак первинний гемостаз у зоні кровотечі (виразки), а саме утворення стійкого згустку, який унеможливує подальшу кровотечу є бажаним результатом інтенсивної терапії, яка спрямована на зупинку ГШКК, та створює умови для подальшої етіопатогенетичної терапії захворювання.

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

Перед нами була поставлена задача зменшення крововтрати завдяки як найбільш швидкого консервативного, неспецифічного гемостазу та припинення кровотечі в результаті утворення стійкого згустку при ГШКК.

Нами був 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».

Задача, яку покладено в основу винаходу вирішується наступним чином – введення гемостатичної губки, а саме ліофізикованої плазми



людини, хлориду кальцію та амінокапронової кислоти (що містяться у її складі) виконується у вигляді її водної бовтушки шляхом перорального прийому, крізь гастральний, або ректальний зонди. Для чого вводять м'який еластичний зонд – через рот або ніс у шлунок (у випадку кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту – ШКТ) чи анус у товсту кишку до спадних відділів попереково-ободової кишки (у випадку кровотечі з нижніх відділів ШКТ). В зонд вводять 100 мл водної бовтушки гемостатичної губки (100 мл дистильованої води та 1 г гемостатичної губки, який містить плазми крові людини – 10 мл, хлориду кальцію 0,05 г, амінокапронової кислоти 0,2 г). Спосіб виконують на фоні комплексного обстеження та терапії ГШКК.

Спосіб у своїй основі спирається на анатомічному положенні джерел крововтрати при кровотечі з верхніх або нижніх відділів ШКТ; фармакологічних властивостях гемостатичної губки, можливості її введення в указані відділи ШКТ через зонд у вигляді водної бовтушки.

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

Результати дослідження і та їх обговорення

Спосіб був використаний нами на тлі комплексної інтенсивної терапії в 11 клінічних ситуаціях (9 – ГШКК з верхніх відділів: 5 – гострі виразки шлунку, 1 – ерозивний гастрит, 3 – виразкова хвороба 12-палої кишки; 2 – з нижніх відділів ШКТ – ерозивний коліт).

Спосіб показав себе ефективним, простим у виконанні; був розроблений та вперше використаний у відділенні політравми Харківської міської клінічної лікарні швидкої невідкладної медичної допомоги. 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 наступні приклади:

Приклад 1. Хворий С., 38 років, історія хвороби № 3835, поступив у відділення політравми з діагнозом: закрита черепно-мозкова травма. Забій головного мозку. Забиті рани голови. Закрита травма грудної клітини. Перелом правої ключиці. Перелом 4-7 ребер справа. Забій правої легені. Забій передньої черевної стінки. Травматична ампутація правої нижньої кін-

цівки на рівні В/3 гомілки, лівої нижньої кінцівки на рівні С/3 стегна. Декомпенсований травматичний шок.

В операційній були проведені наступні заходи:

- 1) лапароцентез;
- 2) первинна хірургічна обробка за типом ампутації В/3 правої гомілки;
- 3) первинна хірургічна обробка за типом ампутації С/3 правого стегна.

На п'яту добу у хворого маніфестувала профузна кровотеча з нижніх відділів ШКТ, одночасно з прямої кишки виділилося більше 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, в який було введено 100мл водної бовтушки гемостатичної губки (100 мл дистильованої води та 1 г гемостатичної губки, який містить плазми крові людини – 10 мл, хлориду кальцію 0,05 г, амінокапронової кислоти 0,2 г).

Після проведення способу подовжена кровотеча вщухла, через шість годин була проведена колоноскопія при якій у спадному відділі попереково-ободової кишки слизова оболонка вкрита стійкими геморагічними згустками, подовженої кровотечі немає. В подальшому хворий продовжував отримувати комплексну інтенсивну терапію тяжкої травматичної хвороби. За час проведення 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, поступив у відділення політравми з діагнозом: Забій м'яких тканин обличчя. Закрита травма животу. Розриви печінки, селезінки, лівої нирки. Позачеревна гематома зліва. Гемоперітонеум 2–3 ступеню. Компенсований зворотній травматичний шок. Цироз печінки. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Стан після операції з приводу перфорації виразки дванадцятипалої кишки. Спайкова хвороба брижі.

В операційній були проведені наступні заходи:

- 1) лапароцентез;
- 2) лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини; спленектомія. Ушивання розриву печінки в області междольової борозди. Ушивання розривів лівої нирки. Трансназальна



інкубація тонкого кишковика. Дренування черевної порожнини, паранефральної області зліва.

Наприкінці першої доби після операції у хворого маніфестувала кровотеча з верхніх відділів ШКТ, одноразово по трансназальному зонду виділилося до 400 мл «кавової гущини». 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, було діагностовано: зупинена кровотеча з виразкового дефекту дванадцятипалої кишки з стійким згустком.

В подальшому хворий продовжував отримувати комплексну інтенсивну терапію тяжкої травматичної хвороби, що включала специфічну протирецидивну терапію. За час проведе-

ний 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 з ГШКК з верхніх та нижніх відділів ШКТ.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: [Руководство для практикующих врачей.] / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина. – М.: Литература. – 2003, – 1046 с.

2. 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.

3. Donahue P. E. and Nyhus L. M. Massive Upper Gastrointestinal Hemorrhage in Surgery of the Esophagus, Stomach and Small Intestine (5th ed.). – Boston: Little, Brown, 1999.

4. Harris A., Stebbing J. Handbook of gastrointestinal emergencies. London Life Science Communications, 2002.

5. Rolhauser C. Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding. / Rolhauser C., Fleischer D.E. // Baillier's Clin Gastroenterol. – 2000. – № 3. – P. 391-441.



СПОСОБ НЕОТЛОЖНОГО
КОНСЕРВАТИВНОГО
ГЕМОСТАЗА И ОСТАНОВКИ
КРОВОТЕЧЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ
ВЕРХНИХ И НИЖНИХ
ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТАКТА

*В.В. Бойко, А.В. Белецкий,
А.Ю. Павленко,
А.В. Кузнецов, М.А. Белецкая,
М.А. Долженко*

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

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

METHOD OF CONSERVATIVE
HEMOSTASIS AND
STOP BLEEDING IN
PATIENTS WITH ACUTE
GASTROINTESTINAL
BLEEDINGS FROM THE
UPPER AND LOWER
GASTROINTESTINAL TACT

*V.V. Boyko, A.V. Beletsky,
A.U. Pavlenko, A.V. Kuznetsov,
M.A. Beletskaya,
M.A. Dolzhenko*

Summary. The proposed method of conservative local hemostasis of the patients with acute bleeding from the upper and lower sections of gastrointestinal tract gives possibility for quick formation of stable clot and stop bleeding.

Key words: *acute gastrointestinal bleeding, primary hemostasis, hemostatic sponge.*