

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И ИХ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Н.Г.Мамедов

*Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. – проф. М.Я.Насиров)
Азербайджанского медицинского университета, г. Баку*

ОЦІНКА СТАНУ ХВОРИХ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ ТА ЇХ ПІДГОТОВКА ДО ОПЕРАЦІЇ

Резюме. У роботі показано, що при гострих гастродуоденальних кровотечах виразкового і ракового походження порушуються показники гомеостазу та периферійної гемодинаміки. Своєчасне та адекватне лікування дозволяє за короткий проміжок часу відносно стабілізувати загальний стан хворого і створити сприятливі умови для оперативного втручання. Обсяг операції залежить від загального стану хворого, результатів ендоскопічного обстеження та ступеня деструктивно-дегенеративних змін місцевих тканин.

Ключові слова: гастродуоденальна кровотеча, передопераційна підготовка, хірургічне лікування.

Гастродуоденальные язвы являются одним из наиболее распространенных заболеваний и охватывают около 5-10% населения земного шара. Несмотря на успехи консервативной терапии, частота осложнений не снижается, а время возникновения осложнений отодвигаются на старший возрастной контингент. Эти язвы плохо поддаются медикаментозной терапии, в 40-50% случаев осложняются кровотечением и в 40-70% пенетрируют в соседние органы и структуры. Кровотечения, являющиеся одним из грозных осложнений язвенной болезни, до сих пор являются проблематичным вопросом и требуют детального изучения. Основными задачами являются установление продолжительности кровотечения, уровня деструктивно-дегенеративных изменений местных тканей, оценка общего состояния больного и, исходя из этого, выбор тактики лечения [1-4].

Цель исследования: изучить влияние интенсивной предоперационной терапии на периферическую гемодинамику и некоторые показатели гомеостазу.

Материал и методы. Исследование проведено на 63 больных с острым желудочно-кишечным кровотечением язвенного и ракового происхождения. Для уточнения диагноза и степени кровотечения, кроме анамнестических данных и общих лабораторных исследований,

использовали фиброэзофагогастроскопию с прицельной биопсией. Проводили исследования рН крови, рO₂ (мм. рт. ст), рCO₂ (мм. рт. ст), BE (ммоль/л). Насыщение O₂ определяли методом оксигенометрии, общего белка – биуретрическим методом, определяли общий анализ крови. Эндоскопическое исследование выполнялось фиброгастродуоденоскопом К-2 ("Olimpus").

Результаты исследования. Из 63 больных с желудочно-кишечным кровотечением у 52 (82,5%) имело место продолжающееся кровотечение, в 11 (17,5%) больных кровотечение было остановлено благодаря проведению гемостатической терапии до госпитализации. Степень устойчивости гемостаза по Forrest (1974) составляла: FI – 19 (30,1%), FII – 33 (52,4%), FIII – 11 (17,5%). При поступлении больные жаловались на головокружение, общее недомогание, наличие холодного пота. Количество сердечных сокращений у больных составило 124,9±3,2, систолическое и диастолическое давление – 102,6±4,4 и 58,2±2,3 мм. рт. ст., количество гемоглобина – 62,7±3,3 г/л, Ht – 24,5±1,4% (таблица).

У 19 больных было профузное кровотечение и приведенные показатели подверглись более существенным изменениям. В 11 из них установлен постгеморрагический шок II степени, у 8 – III степени. Все эти больные подверглись экстренным операциям. У поступивших боль-

Таблиця

Влияние предоперационной интенсивной терапии на некоторые показатели периферической гемодинамики и гомеостаза у больных с острым желудочно-кишечным кровотечением

Показатели	Количество обследованных больных	При поступлении	После интенсивной терапии
К-во сердечных сокращений	n=60	124,9±3,2	108,4±4,1 p<0,01
Систол. АД (мм. рт. ст)	n=60	102,6±4,4	116,4±3,5 p<0,02
Диастол. АД (мм. рт. ст)	n=60	58,2±2,3	62,5±2,5 p>0,05
ЦВД (мм. вод. ст)	n=42	5,8±2,1	26,7±3,6 p<0,001
Hb (г/л)	n=60	62,7±3,3	74,2±2,7 p<0,01
Ht (%)	n=42	24,5±1,4	32,3±2,2 p<0,01
Общий белок (г/л)	n=60	48,5±2,6	53,6±2,5 p>0,05
pH	n=24	7,28±0,03	7,41±0,03 p<0,01
pO ₂ (мм. рт. ст)	n=24	78,2±2,0	84,0±2,3 p>0,05
pCO ₂ (мм. рт. ст)	n=24	53,7±1,4	50,2±1,5 p>0,05
BE (ммоль/л)	n=24	-6,3±0,32	-1,8±0,08 p<0,001

ных из-за основного заболевания была выявлена хроническая алиментарная недостаточность, которая обычно сопровождается снижением количества в крови общего белка, но присоединение кровотечения еще больше уменьшает общий белок (до 48,5±2,6 г/л; p<0,001). Естественно, что уменьшение белка отрицательно отражается на репаративных процессах в послеоперационном периоде. У всех больных наблюдали периферический спазм и нарушение микроциркуляции, результатом чего было развитие ацидоза. Это выразилось значительным снижением pH и BE по сравнению с нормой, соответственно 7,28±0,12 и 6,3±0,32 (p<0,01). Все больные подверглись эндоскопическому обследованию для уточнения локализации, наличия или отсутствия кровотечения. Больным, поступившим в шоковом состоянии, одновременно с интенсивной, инфузионной и реанимационной терапией, проводили эндоскопическое обследование в реанимационном отделении. Всем боль-

ным проводили гемостатическую терапию, переливание крови и плазмы, кровезаменителей и коллоидных растворов (для восполнения ОЦК). Одновременно внутривенно вводили противоязвенные препараты. После интенсивной терапии вышеуказанные гемодинамические и биохимические показатели относительно стабилизировались, у больных с олигурией мочеиспускание восстановилось. Все больные, поступившие в клинику, в период от 4 часов до 6 суток подверглись оперативному лечению. Причиной столь длительного предоперационного периода было то, что некоторые больные после остановки кровотечения отказывались от хирургического вмешательства. Благодаря адекватной предоперационной интенсивной терапии тахикардия уменьшилась (108,4±4,1; p<0,02), артериальное давление повысилось (116,4±3,5; p<0,02), центральное венозное давление поднялось с 5,8±2,1 до 26,7±3,6 мм. вод. ст (p<0,001). Одновременно заметно поднялись гемоглабин (74,2±2,7 г/л), Ht –

32,3±2,2 (p<0,001). Количество общего белка поднялось всего на 14,6%, вследствие улучшения гемодинамических показателей и микроциркуляции, устранения периферического спазма. Полностью восстановилось кислотно-щелочное равновесие. Объем проводимых операций зависел от общего состояния больного и выраженности местных изменений (глубокие инфильтративные изменения, низкие язвы, пенетрация в гепатодуоденальную связку). Всем больным с кровотечением ракового происхождения выполняли радикальные операции. Объем оперативных вмешательств у язвенных больных варьировал от иссечения или ушивания язвы с пилоропластическими операциями или без, вплоть до резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера.

В послеоперационном периоде всем боль-

ным продолжали проводить интенсивную терапию, включая переливание крови и плазмы. Кроме общепринятой терапии, у большинства больных проводилось физиологическое и экономное раннее энтерально-зондовое питание. Умерло 4 (6%) больных.

Выводы. 1. У больных с острым гастродуоденальным кровотечением нарушается гомеостаз с анемизацией жизненно важных органов и развитием метаболического ацидоза. 2. Выбор объема и вида оперативного вмешательства зависит от общего состояния больного, данных эндоскопического обследования и выраженности выявленных местных деструктивно-дегенеративных изменений. 3. Применение раннего энтерального питания способствует более быстрому восстановлению больного и снижению частоты ранних послеоперационных осложнений.

Литература

1. Андреев Г.Н. Осложненные большие и гигантские гастродуоденальные язвы и портальная гипертензия / Андреев Г.Н., Жанталинова Н.А., Султаналиев Т.А. – Великий Новгород, 2006. – 220 с.
2. Булгаков Г.А. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / Г.А.Булгаков, В.Я.Дивилин, В.А.Кубышкин // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 31-35.
3. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение: [рук. для врачей] / Вербицкий В.Г., Баченко С.Ф., Куригин А.А. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
4. Muedema B.W. Proximal vagotomy as emergency treatment for bleeding duodenal ulcer / B.W.Muedema, P.R.Torres, M.B.Farnell // Am. Surg. – 1991. – Vol. 161, № 1. – P. 64-68.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И ИХ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Резюме. В работе показано, что при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного и ракового происхождения происходит нарушение показателей гомеостаза и периферической гемодинамики. Своевременное и адекватное лечение позволяет за короткий период времени относительно стабилизировать общее состояние больного и создать более благоприятный фон для оперативного вмешательства. Объем операции зависит от общего состояния больного, результатов эндоскопического обследования и степени деструктивно-дегенеративных изменений местных тканей.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, предоперационная подготовка, хирургическое лечение.

AN ASSESSMENT OF THE CONDITION OF PATIENTS WITH GASTRODUODENAL HEMORRHAGES AND THEIR PREPARATION FOR SURGERY

Abstract. The paper demonstrates that in case of acute gastroduodenal hemorrhages of ulcerous and cancerous origin there occurs a disturbance of the indices of homeostasis and peripheral hemodynamics. A timely and adequate treatment makes it possible to stabilize relatively the general condition of a patient over a short period of time and create a more favourable background for surgical intervention depends on the general condition of a patient, the results of an endoscopic examination and the degree of destructive-degenerative changes of local tissues.

Key words: gastroduodenal bleeding, preoperative preparation, surgical treatment.

Azerbaijan Medical University (Baku)

Надійшла 24.12.2010 р.

Рецензент – проф. Ф.В.Гринчук (Чернівці)