



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (101) 2020

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983ПР від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 01 від 20.01.2020 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарьова  
Адміністратор  
К. В. Пономарьова  
Перекладач  
С. Ю. Базилайшвілі

Підписано до друку 22.01.2020 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 25,75.  
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:  
61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-99  
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2020

Головний редактор В. В. Бойко, д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко, д. мед. н., професор

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан, д. мед. н., професор

Відповідальний секретар

С. О. Береснев, д. мед. н., голов. наук. співр.

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бездетко П. А., д. мед. н., професор  
Велігоцький М. М., д. мед. н., професор  
Голобородько М. К., д. мед. н., професор  
Давиденко В. Б., д. мед. н., професор  
Даценко Б. М., д. мед. н., професор  
Дуденко В. Г., д. мед. н., професор  
Євтушенко Д. О., д. мед. н., професор  
Іванова Ю. В., д. мед. н., професор  
Караченцев Ю. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ  
Клімова О. М., д. мед. н., професор  
Лісовий В. М., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ  
Лупальцов В. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ  
Макаров В. В., д. мед. н., професор,  
Малоштан О. В., д. мед. н., ст. наук. співр.  
Панченко М. В., д. мед. н., професор  
Пасечнікова Н. В., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ  
Пеев Б. І., д. мед. н., професор  
Польовий В. П., д. мед. н., професор  
Прасол В. О., д. мед. н., професор  
Сипітій В. І., д. мед. н., професор  
Сипливий В. О., д. мед. н., професор  
Стариков В. І., д. мед. н., професор  
Сушков С. В., д. мед. н., професор  
Флорікян А. К., д. мед. н., професор  
Тищенко О. М., д. мед. н., професор  
Хворостов Є. Д., д. мед. н., професор  
Шевченко С. І., д. мед. н., професор  
Аксендиус Калангос, M.D., PhD

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Андреещев С. А., к. мед. н., доцент (Київ)  
Гринь В. К., д. мед. н., професор (Донецьк – Київ)  
Дрюк М. Ф., д. мед. н., професор (Київ)  
Зозуля Ю. П., д. мед. н., професор, академік НАМНУ (Київ)  
Юффе І. В., д. мед. н., професор (Луганськ – Рубіжне)  
Кондратенко П. Г., д. мед. н., професор (Донецьк – Краматорськ)  
Кононенко М. Г., д. мед. н., професор (Суми)  
Кришень В. П., д. мед. н., професор (Дніпропетровськ)  
Лизіков А. М., д. мед. н., професор (Гомель, Білорусь)  
Ричагов Г. П., д. мед. н., професор (Мінськ, Білорусь)  
Саенко В. Ф., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ (Київ)  
Сушков С. А., к. мед. н., доцент (Вітебськ, Білорусь)  
Тутченко М. І., д. мед. н., професор (Київ)  
Шалімов С. О., д. мед. н., професор (Київ)  
Шапринський В. О., д. мед. н., професор (Вінниця)  
Щастний А. Т., д. мед. н., професор, (Вітебськ, Білорусь)



Д. Е. Лопатенко,  
М. А. Александров,  
В. П. Колеснік

Харківський національний  
медичний університет

© Колектив авторів

## СТРУКТУРА ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

**Резюме.** Мета нашої роботи була оптимізація ендоскопічної допомоги хворим на кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та виявлення оптимальних засобів ендоскопічного гемостазу.

**Матеріали і методи.** Оцінено результат лікування 297 хворих, яким виконували ендоскопічний гемостаз, який включав інфільтрацію паравазальної ділянки колоїдним розчином і електрокоагуляцію.

**Результати та їх обговорення.** Проведене дослідження показало, що найбільш частим джерелом ЖКК є виразки ДПК — 45,8 % спостережень. Ендоскопічні методи зупинки і профілактики кровотечі виявилися ефективними в 75,5 % випадків.

**Висновки.** Ефективність ендоскопічного гемостазу у хворих з кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту визначається диференційованим підходом. У структурі шлунково-кишкових кровотеч в багатопрофільному стаціонарі екстреної допомоги переважають гастродуоденальні виразки — 76,8 %. При виразковій кровотечі ефективність ендоскопічного комбінованого гемостазу становить 97,0 %.

**Ключові слова:** шлунково-кишкові кровотечі (ШКК), ендоскопічний гемостаз, езофагогастроуденоскопія.

### Вступ

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) - одна з ситуацій, що вимагають міждисциплінарний клінічний підхід з тісною взаємодією хірургів і фахівців з ендоскопії. Завдання ендоскопії це уточнення діагнозу, оцінка прогнозу, визначення тактики ведення хворого, проведення гемостазу. Ендоскопія, проведена в ранні терміни у хворих, госпіталізованих з приводу кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, істотно скорочує період стаціонарного лікування, знижує ризик повторних кровотеч і частоту хірургічних втручань [2]. З різних комбінацій способів гемостазу в даний час надають перевагу кліпуванню судин і комбінації ін'єкційних та термокоагуляційних засобів гемостазу [4, 7].

### Мета досліджень

Оптимізувати ендоскопічну допомогу хворим на кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та виявити оптимальні засоби ендоскопічного гемостазу.

### Матеріали та методи досліджень

За 2016–2019 р в хірургічне відділення КНП ХОР «ОКЛ» м. Харкова було госпіталізовано 297 хворих з кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту: 213 (71,7 %) чоловіків, 84 (28,3 %) жінок, середній вік пацієнтів склав  $(54,9 \pm 2,1)$  року.

Із них у 125 (42,1 %) пацієнтів джерелом кровотечі була виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), у 103 (34,7 %) — виразка шлунка, у 23 (8,6 %) — варикозно-розширені вени стравоходу, у 19 (6,5 %) — розрив слизової оболонки кардіоезофагеального переходу (синдром Маллорі-Вейсса), у 10 (3,7 %) — множинні гострі виразки шлунка і ДПК, у 5 (2,7 %) — рак шлунка. Рідкісні джерела кровотечі виявлено у 2 (1,7 %) пацієнтів. До них віднесено розрив розширеної судини підслизового шару шлунку (ураження Д'єлафуа).

Езофагогастроуденоскопію (ЕГДС) у всіх пацієнтів виконували в перші години госпіталізації або початку кровотечі незалежно від важкості кровотечі. При легкому ступені крововтрати дослідження проводили під місцевою анестезією 10 % розчином лідокаїну, а при середній і тяжкого ступеня — у реанімаційному відділенні з внутрішньовенною седацією пацієнта.

Після визначення локалізації і джерела кровотечі виконували ендоскопічний гемостаз, який включав інфільтрацію паравазальної ділянки колоїдним розчином і електрокоагуляцію. При струменевій артеріальній кровотечі (Forrest Ia) підслизову інфільтрацію виконували по 20 мл 5 % розчину транексамової кислоти з 3-5 точок. Завершальним етапом була електрокоагуляція. Якщо після зупинки кровотечі доступ до тромбованої судини був ускладнений через велику кількість крові в шлунку, то електрокоагуляцію відклали на 4-6 годин.



При великому згустку крові, що повністю закриває дно виразкового дефекту (Forrest 1b), після зупинки кровотечі методом підслизової інфільтрації, здійснювали руйнування згустку, а потім прицільну коагуляцію. Якщо згусток був дрібним, то після інфільтрації паравазальної ділянки відразу застосовували електрокоагуляцію згустку.

У пацієнтів з ознаками зупиненого кровотечі і чіткої візуалізацією тромбованої судини (Forrest 2a) подальша тактика залежала від діаметра судини в дні виразки. Якщо діаметр судини не перевищував 1 мм, виконували коагуляцію без попереднього створення підслизового інфільтрату. При діаметрі судини більше за 1 мм виконувалась її кліпування.

Ендоскопічна тактика при виявленні в дні виразки фіксованого згустку крові (Forrest 2b) визначалася його розмірами. Згустки невеликих розмірів (3-5 мм) дозволяли виконати коагуляцію без попереднього створення підслизового інфільтрату. Якщо згусток крові був великим, то з метою забезпечення надійності превентивного гемостазу спочатку забезпечували візуалізацію джерела кровотечі шляхом деструкції згустку. При цьому згусток руйнувався не в повному обсязі, залишаючи його основу розміром 3-5 мм, що зберігало тромбовану судину від пошкодження та повторної кровотечі.

За даними літератури, при виявленні в дні дефекту шару солянокислого гематину (Forrest 2c) ризик рецидиву кровотечі є мінімальним і в превентивного гемостазу такі пацієнти не потребують. У нашій практиці ця група хворих виявилася неоднорідною. У деяких пацієнтів в дні виразки були поодинокі дрібні тромбовані судини у вигляді точок гемосидерину, у інших осередки гемосидерину були зливними, щільними. Пацієнтам з точковим гемосидерином в дні виразки превентивний гемостаз не виконували. При щільних шарах гемосидерину з метою виявлення або виключення тромбірованого судини під ними спочатку здійснювали струйне відмивання дна виразки. Якщо виявляли тромбіровану судину, то алгоритм ендоскопічної профілактики був таким же, як у пацієнтів з кровотечею Forrest 2a.

Після гемостазу у пацієнтів з триваючим кровотечею (Forrest 1a, 1b) проводили ендоскопічний моніторинг. Контрольне ендоскопічне дослідження виконували протягом 24 годин після першого дослідження. При розриві в області кардіоезофагеального переходу (синдром Маллорі-Вейсса), повторне дослідження здійснювали тільки в разі невстановленого джерела кровотечі при першому дослідженні.

### Результати досліджень та їх обговорення

Ознаки триваючої кровотечі були виявлені у 76 (25,5 %) хворих, що зупинилася — у 221 (75,5 %) пацієнта. Таким чином, за класифікації J. Forrest, спонтанно зупинена кровотеча була діагностована в 2,9 рази частіше, ніж триваюча.

Повторно ендоскопічні методи зупинки кровотечі були застосовані у 65 (21,9 %) пацієнтів. Повторний рецидив кровотечі розвинувся у 9 (3,0 %) хворих, з них протягом першої доби у 7 (80,2 %), на 2-4 добу — у 2 (18,8 %). Всі пацієнти цієї групи під час надходження до стаціонару мали масивну кровотечу F1a. Тактика ведення таких пацієнтів, перш за все визначення показань до хірургічного лікування, дискусійна. Наш досвід показує однакову летальність і потребу в гемотрансфузії у хворих при хірургічних і повторних ендоскопічних втручаннях, що відповідає даним літератури [8, 9, 11]. Таким чином, у деяких хворих з рецидивом кровотечі при успішній повторній лікувальній ендоскопії та задовільному стані ми застосовували вичікувальну тактику, але наступний рецидив - був абсолютним показанням до оперативного лікування. Були прооперовані 6 (66,7 %) пацієнтів цієї групи. Один з них помер на третю добу після вдалого гемостазу, оскільки перенесена кровотеча посилила важкість його стану. У групі пацієнтів без рецидиву кровотечі летальних випадків не було. Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з рецидивом кровотечі склала (22 ± 2,4) доби, в групі пацієнтів без рецидиву кровотечі тривалість лікування склала (11 ± 1,8) діб.

Проведене дослідження показало, що найбільш частим джерелом ЖКК є виразки ДПК — 45,8 % спостережень. Безумовно, що кровотеча посилювала важкість основного захворювання або поєднаної травми. Ендоскопічні методи зупинки і профілактики кровотечі виявилися ефективними в 75,5 % випадків.

### Висновки

1. Ефективність ендоскопічного гемостазу у хворих з кровотечею з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту визначається диференційованим підходом не тільки до джерела кровотечі та його інтенсивності, але і до оцінки клінічного стану пацієнта з урахуванням основного захворювання.

2. У структурі шлунково-кишкових кровотеч в багатопрофільному стаціонарі екстреної допомоги переважають гастродуоденальні виразки — 76,8 %.

3. При виразковій кровотечі ефективність ендоскопічного комбінованого гемостазу становить 97,0 %.

4. Рецидив кровотечі підвищує смертність хворих в період перебування в стаціонарі в 10 разів.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Blair S.D., Janvrin S.B., McCollum C.N. et al. Effect of early blood transfusion on gastrointestinal haemorrhage // Br J Surg. — 1986. — 73. — P. 783-785.
2. Chung S.C.S., Lau J.Y., Sung J.J. Randomized comparison between adrenaline injection alone and adrenaline injection plus heat probe treatment for actively bleeding peptic ulcers // BMJ. — 1997. — 314. — P. 1307-11.
3. Ghosh S., Watts D., Kinnear M. Management of gastrointestinal haemorrhage // Postgraduate Medical Journal. — 2002. — 78. — P. 4-14.
4. Jalan R., Hayes P.C. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients // Gut. — 2000. — 46 (suppl 1).
5. K Palmer Postgraduate Medical Journal. — 2004. — 80. — P. 399-404.

СТРУКТУРА І  
МЕТОДИ ЛЕЧЕННЯ  
КРОВОТЕЧЕНЬ ІЗ  
ВЕРХНІХ ОТДЕЛІВ  
ЖЕЛУДОЧНО-  
КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Д. Э. Лопатенко,  
Н. А. Александров,  
В. П. Колесник*

**Резюме.** Цель нашей работы была оптимизация эндоскопической помощи больным с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и выявление оптимальных средств эндоскопического гемостаза.

**Материалы и методы.** Оценено результат лечения 297 больных, которым выполняли эндоскопический гемостаз, который включал инфильтрацию паравазального участка коллоидным раствором и электрокоагуляцию.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенное исследование показало, что наиболее частым источником ЖКК являются язвы ДПК — 45,8 % наблюдений. Эндоскопические методы остановки и профилактики кровотечения оказались эффективными в 75,5 % случаев.

**Выводы.** Эффективность эндоскопического гемостаза у больных с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта определяется дифференцированным подходом. В структуре желудочно-кишечных кровотечений в многопрофильном стационаре экстренной помощи преобладают гастродуоденальной язвы — 76,8 %. При язвенном кровотечении эффективность эндоскопического комбинированного гемостаза составляет 97,0 %.

**Ключевые слова:** *желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК), эндоскопический гемостаз, эзофагогастродуоденоскопия.*

STRUCTURE AND  
METHODS OF TREATMENT  
BLEEDING FROM THE  
UPPER DEPARTMENTS OF  
THE GASTROINTESTINAL  
TRACT

*D. E. Lopatenko,  
M. A. Aleksandrov,  
V. P. Kolesnik*

**Summary.** The aim of our work was to optimize endoscopic care for patients with upper gastrointestinal bleeding and to identify optimal methods of endoscopic hemostasis.

**Materials and Methods.** We analysed the outcome of the treatment of 297 patients with endoscopic hemostasis, which included infiltration of the parasasal area with colloidal solution and electrocoagulation.

**Results and Discussion.** The study showed that the most common source of bleeding were duodenal ulcers — 45.8 % of observations. Endoscopic methods of stopping and preventing bleeding were effective in 75.5 % of cases.

**Conclusions.** The effectiveness of endoscopic hemostasis in patients with bleeding from the upper gastrointestinal tract is determined by a differentiated approach. In the structure of gastrointestinal bleeding in the multidisciplinary emergency hospital, gastroduodenal ulcers predominate — 76.8 %. In ulcerative bleeding, the efficacy of endoscopic combined hemostasis is 97.0 %.

**Key words:** *gastrointestinal bleeding (GIB), endoscopic hemostasis, esophagogastroduodenoscopy.*