

выполнять в специализированных центрах или клиниках, имеющих достаточный опыт таких операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. *Хронический панкреатит*. Руководство для врачей. СПб.: Питер. 2000; 116 с. [Bagnenko S.F., Kurygin A.A., Rukhlyada N.V., Smirnov A.D. *Khronicheskiy pankreatit*. Rukovodstvo dlya vrachey. (Chronic pancreatitis: guide for practitioners.) Saint Petersburg: Piter. 2000; 116 p. (In Russ.)]
2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Р., Ахаладзе Г.Г. Хронический панкреатит, резекционные и дренирующие вмешательства. *Хирургия*. 2006; (8): 4–9. [Gal'perin E.I., Dyuzheva T.R., Akhaladze G.G. Chronic pancreatitis, resection and draining interventions. *Khirurgiya*. 2006; (8): 4–9. (In Russ.)]
3. Данилов М.В., Говоров С.А., Зурабиани В.Г. Повторные и реконструктивные операции при осложнениях и рецидивах традиционных и минимально инвазивных хирургических вмешательств у пациентов с рецидивирующим панкреатитом. *Альманах ин-та хир. им. А.В. Вишневого*. 2011; (2): 11–12. [Danilov M.V., Govorov S.A., Zurabiani V.G. Repetitive and reconstructive surgery for complications and relapses after traditional and minimally invasive surgical interventions in patients with relapsing pancreatitis. *Al'manakh Instituta khirurgii imeni A.V. Vishnevskogo*. 2011; (2): 11–12. (In Russ.)]

4. Добров С.Д., Полякович А.С., Толстых Б.Н. Желчная гипертензия у больных хроническим панкреатитом. *Анн. хир. гепатол.* 2012; 17 (4): 35–40. [Dobrov S.D., Polyakovich A.S., Tolstykh B.N. Biliary hypertension in patients with chronic pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2012; 17 (4): 35–40. (In Russ.)]
5. Шастный А.Г., Петров Р.В., Егоров В.И. Результаты *duodenum*-сохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Берегу при хроническом панкреатите. *Анн. хир. гепатол.* 2011; 16 (1): 72–78. [Shastnyy A.G., Petrov R.V., Egorov V.I. The results of duodenum preserving pancreatic head resection by Begger in chronic pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2011; 16 (1): 72–78. (In Russ.)]
6. Abdallah A.A., Krige Y.Y., Boruman P. Biliary tract obstruction in chronic pancreatitis. *HPB*. 2007; 9: 421–428.
7. Frey Ch.F., Suzuki M., Isagi S. Treatment of chronic pancreatitis by obstruction of the bile duct or duodenum. *Wed Y. Surg*. 1990; 14: 59–69.
8. Keck T., Marianovic Y., Fernandez-del Castilloc. The inflammatory pancreatic head mass: significant differences in the anatomic pathology of German and American patients with chronic pancreatitis determine very different surgical strategies. *Ann. surg*. 2009; 249 (1): 105–110.
9. Schlosser W., Schwarz B., Beger G.A. Surgical treatment of chronic pancreatitis main duct dilatation: long term results after resection and duct drainage. *HPB*. 2005; 7: 114–119.
10. Zi Yin, Jian Sun, Dong Yin, Jie Wang. Surgical treatment strategies in chronic pancreatitis. *Arch. Surg*. 2012; 147: 961.

УДК 616.33/34-005.1-072.1-089

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Игорь Сергеевич Малков^{1*}, Магомед Нухкадиевич Насруллаев¹,
Гузелия Рависевна Закирова¹, Ильдар Илдусович Хамзин²

¹Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия;

²Городская клиническая больница №7, г. Казань, Россия

Поступила 04.07.2016; принята в печать 26.07.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-832

Цель. Анализ результатов лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением с использованием эндоскопических и хирургических методов гемостаза.

Методы. Проведён анализ результатов лечения 421 пациента с острым желудочно-кишечным кровотечением, находившегося на лечении в отделении неотложной хирургии ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани.

Результаты. Эндоскопические методы гемостаза кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (аргоноплазменная коагуляция, комбинированный пролонгированный инфльтрационный гемостаз с применением 6% раствора полиглюкина с мафусолом, орошение раствором «Гемостаб», лигирование вен пищевода и установка стента Даниша) применены у 404 больных. Всем 421 больным параллельно проводили также консервативную терапию. При использовании указанных выше методов эндоскопического гемостаза у больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта эффективность достигнута в 87,9% случаев. Она была наиболее высока при комбинированном применении различных эндоскопических методов. Рецидив острых кровотечений диагностирован у 30 (7,1%) больных. Большинство пациентов с рецидивом кровотечений страдали язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки (21 пациент). Всем 30 больным с рецидивом кровотечения выполнено хирургическое вмешательство с использованием авторской методики.

Вывод. Выявлена эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, особенно при их комбинированном применении; необходим дифференцированный подход в использовании эндоскопических и хирургических методов гемостаза в зависимости от вида источника кровотечения и его интенсивности.

Ключевые слова: верхние отделы желудочно-кишечного тракта, кровотечения, эндоскопический метод гемостаза, хирургическое лечение, консервативная терапия.

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING OF VARIOUS ETIOLOGY

I.S. Malkov¹, M.N. Nasrullaev¹, G.R. Zakirova¹, I.I. Khamzin²

¹Kazan state medical academy, Kazan, Russia;

²City clinical hospital №7, Kazan, Russia

Aim. Analysis of the treatment results in patients with gastrointestinal bleeding with the use of endoscopic and surgical methods of hemostasis.

Methods. Analysis of the treatment results in 421 patients with acute gastrointestinal bleeding from the urgent surgical department of City Clinical Hospital №7 of Kazan was conducted.

Results. Endoscopic methods of hemostasis in bleeding from the upper gastrointestinal tract (argon plasma coagulation, combined prolonged infiltration hemostasis with the use of 6% solution of polyglucin with mafusol, irrigation with the solution «Hemolab», ligation of the esophageal veins and Danis stent implantation) were applied to 404 patients. All patients simultaneously received conservative treatment. When using the methods of endoscopic hemostasis mentioned above in patients with bleeding from upper gastrointestinal tract the efficiency was achieved in 87.9% of cases. It was the highest when using combined endoscopic methods. Recurrent acute bleeding was diagnosed in 30 (7.1%) cases. Majority of the patients with recurrent bleeding suffered from gastric ulcer and/or duodenal ulcer (21 patients). In all 30 patients with recurrent bleeding surgical intervention with the author's technique was performed.

Conclusion. The efficacy of endoscopic methods of hemostasis in bleeding from the upper gastrointestinal tract, especially their combined use, was revealed; differentiated approach to the use of endoscopic and surgical techniques of hemostasis depending on the source of bleeding and its intensity is required.

Keywords: upper gastrointestinal tract, bleeding, endoscopic hemostasis, surgical treatment, conservative therapy.

Одна из актуальных проблем практического здравоохранения — острые желудочно-кишечные кровотечения, требующие оказания неотложной хирургической помощи. Желудочно-кишечные кровотечения представляют не только проблему здравоохранения, но остаются и экономической проблемой. Так, в США расходы на лечение больных с язвенными кровотечениями составляют более 2 млрд долларов в год [26].

Несмотря на достижения современной клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии и реаниматологии, показатели летальности при данной патологии остаются высокими: общая — до 15%, послеоперационная — до 35%, а по данным отдельных авторов до 55% и более в старших возрастных группах [5, 10, 13, 18, 25].

Внедрение в последнее десятилетие современных методов эндоскопического гемостаза позволило улучшить результаты лечения острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта [6, 15, 19, 25, 27]. Более половины случаев кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта обусловлено язвенными поражениями желудка [2, 9, 16, 21]. Актуальной проблемой в неотложной хирургии является рак желудка, осложнённый желудочным кровотечением [14].

По данным отдельных авторов, частота развития желудочно-кишечных кровотечений достигает 60 на 100 тыс. населения [22]. Пациентами в большинстве случаев (68%) бывают люди пожилого и старческого возраста [2, 7, 8, 11, 12, 23, 24], у 58–93,5% из

них присутствует сопутствующая патология (одна и более), что значительно ухудшает прогноз при острых желудочно-кишечных кровотечениях [2, 8]. Одной из причин высокой летальности остаётся поздняя госпитализация больных.

Особое место в проблеме желудочно-кишечного кровотечения занимает топическая диагностика, что представляет значительные трудности и является одной из главных причин несвоевременного радикального лечения.

Трудным остаётся вопрос выбора рациональной хирургической тактики в каждом конкретном случае [1, 4, 19, 20].

Цель исследования — анализ результатов лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением с использованием эндоскопических и хирургических методов гемостаза.

Проведён анализ историй болезни 421 больного с желудочно-кишечным кровотечением. Пациенты находились на лечении в отделениях неотложной хирургии ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани. Средний возраст составил $57 \pm 0,9$ года (19–87 лет). Мужчин было 251 (59,6%), женщин — 170 (40,4%). Почти 41% больных имели сопутствующую патологию, наиболее часто — сердечно-сосудистую.

Язвенная болезнь желудка была причиной острых кровотечений у 69 (16,4%) больных, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 159 (37,8%), синдром Мэллори–Вейсса — у 84 (19,9%), эрозивно-геморрагические поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта — у 45 (10,7%),

варикозное расширение вен пищевода и желудка — у 37 (8,8%), опухолевые поражения желудка — у 27 (6,4%) больных.

Определение состояния больного и степени тяжести кровопотери проводили согласно классификации А.И. Горбашко (1982) [3]. В нашем исследовании лёгкая степень тяжести кровопотери установлена у 53% пациентов, средняя — у 32%, тяжёлая — у 15% больных.

Для исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта использовали фибро- и видеоскопы фирмы Olympus (Япония). При фиброэзофагогастродуоденоскопии устанавливали источник кровотечения и устойчивость гемостаза по классификации J.A. Forrest и соавт. (1974). В нашем исследовании больные распределились следующим образом:

- Ia (артериальное, струйное) — 13 (3,2%) больных;
- Ib (капельное, диффузное; остановившееся кровотечение) — 57 (13,5%);
- IIa (тромбированная артерия) — 114 (27,1%);
- IIb (фиксированный сгусток) — 160 (37,9%);
- IIc (мелкие тромбированные сосуды) — 63 (14,9%);
- III (язва под «белым» тромбом) — 14 (3,4%) больных.

На основании полученных данных мы определяли лечебную тактику индивидуально для каждого пациента.

После установления источника кровотечения и соответствующей подготовки применяли эндоскопические или хирургические методы гемостаза с последующим проведением консервативной терапии.

Для аргонеплазменной коагуляции использовали аппараты фирмы Фотек EA-141 и EA-142 (г. Екатеринбург) и KLS martin maxium (Германия).

Метод комбинированного пролонгированного инфльтрационного гемостаза выполняли с применением 6% раствора полиглюкина с мафусолом в разведении 1:1 при помощи эндоскопической инъекционной иглы и зондов фирмы ERBE для аргонеплазменной коагуляции.

Орошение раствором «Гемостаб» осуществляли через эндоскопический катетер, в количестве 2–3 мл на каждый случай кровотечения.

Лигирование вен пищевода выполняли лигатурами фирмы Boston Scientific (США). Для остановки кровотечений из варикозно

расширенных вен пищевода использовали стент Даниша фирмы ELLA с последующим эндоскопическим его извлечением в течение 7 дней.

Консервативное лечение включало инфузионную, гемостатическую, антисекреторную и эрадикационную терапию.

Инфузионную терапию начинали с инфузий коллоидно-кристаллоидных растворов для компенсации дефицита объёма циркулирующей крови и стабилизации гемодинамики с одновременной коррекцией нарушений гемокоагуляции путём трансфузии свежзамороженной плазмы. При проведении заместительной терапии руководствовались положениями, приведёнными в алгоритме ведения пациентов с гастродуоденальными кровотечениями В.К. Гостищева [4]. При проведении заместительной терапии тщательно контролировали параметры гемодинамики и инфузионной нагрузки ввиду непредсказуемости реакции организма на кровопотерю и её замещение.

В процессе консервативной терапии выполняли фиброгастродуоденоскопию с целью динамического контроля.

Аргонеплазменную коагуляцию применяли в 197 случаях у пациентов с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и при синдроме Мэллори–Вейсса.

Эндоскопическое орошение раствором «Гемостаб» выполняли в 139 случаях у больных с эрозивно-геморрагическими поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также с синдромом Мэллори–Вейсса после аргонеплазменной коагуляции.

Разработанный в нашей клинике пролонгированный инфилтративный метод эндоскопического гемостаза с применением раствора полиглюкина использовали в 47 случаях у больных в тяжёлом состоянии, а также у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией.

Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода лигатурами фирмы Boston Scientific выполнено в 18 случаях, а в 19 случаях установлен стент Даниша.

При использовании указанных выше методов эндоскопического гемостаза у больных с кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта эффективность достигнута в 87,9% случаев. Она была наиболее высока при комбинированном применении различных эндоскопических методов.

По данным нашего исследования, рецидив острых кровотечений диагностирован у 30 (7,1%) больных. Следует отметить, что большинство пациентов с рецидивом кровотечений были с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (21 пациент). Всем 30 больным с рецидивом кровотечения выполнены хирургические вмешательства. Умерли 9 больных.

При желудочных кровотечениях у больных в тяжёлом состоянии, при неоперабельных опухолях оправдано выполнение только паллиативных операций, таких как прошивание кровоточащего сосуда после гастротомии, иссечение язвы, перевязка магистральных сосудов на протяжении и т.д. После подобных операций у наших больных развивалось рецидивное кровотечение.

С целью остановки, предупреждения рецидива желудочного кровотечения и некроза желудочной стенки мы предложили способ хирургического лечения желудочного кровотечения [17].

Цели достигают тем, что перевязывают ветви малой и большой перигастрических дуг в области источника кровотечения и непосредственно прилегающих к нему зон под контролем артериального давления в интрамуральных сосудах — до стойкого установления его на уровне 40–45 мм рт.ст. у границ очага кровотечения.

Способ осуществляют следующим образом. До начала лапаротомии в желудок вводят фиброгастроскоп, через который удаляют кровь из желудка, отмывают сгустки, устанавливают очаг кровотечения. Затем под общим обезболиванием через мини-разрез в проходящем свете фиброгастроскопа хирург фиксирует положение источника кровотечения и интрамуральных сосудов, связанных с ним.

Выявляют перигастрические дуги — малую, большую и сосуды, направляющиеся от них на переднюю и заднюю стенки желудка. Перевязывают прямые сосуды в проекции источника кровотечения (опухоли, язвы). По ходу перевязки методом ангиотензометрии определяют давление крови в сосудах подслизистого слоя, в прилежащих к кровоточащему очагу отделах со стороны малой и большой кривизны. Перевязку сосудов, направляющихся к опухоли, продолжают до установления в указанных отделах артериального давления в интрамуральных сосудах на уровне 40–45 мм рт.ст. В зависимости от положения и протяжённости очага кровотечения перевязывают необходимое

число ветвей малой и большой перигастрических дуг.

Проводят эндоскопический контроль гемостаза во время операции. При остановке желудочного кровотечения по предложенному способу кровоснабжение очага (источника кровотечения) переводится на внутривенные сосуды желудка малого калибра, что позволяет осуществить стойкое снижение артериального давления в прилегающих к патологическому очагу участках стенки желудка и тем самым обеспечить остановку кровотечения из опухолей, язв, эрозий желудка.

При давлении в интрамуральных сосудах ниже 40–45 мм рт.ст. развиваются деструктивные изменения в желудочной стенке. При давлении выше 40–45 мм рт.ст. не обеспечивается надёжная остановка кровотечения.

Предложенный способ отличается простотой, малой травматичностью, асептичностью операции, поскольку не вскрывается просвет желудка. Способ может быть операцией выбора при неоперабельной опухоли желудка, а также при желудочном кровотечении у больных преклонного возраста с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, когда более обширные операции сопровождаются повышенным риском.

ВЫВОДЫ

1. Выявлена эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Установлено, что при комбинированном применении эндоскопических методов гемостаза эффективность значительно возрастает.

2. Необходим дифференцированный подход в использовании эндоскопических и хирургических методов гемостаза в зависимости от вида источника кровотечения и его интенсивности.

3. Проводимое больным с желудочно-кишечными кровотечениями лечение должно быть комплексным, с учётом индивидуальных особенностей конкретного больного, а также сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А., Хадырова Н.М. Выбор метода рациональной хирургической тактики при нестабильном гемостазе у больных с острым гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2010; (2): 30–37. [Aliev S.A., Khadyrova N.M. The choice of rational surgical tactic

method in the unstable hemostasis for patients with acute gas-troduodenal bleeding of ulcer aetiology. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2010; (2): 30–37. (In Russ.)]

2. Багненко С.Ф., Вербицкий В.Г. Антифибринолитическая терапия в комплексном лечении массивных язвенных желудочно-кишечных кровотечений. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2011; (11): 42–46. [Bagnenko S.F., Verbitskiy V.G. Antifibrinolytic therapy in complex treatment of massive ulcerative gastrointestinal bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2011; (11): 42–46. (In Russ.)]

3. Горбошко А.И. *Диагностика и лечение кровопотери*. М.: Медицина. 1982; 224 с. [Gorboshko A.I. *Diagnostika i lechenie krvopoteri*. (Diagnosis and treatment of blood loss.) Moscow: Medicine. 1982; 224 p. (In Russ.)]

4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2007; (7): 7–10. [Gostishchev V.K., Evseev M.A. The problem of choosing the method of treatment of acute gastroduodenal ulcerative bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2007; (7): 7–10. (In Russ.)]

5. Евсеев М.А. *Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии*. М.: КВАН. 2009; 173 с. [Evseev M.A. *Antisekretornye preparaty v neotlozhnoy khirurgicheskoy gastroenterologii*. (Antisecretory drugs in emergency surgical gastroenterology.) Moscow: KVAN. 2009; 173 p. (In Russ.)]

6. Ермолов А.С., Тетерин Ю.С., Пинчук Т.П. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенном гастродуоденальном кровотечении. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2014; (2): 4–7. [Ermolov A.S., Teterin Yu.S., Pinchuk T.P. Combined endoscopic hemostasis in gastroduodenal ulcer bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2014; (2): 4–7. (In Russ.)]

7. Звенигородская Л.А. Особенности клинического течения и лекарственной терапии язвенной болезни у пожилых больных. *Consilium medicum*. 2007; 10 (8): 27–33. [Zvenigorodskaya L.A. Features of clinical course and pharmaceutical treatment of peptic ulcer in elderly patients. *Consilium medicum*. 2007; 10 (8): 27–33. (In Russ.)]

8. Курбанов Ф.С., Авад Х.М., Балогланов Д.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возрастов. *Ann. хир.* 2009; (3): 37–40. [Kurbanov F.S., Avad Kh.M., Baloglanov D.A. Ulcerative gastroduodenal bleeding treatment in elderly and gerontal patients. *Annaly khirurgii*. 2009; (3): 37–40. (In Russ.)]

9. Лебедев В.Н., Климов А.Е., Бархударова Т.В. и др. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. *Вестн. хир. им. Н.И. Грекова*. 2007; (4): 76–79. [Lebedev V.N., Klimov A.E., Barkhudarova T.V. et al. Strategy of treatment of patients with ulcerous gastroduodenal bleedings. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*. 2007; (4): 76–79. (In Russ.)]

10. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколов П.Ю., Циноева Ф.И. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2013; (8): 28–31. [Lebedev N.V., Klimov A.E., Sokolov P.Yu., Tsinoeva F.I. Comparative evaluation of relapse prediction systems in gastroduodenal ulcer bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2013; (8): 28–31. (In Russ.)]

11. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2008; (1): 4–7. [Lutsevich E.V., Belov I.N. Treatment of gastroduodenal bleedings: from surgery to therapy. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2008; (1): 4–7. (In Russ.)]

bleedings: from surgery to therapy. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2008; (1): 4–7. (In Russ.)]

12. Пальцев А.И. Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций. *Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2011; 11 (5): 181. [Pal'tsev A.I. Health problems and diseases, diagnosis and treatment of the historical and philosophical positions. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, hepatologii, koloproktologii*. 2011; 11 (5): 181. (In Russ.)]

13. Репин В.Н., Костылёв Л.М., Возгомент А.О. и др. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2010; (3): 27–30. [Repin V.N., Kostylev L.M., Vozgoment A.O. et al. Surgical tactics and causes of death in ulcer gastroduodenal bleedings. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2010; (3): 27–30. (In Russ.)]

14. Репин В.Н., Костылёв Л.М., Гудков О.С., Цой С.К. Тактика при раке желудка, осложнённом кровотечением. *Рос. онкол. ж.* 2011; (1): 7–9. [Repin V.N., Kostylev L.M., Gudkov O.S., Tsoy S.K. Surgical tactics for hemorrhage-complicated gastric cancer. *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal*. 2011; (1): 7–9. (In Russ.)]

15. Садыков У.С., Кадыров Ж.Н., Капанова Г.Ж. Роль эндоскопии в диагностике и лечении кровотечения из острых гастродуоденальных язв в клинической практике. *Вестн. Казах. нац. мед. ун-та*. 2012; (1): 283–287. [Sadykov U.S., Kadyrov Zh.N., Kapanova G.Zh. The role of endoscopy in diagnosis and treatment of bleeding from acute gastroduodenal ulcers in clinical practice. *Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta*. 2012; (1): 283–287. (In Russ.)]

16. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Острые желудочно-кишечные кровотечения из хронических гастродуоденальных язв. *Кремлевская медицина*. 2000; (2): 49–53. [Satsukevich V.N., Satsukevich D.V. Acute gastrointestinal bleeding from gastroduodenal ulcers. *Kremlevskaya meditsina*. 2000; (2): 49–53. (In Russ.)]

17. Сигал М.З., Насруллаев М.Н. *Способ хирургического лечения желудочного кровотечения*. Авторское свидетельство №1729491 ГК по изобретениям и открытиям при ГК СССР по науке и технике (Госкомизобретений). М. 03.01.1992. [Sigal M.Z., Nasrullaev M.N. *Method of surgical treatment of gastric bleeding*. Copyright certificate №1729491 GK for inventions and discoveries under the civil code of the USSR on science and technology (Goskomizbreteniy). Moscow. 03.01.1992. (In Russ.)]

18. Ступин В.А., Баглаенко М.В., Кан В.И. и др. Структура летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2013; (5): 31–35. [Stupin V.A., Baglaenko M.V., Kan V.I. et al. The structure of mortality in gastroduodenal ulcer bleeding. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2013; (5): 31–35. (In Russ.)]

19. Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В. Оценка и прогноз эффективности методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. *Мед. вестн. Башкортостана*. 2012; (5): 38–42. [Timerbulatov V.M., Sagitov R.B., Timerbulatov Sh.V. Rating and the prognosis of efficiency of hemostasis methods in treatment of bleedings from the upper gastrointestinal tract. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana*. 2012; (5): 38–42. (In Russ.)]

20. Шевченко Ю.Л., Коржакова А.А., Стойко Ю.М. Дифференцированное лечения язвенных

гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия. Ж. им. Н.И. Пирогова*. 2006; (11): 18–23. [Shevchenko Yu.L., Korzhakova A.A., Stoyko Yu.M. Differential treatment of gastroduodenal ulcerous bleedings. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2006; (11): 18–23. (In Russ.)]

21. Barkun A., Bardou M., Marshall J.K. For the Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Clinical Guidelines Consensus Recommendations for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann. Intern. Med.* 2003; 139 (10): 857.

22. Lassen A. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993–2002: a population-based cohort study. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101: 945–953.

23. Leontiadis G.I., Sharma V.K., Howden C.W. Proton pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding: Cochrane collaboration meta-analysis of randomized

controlled trials. *Mayo Clin. Proc.* 2007; (3): 286–296.

24. Lim C.H. The outcome of suspected upper gastrointestinal bleeding with 24-hour access to upper gastrointestinal endoscopy: a prospective cohort study. *Endoscopy*. 2006; 38: 581–585.

25. Skok P., Krizman L., Skok M. Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage — a prospective, controlled study. *Hepato-Gastroenterol.* 2004; 51: 165–170.

26. Tsoi K., Chan H., Chin P. et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: A meta-analysis. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2010; 25: 8–13.

27. Viviane A. Estimates of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States. *Value Health.* 2008; 11: 1–3.

УДК 616.718.1-089: 616.381-089.82-06: 616-001.36-087

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА И ЖИВОТА В НЕОТЛОЖНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Вячеслав Фёдорович Чикаев*, Руслан Ильгизарович Закиров,
Дамир Галимуллович Зайдуллин, Роман Олегович Ильин,
Гульнара Мубараковна Файзрахманова

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;
Городская клиническая больница №7, г. Казань, Россия

Поступила 08.08.2016; принята в печать 22.08.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-837

Цель. Анализ опыта лечения пострадавших с сочетанными повреждениями таза и брюшной полости в неотложной травматологии.

Методы. Проведён анализ особенностей диагностики и лечения 77 пострадавших с сочетанными повреждениями таза, госпитализированных в ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани.

Результаты. Структура сочетанных повреждений таза характеризуется многообразием травм, сопровождается тяжёлым шоком. Сочетанное повреждение таза у 74% больных сопровождалось шоком, причём в 80% случаев был шок II–III степени. Для сокращения числа перекладываний пациента при госпитализации проводили полное сканирование пациента, а для уточнения объёма повреждений и тактики лечения показана рентгеновская компьютерная томография повреждённых сегментов. В течение первого часа госпитализации для фиксации переломов и остановки внутритазового кровотечения фиксацию костей таза проводили аппаратом внешней фиксации в различной модификации в зависимости от характера повреждений, что позволяло стабилизировать гемодинамику и состояние пострадавших. На втором этапе после стабилизации состояния пострадавших, показателей гемодинамики, коррекции нарушений гомеостаза, на 5–7-е сутки показаны малоинвазивные оперативные вмешательства. При диагностике повреждений органов брюшной полости с целью внешней фиксации переломов наиболее оптимальным считаем применение С-рамы для адекватного доступа при проведении лапаротомии.

Вывод. Пациенту с тяжёлой сочетанной травмой необходимы немедленное полное сканирование с последующей рентгеновской компьютерной томографией, этапное лечение по принципу «Damage control», ранняя фиксация переломов костей таза аппаратами внешней фиксации с последующим малоинвазивным остеосинтезом, подбор оптимального аппарата внешней фиксации для возможности адекватного оперативного доступа.

Ключевые слова: сочетанная травма, таз, остеосинтез, фиксация переломов, шок.

DIAGNOSTIC AND TREATMENT FEATURES OF CONCOMITANT INJURIES OF PELVIS AND ABDOMEN IN THE EMERGENCY TRAUMATOLOGY

V.F. Chikaev, R.I. Zakirov, D.G. Zaydullin, R.O. Il'in, G.M. Fayzrahmanova

Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

City Clinical Hospital №7, Kazan, Russia

Aim. Analysis of experience of treatment of patients with concomitant injuries of pelvis and abdomen in the emergency traumatology.

Methods. Analysis of features of diagnosis and treatment of 77 patients with concomitant pelvic injuries admitted to Kazan City Clinical Hospital №7 was conducted.

Results. The structure of concomitant pelvic injuries is characterized by a variety of injuries, often accompanied by severe shock. Concomitant pelvic injury in 74% of patients was accompanied by shock, and in 80% of cases it was II–III grade shock. To reduce the patient's displacement in the admission ward full body CT scan was performed, and for clarifying the scope of injuries and tactics of management CT scan of injured organs was administered. During the