Особенности инфузионной терапии при желудочно-кишечных кровотечениях

Гасанов Ф.Д., Мурадов Н.Ф., Аббасова М.Т., Аскерова Г.А.

Научный центр хирургии им. М.А. Топчубашева МЗ Азербайджанской Республики, г. Баку, Азербайджан

Обоснование. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК), становятся более жизнеугрожающими, особенно у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС). Состав инфузионной терапии может существенно повлиять на коагуляционный потенциал крови и прогноз лечения.

Цель. Выявить особенности инфузионной терапии у больных с ЖКК.

Материалы и методы. Анализировался состав инфузионной терапии 457 больных, получивших интенсивную терапию по поводу ЖКК в период 2015-2019 гг. В протокол исследования входили общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, кислотно-щелочное состояние, эндоскопическое и/или рентген-контрастное обследование желудочно-кишечного тракта, УЗИ и при необходимости КТ или МРТ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты и их обсуждение. Всем больным после поступления в отделение интенсивной терапии произведена катетеризация одной из центральных вен и проводился постоянный мониторинг основных показателей: пульс, артериальное давление, ЭКГ, пульсоксиметрия (SpO_2), уровень Hb, показатели коагулограммы. Основные принципы

интенсивной терапии заключались в прекращении всех раннее принимаемых антикоагулянтов и антиагрегантов, назначении блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов и ингибиторов протонной помпы, препаратов Альмагель или Маалокс на 3-4 дня, непрерывной инфузии нитроглицерина под контролем гемодинамики, трансфузии полиризирующей смеси. Состав инфузии, проводимой больным, является одним из важных факторов, которые могут повлиять на прогноз лечения. Для восполнения объема циркулирующей крови преимущество отдавали эритроцитарной массе, свежезамороженной плазме (СЗП) и при необходимости коллоидным растворам под контролем центрального венозного давления и диуреза. При этом старались поддерживать уровень Hb не ниже 8 г/дл, гематокрит 25 %, а СЗП применяли в высоких (15-20 мл/кг) дозах.

Выводы. Учитывая опасность тромбоза венечных артерий сердца, шунтов или стенозов на этих сосудах, у больных с ЖКК и сопутствующей ИБС применение гемостатиков нецелесообразно. Возобновление использования антикоагулянтов может быть только после остановки кровотечения.

Ключевые слова: инфузионная терапия, желудочно-кишечное кровотечение, ишемическая болезнь сердца.

Features of infusion therapy with gastrointestinal bleeding

Hasanov F.J., Muradov N.F., Abbasova M.T., Askarova G.A.

Topchubashev Scientific Surgical Centre of the Azerbaijan Republic Ministry of Health, Baku, Azerbaijan

Background. Ulcers of the stomach and 12-duodenal ulcers, complicated by gastrointestinal bleeding (GIB), become more life threatening, especially in patients with concomitant coronary heart disease (CHD). The composition of infusion therapy can significantly affect the coagulation potential of blood and the prognosis of treatment.

Objective. The aim of this work is to identify the features of the infusion therapy performed in patients with GIB.

Materials and methods. We analyzed the composition of infusion therapy in 457 patients who received intensive therapy for GIB in the period 2015-2019. The study protocol included a general and biochemical blood test, coagulogram,

acid base balance, endoscopic and/or X-ray contrast examination of the gastrointestinal tract, ultrasound and, if necessary, CT or MRI of the abdominal organs, ECG, EchoCG.

Results and discussion. Upon admission to the intensive care unit, all patients underwent catheterization of one of the central veins and continuous monitoring of the main indicators: pulse, blood pressure, ECG, pulse oximetry (SpO_2), Hb level, coagulogram indicators. The main principles of intensive care were to stop all previously taken anticoagulants and antiplatelet agents, the appointment of H_2 -blockers – histamine receptors and proton pump inhibitors, Almagel or Maalox for 3-4 days, continuous infusion of nitroglycerin under hemodynamic control, transfusion of a polarizing mixture. The composition of the infusion given to these

patients is one of the important factors that can affect the prognosis of treatment. To replenish the circulating blood volume, erythrocyte mass, fresh frozen plasma (FFP) and, if necessary, colloidal solutions under the control of central venous pressure and diuresis were given preference. At the same time, they tried to maintain the Hb level not lower than 8 g/dL, hematocrit 25 %, and FFP was used in large (15-20 mL/kg) doses.

Conclusions. Considering the danger of thrombosis of the coronary arteries of the heart, shunts or stands on these vessels, in patients with GIB and concomitant CHD, the use of hemostatics is inappropriate. Resuming the use of anticoagulants can only be after the bleeding has stopped.

Key words: infusion therapy, gastrointestinal bleeding, coronary heart disease.