

© Е.А. Корымасов, 2012
УДК 616.33/.34-005.1-08

Е. А. Корымасов

**По поводу статьи М. П. Королёва
«Протоколы организации лечебно-диагностической
помощи при неварикозных желудочно-кишечных
кровотечениях» (Вестн. хир. 2012. № 5. С. 94–101)**

Кафедра хирургии (зав. — проф. Е.А. Корымасов), Институт последипломного образования,
Самарский государственный медицинский университет

Необходимость отечественных стандартов и протоколов по гастродуоденальным кровотечениям назрела, и следует всячески приветствовать идею проф. М.П.Королёва по их составлению. Позвольте воспользоваться любезным разрешением автора и редколлегии и принять участие в обсуждении.

С представленным документом в целом согласен. Он прост и доступен. Попытаюсь высказать лишь сомнения и мысли с позиции хирурга, занимающегося лечением этих пациентов в обычной областной больнице и сталкивающегося с тактическими ошибками при оказании помощи в сельских и городских районах области.

1. Для российской действительности и менталитета будет опасна рекомендация: *«Пациенты с острым язвенным кровотечением низкого риска повторного кровотечения, согласно заключению, сделанному на основании клинических и эндоскопических критериев, могут быть выписаны сразу после эндоскопического исследования»* (курсив мой) (гл. 1, раздел А, 7-й пункт). Ведь рецидив может возникать и у больных с низким риском повторного кровотечения. Наиболее вероятные сроки рецидива — 5–6 дней от состоявшегося кровотечения. Поэтому будет лучше, если ближайшую неделю больной проведет в стационаре под наблюдением хирурга.

2. Считаю целесообразным в отделении СМП (в приемном отделении) (гл. 3) выполнять ФГДС,

и только потом определять принадлежность этих больных к группе «тяжелое желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)» и «нетяжелое ЖКК». Это связано как с организационными (куда госпитализировать), так и с тактическими моментами (первоочередность мероприятий и прогноз кровотечения). На наш взгляд, тяжесть ЖКК определяется в том числе и степенью кровотечения по Forrest (1974). Тяжелым может быть даже молодой больной с F-Ia, F-Ib. Поэтому в гл. 3, п. 3.1 я бы добавил еще одну позицию: «Forrest-Ia и Ib вне зависимости от наличия перечисленных выше критериев».

3. Целесообразно в гл. 4 из п. 3.2 убрать и в п. 4.1 переместить «исследование тромбоцитов, АЧТВ, МНО, протромбинового времени, фибриногена», с учетом развития ДВС-синдрома той или иной степени выраженности, а также возможной фоновой врожденной или приобретенной гематологической патологии.

4. Вопрос определения степени тяжести кровопотери давно обсуждается в печати, и у хирургов много вопросов по поводу информативности и адекватности классификации А.И.Горбашко, которая фактически приведена в табл. 1. Это связано с тем, что при быстрой кровопотери организм не успеет среагировать разведением крови, а медленный темп кровотечения будет происходить на фоне относительно устойчивой гемодинамики. Хорошо известно, что, с одной стороны, наиболее

Сведения об авторе:

Корымасов Евгений Анатольевич, кафедра хирургии, Институт последипломного образования, Самарский государственный медицинский университет, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89

адекватным является оценка степени кровопотери по дефициту объема циркулирующей крови (ОЦК) (и даже дефициту глобулярного объема), а с другой стороны — неоснащенность подавляющего большинства дежурных стационаров аппаратурой для исследования ОЦК. Поэтому целесообразно использовать метод расчета дефицита ОЦК по формуле Мооге, хотя и косвенный, но позволяющий в дальнейшем относительно точно определить объем инфузионной терапии.

$$V_{\text{кр (мл)}} = \text{ОЦК}_д \frac{Ht_d - Ht_f}{Ht_d},$$

где $V_{\text{кр (мл)}}$ — объем кровопотери (в мл); $\text{ОЦК}_д$ — объем циркулирующей крови должный (рассчитывается как масса тела больного, умноженная на 60 мл/кг у женщин или 70 мл/кг у мужчин); Ht_d — гематокрит должный (у мужчин — 0,45, у женщин — 0,42); Ht_f — гематокрит фактический (после остановки кровотечения и стабилизации гемодинамики).

5. Предлагаю внести исправление в гл. 4, раздел В, 3-й пункт и изложить его в таком виде: «Всем пациентам с острым кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта необходимо проведение эндоскопии в течение двух (максимум) часов от момента поступления в стационар».

6. Исправить опечатку в гл. 4, раздел В, 4-й пункт: вместо «гомеостаз» написать «гемостаз».

7. Неоднозначно звучит в гл. 4, раздел В, 6-й пункт, касающийся второй попытки эндоскопического гемостаза при повторном кровотечении. Рецидив остановленного в стационаре кровотечения проявляется всегда более тяжелой кровопотерей и более значимым ухудшением состояния. Повторная попытка чревата еще большим неуспехом эндоскопического гемостаза (по сравнению с первичным эндоскопическим гемостазом) и выполнением экстренной операции в гораздо худших условиях. Кроме того, сам по себе эндоскопический гемостаз является временным способом остановки кровотечения (эффективность в хороших руках 85%), и возобновление кровотечения свидетельствует о том, что надежды явно не оправдаются во второй раз (прогнозируемая эффективность не более 30%). Зачем же затягивать сроки операции, понимая этот факт? Исходя из этого, попытки повторного эндоскопического гемостаза могут быть оправданы только у соматически очень тяжелых больных, у которых риск любого вмешательства крайне высок.

8. Не занимаясь самостоятельно эндоскопическим лечением, а сталкиваясь лишь с результатами этого лечения, не берусь рецензировать гл. 5

«Протокол эндоскопического обследования и лечения». Для хирурга важен эффект. Выбор способа эндоскопического гемостаза остается за эндоскопистом и оснащенностью стационара.

9. Несомненно, что объем и состав инфузионно-трансфузионной терапии зависит от величины кровопотери. Поэтому, в гл. 6 целесообразнее привести известную среди анестезиологов-реаниматологов трансфузионную схему замещения кровопотери по Lundsgaard—Hansen (1980), предусматривающую несколько уровней кровезамещения.

Уровень кровезамещения	Объем кровопотери, % ОЦК	Общий объем трансфузий, % к объему кровопотери	Компоненты кровезамещения и их соотношение в общем объеме
1-й	До 10	150	Кристаллоиды (монотерапия) либо в сочетании с коллоидами (0,7+0,3)
2-й	До 20	170	Коллоиды и кристаллоиды (0,5+0,5)
3-й	21–40	180	Эритроцитная масса, альбумин, коллоиды, кристаллоиды (0,3+0,3+0,3)
4-й	41–70	200	Эритроцитная масса, плазма, коллоиды, кристаллоиды (0,4+0,1+0,25+0,25)
5-й	71–100	200–300	Эритроцитная масса и свежечитратная кровь, альбумин (плазма), коллоиды, кристаллоиды (0,5+0,1+0,2+0,2); при необходимости концентрат тромбоцитов

Данная схема позволяет более разумно подойти к балансу кристаллоидов и коллоидов в отличие от приведенной. А именно в той ее части, где уже при дефиците ОЦК 20% целесообразны равные части коллоидов и кристаллоидов. Ведь $\frac{2}{3}$ объема введенных кристаллоидов через 30 мин оказывается в тканях.

10. Для коррекции коагуляционных расстройств можно добавить транексамовую кислоту в стандартных дозировках в вену.

11. Не совсем удачна формулировка в гл. 6, раздел D, 3-й пункт: «При неудаче эндоскопического лечения необходима консультация хирурга». Это создает впечатление, что больной с язвенным кровотечением — не хирургический больной (?). Больной числится за хирургическим отделением. Лучше сформулировать так: «Показано экстренное оперативное вмешательство».

12. При неудаче эндоскопического гемостаза не надо рассматривать как вариант чрескожную эндовас-

кулярную эмболизацию сосудов (гл. 7, 1-й пункт). Она остается прерогативной очень немногих стационаров, дежурящих по экстренной помощи, да и эффективность ее весьма сомнительна, несмотря на имеющиеся публикации.

13. Представленная хирургическая тактика в пунктах гл. 7 полностью соответствует современным представлениям и реалиям практической хирургии. Имеет смысл добавить тезис о часто встречающейся в последнее время кровоточащей пенетрирующей язве, при которой следует отдавать предпочтение резекции

желудка. При выполнении резекции по первому способу Бильрота обязательным является выведение язвы за просвет двенадцатиперстной кишки во избежание раздражения ее пищей и рецидива кровотечения. Следует предостеречь об опасности и порочности резекции на выключение язвы с оставлением ее в культе двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, проф. М.П.Королёвым сделан большой вклад в создание современных стандартов и протоколов.

Поступила в редакцию 14.12.2012 г.

© М. П. Королёв, 2013
УДК 616.33/.34-015.1-08

М. П. Королёв

Ответ на статью Е. А. Корымасова «По поводу статьи „Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях”»

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М. П. Королёв)
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Уважаемый Евгений Анатольевич!

Редколлегия журнала «Вестник хирургии» выражает Вам благодарность, что Вы приняли активное участие в обсуждении «Методических рекомендаций (протоколов) по организации лечебно-диагностической помощи больным с неварикозными желудочно-кишечными кровотечениями». Учитывая важность проблемы для практического здравоохранения, мнение практикующих хирургов в создании Методических рекомендаций очень важно. Вместе с тем, создавая Методические рекомендации, мы должны учиты-

вать и международный опыт, который основан на новейших достижениях современной медицины и, прежде всего, гастроэнтерологии, эндоскопии и хирургии. Как известно, в основу Методических рекомендаций положены Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными желудочно-кишечными кровотечениями (2010). В создании этих рекомендаций принимали участие ведущие эксперты мира. Все положения в Международных рекомендациях обоснованы и имеют высокую степень доказательств. Также при создании Методических

Сведения об авторе:

Королёв Михаил Павлович (e-mail: korolev_mp@yandex.ru), Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2