

УДК 616.33/.342/002.45/036/88

© П. Д. ФОМІН, С. Й. ЗАПОРОЖАН

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

Оптимізація лікувальної тактики у хворих із кровоточивими гастродуоденальними виразками на різних рівнях надання медичної допомоги

P. D. FOMIN, S. Y. ZAPOROZHAN

National Medical University by O. O. Bohomolets, SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH BLEEDING GASTRODUODENAL ULCERS AT DIFFERENT LEVELS OF MEDICAL CARE PROVIDING

Вивчено та проаналізовано результати лікування 8904 пацієнтів із виразковими гастродуоденальними кровоточивими виразками за 10 років на різних рівнях надання медичної допомоги (КМЦ ШКК – Київський міський центр шлунково-кишкових кровотеч, КЗ ГОР ТУЛ – Комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня”, МЛ – міські лікарні м. Тернополя, ЦРЛ – центральні районні лікарні Тернопільської області). Встановлено причини незадовільних результатів лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровоточивими виразками на різних рівнях надання медичної допомоги.

There were studied and analyzed the results of treatment of 8904 patients with ulcerative gastroduodenal bleedings for 10 years at various levels of medical care providing (KCC GIB – Kyiv City Center of Gastrointestinal Bleedings, ME of TRC TUH – Municipal Establishment of Ternopil Regional Council “Ternopil University Hospital”, CH – Ternopil City hospitals, CDH – Central District hospitals in Ternopil region). The reasons for the disappointing results of treatment of patients with ulcerative gastroduodenal hemorrhages at different levels of medical care providing were determined.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної гастроентерології. Відомо більше 100 захворювань, які викликають шлунково-кишкові кровотечі, з них кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту становлять 70–80 %. Гастродуоденальні виразки є найбільш поширеним джерелом кровотеч верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і займають більш ніж 50 % із їх числа. Незважаючи на зменшення захворюваності неускладненої виразкової хвороби, що пов'язано з відкриттям патогенетичної ролі *H. pylori* і досягненнями консервативної терапії [5], число госпіталізацій із приводу гастродуоденальних кровотеч суттєво не змінилось і навіть збільшилось [10]. Так, поширеність шлунково-кишкових кровотеч із верхніх відділів травного тракту в жителів США становить 115 осіб на 100 тис. населення, в країнах Європи – 48–144, в Україні – 44,9.

Небажано стабільним залишається рівень летальності при виразкових гастродуоденальних кровотечах, який становить близько 5–10 % [3, 4, 9, 13] і не має тенденції до зниження [12, 14]. Згідно

з сучасним уявленням, широке застосування ендоскопічного гемостазу й ефективного медикаментозного лікування, а також нагромаджений досвід лікування цієї групи пацієнтів зменшують летальність від гострого епізоду кровотечі, проте “зростаючий вік населення”, збільшення частоти декомпенсованої супутньої патології, запізніле звертання за медичною допомогою, помилки при наданні спеціалізованої медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах підтримують незмінний рівень летальності протягом останніх десятиріч. Рецидивні виразкові кровотечі під час госпіталізації розвиваються в 20–30 % спостережень [1, 7, 11] і є одним із факторів у визначенні несприятливого прогнозу захворювання [8], що у багато разів збільшує ризик летального наслідку [7]. Раннє виявлення хворих із високим ризиком повторної кровотечі і запобігання йому своєчасним застосуванням надійного ендоскопічного або хірургічного гемостазу може супроводжуватись потенційним зниженням летальності при виразкових гастродуоденальних кровотечах.

Широке застосування сучасних ін'єкційних та механічних методів ендоскопічного гемостазу доз-

волило досягнути значного прогресу в лікуванні виразкових кровотеч [2]. Однак аналіз результатів показав недостатньо високу ефективність методів, що застосовуються, і виявив суттєві обмеження щодо їх використання [6]. Таким чином, пошук раціональних підходів до застосування різних методів ендоскопічного гемостазу, а також розробка нових є важливим науково-практичним завданням.

Мета роботи: поліпшення лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами на різних рівнях надання стаціонарної хірургічної допомоги шляхом вирішення організаційних питань, розробки та удосконалення методів екстреної діагностики, критеріїв вибору консервативних та операційних методів у лікувальній тактиці.

Матеріали і методи. Ми проаналізували результати надання медичної допомоги 8904 пацієнтам, які перебували на стаціонарному лікуванні з виразковими гастродуоденальними кровотечами (ВГДК)

за 10 років на різних рівнях надання медичної допомоги (КМЦ ШКК – Київський міський центр шлунково-кишкових кровотеч – 6376 пацієнтів (71,6 %), КЗ ТОР ТУЛ – Комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня” – 314 пацієнтів (3,53 %), МЛ – міські лікарні м. Тернополя – 413 пацієнтів (4,64 %), ЦРЛ – центральні районні лікарні Тернопільської області – 1801 пацієнт (20,3 %)). Встановлено причини незадовільних результатів лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами на різних рівнях надання медичної допомоги.

Результати досліджень та їх обговорення. Ми встановили, що відносно локалізації кровоточивих виразок залежно від віку і статі (табл. 1) виразкову хворобу дванадцятипалої кишки відмічали у 6309 пацієнтів (70,6 %), тоді як локалізацію виразкової хвороби в шлунку спостерігали у 2595 пацієнтів (29,4 %).

Таблиця 1. Локалізація кровоточивих виразок у пацієнтів залежно від віку і статі на різних рівнях надання медичної допомоги

Локалізація		Вік, роки							Всього	
		20–59		60–74		75–89		90 і старші		
		чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.	
Виразкова хвороба ДПК		2366	1239	648	568	701	700	22	65	6309 (70,6 %)
Шлунок за Н. D. Johnson (1957)	Істинні виразки шлунка (медіагастральні)	332	209	110	102	110	127	14	31	1035
	Препілоричні	254	152	91	66	60	103	9	22	757
	Посіднані	119	86	39	33	40	55	6	22	400
	Високі виразки (кардіальні)	131	94	38	35	44	41	8	12	403
Всього		3202	1780	926	804	955	1026	59	152	8904

Якщо у віці 20–59 років чоловіків було 2366 (37,5 %) із 6309 пацієнтів, то жінок у даному віці було 1239 осіб, що становило 19,6 %. Цікаво, що у пацієнтів віком 90 років і старших із ВГДК відношення чоловіків до жінок становило 1:3, що можна пов'язати з гормональними та атеросклеротичними порушеннями у даній групі хворих. Відносно локалізації виразкової хвороби шлунка залежно від статі, виявлено таке: чоловіків у віці 20–59 років із локалізацією виразки у шлунку було 836, що становило 32,21 % від 2595 пацієнтів із шлунковою локалізацією виразки, тоді як жінок із цією локалізацією у віці 20–59 років було 541, що становило 20,85 %. У похилому і старечому віці (60–74 роки) відмічено 1216 пацієнтів із дуоденальною виразкою, тоді як із локалізацією в шлунку – 514 пацієнтів, тобто відношення пацієнтів із дуоденальною локалізацією до пацієнтів із шлунковою локалізацією становить 2:1.

При порівнянні локалізації виразки шлунка з віком відмічено в усіх вікових категоріях медіагастральну локалізацію виразки у 39,9 %. У 403 пацієнтів (15,5 %) із 2595 осіб із локалізацією у шлунку відмічено кардіальну локалізацію виразки. Таким чином, можна стверджувати, що незалежно від віку в 8904 пацієнтів переважала дуоденальна локалізація виразки, причому як у віці 20–59 років, так і в похилому та старечому віці, що не узгоджується з літературними даними про переважання шлункової локалізації у віці 60 років і старшому.

Аналізуючи локалізацію кровоточивих виразок залежно від рівня надання медичної допомоги, слід відмітити, що у співвідношенні пацієнти з дуоденальною локалізацією до шлункової становлять, відповідно, 3,2:1 на рівні ЦРЛ, на рівні МЛ – 3:1, на рівні КЗ ТОР ТУЛ – 3,36:1. Дещо інша картина отримана нами при аналізі локалізації кровоточивих виразок у Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч (КМЦ ШКК) – відношення дуоденальної локалізації виразки до шлункової становило 2:1.

Із 8904 хворих у термін до 6 год із моменту появи кровотечі, на різних рівнях надання медичної допомоги, в хірургічні стаціонари госпіталізовано 1035 пацієнтів, що становить 11,6 %, тоді як у термін 6–24 і більше 24 год прийнято, відповідно, 39,8, 48,5 %, що свідчить про пізні звертання та пізню госпіталізацію пацієнтів із специфічними ознаками шлунково-кишкової кровотечі: блювання кров'ю, колапс, чорні випорожнення, загальна слабкість тощо.

Аналізуючи терміни госпіталізації пацієнтів із ВГДК (табл. 2), слід відмітити, що із 6309 пацієнтів

із дуоденальною локалізацією виразки лише 348 хворих (5,5 %) госпіталізовано в стаціонар до 6 год із моменту клінічних проявів кровотечі, тоді як у межах 6–24 год і більше 24 год прийнято, відповідно, 37,7 і 56,8 % пацієнтів.

Із шлунковою локалізацією кровоточивих виразок у перші 6 год госпіталізовано 587 пацієнтів (22,6 %), у терміни 6–24 год прийнято 1170 пацієнтів (45 %), а в терміни пізніше 24 год – 738 пацієнтів (28,4 %).

Співвідношення пізньої госпіталізації пацієнтів із ВГДК при дуоденальній і шлунковій локалізації

Таблиця 2. Терміни госпіталізації хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами на різних рівнях надання медичної допомоги

Локалізація виразки		Терміни			Всього
		до 6 год	6–24 год	>24 год	
Дуоденальна виразка		348 (5,52 %)	2377 (37,68 %)	3584 (56,81 %)	6309 (70,6 %)
Шлунок за Н. D. Johnson (1957)	Істинні виразки шлунка (медіагастральні)	235 (22,71 %)	515 (49,76 %)	285 (27,54 %)	1035 (39,88 %)
	Препілоричні	260 (34,35 %)	347 (45,84 %)	150 (19,82 %)	757 (29,17 %)
	Поеднані	107 (26,75 %)	153 (38,25 %)	140 (35 %)	400 (15,41 %)
	Високі виразки (кардальні)	85 (21,09 %)	155 (38,46 %)	163 (40,45 %)	403 (15,53 %)
Всього		1035 (11,62 %)	3547 (39,84 %)	4322 (48,54 %)	8904

становить 2:1. А в терміни до 6 год співвідношення становить 1:4.

При аналізі ступеня активності виразкових кровотеч (табл. 3) за класифікацією J. A. Forrest, 1974 р., відмічено, що незалежно від рівня надання медичної допомоги було 3,11 % пацієнтів з

активністю кровотечі FI A і 2,46 % пацієнтів з активністю кровотечі FI B. У 45,85 % пацієнтів стверджено наявність нестабільного гемостазу (FII A, FII B, FII C) і в 48,02 % осіб із ВГДК – ознаки зупиненої кровотечі, активність якої трактувалась, як FIII.

Таблиця 3. Ступінь активності виразкових кровотеч у хворих із ВГДК (стабільність гемостазу за Forrest) на різних рівнях надання медичної допомоги

Стигмати кровотечі	Локалізація виразки		Всього
	шлунок	ДПК	
FI A	107	170	277 (3,11 %)
FI B	63	156	219 (2,46 %)
FI x	17	32	49 (0,55 %)
FII A	353	850	1203 (13,51 %)
FII B	344	1078	1422 (15,97 %)
FII C	382	1076	1458 (16,37 %)
FIII	1329	2947	4276 (48,02 %)
Всього	2595 (29,15 %)	6309 (70,85 %)	8904

Аналізуючи динаміку активності виразкових кровотеч на різних рівнях надання медичної допомоги у хворих із ВГДК, слід відмітити, що трактування і верифікація лікарями-ендоскопістами ступеня активності кровотечі за FI A, FI B, FI x на рівні ЦРЛ, на рівні МЛ становить, відповідно, 6,11 і 5,81 %, тоді як на рівні КЗ ТОР ТУЛ, КМЦ ШКК він становив, відповідно, 6,69 і 6,12 %.

Низьку питому вагу пацієнтів із верифікацією виразкової кровотечі за FI A, FI B, FI x в умовах КЗ ТОР ТУЛ можна трактувати як госпіталізацію пацієнтів із міста з переводом їх з активною кровотечею FI A, FI B, FI x і наступною госпіталізацією в хірургічне відділення КЗ ТОР ТУЛ. Тракту-

вання високої питомої ваги – 47,45 % пацієнтів з ФПІ (кровотеча зупинена) можна пов'язати з плановою госпіталізацією пацієнтів, в яких в анамнезі були епізоди кровотечі.

Аналізуючи структуру госпіталізації хворих із ВГДК (табл. 4) в хірургічні стаціонари на різних рівнях надання медичної допомоги, відмічено, що машиною швидкої допомоги госпіталізовано в ЦРЛ, МЛ, КМЦ ШКК, відповідно, 46,7, 52,8, 45,4 % пацієнтів. Слід відмітити високий відсоток (61,6 %) самозвернень пацієнтів у КЗ ТОР ТУЛ, тоді як на рівні ЦРЛ, МЛ і КМЦ ШКК кількість самозвернень становить 26,3, 29,8, 20,2 % відповідно. Кожен четвертий пацієнт, госпіталізований у КЗ ТОР

Таблиця 4. Структура госпіталізації хворих із шлунково-кишковими кровотечами в хірургічний стаціонар (Київський міський центр шлунково-кишкових кровотеч (КМЦ ШКК), КЗ ТОР ТУЛ, міські лікарні, ЦРЛ)

Госпіталізація	Рівні надання медичної допомоги			
	Київський міський центр ШКК	КЗ ТОР ТУЛ	Міські лікарні	ЦРЛ
Машина швидкої допомоги	2895 (45,4 %)	29 (11,2 %)	218 (52,8 %)	841 (46,7 %)
Поліклініка	963 (15,1 %)	4 (1,6 %)	–	25 (1,4 %)
Самозвернення	1288 (20,2 %)	159 (61,6 %)	123 (29,8 %)	472 (26,3 %)
Переведені з інших лікувальних закладів	1231 (19,3 %)	66 (25,6 %)	4 (1,0 %)	31 (1,7 %)
Дільничний терапевт	–	–	64 (15,5 %)	298 (16,5 %)
Фельдшер ФАП	–	–	4 (1,0 %)	134 (7,4 %)
Всього	6376	258	413	1801

ТУЛ із ВГДК, переведений з інших лікувальних закладів. Тоді як в ЦРЛ і МЛ він становив 1,7 і 1 % відповідно, а в КМЦ ШКК – 19,3 %.

Направлення з діагнозом ШКК у міські лікарні і ЦРЛ кожного шостого пацієнта пов'язано з диспансеризацією або направленням сімейних лікарів.

Із 8904 пацієнтів, госпіталізованих з приводу ВГДК на різних рівнях надання медичної допомоги, прооперовано 746 пацієнтів, що становить 8,4 %, а у 8158 пацієнтів (91,6 %) кровотеча пролікована консервативними засобами.

Високий рівень хірургічної активності (31,2 %) в умовах КЗ ТОР ТУЛ засвідчує про планове оздоровлення пацієнтів із виразковою хворобою, які в анамнезі перенесли епізод кровотечі.

Із 746 прооперованих хворих на висоті кровотечі – на рівні ЦРЛ, на рівні МЛ, на рівні КМЦ ШКК було прооперовано 15,5, 20, 32,6 %. У ранньому відтермінованому періоді, відповідно, 22,7, 34,5, 29,2 %. У пізньому відтермінованому періоді відмічається висока хірургічна активність у ЦРЛ – 44,3 % і в КЗ ТОР ТУЛ – 58,2 %. Дещо завищений відсоток активності

на рівні ЦРЛ – 44,3 % можна пояснити навчанням обласного хірурга і впровадженням хірургічних методів серед молодих хірургів області. Відсоток операцій із приводу рецидивів кровотеч, показник особливої питомої ваги на рівні ЦРЛ – 17,5 %, на рівнях КЗ ТОР ТУЛ, КМЦ ШКК – 12,3, 15,6 % відповідно. Показник 25,5 % операційної активності на вторинному рівні надання медичної допомоги (міські лікарні) можна пов'язати з неадекватністю ендоскопічного гемостазу або неправильною оцінкою факторів прогнозу рецидиву кровотечі.

Із 746 оперованих хворих із ВГДК на різних рівнях надання медичної допомоги 520 пацієнтів (69,71 %) були у віці 20–59 років (табл. 5).

Проведений аналіз супутньої патології показав, що із 746 оперованих хворих із приводу виразкових гастродуоденальних кровотеч на різних рівнях надання медичної допомоги без супутньої патології оперовано 247 (33,11 %) пацієнтів, в основному цю групу хворих становили пацієнти у віці 20–59 років. Індекс поліморбідності (кількість супутніх захворювань у даній віковій групі) у віці 20–59 років стано-

Таблиця 5. Характеристика оперованих хворих із ВГДК на різних рівнях надання медичної допомоги залежно від віку

Рівні надання	Вік, роки				Всього
	20–59	60–74	75–89	старші 90	
КМЦ ШКК	327 (62,88 %)	51 (44,35 %)	20 (20 %)	1 (9,09 %)	399 (53,49 %)
КЗ ТОР ТУЛ	54 (10,38 %)	18 (15,65 %)	22 (22 %)	4 (36,36 %)	98 (13,14 %)
Міські лікарні	31 (5,96 %)	10 (8,7 %)	13 (13 %)	1 (9,09 %)	55 (7,37 %)
ЦРЛ	108 (20,77 %)	36 (31,3 %)	45 (45 %)	5 (45,46 %)	194 (26,01 %)
Всього	520 (69,71 %)	115 (15,42 %)	100 (13,4 %)	11 (1,47 %)	746

вить 0,7, у віці 60–74 роки – 2,2, у віці 75–89 років – 3,4, у групі пацієнтів, старших 90 років, він становить 4,4, що вимагає корекції супутньої патології в передопераційному періоді і впливає на вибір методу знеболювання, об'єму операційного втручання, терміновості виконання операції.

Серед оперованих хворих у 371 пацієнта (49,73 %) були виконані резекційні методи, у 99 (26,68 %) – резекції шлунка проведені на висоті рецидиву і на висоті тривалої кровотечі.

При операційному лікуванні пацієнтів із виразковими гастроуденальними кровотечами у 175 пацієнтів (47,16 %) були виконані резекційні методи лікування у пізньому відтермінованому періоді.

Органозберігаючі операційні втручання виконані у 375 пацієнтів (50,27 %), в основному при дуоденальній локалізації виразки, із них на висоті рецидиву кровотечі – у 73 (19,46 %), а 87 (23,2 %) пацієнтів були оперовані в пізньому відтермінованому порядку.

При вивченні причин летальних наслідків при хірургічному лікуванні хворих із гастроуденальними кровотечами виразкової етіології виявлено, що кожен третій пацієнт з виразковими гастроуденальними кровотечами (табл. 6) оперований на рівні ЦРЛ – 26 %, що засвідчує або тяжкість стану пацієнтів, які не підлягали транспортуванню на рівні МЛ або КЗ ТОР ТУЛ та КМЦ ШКК, або про

Таблиця 6. Летальність серед оперованих хворих із ВГДК на різних рівнях надання медичної допомоги

Рівні надання медичної допомоги	Кількість оперованих хворих		Кількість померлих післяопераційних хворих	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
ЦРЛ	194	(26 %)	3	(1,55 %)
Міські лікарні	55	(7,37 %)	7	(12,73 %)
КЗ ТОР ТУЛ	98	(13,14 %)	4	(4,08 %)
КМЦ ШКК	399	(53,49 %)	17	(4,26 %)
Всього	746		31	(4,16 %)

високий професійний рівень лікарів ЦРЛ і чергових хірургів по санації, що відбивається на операційній активності як на рівні МЛ – 7,37 %, так і на КЗ ТОР ТУЛ – 13,14 %.

90,54 % померлих пацієнтів були госпіталізовані в хірургічні стаціонари в терміни пізніше 24 год, тоді як летальність серед пацієнтів, які госпіталізовані в хірургічні відділення до 6 год із моменту захворювання, становить 2,25 %, що майже в 45 разів менше, ніж серед пацієнтів, які прийняті в терміни 6–24 год.

Із 201 померлого пацієнта (90,54 %), які госпіталізовані пізніше 24 год із моменту захворювання, 153 хворих (76,1 %) були у віці 60 років і старшому, з них 104 пацієнти (65 %) – у віці 75 років і старшому. Тобто відбувається кореляційна за-

лежність між термінами госпіталізації і віком померлих пацієнтів (табл. 7).

Слід відмітити, що 36 (49,3 %) померлих пацієнтів із приводу виразкових гастроуденальних кровотеч із 73 були з тривалою кровотечею (FI A, FI B).

37 пацієнтів (50,68 %) серед померлих були у стадії нестабільного гемостазу (за А. В. Forrest, 1974 р.), для яких рецидив кровотечі став фатальним, що свідчить про недостатню оцінку прогнозу рецидиву кровотечі, неефективність ендоскопічного гемостазу і відсутність показань для ургентних бригад хірургів щодо виконання превентивних операційних втручань у даній категорії пацієнтів, спрямованих на випередження рецидиву кровотеч (табл. 8). 36 пацієнтів із тривалою кровотечею (75 %)

Таблиця 7. Залежність летальності від термінів госпіталізації

Терміни	Вік, роки				Всього
	20–59	60–74	75–89	90 і старші	
До 6 год	1	1	2	1	5 (2,25 %)
6–24 год	5	3	8	–	16 (7,21 %)
>24 год	48	49	96	8	201 (90,54 %)
Всього	54 (24,32 %)	53 (23,87 %)	106 (47,75 %)	9 (4,06 %)	222

Таблиця 8. Надійність гемостазу за Forrest у пацієнтів із рецидивними кровотечами та летальність

Ступінь гемостазу	Вік, роки				Всього
	20–59	60–74	75–89	Старші 90	
FI A	5	3	11	–	19
FI B	4	4	9	–	17
FII A	9	3	8	2	22
FII B	–	1	3	2	6
FII C	2	2	4	1	9
FIII	–	–	–	–	–
Всього	20	13	35	5	73

були у віці 60 років і старшому. А із 37 померлих пацієнтів у стадії нестабільного гемостазу (FII A, FII B, FII C) 26 пацієнтів (70,3 %) були у віці 60 років і старшому.

Причому із 17 оперованих хворих із ВГДК, які померли після операції, у 7 пацієнтів діагностовано гостру декомпенсовану серцево-судинну патологію. Більш ніж у половини померлих причиною смерті була поліорганна дисфункція на фоні крововтрати.

Висновки. 1. Основним методом діагностики виразкових гастродуоденальних кровотеч та профілактики рецидиву кровотеч є ЕГДС, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих із цією патологією у 100 % випадків.

2. З метою своєчасної верифікації виразки, визначення стигмат кровотечі та ранньої профілактики рецидиву кровотечі рекомендуємо проводити ЕГДС усім пацієнтам з наявністю “шлункового анамнезу”.

3. Усім пацієнтам з ендоскопічно підтвердженою картиною гастродуоденальної кровотечі, залежно

від характеристики стигмат кровотечі за Forrest–Нікішаєвим, необхідно проводити ендоскопічний моніторинг на тлі активної гемостатичної, проти-виразкової та інфузійно-трансфузійної терапії.

4. ЦРЛ – в умовах хірургічного та реанімаційного відділення з виїздом спеціалізованих бригад санітарної авіації. Склад бригади: хірург вищої кваліфікаційної категорії або представник кафедри на рівні доцента, професора, лікар-ендоскопіст, лікар-трансфузіолог.

5. В умовах міських лікарень хворих із ВГДК лікують хірургічні клініки медичних академій, університетів або хірургічні відділення міських лікарень, які надають цілодобову ургентну допомогу. В структурі відділень – спеціалізовані хірургічні бригади, відділення реанімації, ендоскопічні кабінети.

6. Центр ШКК, університетська клініка, обласна лікарня – спеціалізована хірургічна допомога – забезпечуються висококваліфікованими хірургічними бригадами. Склад бригади: лікар-хірург, лікар-анестезіолог, лікар-ендоскопіст на базі міських, обласних центрів шлунково-кишкових кровотеч, обласних лікарень, університетських клінік.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ананко А. А. Тактика діагностики і лічення острих желудочно-кишкових кровотечень на сучасному етапі (обзор западної літератури) / А. А. Ананко // Український медичний часопис. – 2006. – № 6 (56). – С. 55–60.
2. Внутренние лигатуры пилородуоденальной зоны после оперативного лечения кровоточащих язв / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев, В. М. Тихоненко, А. В. Игнатов // Вестник хирургии. – 1990. – № 5. – С. 27–31.

3. Грубник В. В. Операции у больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / В. В. Грубник, Ю. В. Грубник, И. В. Московченко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 2. – С. 26–27.

4. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта с использованием эндоскопических вмешательств : методические рекомендации № 2001/114 /

- Ю. М. Панцырев, Е. Д. Федоров, А. И. Михалев [и др.]. – М. : Бизнес-школа “Интел-Синтез”, 2001. – 48 с.
5. Кондратенко П. Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала : практическое руководство / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов, Е. Е. Раденко. – Донецк : [б. и.], 2006. – 420 с.
6. Короткий В. М. Особливості хірургічних втручань при технічно-складних варіантах виразкової хвороби 12-палої кишки / В. М. Короткий, А. О. Бурка, М. О. Дирда // Актуальні проблеми невідкладної хірургії органів черевної порожнини та уrogenітального тракту : матеріали респ. наук.-практ. конф., 21-22 листоп. 1996 р. – К., 1996. – С. 20–21.
7. Прогноз и профилактика рецидива кровотечений из язв гастродуоденальной зоны у больных с тяжелыми кровотечениями / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, С. Б. Пеев [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2003. – № 1 (6). – С. 65–67.
8. Прогнозування розвитку рецидиву кровотечі та летальності у хворих на виразкову хворобу, ускладнену шлунково-кишковою кровотечею / В. О. Шапринський, І. В. Павлик, О. А. Камінський, В. Ф. Білошицький // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 26–32.
9. Тутченко М. І. Досвід лікування шлунково-кишкових кровотеч / М. І. Тутченко, В. П. Бабій // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 26–27.
10. Фомин П. Д. Организация специализированной неотложной помощи при острых желудочно-кишечных кровотечениях / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев, А. М. Задорожний // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 27–28.
11. Фомін П. Д. Еволюція лікувальної тактики при кровоточивих гастродуоденальних виразках / П. Д. Фомін, В. Д. Братусь, В. І. Нікішаєв // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. – Ужгород, 2003. – № 20. – С. 81.
12. Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract / S. B. Guo, A. X. Gong, J. Leng [et al.] // World Journal of Gastroenterology. – 2009. – Vol. 15, N 34. – P. 4322–4326.
13. Drug treatments in upper gastrointestinal bleeding: value of endoscopic findings as surrogate end points / G. M. Hawkey, A. T. Cole, A. S. McIntyre [et al.] // Gut. – 2001. – Vol. 49, N 3. – P. 372–379.
14. Emergency surgical treatment for bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomized trial. French Associations for Surgical Research / B. Millat, J. M. Hay, P. Valleur [et al.] // World Journal of Surgery. – 1993. – Vol. 17, N 5. – P. 568–573.

Отримано 12.09.12