

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА: ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И
УРОЛОГИИ



**Тема: КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО
ТРАКТА**

Ассистент: Сатторов Бахриддин Самариддинович.
20.11.2016г.

«Самарканд-2016»

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Продолжительность занятия 6 часов

I. Хронология занятий

№	Этапы занятия	Место проведения	Время
1.	Участие в утренней конференции врачей	Конференц зал СФ РНЦЭМП	40 мин
2.	Организационные мероприятия	Учебная комната	10 мин
3.	Проверка исходных знаний по теме	Учебная комната	30 мин
4.	Курация больных	Палаты, перевязочная	60 мин
5.	Разбор курируемых больных	Учебная комната	40 мин
6.	Обсуждение темы занятия	Учебная комната	60 мин
7.	Контроль усвоения материала	Учебная комната	30 мин
8.	Тестовый контроль знаний	Учебная комната	20 мин
9.	Решение ситуационных задач и практических навыков	Учебная комната	40 мин
10.	Определение заданий к следующему занятию	Учебная комната	10 мин

ВВЕДЕНИЕ

Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала является одним из наиболее тяжелых и сложных экстренных заболеваний органов брюшной полости. В структуре острых хирургических заболеваний брюшной полости острое кровотечение в просвет пищеварительного канала занимает 4-ое место после острого аппендицита, острого панкреатита и острого холецистита. В последнее время значительно увеличилось количество больных, страдающих заболеваниями пищеварительного тракта осложняющимся острым кровотечением в просвет пищеварительного тракта. Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для кровоснабжения из пищеварительного тракта, тем лучше результат и лечения больного.

ТЕМА: КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

Место проведения занятия, оборудование: приёмное отделение, кабинет хирурга, кабинет эндоскописта, тематические больные, истории болезни больных, методические рекомендации, тестовые вопросы, ситуационные задачи, тесты с рисунками, слайды, материалы из Интернета (moodle.sammi.uz).

Продолжительность занятия: 6 академических часов.

Цель занятия:

Учебные цели: Уметь диагностировать, знать клинические особенности течения кровотечений из различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Проводить диагностику и дифференциальную диагностику кровотечений из различных отделов ЖКТ. Овладеть принципами консервативного и оперативного их лечения, усвоить алгоритм оказания первой медицинской помощи при кровотечениях из ЖКТ.

Воспитательные цели: воспитание у студентов современного клинического мышления, мировоззрения, обеспечить усвоение студентами ведущего значения школ хирургов СНГ и Республики Узбекистан в разработке проблем диагностики и лечения кровотечений из пищеварительного тракта, осветить современные достижения науки в данном вопросе, обучить навыкам деонтологии и врачебной этики.

Развивающие цели: развитие у студентов способность к мышлению, научить их к творческому подходу к теме, формировать у студентов логическое и самостоятельное мышление и анализ.

Обоснование темы: Острые кровотечения в просвет ЖКТ остаются одним из частых, тяжелых и наиболее опасных осложнений заболеваний органов пищеварения и других систем организма. Об актуальности данной проблемы свидетельствуют показатели летальности, которые при данной патологии достигает 12-20% и, к сожалению, не имеют тенденции к снижению. При этом, если при язвенных кровотечениях этот показатель находится в пределах 10-12%, то при острых эрозивно-язвенных поражениях пищевода, желудка и ДПК достигает 15-22%, при злокачественных новообразованиях ЖКТ – 20-30%, а у больных с синдромом портальной гипертензии – 40-60%.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Под синдромом острого кровотечения в просвет пищеварительного канала (ОКППТ) понимают вытекание крови в просвет органов пищеварительного канала. Кровотечение может быть острым, оно возникает внезапно, и хроническое - начинается незаметно и нередко продолжается долгое время.

Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала является одним из наиболее тяжелых и сложных экстренных заболеваний органов брюшной полости. В структуре острых хирургических заболеваний брюшной полости ОКППК занимает 4-ое место после острого аппендицита, острого панкреатита и острого холецистита. Заболеваемость на ОКППК в Узбекистане составляет 7,35 (4,86-9,63) на 10.000 население.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОКППТ

1. По этиологическим признакам.

1.1. Кровотечение, обусловленное заболеваниями органов пищеварения (язвенная болезнь, опухоли, неспецифический язвенный колит и т.д.)

1.2. Кровотечение, не связанное с органической патологией органов пищеварительного канала (острые язвы и эрозии, болезни крови, синдром портальной

гипертензии и т.д.)

1.3. Ненастоящее кровотечение (проглоченная кровь при кровоточивости десен или незначительном легочном кровотечении.).

1.4. Кровотечение невыясненной этиологии.

2. **По локализации источника кровотечения:** кровотечение с пищевода, желудка, двенадцатиперстной, пустой, подвздошной, ободочной и прямой кишок.

3. **По клиническому течению:**

- скрытое кровотечение;
- явное кровотечение (длящаяся струйная или диффузное, прекращенное кровотечение).

4. **По степени тяжести кровопотери:**

- кровотечение легкой степени (дефицит ОЦК составляет 20% и меньше)
- кровотечение средней степени тяжести (дефицит ОЦК составляет 21-40%)
- кровотечение тяжелой степени (дефицит ОЦК составляет 41-60%)
- кровотечение крайне тяжелой степени тяжести (дефицит ОЦК составляет более 60%).

5. **По степени геморрагического шока:**

- кровотечение с компенсированным шоком
- кровотечение с декомпенсированным обратимым шоком
- кровотечение с декомпенсированным необратимым шоком.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОКППТ

Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала является осложнением различных заболеваний. На сегодняшний день известно более 180 заболеваний, при которых она может наблюдаться. Общим для всех этих заболеваний (первичных или вторичных) является повреждение (арозия) сосуда и вытекания крови в просвет того или другого органа пищеварительного канала: пищевода, желудка, двенадцатиперстной, пустой, подвздошной и толстой кишок.

Необходимо дать определения понятиям причина кровотечения и источник кровотечения. С практической точки зрения это далеко не всегда одно и то же. Под причиной кровотечения понимают заболевание (нозологическую форму), что осложнилось кровотечением. Например, язвенная болезнь желудка, цирроз печени и т.д. В этом случае есть самостоятельные нозологические формы - язвенная болезнь желудка, цирроз печени. Под источником кровотечения понимают участок повреждения слизистой оболочки пищеварительного канала с арозией сосуда (артерии и/или вены) и кровотечением с нее. Например, язва антрального отдела желудка при язвенной болезни желудка является источником кровотечения, а язвенная болезнь желудка – причиной кровотечения. Вместе с тем, цирроз печени является причиной кровотечения, а варикозно расширенные вены пищевода и/или желудка или острая язва желудка – источником кровотечения.

Таким образом, в одних случаях причина и источник кровотечения совпадают, то есть связанные с органами пищеварительного канала (пример – язвенная болезнь, опухоли пищеварительного травного канала и др.), в других – причина кровотечения не связана повязана с органами пищеварительного канала, в то время как источник кровотечения расположен в том или другом его отделе (пример – острые язвы и эрозии, синдром портальной гипертензии и др.).

К наиболее частым патологическим состояниям, при которых может наблюдаться ОКППТ из верхнего этажа ЖКТ, принадлежат:

- Эрозивно-язвенный процесс в гастродуоденальной слизистой оболочке (преобладают кровотечения из двенадцатиперстной кишки) -7-13%

- Синдром Мэллори-Вейсса (разрывно-геморрагический синдром) - 6-16%
- Варикозное расширение вен пищевода и желудка при портальной гипертензии - 8 - 65%

- Злокачественные опухоли пищевода и желудка – 6 -12%

Редкие причины:

- Мальформация сосудов (телеангиэктазии, ангиодисплазии,геморрагическая гастропатия и др.)

- Дивертикулез и дивертикулит (Меккелев дивертикул и др.)

- Болезнь Крона

- Опухоли тонкой кишки

- Болезнь Дъелафуа

- Нарушение коагуляционного гемостаза, в т.ч. в результате приема лекарств.

Редкие причины ОКППТ встречаются приблизительно в 1,5-3% больных, а в 1,5-2%-причина кровотечения остается невиясненной. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в большинстве больных источник кровотечения располагается в верхних отделах пищеварительного канала - приблизительно в 87%. Значительно реже оно находится в толстой кишке - приблизительно в 11% больных, причем чаще в прямой кишке. Очень редко источник кровотечения может локализоваться в пустой и подвздошной кишках - в 0,2-0,5% пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОКППТ

Течение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала разделяют два периода: скрытый и явный.

СКРЫТЫЙ ПЕРИОД ОКППТ

Наибольшую сложность составляет диагностика кровотечения в начальный, так называемый, скрытый период. Именно в этот период появляются наиболее ранние признаки, однако они не являются специфическими. К ним следует отнести:

- слабость (наблюдается практически в 100% больных)
- побледнение кожи (в 70-90%)
- головокружение (в 60-80%)
- мелькание мушек перед глазами
- шум в ушах
- тремор рук
- холодный пот
- сердцебиение
- обморок (в 10-30%)

Перечисленные симптомы являются проявлением гиповолемии и как следствие - гипоксии мозга. Степень их выразительности зависит от интенсивности кровотечения, исходного состояния больного и компенсаторных возможностей организма. Вместе с тем, все вышеуказанные симптомы или их соединения могут наблюдаться при различных состояниях.

Кровотечения:

1.1. Внешнему кровотечению (причина – как правило, травма).

1.2. Кровотечения в брюшную полость (прерванная трубная беременность, спонтанный разрыв селезенки, травма-разрыв паренхиматозного органа, отрыв кишечной брыжейки и др.).

1.3. Кровотечения в просвет пищеварительного канала.

2. Инфаркте миокарда.

3. Перитоните.

4. Остром панкреатите (особенно в стадии ферментативного шока).

5. Кровотечения на фоне перфоративной

6. Анемии различного генеза.
7. Тромбозе мезентериальных сосудов (острой сосудистой недостаточности кишечника).
8. Онкопатология
- Осмотр больного и короткий опрос позволяют врачу достаточно быстро заподозрить ту или другую патологию, а применение вспомогательных методов диагностики установить ее точно.
- А. Осмотр больного позволяет определить есть ли внешнее кровотечение.
- В. Боль за грудиной является частым симптомом инфаркта миокарда. Основной метод диагностики – ЭКГ.
- С. Сведения о недавно полученной травме живота должны натолкнуть по мнению о вероятности разрыва паренхиматозного органа, отрыва кишечной брыжейки и тому подобное с внутрибрюшным кровотечением. УЗД, а также лапароцентез. сиспользованием шарящего" катетера и лапароскопия (кровь в животе) позволяют установить правильный диагноз.
- Д. Возникновение накануне боли в животе может быть проявлением спонтанного разрыва селезенки, прерванной трубной беременности, острой сосудистой недостаточности кишечника, перитонита. Методы диагностики: УЗД, лапароцентез с использованием шарячего катетера, лапароскопия. Болью в животе может сопровождаться и острый панкреатит. Исследования активности амилазы/диастазы крови/мочи, УЗИ и КТ позволяют подтвердить диагноз. Боль в животе может наблюдаться при кровотечении на фоне перфоративной язвы. Для установления диагноза используют: обзорную рентгенографию органов брюшной полости на предмет свободного газа, пневмогастрографию, фиброгастродуоденоскопию.
- Е. Могут не значиться все перечисленные выше симптомы и анамнестические данные. В этом случае причиной слабости, побледнение кожных покровов, головокружение и т.д. могут быть: острое кровотечение в просвет пищеварительного канала, онкопатология, анемии. Очередность диагностических мероприятий такая: исследование прямой кишки пальцем (на перчатке – кал обычного цвета, мелена или кровь и т.д.), исследование желудочного содержимого с помощью зонда (обычное желудочное содержимое, кровь, содержимое типа кофейной гущи и т.д.), фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, УЗИ, КТ.

ЯВНЫЙ ПЕРИОД ОКППТ

Во время явного периода ведущими клиническими признаками внешних проявлений ОКППТ является кровавая рвота (гематемезис) и кровавый кал. Причем если кровавая рвота наблюдается в 60-70%, то кровавый кал является более постоянным признаком ОКППТ и наблюдается практически у всех больных. Исключение составляют, так сказать, молниеносные формы кровотечения, когда пациент умирает ранее, чем появляется кровавая рвота.

Рвота более характерная для источника кровотечения, расположенного в пищеводе, желудке, реже - в начальном отделе двенадцатиперстной кишки. Характер рвотных масс (красная кровь, сгустки темно-вишневого цвета или желудочное содержимое цвета "кофейной гущи") зависит от превращения гемоглобина под воздействием соляной кислоты в солянокислый гематин. Если кровотечение носит умеренный характер, то есть кровь медленно поступает в желудок или двенадцатиперстную кишку и свободно продвигается дальше в кишечник, в этом случае рвоты может вообще не быть - основным проявлением ОКППТ будет мелена.

Множественная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию сфинктера, ускорению перистальтики кишечника и опорожнению в виде "вишневого желе" или примесей малоизмененной крови. Рвота, что повторяется через

короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении. Повторная рвота кровью через длительный промежуток времени признак возобновления кровотечения. Острое кровотечение в просвет пищеварительного канала, основным признаком которого является только мелена, имеет более благоприятный прогноз, чем кровотечение, что проявляется в первую очередь обильной повторной кровавой рвотой. Наибольшую опасность составляют кровотечения, которые в начале проявляются обильной рвотой малоизмененной кровью. Наиболее высокая вероятность неблагоприятного прогноза возникает с одновременным появлением кровавой рвоты и мелены. Если же первым признаком кровотечения является мелена, можно думать об относительно умеренной ее интенсивности и такое кровотечение имеет более благоприятный прогноз. Кратность рвоты также имеет определенное прогностическое значение. Чаще у больных наблюдается одноразовая кровавая рвота. Это, как правило, свидетельствует об умеренной интенсивности кровотечения. Значительно более тревожным симптомом является многократная рвота почти неизмененной кровью. Причем, чем чаще она возникает, тем высшая вероятность летальности.

ОКППТ следует дифференцировать от легочного кровотечения, при котором кровавая рвота имеет пенистый характер и сопровождается кашлем. В легких нередко выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

Мелена – выделение измененной крови с каловыми массами (дегтеобразный стул) наблюдается при кровотечении с двенадцатиперстной кишки и массивному желудочному кровотечению с потерей крови, что достигает 500 мл и больше.

Кал темно-вишневого цвета более характерный для источника кровотечения, расположенного в правой половине ободочной кишки. В ряде случаев он может наблюдаться при профузных кровотечениях с верхних отделов пищеварительного канала.

Кал типа малинового желе по большей части наблюдается при кровотечении с левой половины ободочной кишки.

Малоизмененная кровь в кале характерная для кровотечения с прямой кишки, причем нередко достаточно интенсивной. Оформленный кал черного цвета свидетельствует о выходе старой крови.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

При осмотре больного врач, в первую очередь, должен дать оценку общего состояния больного.

В случае удовлетворительного состояния больного или состояния средней тяжести выполняют:

- объективное исследование пациента (сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективное обследование) с параллельным изучением лабораторных показателей крови и мочи (общий анализ крови и мочи, амилаза мочи и т.д.)

- пальцевое исследование прямой кишки и определения характера ее содержимого
- аспирацию содержимого желудка с помощью зонда и промывания желудка. Последнее позволяет существенно повысить точность и эффективность следующего этапа обследования - ургентной фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).

Если во время эндоскопического обследования источник кровотечения удалось установить, то осуществляют эндоскопический гемостаз (при продолжающейся кровотечении), или эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения (при остановившемся кровотечении). Больных госпитализируют в отделение интенсивной терапии (ОИТ) для проведения комплексной инфузионной и медикаментозной терапии. В тех случаях, когда во время экстренного эндоскопического исследования установить источник кровотечения не удастся, в условиях ОИТ на протяжении 4-6 часов больных готовят и выполняют экстренную фиброколоноскопию (ФКС) или иригографию. Если и эти исследования не позволяют установить место и причину кровотечения, то повторно

выполняют ФЭГДС. Если и это не дало необходимого результата, можно допускать, что источник кровотечения, вероятнее, находится в тощей или подвздошной кишке. В этом случае целесообразно выполнить контрастное исследование тонкой кишки (энтерографию) или селективную мезентерикографию.

Больных, которые находятся в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, сразу госпитализируют в ОИТ, где без промедления начинают интенсивное корректирующее лечение. Если состояние больного стабилизировалось, обследования проводят за вышеописанной схемой.

Если в процессе лечения имеют место признаки рецидива кровотечения (снижение артериального давления (АД), показателей крови, рвота кровью и т.д.) – больному показана экстренная операция, целью которой является выявление источника кровотечения и остановка кровотечения.

Большую роль в диагностике и тактике лечения играют поведение больного и данные объективного исследования, какие в значительной мере в связанные с тяжестью кровопотери, длительностью кровотечения, а также с тем, прекратилось кровотечение или нет.

При дрящемся кровотечении больные, как правило, беспокойные, возбужденные, несколько перепуганные. Они постоянно меняют свое положение в постели, жалуются на жажду. Часто наблюдаются зевота и обморочное состояние, что свидетельствует о гипоксии мозга. Кожа бледна, покрытая холодным липким потом. Конечности холодные на ощупь, отмечается выраженный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное. Пульс слабого наполнения, более 120 ударов на минуту. В ряде случаев на периферических артериях он вообще не определяется. Систолическое давление снижается до 90 мм рт. ст. и ниже. При этом диастолическое давление может равняться нулю. При значительной кровопотере больной чувствует жажду, отмечает сухость слизистых оболочек ротовой полости.

В случае прекращения кровотечения больные чаще спокойные. Они правильно ориентируются во времени и пространстве. Отчасти отмечается адинамия. Психологическое состояние может быть несколько подавленным. Кожа бледна, но суха. Частота пульса редко превышает 100 ударов на минуту. Он становится удовлетворительного наполнения. Артериальное давление быстро нормализуется. При осмотре больного оказывается бледность кожи и видимых слизистых оболочек, а при тяжелой кровопотере – цианоз слизистых оболочек и ногтевых пластинок.

У больных с длительной и тяжелой кровопотерей кожа конечностей приобретает восковидный оттенок. Могут наблюдаться безбелковые отеки нижних конечностей, что обусловлено неполным объемом циркулирующей крови (ОЦК), а также выраженными нарушениями водно-электролитного и белкового обменов. При нажатии пальцем на коже конечности появляется медленно исчезающее белое пятно (признак Бурштейна).

Живот, как правило, не раздут (при отсутствии асцита), принимает участие в акте дыхания, симметричный. У больных с кровотечением из варикозно расширенных гастроэзофагеальных вен на фоне синдрома портальной гипертензии живот иногда увеличен, заметное расширение подкожных вен передней брюшной стенки. Пальпаторно у абсолютного большинства больных с кровотечением в просвет пищеварительного канала живот мягкий. Только при гастродуоденальных язвах, а иногда и при раке желудка может отмечаться незначительная болезненность и достаточно умеренное напряжение мышц брюшной стенки в эпигастральном участке. Если источником кровотечения является злокачественное новообразование, то у некоторых больных, особенно на запущенных стадиях болезни, можно пальпаторно обнаружить опухоль в брюшной полости.

Усиление кишечных шумов, которые определяются аускультативно, может свидетельствовать о продолжающемся кровотечении (симптом Тейлора). Возможно, это связано с соответствующей реакцией организма на неизмененную кровь, что попадает в

кишечник.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Геморрагический (гиповолемический) шок является чрезвычайно угрожающим осложнением ОКППТ и, по-видимому, самой частой причиной смерти больных. В связи с этим, из практической точки зрения, важно знать симптомы этого наиболее тяжелого и опасного состояния. Ими являются:

- бледная, цианотичная, мраморная на вид, холодная, влажная кожа
- симптом бледного пятна ногтевого ложа
- частое дыхание
- нарушение функции центральной нервной системы и почек (олиго- или анурия)
- пульс слабого наполнения
- снижение систолического артериального давления
- уменьшение амплитуды артериального давления, нередко аритмия, выраженный систолический шум над верхушкой сердца
- кратковременное обморочное состояние.

В основе возникновения гиповолемического шока лежит такой дефицит объема крови, в результате которого возникает острое нарушение гемодинамики, что характеризуется критическим расстройством тканевой перфузии. Это ведет к гипоксии и нарушению обмена веществ в органах и тканях и в конце концов может содействовать развитию необратимого состояния.

Различают три стадии геморрагического шока (Г. А. Рябов, 1983):

- 1 стадию - компенсированный обратимый шок (синдром малых выбросов);
- 2 стадия - декомпенсированный обратимый шок;
- 3 стадия - декомпенсированный необратимый шок.

Вместе с тем, не у каждого больного заболевания проходит все три стадии развития. Причем скорость перехода от компенсации к декомпенсации и необратимости в значительной мере и значительной степени обусловленная компенсаторными возможностями организма, исходным состоянием больного, интенсивностью кровотечения и объемом кровопотери. Именно комплекс этих факторов определяет степень выразительности геморрагического шока.

Компенсированный обратимый геморрагический шок обусловлен такой кровопотерей, что достаточно хорошо компенсируется механизмами адаптации и саморегуляции. Больной в сознательном состоянии, спокойный, иногда несколько возбужден. Кожа и видимые слизистые оболочки бледны, конечности холодные. Отмечается опорожнение подкожных вен на верхних конечностях, которые, теряя объемность, становятся нитевидными. Пульс частый, слабого наполнения. Невзирая на снижение сердечных выбросов, артериальное давление по большей части нормальное, однако иногда может быть даже несколько повышенным. Это объясняется тем, что следом за кровопотерей происходит избыточное выделение катехоламинов и как следствие - компенсаторный спазм периферических сосудов. Возникает олигоурия. Причем количество мочи может уменьшаться наполовину и больше (норма - 60-70 мл/год). Центральное венозное давление снижается, а иногда становится близким к нулю в результате уменьшения венозного возврата. Длительность синдрома малых выбросов бывает разной. Достаточно долго компенсированная стадия геморрагического шока может продолжаться при остановленном кровотечении.

Декомпенсированный обратимый геморрагический шок характеризуется более глубокими расстройствами кровообращения. Периферическая вазоконстрикция и как следствие высокое периферическое сопротивление сосудов уже не в состоянии компенсировать малые сердечные выбросы, которые приводят к снижению системного артериального давления. Потому рядом с симптомами, характерными для

компенсированной стадии шока (бледностью кожи, тахикардией, олигоурией), в стадии декомпенсации на первый план выходит гипотония. Именно развитие артериальной гипотензии свидетельствует о расстройстве компенсаторной централизации кровообращения. Одной из причин снижения артериального давления является уменьшение периферического сопротивления сосудов. Длительная периферическая вазоконстрикция может привести к гипоксии и ишемии тканей, в результате чего у них, а затем и в крови происходит высвобождение большого количества вазодилататоров (гистамина, серотонину, активаторов кинина и тому подобное), которые производят сосудорасширяющее действие на прекапиллярные сфинктеры. Причем это происходит даже тогда, когда продолжается продукция катехоламинов. Последние теряют свой вазоконстрикторный эффект, если повышается содержание вазодилататоров. Следует отметить, что в стадии декомпенсации начинается нарушение органного кровообращения (в печени, почках, кишечнике, несколько меньшей мерой в мозге и сердце). Олигоурия, которая является компенсаторной реакцией организма, во второй стадии шока хотя и проявляется как функциональный сдвиг, но связанная уже с расстройством почечного кровотока (функциональная преренальная олигоурия). Именно для этой стадии характерны наиболее выраженные клинические признаки шока: бледность кожи, похолодание конечностей, акроцианоз, усиление тахикардии и одышки. Значительно снижается артериальное давление (90-80 мм рт.ст. и ниже). Тоны сердца становятся глухими, что обусловлено как недостаточным диастолическим наполнением, так и ухудшением сократительной функции миокарда. Через очень низкое венозное возвращение и опорожнение камер сердца иногда может наблюдаться выпадение отдельных пульсовых толчков на периферических артериях, а также исчезновение тонов сердца при глубоком вдохе. Если в первой стадии, как правило, наблюдается компенсированный метаболический ацидоз, то в стадии декомпенсации в результате углубления тканевой гипоксии, он становится достаточно выраженным и уже требует специальной коррекции. Нарастание гипоксии и ухудшения органного кровотока, особенно головного мозга, влекут появление одышки, что направлена не столько на увеличение насыщения кислородом крови, сколько на компенсацию метаболического ацидоза путем активизации процессов выведения из организма углекислоты. То есть увеличение респираторного алкалоза является основным способом компенсации метаболического ацидоза. При последующем прогрессе шока развитие одышки имеет более сложный генез и связанный с возникновением респираторного дистресс-синдрома взрослых, или синдрома "шоковые легкие".

Следует отметить, что усиление акроцианоза на фоне общей бледности кожи, гипотония с олиго- или анурией являют собой достаточно угрожающие симптомы, которые свидетельствуют о возможном переходе процесса в необратимую стадию шока.

Декомпенсированный необратимый геморрагический шок является стадией еще более глубоких нарушений кровообращения во всех органах и системах и качественно мало чем отличается от декомпенсированного обратимого шока. При необратимом шоке патологические процессы способны настолько нарушать метаболизм и все другие функции органов, что ликвидация их чаще всего возможна лишь теоретически. Развитие необратимых изменений смен является лишь вопросом времени.

Если декомпенсация кровообращения длится более 12 часов и при этом, несмотря на проведенную интенсивную терапию, артериальное давление остается низким, отсутствием сознания, наблюдается олиго- или анурия, конечности холодные и цианотичные, углубляется ацидоз, прогрессирует снижение температуры тела, появляются гипостатические изменения в коже, то шок следует считать необратимым.

Значительное влияние на прогноз при геморрагическом шоке имеют интенсивность кровотока, объем кровопотери, степень и длительность артериальной гипотензии и шока, возраст, наличие сопутствующей патологии, объем, скорость и качественный состав инфузионной терапии.

Транспортировка больного, что находится в состоянии шока, в лечебное учреждение должно осуществляться специализированной машиной скорой помощи с одновременным проведением противошоковых мероприятий!

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ

Лишь только 60-70% больных с кровотечением язвенной этиологии имеют язвенный анамнез. При этом, такие, на первый взгляд, незначительные сведения, как периодическая боль в эпигастральном участке, связанная так или иначе с приемом еды, сезонность появления (в весной или осенью), ночная боль могут натолкнуть на мнение о язвенной природе кровотечения. Причем у кое-кого из больных с язвенной болезнью перед кровотечением нередко боль усиливается, а с началом кровотечения – уменьшается или полностью стихает (симптом Бергмана). Уменьшение или устранение боли пептического характера связаны с тем, что кровь нейтрализует соляную кислоту.

Недавнее возникновение слабости, снижение аппетита, исхудание, постоянная умеренная боль в животе могут свидетельствовать об опухолевом процессе. Данные о злоупотреблении алкоголем, перенесенные ранее вирусный гепатит, малярию, разлитый перитонит, острый панкреатит, тромбоз селеночной вены могут помочь заподозрить синдром портальной гипертензии. Появление малоизмененной крови и боли в конце интенсивной рвоты разного происхождения (отравление недоброкачественными продуктами, гипертонический криз, прием избыточного количества еды или злоупотребления спиртными напитками и др.) дают повод припускать синдром Маллори-Вейсса. Отсутствие названных анамнестических данных у тучного больного, что жалуется на частую загрудинную боль, принуждает подумать о диафрагмальной грыже, как причину острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. Стрессовая ситуация в анамнезе, тяжелые соматические заболевания сердца, легких, печени, почек и др. органов, особенно в стадии декомпенсации, а также прием на протяжении длительного времени препаратов ульцерогенного действия (антикоагулянтов, кортикостероидных гормонов, нестероидных противовоспалительных средств, гипотензивных препаратов и др.) позволят допустить возникновение острых язв или эрозий слизистой оболочки. Очень редко встречаются кровотечения при простой язве Дьелафуа небольшой круглой язве на передней или задней стенке желудка, расположенной сравнительно большой за диаметром артерией в стенке желудка. Она наблюдается не так часто в 0,7-2,2% больных, но составляет большую опасность, поскольку кровотечение возникает, как правило, с большого сосуда, что испытывает эрозии, и при этом, как правило, бывает массивной и часто рецидивирующей.

У больных с циррозом печени достаточно часто наблюдаются иктеричность склер, бледно-серый, с желтушным оттенком цвет кожи, отсутствие волосатости живота (симптом Клекнера), гиперемированный язык с сглаженными сосками. Нередко можно обнаружить сосудистые звездочки на коже лица и верхних отделах туловища, увеличенные печень и селезенку, несколько реже - асцит, расширение подкожных вен брюшной стенки. Телеангиоэктазии на слизистых оболочках губ, языка, коже рук дают повод думать о болезни Рандю-Ослера. Для любой кровопотери характерным является одновременное уменьшение числа тромбоцитов. Однако выраженная тромбоцитопения со значительным преимуществом степени постгеморрагической анемии, в соединении с большим подкожным кровоизлиянием подтверждает диагноз аутоиммунной тромбоцитопении. Люди, которые страдают на гемофилию, как правило, сами знают о своем заболевании. Заподозрить гемофилию помогает обнаруженная тугая подвижность суставов и их увеличения на почве кровоизлияния. Окончательный диагноз устанавливают на основании специальных лабораторных исследований системы свертывания крови. Повышенная кровоточивость, схваткообразная боль в животе в соединении с кровавым калом и появление на симметричных участках тела монотипной

папулезно-геморрагической висипки кое-где с уртикарными элементами характерные для геморрагического васкулита (болезни Шенлейн-Геноха). Заболевание чаще всего связано с перенесенной инфекцией, аллергическим состоянием и ревматизмом.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Исследование морфологического состава периферической крови иногда даёт установлению причины желудочно-кишечного кровотечения. Острое кровотечение язвенной этиологии, невзирая на анемию, чаще всего сопровождается умеренным лейкоцитозом. Случается, что количество лейкоцитов находится в пределах нормы. Причем выраженность лейкоцитоза пропорциональна степени кровопотери: чем более тяжелая кровопотеря, тем более лейкоцитов в периферической крови. В 1/3 больных оказывается сдвиг формулы влево. При этом отмечается относительная лимфо- и моноцитопения. При тяжелых кровотечениях наблюдается снижение количества эозинофилов, вплоть до полного их исчезновения. Лейкопения более характерная для кровотечений при циррозе печени, полипах желудка, эрозивно-язвенном гастрите. Значительное увеличение числа лейкоцитов на фоне анемии в соединении с другими клиническими данными позволяет заподозрить острый лейкоз, как возможную причину острого кровотечения. Хорошо известно, что любое кровотечение сопровождается уменьшением показателей гемоглобина, гематокрита и количества эритроцитов. Степень их изменения также пропорциональна тяжести кровопотери. При массивных, особенно рецидивирующих, кровотечениях в периферической крови появляются молодые форменные элементы с развитием анизо- и пойкилоцитозу.

К обязательным лабораторным методикам обследования больных с кровотечением в просвет пищеварительного канала следует отнести:

- анализ крови с определением содержания тромбоцитов, гематокрита и вязкости
- анализ мочи
- исследование ОЦК и его компонентов
- электрокардиограмму
- определение показателей центральной гемодинамики
- изучение водно-электролитного и белкового баланса, кислотно-основного состояния крови
- изучение системы гемокоагуляции и ряда других биохимических показателей крови (глюкозы, билирубина, трансаминаз, амилазы, мочевины, креатинина и тому подобное).

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОКППТ

При кровотечении в просвет пищеварительного канала главными задачами врача являются:

- своевременная диагностика источника кровотечения
- достижение надежного локального гемостаза
- обязательная параллельная коррекция последствий кровопотери
- лечение основного и сопутствующего заболеваний.

Причем вероятность успешного результата значительно растет при удачном решении именно всех четырех заданий. Последовательность действий врача при остром кровотечении в просвет пищеварительного канала должна быть такой:

1. Установка самого факта ОКППТ – опроса, объективное исследование больного (в т.о. исследование прямой кишки пальцем).
2. Зондирование и промывание желудка - подтверждение факта ОКППТ, а также подготовка к экстренному ЭГДФС.
3. Диагностика источника кровотечения – urgentное эндоскопическое исследование

(фиброгастроуденоскопия, фиброколоноскопия), энтерография, селективная мезентерикография.

4. Прекращение продолжающегося кровотечения и профилактика его рецидива (эндоскопическая или рентгенэндоваскулярная).

5. Лабораторное обследование больного.

6. Определение величины кровопотери.

7. Инфузионная и медикаментозная корригирующая терапия.

8. Очистительные клизмы для удаления крови, что вылилась в кишечник.

9. Эндоскопический мониторинг (частота контрольно-лечебных эндоскопических исследований зависит от степени риска рецидива кровотечения).

10. Определение тактики лечения больного на основании данных инструментальных и лабораторных методов исследования, а также эффективности проведения корригирующей терапии.

Следует отметить, что первые два этапа выполняются в приемном отделении, третий и четвертый – в эндоскопическом кабинете (исключение составляют больные, в которых есть показание к выполнению энтерографии или селективной мезентерикографии). Пятый десятый этап выполняется в отделении интенсивной терапии. Исключение составляют больные, в которых возникает необходимость выполнения экстренного оперативного вмешательства в связи с неэффективностью эндоскопических методов гемостаза. В этих случаях лабораторное обследование и корригирующая терапия проводятся на операционном столе параллельно с выполнением хирургической операции.

ДИАГНОСТИКА ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Поскольку в 95-97% больных источник кровотечения расположен в пищеводе, желудке, начальном отделе двенадцатиперстной кишки и толстой кишке, основным и ведущим методом диагностики острого кровотечения в просвет пищеварительного канала следует считать экстренное эндоскопическое исследование (ЭГДФС, ФКС).

Этот метод позволяет не только установить причину и характер источника кровотечения, его расположения и размеры, но и оценить надежность местного гемостаза, а также проводить мероприятия, направленные на прекращение продолжающегося кровотечения и профилактику его рецидива. Минимальное время, что тратится на его выполнение, и незначительная травматичность при высокой точности (до 95%) сделали этот метод незаменимым в диагностике острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. Следует отметить, что эндоскопическая характеристика источника кровотечения положена в основу современной лечебной тактики при разных причинах ОКППТ. Противопоказаниями до выполнения эндоскопического исследования являются: шок 2-3 ст. или отсутствие сознания, острое нарушение мозгового кровообращения, резкую деформацию шейного отдела позвоночника.

ЭГДФС выполняется под местной анестезией. Кроме орошения ротоглотки местными анестетиками, с целью премедикации у больных с лабильной психикой показанное в/м введение 2 мл 50% раствора анальгина в соединении с 1 мл 0,1% раствора атропина, а в условиях отделения интенсивной терапии 1 мл 2% раствора промедолу или 2 мл седуксена. Перед ЭГДФС осуществляют зондирование желудка и промывания его водой комнатной температуры (3-4 л), что позволяет удалить кровь, которая вылилась, сгустки и т.д. и тем самым повысить точность диагностики источника кровотечения. Введение зонда в желудок и аспирация содержимого через определенные интервалы времени позволяют следить за динамикой кровотечения.

Для подготовки толстой кишки к выполнению экстренной фиброколоноскопии в случае прекращения кровотечения используют очистные, сифоновые клизмы или ортоградный лаваж кишечника, а при продолжающемся кровотечении эти меры

рекомендуется проводить дважды, с интервалом 15-20 минут. Пассивное удаление кишечного содержимого не приводит к усилению или возобновлению кровотечения. Более того, введение в просвет кишки прохладной воды чаще всего способствует именно уменьшению активности кровотечения. Использование такой схемы промывания толстой кишки позволяет у абсолютного большинства больных с кишечным кровотечением за время короткой (на протяжении 2-4 часов) обеспечить адекватную подготовку исследования и качественное его выполнение. Наибольшие трудности возникают при установлении причины кровотечения с тонкой кишки. Применение для этого энтерографии редко дает нужный результат. Отчасти кровотечение с этого отдела кишечника допускается только после исключения патологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной и толстой кишок. Нужно, однако, отметить, что заболевания тонкого кишечника встречаются редко проявляются массивным кровотечением и так же редко требуют экстренного хирургического вмешательства.

С целью диагностики тонкокишечного кровотечения применяют селективную мезентерикографию. Для этого делают пункцию левой бедренной артерии за Сельдингером. Под рентгенологическим контролем катетер проводят ретроградный в брюшной отдел аорты, а затем в верхнюю брыжечную артерию. Контрастное вещество вводят автоматическим шприцем со скоростью 6-8 мл/сек, с расчета 0,5-1 мл/кг массы тела больного и одновременно выполняют скоростную серийную съемку с интервалом 0,5 сек (от 3 до 5 снимков). В случае долго продолжающейся достаточно интенсивного кровотечения можно иногда обнаружить экстравазальное вытекание контрастного вещества. Чаще удается обнаружить изменения сосудистого русла, характерные для того или другого заболевания. Селективная мезентерикография, как способ диагностики, эффективна только при продолжающемся кровотечении, скорость которого свыше 0,5 мл/мин. Сложность методики, необходимость дорогой аппаратуры и недостаточная информативность при прекращении кровотечения значительно ограничивают широкое клиническое использование этого метода диагностики.

Благодаря достаточно высокой эффективности, что достигает 80%, рентгенэндоваскулярные методы прекращения кровотечения нашли свое применение особенно в крайне тяжелого контингента больных. Гемостаз с помощью этих методов достигается путем селективной эмболизации непосредственно кровоточивого сосуда или зоны ее расположения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ

Все современные способы эндоскопического влияния на источник кровотечения делятся на три основных группы: медикаментозные, физические и механические. К медикаментозному относят: инъекции в участок кровоточивого сосуда вазоконстрикторов, прокоагулянта, склерозирующих препаратов, этанола. К физическим методам относят: электрокоагуляцию (диатермо- и гидродиатермо моно- и биполярную электрокоагуляцию); термокоагуляцию (криокоагуляцию и термокаутеризацию); лазерную фотокоагуляцию; аргоно-плазменную коагуляцию; радиоволновую коагуляцию.

Механическими считают: клипирование эндоскопическими клипсами, лигирование эластичными кольцами и эндоскопическими петлями, а также инфильтрационный метод гидрокompрессию перивазальных тканей. Все перечисленные методы эндоскопического влияния на источник кровотечения могут применяться как для прекращения продолжающегося кровотечения, так и для профилактики ее рецидива.

Короткая характеристика методов.

Медикаментозные методы являются наиболее экономически доступными и достаточно эффективными из всех эндохирургических методов гемостаза. их применение

не зависит от характера и локализации источника кровотечения, а также локализации кровотоочивого сосуда. Область применения: продолжающееся кровотечение с хронических и острых гастродуоденальных язв, ангиодисплазий слизистой оболочки, разрывов слизистой оболочки.

Техника исполнения. Базовым методом медикаментозного гемостаза является инъекция 1 мл эпинефрина (адреналина) рядом с сосудом. Игла эндоскопического инъектора любой модификации колется перивазально или периульцерозно, как можно ближе к сосуду, что кровоточит. Как правило, инъекции выполняются в несколько точек вокруг сосуда, что кровоточит. При необходимости к комплексу препаратов, которые вводятся, добавляют прибавляют, прокоагулянт прокоагулянт и ингибиторы протеаз.

Физические методы – частоиспользуемые, доступные и достаточно эффективные способы эндоскопического гемостаза. Диатермокоагуляция (гидродиатермокоагуляция, моно- и биполярная). Область применения: кровотечение с хронических и острых гастродуоденальных язв, ангиодисплазий слизистой оболочки, кровоточивых полипов и опухолей, разрывов слизистой оболочки.

Техника исполнения. Коагуляцию всегда начинают из периферии источника кровотечения, по спирали приближаясь к сосуду. При этом следует избегать плотного контакта с сосудом, что кровоточит, поскольку через электродеструкцию самого сосуда может возобновиться или усилиться кровотечение. Сгусток или внутрисосудистый тромб коагулируют поверхностно, короткими импульсами по 2-3 сек. При локализации сосуда на дне язвы возможная диатермокоагуляция по длине. Техника операции заключается в создании в проекции сосуда нескольких зон коагуляционного некроза до 3 мм диаметром после вкола в слизистую оболочку игольчатого электрода. Использование для электрокоагуляции биполярных зондов или мультиполярной коагуляции Gold Probes, позволяет эффективно влиять на источник кровотечения без образования зоны глубокого некроза. При использовании биполярной диатермокоагуляции удается избежать негативных эффектов монополярной коагуляции - приваривание электрода и усиление кровотечения после его удаления, нередко, вместе с коагуляционным струпом. Особенности метода. При профузном кровотечении способ не всегда эффективный. Наиболее часто метод применяется после прекращения кровотечения для уплотнения сгустку, создание посткоагуляционного воспалительного вала вокруг сосуда. Гидродиатермокоагуляция (коагуляция по струе воды) лишена негативных сторон данного метода. Мощность влияния при этом способе коагуляции значительно более малая, как и повреждающее влияние. В связи с этим метод используется для профилактики рецидива кровотечения. Наиболее частыми осложнениями является перфорация стенки органа, усиление кровотечения при прицельной коагуляции сосуда.

Термокаутеризация. Техника исполнения. Термокаутеризация является более безопасным способом, чем электрокоагуляция и может использоваться в случаях, когда электрокоагуляция неэффективна или противопоказанная (беременность, наличие водителя ритма). Для термокоагуляции высокой температурой (термокаутеризация) необходимые термозонд CD-10Z или CD-20Z, установка HPU (Olympus). Принцип действия базируется на термическом влиянии струей пары. Зонд термокаутера, заполненный водой, подводят к источнику кровотечения на расстоянии 3-5 мм Коагулируют зону кровотечения, начиная с периферии, тем самым выбирая оптимальное расстояние для эффективной коагуляции. Особенности метода. Применение данного метода требует определенных навыков, четкой визуализации источника кровотечения. К недостаткам метода можно отнести вероятность глубокого поражения тканей при контакте с зондом термокаутера.

Криокоагуляция. Техника исполнения. Коагуляция с помощью низкой температуры может осуществляться парами хлоретила или хладоном. Охлажденное вещество подается катетером к источнику кровотечения. Орошения осуществляют к образованию инея на слизистой оболочке вокруг дефекта и окончательного прекращения кровотечения. Способ

может применяться как при струйном кровотечении средней интенсивности, так и при диффузионном кровотечении. Особенности метода. К недостаткам метода можно отнести перерастяжение полости желудка в процессе введения криоагента и достаточно быстрое (1-1,5 мин.) возобновление кровотечения в меру оттаивания этого источника, что требует сразу после криокоагуляции обязательного применения других эндохирургических методов - инфльтрационного или электрокоагуляционного.

Лазерная фотокоагуляция. *Техника исполнения.* Лазерная коагуляция есть как одним из наиболее эффективных способов гемостаза, так и самой высокой стоимости. Для ее осуществления необходимые импульсный хирургический лазер с мощностью не менее 2 Вт (АИГ-лазер), эндоскопы для проведения лазерной коагуляции. Одним из непременных условий успешной лазерной фотокоагуляции является удачное расположение источника кровотечения. Лазерный луч должен попадать на источник под углом, близким 90°. Фотокоагуляция осуществляется импульсами по 2-3 сек к прекращению кровотечения. Начинают ее непосредственно с сосуда, что кровоточит, а завершают коагуляцией перивазальных тканей. Особенности метода. Нужно помнить, что к работе с лазером допускаются специально наученные лица, а эффективность лазерного излучения полностью отвечает его повреждающему действию, в том числе и на медицинский персонал.

Аргоно-плазменная коагуляция. *Техника исполнения.* Метод эффективный и для эндоскопического гемостаза, и для профилактики рецидива кровотечения. Принцип работы аппарата базируется на создании аргоноплазменной струи с температурой до 12000 на дистальном конце используемого инструмента. Электрический ток высокой частоты обеспечивает пробой воздуха (электрическую искру), а представление со скоростью 6-8 литров за минуту аргона, с одновременной обдувкой иглы электрода, создает плазменную высокотемпературную струю. Коагуляция проводится в импульсном режиме по 3-5 секунд. Плазменный разряд должен направляться к основе струи крови, а при сгустках крови – от периферии к центру, избегая, по возможности, контакта с неизменной слизистой оболочкой. Особенности метода. Следует помнить, что критическое расстояние от биологических тканей для возникновения пробоя воздуха зависит от мощности электрического тока. Косновение дистальным концом диатермозонда тканей организма при выполнении коагуляции является ошибкой.

Радиоволновая коагуляция новый, перспективный и пока еще редкий метод эндоскопического гемостаза, разработанный фирмой Ellman International (США). В основе методики лежит бесконтактное высокочастотное радиоволновое влияние на ячейку кровотечения. *Техника исполнения.* Используется аппарат Surgitron со специальными шариковыми или конусообразными эндоскопическими электродами. В разных режимах, в зависимости от интенсивности кровотечения, выполняется контактная точечная коагуляция источника кровотечения и перивазальных тканей. При этом не возникает эффекта приваривания, глубина коагуляционного некроза не превышает 240 микрон. Особенности метода. Эффективность метода зависит от правильного выбора режима радиоволнового влияния, расположения антенных пластин, расстояния от электрода к источнику кровотечения.

Механические методы – достаточно надежные способы гемостаза. Некоторые из них клипование и лигирование сосуда, что кровоточит, применяются пока еще недостаточно широко, другие, как например, инфльтрационный метод является достаточно распространенным и эффективным методом эндоскопического гемостаза. Клипование и лигирование сосуда, что кровоточит. Эти методы являются относительно новыми, эффективными, но достаточно дорогими методами эндоскопического гемостаза. Область применения: длящееся продолжающееся кровотечение из хронических и острых гастродуоденальных язв, ангиодисплазий слизистой оболочки, разрывов слизистой оболочки, а также с варикозно расширенных вен пищевода.

Техника исполнения. Для выполнения клипования необходимые гемостатические

клипсы НХ (Olympus) с устройством для их наложения. Клипса налагается на основу сосуда или вдоль нее, если сосуд видно. Метод используется при видимом сосуде в дне язвы, для ушивания глубоких разрывов слизистой оболочки кардиального отдела желудка. Отторжение клипсы происходит самостоятельно через 3-5 суток. В последнее время для профилактики и лечения кровотечения на фоне портальной гипертензии в клиническую практику внедрен метод лигирования варикозного расширения вен пищевода (J.V.Stiegmann, 1985). Техника манипуляции заключается вот в чем. Варикозный расширенная вена всасывается в цилиндр, что монтируется на дистальный конец эндоскопа. На цилиндре фиксируется от 6 до 10 эластичных резиновых колец. Потом с помощью рукоятки, связанной с цилиндром, высвобождается резиновое кольцо, что набрасывается на шейку варикозного узла. На 4-7-ые сутки варикозный узел некротизируется и отрывается, образуя поверхностную язву, что, как правило, эпителизируется в срок от 14 до 21 дня. На 50-60-й день подслизистый слой замещается рубцовой тканью, оставляя мышечный слой интактным.

Инфильтрационный метод гемостаза позволяет соединять инъекционный путь доставки лекарственных препаратов в зону источника кровотечения и механический гидрокомпресией перивазальных тканей.

Техника инфильтрационного гемостаза простая, однако, требует опыта и навыков его выполнения. На первом этапе вводят вазоконстрикторы и прокоагулянт. Второй этап заключается в инфильтрации перивазальных тканей изотоническим раствором хлорида натрия в количестве до 20-50 мл для создания гидрокомпрессионной подушки. Как правило этого достаточно для полного гемостаза или резкого уменьшения интенсивности кровотечения. Рассмотренные выше методы эндоскопического влияния на источник кровотечения могут применяться изолированно, как самостоятельные методы гемостаза. Однако, чаще всего, приходится применять их в комбинации. Опыт показывает, что именно сочетание методов дает наиболее высокий процент прекращения продолжающегося кровотечения, а также является наиболее эффективным для профилактики его рецидива. Такое разнообразие методов требует от врача – эндоскописта умение правильно определить последовательность их применения. В связи с этим именно опыт врача, и определяет правильный выбор алгоритма применения эндохирургических методов. Вместе с тем, выбор метода, последовательность эндоскопических манипуляций, безусловно, зависят от патологии, что осложнилась кровотечением.

Эндоскопический гемостаз при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острых язвах слизистой оболочки, синдроме Маллори-Вейсса. Эндоскопический гемостаз (продолжающееся кровотечение) преимущество стоит отдавать инъекционному и инфильтрационному методам со следующим применением термокоагуляции, диатермоэлектрокоагуляции или аргоно-плазмовой коагуляции сгустку (кровооточивого сосуда) и/или перивазальных тканей. Эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения – имеется в виду выполнение контрольных лечебных эндоскопических исследований с использованием медикаментозных, физических и механических методов влияния на источник родник,исток кровотечения.

Критерии прекращения эндоскопической профилактики:

- очистка язвенного дефекта от геморрагического или некротического налета;
- исчезновение видимых или выступающих в просвет тромбированных сосудов;
- гладкое, покрыто фибрином, дно язвенного дефекта.

Эндоскопический гемостаз при опухолях, которые кровоточат. Доброкачественные опухоли. При полипе - электроэксцизия полипа с помощью диатермической петли. При больших размерах полипа (удалить которые одномоментно невозможно) – инъекции вазоконстрикторов и физраствора в основание или ножку полипа (ишемизация полипа), диатермокоагуляция или термокоагуляция поверхности, что кровоточит. В дальнейшем решается вопрос о возможностях поэтапной электроэксцизии полипа или выполнения полостного оперативного вмешательства.

Злокачественные опухоли. Инъекционный способ гемостазу малоэффективный! После визуализации источника кровотечения выполняют аргоно-плазменную коагуляцию или термокаутеризацию сгустка, что кровоточит поверхности (сосуды).

Эндоскопический гемостаз при синдроме портальной гипертензии. При активном кровотечении – постановка зонда Блейкмора по общепринятой методике. При подтоке крови из-под сгустка интра- и паравенозные инъекции Тромбовара, Варикоцида Этоксисклерола, 70% этанола выше и ниже источники кровотечения в количестве 3-5 мл раствора со следующим сдавливанием вены баллоном – дилататором или дистальным концом эндоскопа на 2-3 мин. в месте введения раствора и постановкой зонда Блейкмора по окончании манипуляции.

ИНФУЗИОННАЯ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКТИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Если больной находится в состоянии геморрагического шока, инфузионную и медикаментозную корректирующую терапию кровопотери необходимо проводить во время транспортировки больного в карете скорой помощи! Если больной доставлен в состоянии шока, инфузионную и медикаментозную корректирующую терапию кровопотери необходимо начинать непосредственно в приемном отделении больницы и продолжать в отделении интенсивной терапии!

В других случаях ее проводят в отделении интенсивной терапии после кратковременного обследования больного в приемном отделении (лабораторное, эндоскопическое обследование и т.д.). В отделении интенсивной терапии обязательно осуществляют катетеризацию подключичной вены и одной периферической (или нескольких периферических вен) для быстрого пополнения дефицита ОЦК и измерения ЦВТ, а также проводят постоянную катетеризацию мочевого пузыря для контроля за диурезом (он должен составлять не менее 50-60 мл/час). Фактор времени при проведении инфузионной и медикаментозной корректирующей терапии играет исключительно важную роль в конце лечения больного, поскольку раннее начало лечебных мероприятий позволяет предотвратить развитие необратимых изменений. В ряде случаев целесообразно использовать внутривенное струйное введение жидкостей.

Основные задания инфузионной терапии:

- возобновление центральной гемодинамики;
- возобновление микроциркуляции и нормализация реологических свойств крови;
- нормализация транскапиллярного обмена;
- нормализация кислородной емкости крови и возобновления ее кислородно-транспортной функции.

Средний объем инфузий обычно составляет приблизительно 30-40 мл/кг, но может достигать 50-60 мл/кг массы тела больного и даже больше. Во многом он зависит от величины кровопотери, длительности кровотечения и компенсаторных возможностей организма. При этом суммарный объем препаратов, которые вводятся внутривенно, должен превышать измеренный или предполагаемый объем кровопотери на 60-80%.

Критериями оптимизации состояния при устранении острой гиповолемии являются:

- ЦВД свыше 50 мм водн. ст.;
- систолическое давление свыше 100 мм рт. ст.;
- среднее артериальное давление около порядка 80 мм рт. ст.;
- диурез не менее 50-60 мл/година;
- насыщение артериальной крови/гемоглобину кислородом не ниже 92 мм рт. ст.

1. Для коррекции кровопотери (восстановление центральной гемодинамики) целесообразно использовать коллоидные и кристаллоидные растворы. их соотношение должно быть не менее чем 1:1, к тому же, чем большая кровопотеря, тем более нужно кристаллоидных растворов для предупреждения опасного дефицита поза- и внутриклеточной жидкостью. При тяжелом и крайне тяжелой степени кровопотери это

соотношение может достигать 1:2 и больше. Наиболее эффективными коллоидными препаратами являются препараты на основе гидроксипрохмала – Стабизол (500-1000 мл/сутки) или препаратов модифицированного желатина – Гелофузин (500-2000 мл/сутку). Рядом с ними можно применять декстран – Полиглюкин (400-800 мл/сутку) или препараты на основе сорбитола – Сорбилакт (400-800 мл/сутку). Среди кристаллоидных растворов преимущество отдают: Лактасолу, растворам Рингера, Гартмана, Рингера-Локка, которые за своим составом достаточно близкие к внеклеточной жидкости. Для пополнения кровопотери можно использовать физраствор и 5 % раствор глюкозы. Однако стоит помнить о том, что эти растворы содержатся в сосудистом русле не более 3 часов. Вместе с тем на начальном этапе лечения они достаточно хорошо пополняют объем циркулирующей крови, что, собственно, и необходимо сделать для предупреждения наиболее угрожающего осложнения – остановки кровообращения. Использование консервированной крови и эритроцитарной массы с целью коррекции гиповолемии нецелесообразно, поскольку после гемотрансфузии ОЦК не только не растет, а, напротив, снижается на 10-20%. Причиной этого является депонирование и секвестрация донорской крови, что связано с иммунологическим ответом организма на введение аллогенной ткани. Для быстрого пополнения дефицита ОЦК, вместо коллоидных растворов, возможное применение гипертонического раствора натрия хлорида в концентрации 2,5% - 7,5% (4-6 мл/кг веса).

2. Возобновлению микроциркуляции и нормализации реологических свойств крови способствует применение: Рефортану, Реополиглюкину, Реосорбилакту, Трентала и др. Эти препараты быстро разреживают кровь, улучшают ее текучесть, привлекают в сосудистое русло жидкость, улучшают капиллярное кровообращение. Однако следует помнить, что эти препараты возможно применять только после полной коррекции дефицита ОЦК.

3. Нормализации транкапиллярного обмена и возобновлению восстановлению водно-солевого баланса способствует содействует применение солевых растворов, близких за составом слогом,складом к до плазме крови, которые какие легко проникают через из-за капиллярные мембраны в интерстициальное пространство простор: Лактасол, раствор Рингера-Локка, раствор Гартмана. Менее эффективным является раствор Рингера и изотонический раствор натрия хлорида.

4. Восстановление кислородотранспортной функции крови. Следует отметить, что опасность развития гемичной гипоксии становится реальной только при слишком большой кровопотере, когда объем циркулирующих эритроцитов больного менее 1000 мл. Как известно, максимальный транспорт кислорода осуществляется при гематокрите от 0,35 до 0,4 п/п. Вместе с тем при гематокрите в 0,2 п/п его снижения составляет только 10% благодаря компенсаторному увеличению кровотока. При нормоволемии и адекватной реакции сердечно-легочной системы умеренная гемодилюция (гематокрит 0,25-0,3 п/п) хорошо переносится большинством больных. В начальный период шока больной больше страдает от циркуляторной гипоксии, чем от гемичной. В критической ситуации запас прочности гемоглобина относительно кислорода увеличивается в 2-3 раза. В случае некорректируемого шока важно сначала ликвидировать гиповолемиию и гипопротейнемию и только потом осуществлять коррекцию анемии. Кроме того, последняя является мощным фактором, что стимулирует эритропоэз в костном мозге. Коррекцию кислородотранспортной функции крови целесообразно проводить суспензией размороженных эритроцитов, эритроцитарной массой или эритроцитарным трансфузатом. их гемодинамическое и антианемическое действие, а также клиническая эффективность в большинстве случаев превосходят аналогичные показатели консервированной крови. Можно также использовать консервированную донорскую кровь со сроком сохранения не более 3 суток. Однако следует помнить, что эффект гемотрансфузии никогда не бывает адекватным ее объему. В первую очередь это связано с тем, что 30% перелитой крови депонируется и исключается из с циркуляции. Преимущество относительно этого

принадлежит эритроцитарной массе, объем депонирования которой составляет около 12%, и особенно суспензии размороженных эритроцитов – 8%. В общем объеме инфузионной терапии удельный вес консервированной крови, эритроцитарной массы и т.д. не должна превышать 20-25% от суточного объема инфузионной терапии или 50% объема кровопотери. Показаниями к переливанию консервированной крови, эритроцитарной массы и т.д. тяжелый и очень тяжелая степень кровопотери. Учитывая достаточно большое количество осложнений, связанных с переливанием крови, следует хотеть того, чтобы максимально ограничить ее использование и применять строго за показаниями. В это время на вооружении врачей есть препарат, благодаря которому удастся осуществлять коррекцию кислородотранспортной функции крови – это Перфторан.

5. Глюкокортикоиды. В случае шока, что сопровождается критическим ухудшением гемодинамики, применяют большие дозы глюкокортикоидов (Гидрокортизон 1000-1500 мг, Дексаметазон 30-40 мг, Преднизолон 200-300 мг). Они оказывают альфа-адреноблокирующее действие, уменьшают общее периферическое сосудистое сопротивление, увеличивают сердечные выбросы, стабилизируют лизосомные мембраны клеток.

6. Ингибиторы протеолитических ферментов рекомендуется применять на ранних стадиях шока. их можно вводить в/в одномоментно или в/в медленно капельно постоянно (Контрикал – 50000-100000 Од, Гордокс – 500000-1500000 Од).

7. Применение вазопресоров (Допамину, Норадреналину гидротартрату, Добутамину, Мезатона) показано при декомпенсированном геморрагическом шоке и неэффективности инфузионной корректирующей терапии. К наиболее эффективным препаратам принадлежит Допамин, что в микродозах 2-5 мкг/кг/мин. способен расширять почку, коронарные, мезентериальные, мозговые сосуды, увеличивать сократимость миокарда и нормализовать диурез. Однако необходимо предостеречь от быстрого введения допамина, поскольку в этих случаях он вызывает спазм сосудов.

8. Антикоагулянты. Эту группу препаратов назначают только в тех случаях, когда достигнут надежный гемостаз, и нет угрозы возникновения кровотечения (например, в послеоперационном периоде для лечения синдрома ДВЗ и/или для профилактики тромбоэмболических осложнений). Преимущество следует отдавать низкомолекулярным гепаринам – Фраксипарину (по 0,3 мл 1-2 раза в день п/ш в ткани передней брюшной стенки), Клексану (по 0,2 мл 1 раз в день п/ш в ткани передней брюшной стенки), Фрагмину (по 2500 МО 1 раз в день п/ш в ткани передней брюшной стенки) в сочетании с эластичным бинтованием и перемежающейся пневматической компрессией нижних конечностей, а также ранней активизацией пациента.

9. Учет почасового диуреза (обязательная катетеризация мочевого пузыря!) является обязательным мероприятием, потому что олиго- и анурия являются ранним и достоверным признаком шока, а возобновление диуреза (40-60 мл/годину) свидетельствует о возобновлении органного кровотока. Для улучшения диуреза в случаях низкого центрального венозного давления используют Манит или Д-сорбитол (20% раствор 0,5-1 г/кг), а после пополнения объема циркулирующей крови - Фурасемид (1 мг/кг). 10. После выведения больного с состояния геморрагического шока и устранения непосредственной угрозы его жизни начинается этап коррекции нарушений отдельных звеньев гомеостаза: избыточной гемодилуции, гипо- и диспротеинемии, кислотно-основного состояния, системы гемокоагуляции и т.д. Задания этого этапа зависят от результатов дополнительных методов исследования.

УГНЕТЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

Назначения препаратов, которые снижают желудочную секрецию и защищают слизистую оболочку, а также антацидных препаратов показано всем больным с острым кровотечением с верхних отделов пищеварительного канала за исключением, по-

видимому, пациентов с кровотечением с злокачественных опухолей. Главной целью есть уменьшение влияния факторов повреждения (соляная кислота, пепсин) на источник кровотечения, что способствует более надежному гемостазу и существенно снижает вероятность рецидива кровотечения.

С этой целью применяют такие группы препаратов:

1. Блокаторы протонного насоса – Контролен (пантопризол), Ланзап (лансопризол), Омез, Лосек (омепризол), Нольпаза, Санприз, Пантап (пантапризол), Нексиум (эзомепризол).

2. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов – Квамател (фамотидин), Ранитидин.

3. Селективные М-холинолитики – Гастроцепин (пирензепин).

4. Антацидные средства – Фосфолюгель, Маалокс, Контрацид, Алюмаг, Алмагель, Гастал, Мегалак.

5. Препараты защитного действия, направленного на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки – Вентер (сукральфат), Де-нол, Трибимол.

У больных с высоким риском рецидива кровотечения с верхних отделов пищеварительного канала (за исключением больных с злокачественными опухолями) целесообразное применение таких схем лечения (комбинаций препаратов):

Схема №1.

1. Блокаторы протонного насоса:

- Нольпаза (пантопризол) 80 мг в/в на 200 мл физиологического р-ра на протяжении 1 часа, потом через 8 часов по 8 мг каждые 2 часа на протяжении суток с последующим переходом на пероральный прием, по мере снижения риска рецидива кровотечения;

- или Омез (омепризол) по 40 мг 2 раза в сутки в/в на 100 мл физиологического р-ра;

- или Нексиум (эзомепризол) по 40 мг 2 раза в сутки в/в на 100 мл физиологического р-ра;

- или Лосек (омепризол) 40 мг в/в на 100 мл физиологического р-ра на протяжении 1 часа, потом через 8 часов по 8 мг каждые 2 часа на протяжении суток, с последующим переходом на пероральный прием, по мере снижения риска рецидива кровотечения. Однако в последнее время для постоянной поддержки рН желудочного содержимого более 6 рекомендуется немного другая схема применения этих препаратов: Контролок (пантопризол), Омез, Лосек (омепризол). Нексиум (эзомепризол) – 80 мг в/в болюсно, потом по 8 мг/час на протяжении 2-3 суток со следующим переходом на пероральный прием.

2.+ антацидные препараты: Маалокс или Фосфолюгель по 15-20 мл суспензии 4-5 раз в день (или Алмагель, Алюмаг, Алмацид, Контрацид);

3.+ препараты защитного действия, направленного на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки: Вентер (сукральфат) по 1 г 4 раза в день (Де-нол или Трибимол).

Схема №2.

1. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов – Квамател (фамотидин) в/в введение по 20 мг 4 раза в день, со следующим переходом на пероральное введение, по мере снижения риска рецидива кровотечения. Однако в последнее время для постоянной поддержки рН желудочного содержимого более 6 рекомендуется применение Квамателу (фамотидина) - 10 мг в/в болюсно, потом по 3,2 мг/час на протяжении 2-3 суток со следующим переходом на пероральный прием препарата.

2.+ селективные М-холинолитики – Гастроцепин (пирензепин) по 10 мг в/м 3 раза в день;

3.+ антацидные препараты: Маалокс или Фосфолюгель по 15 - 20 мл суспензии 4-5 раз в день (или Алмагель, Алюмаг, Контрацид);

4.+ препараты защитного действия, направленного на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки: Вентер (сукральфат) по 1 г 4 раза в день (Де-нол или Трибимол).

Схема №3 (менее эффективная схема лечения).

1. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов - Ранитидин в/в введение по 150 мг 3 раза в день, с последующим переходом на в/м (50 мг 4 раза в день) или пероральном введении, по мере снижения риска рецидива кровотечения;

2. + антацидные препараты – Альмагель 15-20 мл суспензии 4-5 раз в день. У больных с синдромом портальной гипертензии к перечисленным выше препаратам стоит прибавить: - Сандостатин (октреотид) – 25-50 мкг/час или Окстрестатин (октреотид) – 25-50 мкг/час в виде длительных инфузий на протяжении 5 дней (1 мл 0,01% р-ра - 100 мкг растворяют в физрастворе и вводят на протяжении 2-4 часов, что обеспечивает необходимую скорость инфузии 50-25 мкг/час).

При умеренном или незначительном риске рецидива кровотечения вместо парентеральных препаратов могут применяться таблетированные формы лекарственных средств. Для этого в схемах №1, 2, 3 (см. более высокое) могут быть использованы:

- блокаторы протонового насоса: Контролен (пантопризол) - 40 мг/кг, Ланзап (лансопризол) - 60 мг/сутки, Омез (омепризол) - 40 мг/сутки, Нексиум (эзомепризол) - 40 мг/сутки

- или блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов: Квамател (фамотидин) - 80 мг/сутки, Ранитидин - 300-450 мг/сутки.

Применение фибриногена, викасола, хлорида кальция, аминокaproновой кислоты у больных с ОКППТ в качестве гемостатической терапии считаем нецелесообразным, поскольку эти препараты не имеют прямого влияния на местный гемостаз и назначаются несколько с другой целью.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИНЫ ОКППТ

Острое язвенное гастродуоденальное кровотечение

Острое язвенное гастродуоденальное кровотечение является самой частой причиной ОКППТ и наблюдается приблизительно в 55% (23-74%) больных.

ПАТОГЕНЕЗ ОКППТ при разных заболеваниях разный:

- при злокачественных новообразованиях причиной кровотечений, как правило, есть распад и язва опухоли;

- при синдроме портальной гипертензии – трофические изменения слизистой оболочки, язва и разрывы стенок варикозно расширенных вен желудка и пищевода в результате портального криза;

- при синдроме Маллори-Вейсса – разрушение стенок кровеносных сосудов в результате разрыва, главным образом, слизистого и подслизистого слоев кардиального отдела желудка;

- при гемофилии, лейкозах, болезни Верльгофа, системных заболеваниях крови и геморрагических диатезах патогенез кровотечений связан с изменением коагуляционных свойств крови, нарушениями капиллярной проницаемости и количественной и/или качественной недостаточностью тромбоцитов.

Патогенез острого язвенного гастродуоденального кровотечения является достаточно сложным, поскольку в одних случаях кровотечение происходит из артериях в стенке язвы, во вторых – из мелких артерий и вен стенок и дна язвы, в третьих случаях имеющееся паренхиматозное кровотечение с слизистой оболочки желудка вне язвы, где рядом с повышенной проницаемостью сосудистой стенки нередко оказываются множественные мелкие эрозии, которые являются источником профузного кровотечения. Провоцируют ОКППТ при язвенной болезни стрессовые ситуации, физическая нагрузка, избыточное потребление грубой еды, злоупотребление алкоголем, тупая травма живота и тому подобное. Однако наиболее частой причиной кровотечения является обострение язвенной болезни.

При кровотечении в результате вследствие арозии стенки большого кровеносного сосуда в участке язвы, что возникает в результате некроза и последующего влияния желудочного химусу на стенку обнаженного кровеносного сосуда (чаще артерии), происходит разрушение сосудистой стенки и возникает кровотечение. Обычно это происходит в фазу обострения язвенной болезни и просветительства арозванного сосуда часто остается открытым, потому что в зоне ячейки кровотечения деструктивные процессы превалируют над пролиферативными. Локальных факторов гемостаза, включая ретракцию сосуда (достаточно ограниченную в результате дегенеративных изменений сосудистой стенки и фиброза окружающих тканей), агрегацию форменных элементов крови, образования тромба, оказывается недостаточно для спонтанного прекращения кровотечения и она нередко приобретает профузного характер.

В случае медленно прогрессирующей язвы вне фазы обострения продуктивное воспаления сосудистой стенки может чинить препятствие массивному кровотечению даже при арозии большого сосуда, просвет какого часто оказывается суженным в результате пролиферации интимы и субэндотелиальных структур, что создает более благоприятные условия для спонтанной остановки кровотечения. Однако в стенке хронических язв могут возникать очаговые дегенеративные изменения кровеносных сосудов с образованием артериальных аневризм в участке краев и дна язвы. Разрушение утонченных стенок этих аневризматических расширений сопровождается тяжелыми профузными кровотечениями.

Менее изученный патогенез кровотечений при микроскопических дефектах в стенках мелких кровеносных сосудов дна и краев язвы, но в этих случаях решающее значение в патогенезе кровотечения, очевидно, имеет прогрессирующий некроз в кратере язвы, свойственный фазе обострения заболевания. Значительную роль в патогенезе острых гастродуоденальных кровотечений при язвенной болезни играют и нарушение в системе гемостаза. Они сводятся к снижению и полной потере арозванным сосудом способности к ретракции, которой принадлежит достаточно заметная роль в механизмах местного спонтанного гемостаза. В кислой среде происходит инактивация тромбину, что приводит к снижению свертывания крови. Причем, чем высшая кислотность желудочного сока, тем более подавляется система свертывания крови во внутрижелудочном очаге кровотечения. Одновременно со снижением свертывания крови непосредственно в участке расположения источника кровотечения, под воздействием кислой среды желудочного химусу и наличия в нем химически активных протеолитических ферментов повышается фибринолитическая активность. Этому способствуют и трипсины, которые выделяются поджелудочной железой, особенно если язва, что кровоточит, пенетрует в этот орган. По мере нарастания тяжести кровопотери появляются признаки гиперкоагуляции крови, еще больше усиливается ее фибринолитическая активность и ухудшаются реологические свойства в результате прогрессирующей агрегации форменных элементов.

Дефицит ряда витаминов Р, С, К, особенно в зимне-весенний период, когда заострения язвенной болезни возникают наиболее часто, также нарушает механизмы гемостаза. Именно по этим причинам, несмотря на снижение кровяного давления в кровоточивых сосудах в результате гиповолемии и коллапса, самостоятельное спонтанное прекращение гастродуоденального кровотечения при язве желудка и двенадцатиперстной кишки всегда проблематичное.

Патологическая анатомия. Наиболее часто морфологические изменения при острых гастродуоденальных кровотечениях из язвы указывают на бурный прогресс некроза, что достигает глубоко размещенных кровеносных сосудов с омертвлением их стенок при сохраненном просвете. В других случаях поверхность язвы покрыта тонким слоем некротизированной ткани, что состоит из бесструктурной основы, в которой неравномерно располагаются грудки ядерного распада. Нередко в бесструктурной основе есть нити фибрина, больше сосредоточенные в участке дна язвы, чем ее краев. Реже зона некроза отсутствует и поверхность язвы покрыта лишь нитями фибрина, в которых в

большом количестве содержатся остатки процесса распада ядер лейкоцитов и лимфоцитов. Чаще зона некроза распространяется на глубже пролегающую соединительную ткань, которая при хронической язве обычно покрыта грануляциями, обильно инфильтрованная лейкоцитами, гистиоцитами, плазматическими клетками. Дно язвы, как правило, состоит из волокнистой соединительной ткани, бедной клеточными элементами, а инфильтрация лимфоплазмоцитами выражена, главным образом, в направлении кровеносных сосудов и в поверхностных ее слоях.

ОБЩИЕ ДАННЫЕ. Кровоточивые язвы желудка наиболее часто располагаются в участке тела желудка – в 46% больных. Несколько реже язвы локализуются в месте угловой вырезки – в 25% пациентов, в антральном отделе – в 19,5%, в кардиальном отделе – в 9% и в участке дна желудка – в 0,5%. Причем приблизительно в 5% больных в желудке бывает две и больше язвы.

Среди больных, прооперированных за экстренными показаниями, желудочные язвы в диаметре до 1,5 см отмечаются в 26% пациентов, от 1,5 до 3,0 см – в 41%, а 3 см и больше – в 33%. Таким образом, наиболее часто большие и глубокие язвы встречаются по малой кривизне желудка, то есть в зонах расположения правой желудочной и нисходящей ветви левой желудочной артерии, а особенно часто – в зоне расположения последней. Во многом именно этим и объясняется массивный характер кровотечений у данной категории больных.

Кровоточивые язвы двенадцатиперстной кишки чаще всего бывают одиночными – в 90-95% наблюдений. Причем наиболее часто они располагаются на задней стенке – в 42% больных, на верхней – в 28% и на передней – в 21%. Значительно реже они локализуются на нижней стенке – в 8% пациентов, а также на передне-верхнезаднем полуокружности двенадцатиперстной кишки (практически циркулярные язвы) – в 1%. Приблизительно в 5-10% больных наблюдается двойное расположение язв. Наиболее часто они локализуются на передней и задней стенках. Забульбарные язвы наблюдаются в 5% пациентов. Чаще всего они локализуются на задней и верхней стенках. В целом, приблизительно в 80% больных пилородуоденальные язвы располагаются на верхней и задней стенке. В 40% с них отмечается пенетрация язвы в соседние органы, преимущественно в поджелудочную железу и в гепатодуоденальную связку. Среди больных, прооперированных в экстренном порядке, пилородуоденальные язвы в диаметре до 1 см отмечаются в 46% пациентов, от 1 см до 2,0 см – в 35%, а свыше 2 см – в 19%. Таким образом, чаще всего большие и глубокие пенетрирующие пилородуоденальные язвы наблюдаются в зонах пролегания ветвей правой желудочной и желудочно-двенадцатиперстной артерий. Причем может происходить эрозия, как самого ствола желудочнодвенадцатиперстной артерии, так и ее главной ветви – верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии. Во многом именно этим и объясняется массивный характер кровотечения у такой категории больных.

Лечебная тактика при остром язвенном гастродуоденальном кровотечении.

1. При продолжающемся кровотечении осуществляется эндоскопический гемостаз.

1.1. Если эндоскопический гемостаз эффективен, больного госпитализируют у ОИТ, где проводят комплексную корректирующую и антисекреторную терапию, с обязательным выполнением контрольной ФГДС через из-за 4-6 часов.

1.2. В случае неэффективности эндоскопического гемостаза на протяжении 30 мин. Больному показанное выполнение экстренного оперативного вмешательства, независимо от степени кровопотери. Корректирующая инфузионная и медикаментозная терапия шока и кровопотери проводится непосредственно на операционном столе во время операции.

2. При кровотечении, что состоялось (остановленное), проводится эндоскопическая и медикаментозная профилактика рецидива кровотечения (антисекреторная терапия, коррекция кровопотери и других нарушений гомеостаза, лечение сопутствующих заболеваний и т.д.), больного также госпитализируют у ОИТ.

3. У всех больных, которые поступают уже с прекращенным кровотечением, а также больных, в которых продолжающееся кровотечение было прекращено эндоскопически,

должна определяться степень риска рецидива кровотечения, с оценкой его в баллах

4.Кратность и частота лечебно-контрольных эндоскопий, а также показания к выполнению отсроченного оперативного вмешательства определяются в зависимости от степени риска рецидива кровотечения.

5.Факторы ненадежного гемостаза. В 1974 году J.A.H.Forrest в первый раз впервые предложил классификацию эндоскопических стигмат (признаков) острого кровотечения в просвет пищеварительного канала:

F-I (Forrest I) продолжающееся кровотечение:

FIA - струйное кровотечение;

FIB - диффузионное кровотечение.

F-II - кровотечение что состоялась (остановленное):

FIIA - тромбованный сосуд (красная, черная, белая);

FIIb - фиксированный сгусток;

FIIc - мелкие тромбованные сосуды (красные, черные крапинки).

F-III - признаки кровотечения отсутствуют (дно дефекта слизистой оболочки покрыто фибрином).



Рис. Форрест 1А (F1a) - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spouting hemorrhage))

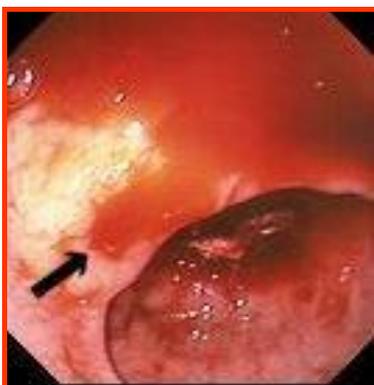


Рис. Форрест 1В (F1b) - венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение потоком (active bleeding (oozing hemorrhage))



Рис. Форрест 2А (FIIa) - видимый тромбированный сосуд(visible vessel-pigmented protuberance)



Рис. Форрест 2В (FIIb) - фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)



Рис. Форрест 2В (FIIb) - геморрагическое пропитывание дна язвы, плоское черное пятно (black base)

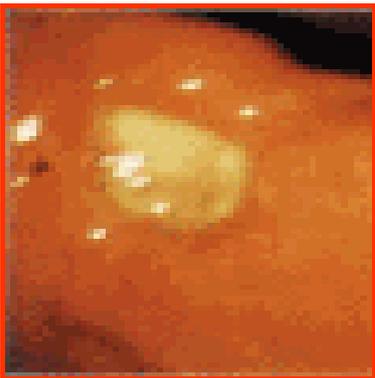


Рис. Форрест 3 (FIII) – чистое дно язвы, отсутствие прямых видимых вешеперечисленных признаков (no stigmata)

При этом тактика лечения больного во многом зависит от эндоскопической характеристики источника кровотечения. Больным, которые входят в группу F-I, показано применение активных методов эндоскопического гемостаза или выполнение экстренного хирургического вмешательства. Группа F-II свидетельствует об определенном риске рецидива кровотечения, то есть ненадежный гемостаз. Причем наибольшая его вероятность отмечена при F-IIb и F-IIa. Такой категории больных показанное комплексное консервативное лечение или выполнение отсроченной операции. Рецидив кровотечения практически не наблюдается при F-III. Потому этим больным показанное проведение противоязвенной и симптоматической восстановительной терапии. Вместе с тем установлено, что степень риска рецидива кровотечения зависит не только от эндоскопической характеристики источника кровотечения, но и от ряда клинических показателей. В таблице подана бальная оценка факторов риска рецидива кровотечения.

6. Степень риска рецидива кровотечения определяется таким способом:

I степень – незначительная степень риска рецидива кровотечения (РРК): сумма баллов меньше или равняется 6. Больным данной группы показанное выполнение лечебноконтрольных эндоскопий каждые 12 часов. При сохранении признаков ненадежного гемостаза на протяжении 72 часов показанное отсроченное оперативное вмешательство для того, чтобы избежать рецидива кровотечения.

II степень – умеренная степень (РРК): сумма баллов от 7 до 14. У этой группы больных лечебно-контрольные эндоскопии следует выполнять каждые 12 часов. Если на протяжении 36 часов с момента госпитализации сохраняются признаки ненадежного гемостаза, показанное выполнение отсроченного оперативного вмешательства.

III степень – высокая степень (РРК): сумма баллов равняется 14 или больше. Такой категории больных показанное выполнение контрольной – лечебной эндоскопии через 4-6 часов после поступления. Если сохраняется прежняя эндоскопическая картина, показанное выполнение ранней отсроченной операции на протяжении 6-8 часов с момента госпитализации.

7. Степень риска рецидива кровотечения может изменяться в динамике на фоне проведенной консервативной терапии и лечебных эндоскопий (от высокого к незначительному и наоборот).

8. С появлением признаков надежного гемостаза, а именно: фибринозный налет на дне язвы, стабильная гемодинамика, отсутствие данных, которые свидетельствуют о нарушении периферического кровообращения (микроциркуляции), больные могут быть переведены в хирургическое отделение для проведения реабилитационного лечения и определения показаний к выполнению ранней плановой операции.

9. Если у больного есть клинические или эндоскопические признаки рецидива кровотечения без явлений геморрагического шока, целесообразно воспользоваться эндоскопическими методами гемостаза. Если кровотечение остановлено, последующая тактика определена в пунктах 2-6.

10. В случае неэффективности эндоскопического гемостаза на протяжении 30 минут, а также при рецидиве кровотечения и явлениях геморрагического шока больным показанное экстренное оперативное вмешательство с проведением противошоковой терапии непосредственно на операционном столе в процессе подготовки и во время проведения экстренного хирургического вмешательства.

11. В зависимости от срока выполнения все хирургические вмешательства разделяют на:

- экстренные (срочные, неотложные) операции- выполняются безотлагательно в связи с неэффективностью эндоскопических методов гемостаза при продолжающемся или рецидивном кровотечении;

- отсроченные операции – вмешательства, которые проводятся в связи с ненадежным гемостазом (для того, чтобы избежать рецидива кровотечения) в ближайшие 6-8, 36 и 72 часов с момента госпитализации, что зависит от степени риска рецидива кровотечения (высокого, умеренного, незначительного).

- ранние плановые операции – вмешательства, которые выполняются после полноценного обследования и необходимой подготовки, в плановом порядке, в связи с осложнениями язвенной болезни (стеноз, пенетрация, малигнизация и др.)

12. Зависимо от объема все хирургические вмешательства разделяются на:

- радикальные органосберегающие с ваготомией операции в сочетании с высеканием язвы, резекция желудка;

- паллиативные - высекание язвы без ваготомии.

13. Показание к выбору способа и объема оперативного вмешательства у больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением.

13.1. Объем хирургического вмешательства зависит от степени операционного риска, что определяется в баллах.

13.2. Степень операционного риска (ОР) считается низкой (1 степень), если сумма баллов не превышает 24, высокой (2 степень), если сумма баллов от 24 до 32 и крайне высокой (3 степень), если сумма баллов превышает 32.

У больных с 1-ой степенью ОР операцией выбора являются радикальные вмешательства: резекция желудка за Бильрот-1 или сверхпилорическая при язве желудка, СПВ с высеканием язвы и пилоро - или дуоденопластикой или СВ с антрумэктомией

(резекция желудка за Бильрот-1) при язве двенадцатиперстной кишки.

У больных с 2-ой степенью ОР операцией выбора является высекание язвы. При язвенной болезни желудка может быть выполненное клинообразное высекание язвы или высекания ее со стороны просвета желудка. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки высекания язвы всегда сочетается с пилоро- или дуоденопластикой. Если позволяет ситуация, высекание язвы может быть дополнено селективной (ствольной) ваготомией.

У больных с 3-ей степенью ОР необходимо ограничиться применением всего комплекса консервативной гемостатической терапии в связи с неспособностью даже к минимальной операции. Такую группу, как правило, составляют больные с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации или пациенты с сочетанием 4-5 перечисленных ниже сопутствующих заболеваний:

- недостаточность кровообращения 2А или 2Б ст.
- постинфарктный кардиосклероз
- аневризма сердца
- дыхательная недостаточность 2 ст.
- рак позажелудочной локализации
- хронический гепатит (цирроз печени)
- остаточные явления перенесенного ГПМК
- церебросклероз с деменцией
- сахарный диабет тяжелой степени
- гипертоническая болезнь 3 ст.

У больных с 3 степенью ОР лечебно-контрольные эндоскопические исследования выполняются через каждые 6-8 часов.

14. Показанием к раннему плановому оперативному вмешательству (то есть после проведения полноценного обследования и необходимой предоперационной подготовки) усложнено течение язвенной болезни – повторное (многократное) кровотечение, малигнизация (по данным биопсии) и пенетрация язвы, гигантские язвы желудка (более 3 см в диаметре) и двенадцатиперстной кишки (2 см и больше в диаметре), а также стеноз выхода из желудка.

Пептические (рецидивные) язвы анастомоза.

1. Основным методом лечения является консервативный, который включает:

- эндоскопический гемостаз и профилактику рецидива кровотечения;
- антисекреторную терапию;
- коррекцию кровопотери (инфузионная и медикаментозная терапия).

2. В случае неэффективности всего комплекса консервативных мероприятий показано экстренное хирургическое вмешательство. Операцией выбора является резекция желудка по Ру или резекция желудка за Бильрот-1.

Только больным, которые находятся в крайне тяжелом состоянии, целесообразно выполнение минимального по объему хирургического вмешательства – высекание язвы. В этом случае основным заданием операции является прекращение кровотечения и спасения жизни больному. Относительно остальных больных, то вопрос о необходимости выполнения оперативного вмешательства решается в плановом порядке.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Выполнение любого оперативного вмешательства при кровоточащих гастродуоденальных язвах должно отвечать таким требованиям:

- надежно останавливать кровотечение
- вылечивать больного от язвенной болезни
- сопровождаться минимальной травматичностью, летальностью и числом

послеоперационных осложнений.

Немалое значение в конце операции играет фактор времени. Хирургическое вмешательство должно выполняться неторопливо, но достаточно быстро. Между тем не следует забывать, что избыточное увлечение минимальной по объему операцией (высечение язвы без ваготомии) обрекает определенную часть больных рецидивом заболевания (в том числе кровотечение), а также на необходимость выполнения в дальнейшем повторного, уже радикального вмешательства, что, несомненно, повышает его риск.

Вместе с тем, у кое-кого из больных, которые находятся в тяжелом и очень тяжелом состоянии, predetermined выраженная кровопотеря, возрастом и сопутствующей патологией, приходится прибегнуть к операции, направленной только на прекращение кровотечения и спасения жизни пациенту.

В связи с большим количеством осложнений такие оперативные вмешательства, как ушивание язвы, что кровоточит, или прошивки кровоточивого сосуда в язве выполнять не рекомендуется.

Объясняется это достаточно низкой эффективностью этих вмешательств относительно обеспечения надежного гемостаза. В частности в послеоперационном периоде достаточно часто (7-17%) возникает рецидив кровотечения, что у значительного количества пациентов приводит к летальному результату (8-10%). Эти оперативные вмешательства могут быть использованы лишь только как способ временного гемостаза в ходе операции, после чего язва должна быть высечена или выведена за пределы пищеварительного канала.

Напомним, что к радикальным хирургическим вмешательствам при язве желудка относят сверхпилорическую резекцию желудка и резекцию желудка за Бильрот-1, а при язве двенадцатиперстной кишки – органосберегающие с ваготомией операции (СПВ селективная проксимальная ваготомия) с высечением язвы в сочетании с пилоро- или дуоденопластикой. До паллиативных вмешательств относят высечение язвы или выведения ее за пределы пищеварительного канала.

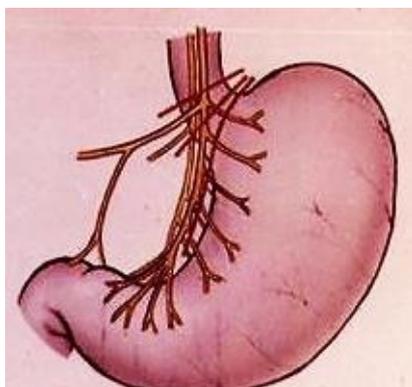


Рис. Виды ваготомии: ствольная, селективная, селективная проксимальная

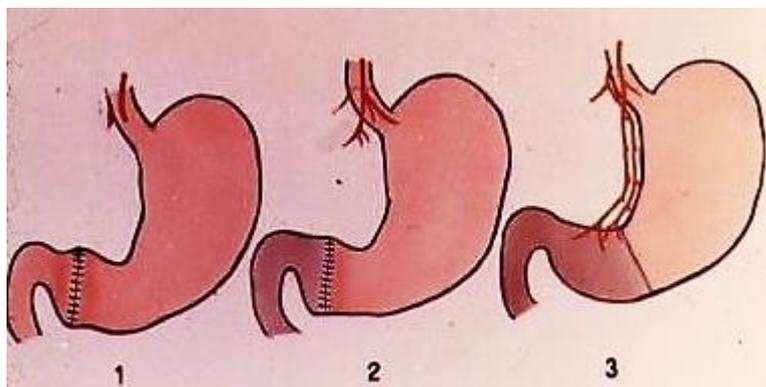


Рис. Зоны денервации при разных видах ваготомии: 1) ствольная; 2) селективная; 3) селективная проксимальная

ОСТРЫЕ КРОВОТОЧИВЫЕ ЯЗВЫ И ЭРОЗИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Острые кровоточивые язвы и эрозии наблюдаются приблизительно у 12% (6-34%) всех больных с острым кровотечением в просвет пищеварительного канала.

Наиболее часто кровоточивые острые язвы и эрозии слизистой оболочки пищеварительного канала возникают после тяжелых травм, ожогов, достаточно

травматических оперативных вмешательств, на фоне тяжелых соматических заболеваний (инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, болезней крови – полицитемия, лимфолейкоз и др., атеросклероза, гипертонической болезни, хронической ишемической болезни сердца, сахарного диабета и тому подобное), в том числе тяжелых хирургических заболеваний, заболеваний, которые сопровождаются сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночной, почечной недостаточностью, дегидратацией, гиповолемией, интоксикацией, а также на фоне запущенных стадий злокачественных новообразований, некоторых инфекционных заболеваний (грипп и др.).

Острое эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки пищеварительного канала может возникать и после приема разных лекарственных средств (кортикостероидов, ацетилсалициловой кислоты, нестероидных противовоспалительных средств и тому подобное – всего свыше 50 наименований). Причем одни препараты делают непосредственное повреждающее действие на слизистую оболочку, другие, – разрушая защитный слизистый барьер или стимулируя выработку соляной кислоты, создают благоприятные условия для ее деструкции. Однако не совсем правильно относить такие повреждения к "чисто" медикаментозным. Следует отметить, что лекарственные средства применяются долгосрочно или в больших дозах, как правило, для лечения тяжелых соматических заболеваний сердца, сосудов, легких, печени, почек, других органов и систем.

Определенное значение в возникновении острых язв слизистой оболочки имеют предварительные заболевания органов системы пищеварения, в частности, язвенная болезнь, гастрит, гастродуоденит.

Наиболее часто острые язвы и эрозии слизистой оболочки пищеварительного канала локализуются в желудке – в 70% больных, реже – в двенадцатиперстной кишке – в 20%, пищеводе – в 9%, в пустой, подвздошной и толстой кишках – в 1%. Причем, в 35% больных острые язвы и эрозии располагаются одновременно в двух и больше органах.

Под острыми эрозиями понимают поверхностные дефекты слизистой оболочки разной (линейной, округлой, неправильной) формы, размерами 1-3 мм, глубиной 0,5-2 мм, который проникает только к мышечному слою стенки органа. Дно эрозий обычно чисто, ярко-красного цвета, иногда с геморрагическим налетом. Края их невысокие, порой – стертые. Отмечается гиперемия, отек и легкая уязвимость слизистой оболочки вокруг эрозий.

В отличие от эрозий, острые язвы могут достигать подслизистого, мышечного, серозного слоев, а иногда и перфорировать стенку органа. Как правило, они округлой или овальной формы, диаметром до 1-1,5 см, хотя временами достигают огромных размеров.

Обычно вокруг острых язв признаки воспалительной реакции отсутствуют. Внешне они напоминают "штампованные" дефекты слизистой оболочки. Это объясняется преимуществом некротических процессов над процессами регенерации. Острые язвы чаще всего поверхностны, с гладкими четкими краями, дно покрыто фибрином, или содержит отложение хлорида гематина. Края их подвижные, ярко-красного цвета, слизистая оболочка эластична. Воспалительный вал, характерный для хронических язв, отсутствует.

Форма острых язв в большинстве наблюдений клинообразная, причем верхушкой клин обращен вглубь стенки желудка. Вместе с тем случаются острые язвы с подрывным нависающим овальным краем и пологим аворальным. Некроз и пропитка фибрином дна язвы в участке подрывного края значительно более широкий, по сравнению с противоположным, пологим краем.

Отличительным признаком острой язвы от хронической является отсутствие рубцово-склеротической ткани в участке ее дна и вокруг самой язвы. Наиболее часто дном острой язвы является мышечная оболочка органа, в которой оказываются гнойно-некротические изменения, слизь, волокна фибрина, кристаллы хлорида гематина, колонии бактерий, слущенные эпителиальные клетки.

Острые эрозии, как правило, бывают множественными, располагаясь преимущественно в теле и на дне желудка или в начальном отделе двенадцатиперстной кишки. При этом они буквально засевают всю слизистую оболочку пораженного участка органа.

Острые язвы могут быть как единичные, так и множественные. Локализация их различная: от желудка и двенадцатиперстной кишки, что бывает чаще всего, к пищеводу и кишечнику (встречается значительно реже).

В патогенезе острых язв и эрозий слизистой оболочки определенную роль играют:

- стресс, в результате чего происходят выбросы в кровь биологически активных веществ, что приводит к выраженным нарушениям функции системы кровообращения и дыхания, а также к глубоким расстройствам метаболических процессов и морфологических изменений в клетках и органах. Поскольку факторами риска возникновения острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки пищеварительного канала являются тяжелые травмы, ожоги, разные виды шока, тяжелые соматические заболевания и другие причины, то этот процесс следует рассматривать как форму органной недостаточности при полиорганной или полисистемной недостаточности. При этом, в зависимости от *locus minoris resistenciae*, острые язвы и эрозии могут локализоваться в разных органах – пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке и др.;

- эндогенная интоксикация – в результате травмы, в том числе операционной, шока, тяжелых соматических заболеваний и действия других причин возникает ишемия и гипоксия органов и тканей организма, в результате чего в клетках происходит нарушение метаболических процессов и энергетический обмен. Все это ведет к образованию и накоплению в организме эндогенных токсинов. Декомпенсация регуляторных и защитных систем приводит к накоплению продуктов этих систем в токсично высоких концентрациях и появления продуктов их перекрученного функционирования. Эндотоксины разной природы, проникая в неизменные клетки, вызывают нарушение внутриклеточного обмена, повреждение биологических мембран и цитоллиз. Проявлением этих изменений в органах пищеварительного канала является образование острых эрозий и язв слизистой оболочки;

- нарушения гемостаза, которые практически всегда наблюдаются при кровотечении из острых язв и эрозий слизистой оболочки пищеварительного канала, и независимо от причины их возникновения, сопровождаются значительными изменениями показателей коагуляционной, фибринолитической и антикоагуляционной активности крови. Активация общего внутрисосудистого и местного фибринолиза в слизистой оболочке желудка может способствовать как возникновению самого кровотечения, так и обуславливать ее длительность и интенсивность;

- кислотно-пептический фактор. В частности, в ближайшем послеоперационном периоде в большинстве больных отмечается повышение базальной секреции соляной кислоты на фоне притеснения моторики желудка. Нарушение перистальтической активности вызывает задержку эвакуации кислого желудочного содержимого и приводит к длительному влиянию кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку желудка.

Критическим уровнем рН в просвете желудка, ниже которого, как правило, возникают эрозийные поражения, есть величина 3,5-4,0. Установлено, что постоянный прием антацидных средств, для поддержки рН в желудке на уровне выше 3,5-4,0 способствует снижению частоты возникновения желудочно-кишечного кровотечения из острых язв и эрозий у критически тяжелых больных в 4-6 раз, а при кровотечении способствует ее прекращению. В связи с этим по величине рН желудочного содержимого можно в известной степени прогнозировать возникновение желудочно-кишечного кровотечения с острых язв слизистой оболочки.

- дуодено-гастральный рефлюкс. Желчные кислоты и лизолецитин, которые являются составляющими дуоденального содержимого, обладая детергентным и цитотоксическим действием, разрушают слизистый барьер в условиях кислой среды. Под

их влиянием нарушается окислительное фосфорирование в митохондриях клеток слизистой оболочки, подавляется активность АТФазы, что увеличивает вызванное ишемией снижение энергетического обмена. В эксперименте установлено, что острые язвы желудка возникают при наличии тканевой гипоксии, соляной кислоты и желчи в просвете желудка.

- нарушение резистентности слизистой оболочки пищеварительного канала. Как известно, по резистентности слизистой оболочки определяют степень выразительности протективной роли слизи и щелочной секреции, состояние слизевого барьера, что препятствует обратной диффузии ионов водорода, уровень кровотока, скорость регенерации эпителиальных клеток, степень продукции защитных гуморальных факторов. В условиях ишемии и гипоксии в слизистой оболочке происходит нарушение метаболических процессов и энергетического обмена, накопления эндогенных токсичных веществ, которые не только способствуют непосредственному повреждению слизистой оболочки, но также значительно снижают ее резистентность. Установлено, что острые эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка по большей части возникают на почве ранее существующего воспалительного процесса, то есть там, где в силу разных причин уже было снижение резистентности слизистой оболочки. Определенную роль в возникновении острых язв и эрозий слизистой оболочки пищеварительного канала играют сенсбилизация организма, инфекции, разные гормоны, в том числе гастроинтестинальные, простагландины, медиаторы и другие биологически активные вещества, а также пол и возраст больных, значение и место которых в патогенезе болезни еще придется уточнить.

Лечебная тактика при кровотечении с острых язв и эрозий слизистой оболочки травного канала.

1. Основным методом лечения является консервативный, который включает:

- эндоскопический гемостаз и профилактику рецидива кровотечения;
- антисекреторную терапию;
- коррекцию кровопотери (инфузионная и медикаментозная терапия);
- обязательное лечение основного и сопутствующего заболеваний.

2. При множественных острых эрозиях добиваться окончательного гемостаза след только консервативными мероприятиями.

3. При отсутствии эффекта от комплексного лечения у больных с острыми язвами, которые кровоточат, показанное экстренное хирургическое вмешательство. Операцией выбора является высекание острой язвы.

СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА

Синдром Маллори-Вейсса в структуре острого кровотечения в просвет пищеварительного канала занимает 3-е место и наблюдается приблизительно в 11% (4-13%) больных.

Основной причиной возникновения продольных разрывов слизистой оболочки считается безостановочная рвота при переполненном желудке и закрытому вратари. Этому способствует резкое повышение давления в кардиальном отделе желудка и пищеводе рядом с их дилатацией. Разрыв оболочек пищеводно-кардиальной стенки приводит к повреждению более поверхностных (мелких) или глубже расположенных (больших) сосудов. Именно от этого во многом зависит интенсивность и длительность кровотечения. Как правило, для возникновения синдрома Маллори-Вейсса нужно повышение внутрижелудочного давления до 200 мм рт.ст. и больше.

Следует отметить, что в зависимости от возраста больного изменяется давление, необходимый для образования разрыва. Причем, чем старший возраст, тем меньшее давление нужно для его возникновения. Известно, что толщина подслизистого слоя у взрослых составляет 1/3-1/5 мышечного, а у детей оба слоя имеют приблизительно одинаковую толщину. Анатомические особенности пищеводно-кардиального отдела по

малой кривизне определяют локализацию разрывов именно в этом участке. При повышении внутрижелудочного давления проксимальная часть малой кривизны желудка образует более пологую дугу, чем большая кривизна, и приобретает вытянутую форму, подобно цилиндру. Стенка большой кривизны желудка более напоминает форму пули шара. Типичную локализацию разрывов слизистой оболочки объясняют физическим законом Лапласа, соответственно которому при одинаковом давлении изнутри стремление к растяжению стенки цилиндра вдвое больше, чем стенки пули шара. Если этот закон считать действительным и для биологической модели, то проксимальная часть малой кривизны оказывается местом наименьшего сопротивления.

Еще одним фактором, который может способствовать возникновению синдрома Маллори-Вейсса, есть продольное расположение складок слизистой оболочки пищевода и желудка. По закону Лапласа при растяжении цилиндр разрывается в продольном направлении. В этом же направлении происходят разрывы слизистой оболочки пищеводно-кардиального участка. В субкардиальном отделе желудка складки слизистой оболочки также идут продольно, в связи с этим понятный механизм продолжения разрыва в этом направлении.

Важное значение в плане локализации разрывов имеет кардиальный замыкатель, в середине которого размещается пищеводное отверстие. Установлено, что именно этот анатомический участок являет собой зону высшего давления, чем дно желудка. Очевидно, в момент повышения внутрижелудочного давления при рвоте на пищеводно-желудочный сфинктер влияет более сильное давление, чем на другие отделы желудка. Этим и обусловлена наибольшая вероятность разрыва именно в этой зоне. Если бы не существовал кардиальный замыкатель, то локализация возможного разрыва, в соответствии с законом Лапласа, должна была бы отвечать месту наибольшего напряжения желудочной стенки. При равномерном внутрижелудочном давлении – это участок наибольшего пересечения желудка. Однако, как известно, разрывы слизистой оболочки бывают только в пищеводно-кардиальном отделе. Причем у значительного количества больных они определяются именно в участке пищеводно-желудочного замыкателя.

Вместе с тем, для возникновения синдрома Маллори-Вейсса необходимое не только повышения внутрижелудочного давления, но и структурные изменения слизистой оболочки эзофагокардиальной зоны. Эти изменения наблюдаются как в эпителиальных клетках и соединительной ткани, так и в стенках сосудов микроциркуляторного русла. От выразительности дистрофичных и дегенеративных изменений железистого эпителия, а также реакции плазматических клеток во многом зависит степень и глубина поражения слизистой оболочки пищеводно-кардиального участка. С развитием диффузионного хронического воспаления наблюдается нарушение клеточного восстановления, что выражается в ослаблении и нарушении синхронизации фаз регенераторного процесса. Воспалительные изменения менее выражены в абдоминальном отделе пищевода и более заметные в кардиальном отделе желудка и участке пищеводно-желудочного замыкателя.

Одной из самых частых причин неудержимой рвоты и синдрома Маллори-Вейсса является злоупотребление спиртными напитками (в 50-83% больных). Как известно, хроническое отравление алкоголем содействует развитию атрофического гастрита и создает благоприятные условия для разрыва слизистой оболочки пищеводно-кардиальной зоны при значительном повышении внутрижелудочного давления. Среди других причин возникновения синдрома Маллори-Вейсса следует назвать – переедание – приблизительно примерно в 5-7% больных, различные заболевания пищеварительного тракта – в 2-5%, тяжелый кашель – в 2%, отрыжка – в 1 %, сильная боль головы – в 1 %, сахарный диабет – в 1 %, акт дефекации – в 1%, поднятие тяжелого – в 1%.

Одиночный разрыв слизистой оболочки и более глубоких слоев стенки пищеводно-желудочного участка наблюдается приблизительно в половины больных. В других случаях по 2-3 и больше разрывов. Пищеводная локализация разрывов наблюдается в 8-

12% больных, желудочная – в 40-44%, а в участке пищеводно-желудочного сфинктера – в 39-63%. Установлено, что синдром Маллори-Вейсса чаще встречается у мужчин трудоспособного возраста (20-50 лет).

Выделяют три степени разрывов у больных с синдромом Маллори-Вейсса (Bellmann и соавт., 1979):

I - разрыв только слизистой оболочки

II - разрыв слизистой, подслизистой и мышечной оболочек с образованием заметных глазом субсерозных гематом

III - разрыв всех слоев стенки пищеводно-кардиальной зоны с развитием перитонита.

Лечебная тактика при синдроме Маллори-Вейсса.

1. Основным методом лечения является консервативный, который включает:

- эндоскопический гемостаз и профилактику рецидива кровотечения;

- антисекреторную терапию;

- коррекцию кровопотери (инфузионная и медикаментозная терапия).

2. Только в исключительных случаях, при неэффективности всего комплекса консервативного лечения, показанное экстренное хирургическое вмешательство. Операцией выбора является висечение/ушивание трещин слизистой оболочки.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Ход большинства опухолевых процессов пищеварительного тракта, особенно злокачественных, нередко сопровождается скрытым кровотечением, что проявляется при лабораторном исследовании кала. Рядом с раковой интоксикацией – это одна из причин развития хронической анемии у данной категории больных. Между тем, у определенной части больных возникает острое, угрожающее жизни пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение, что в ряде наблюдений является непосредственной причиной смерти. Кровоточивые опухоли пищеварительного канала по частоте возникновения занимают 4 место и составляют около 9% (6-15%) от общего количества больных с ОКППТ.

Если лечение доброкачественных кровоточивых опухолей пищеварительного тракта не составляет особенных трудностей, как для пациента, так и для врача, то лечение злокачественных новообразований далеко не всегда приносит желаемые результаты. Это связано с тем, что острая кровопотеря увеличивает нарушения гомеостаза, которые возникли в результате опухолевого процесса. Кроме того, значительную часть составляют пациенты пожилого и старческого возраста, временами с тяжелой сопутствующей патологией. Почти в половины больных кровотечение, как первый симптом, возникает только в III-IV стадии заболевания.

К сожалению, в результате арозии достаточно больших сосудов и нарушений системы свертывания крови проведенная консервативная терапия не всегда оказывается эффективной. Вместе с тем выполнение экстренного хирургического вмешательства, как правило, сопровождается большим риском для больного, а давность процесса в ряде наблюдений не позволяет сделать радикальную операцию. Подготовка к плановому вмешательству иногда затягивается надолго, но и в этом случае добиться полной готовности к операции все равно не удастся через очень неблагоприятное сочетание основного заболевания, его осложнений и сопутствующей патологии.

Среди всех острокровоточивых злокачественных опухолей пищеварительного канала наиболее часто встречается рак желудка (в 79% больных), реже – рак ободочной и прямых кишок (в 18,5%) и очень редко – злокачественные новообразования пищевода (в 1,5%), тонкой кишки (в 1%). Доброкачественные опухоли чаще всего локализуются в желудке и в прямой кишке (в 81% больных), реже – в ободочной кишке (в 11%), тонкой кишке (в 7%) и очень редко – в пищеводе (в 1%).

Из общего числа больных в верхних отделах пищеварительного канала – пищеводе, желудка и в двенадцатиперстной кишке острокровоточивые новообразования

располагаются в 74% больных, в толстой кишке – в 25%, а в пустой и подвздошной кишке – в 1%. В связи с этим основным методом диагностики является экстренное эндоскопическое исследование. Значительные трудности в своевременном установлении точного диагноза возникают только у больных с опухолями тонкой кишки. У этих больных основными методами диагностики является энтерография и/или селективная мезентерикография.

В 82% наблюдений источником кровотечения есть злокачественная опухоль и только в 18% – доброкачественная. За гистологической структурой злокачественных опухолей наиболее часто наблюдается рак – в 97,5% больных, саркома – в 2,5%. Среди доброкачественных новообразований наиболее распространенными являются полипы (в 70% больных). Ворсинчатая опухоль толстой кишки наблюдается в 17% больных, лейомиома – в 11 % больных, а ангиофиброма, невринома и др. – в 2%.

Консервативная терапия оказывается наиболее эффективной у пациентов с опухолями толстой кишки, которые кровоточат (100%), пищевода (83%) и желудка (82%). При новообразованиях двенадцатиперстной кишки этот показатель составляет 40%, а пустой и подвздошной кишок – только 33%. Причем рецидив кровотечения наблюдается в 8% больных с доброкачественными опухолями и в 16% с злокачественными.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА очень редко являются причиной массивного кровотечения. Эти опухоли растут медленно, длительное время не вызывая никаких клинических симптомов, и проявляются случайно при рентгенологически или эндоскопически исследовании желудочно-кишечного тракта. их проявление во многом зависит от локализации, величины и наличия осложнений (язвы, кровотечения, нагноения и перфорации, малигнизации). При кровотечении появляется тошнота, рвота или отрыжка умеренного количества малоизмененной или темной крови. При эндофитном росте опухоли и привлечении до процесса прилежащих больших кровеносных сосудов кровотечение может быть массивным. В ряде случаев, особенно у больных с доброкачественными новообразованиями пищевода, кровотечение может носить умеренный характер. В начале появляется тошнота и рвота темной кровью или жидкостью типа кофейной гущи, а дальше – мелена.

Основным методом диагностики является эндоскопическое исследование. При лейомиоме, что составляет до 70% всех доброкачественных опухолей пищевода, характерным признаком является интактная слизистая оболочка пищевода над выступающей в просвет опухолью, в центре которой виднеется участок язвы. Просвет пищевода может быть суженый с одной стороны и компенсаторный расширенный с другого, так что эндоскоп свободно продвигается ниже опухоли. Иногда опухоль обнаружить не удается. Это может обуславливаться ее малыми размерами, а также тем, что эндоскоп отодвигает опухоль и свободно проходит мимо нее.

При полипах пищевода в просвете видно неподвижную, что легко кровоточит при контакте с эндоскопом опухоль. В случае внутривентриального расположения опухоли взятия биопсии противопоказанное, потому что в этих случаях материал для гистологического исследования получить не удастся, а опасность инфицирования стенки пищевода достаточно большая. Биопсия возможна лишь у больных с внутрипросветным расположением опухоли. Диагноз может быть установлен также и при рентгенологически исследовании.

Следует отметить, что тяжелое кровотечение из злокачественной опухоли пищевода, с непосредственной угрозой жизни больного, возникает редко, и как правило, свидетельствует о запущенности процесса, распаде и неоперабельности опухоли.

ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА являются самой частой причиной острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. Причем в 90% больных причиной кровотечения является злокачественная опухоль.

Среди доброкачественных опухолей желудка, усложненных кровотечением, наибольший интерес представляют полипы желудка и неэпителиальные опухоли. Первые составляют 5-10% всех опухолей желудка, вторые – 0,5-3,6%. Причем наибольшее значение среди всех доброкачественных новообразований имеют полипы желудка.

Считается, что в 1/3 больных с неэпителиальными опухолями желудка может возникнуть острое кровотечение. В первую очередь, к ним следует отнести лейомиому, фиброму, невриному, нейрофиброму, гемангиому, лимфому, гломусную опухоль желудка. Значительно реже источником кровотечения может быть липома, эластичная псевдоксантома, мономорфный псевдолимфоматоз, гемангиоперицитомы, гломангиобластома, гемангиоэндотелиома, ангиолейосаркома, лейомиосаркома, гемангиосаркома, невролемома, хеMODEKТОМА. Кровотечение, как правило, связано с язвой полипов или доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка. В этих случаях больные жалуются на слабость, головокружение, рвоту кровью, кровавый кал. Отмечается бледность кожных покровов. Причем для полипов желудка характерной является меньшая интенсивность кровотечения. В связи с этим у больных может наблюдаться рвота умеренным количеством измененной крови, а чаще мелена. Кровотечение при доброкачественных неэпителиальных опухолях бывает более массивным, а иногда является первым и единственным симптомом заболевания. Для этой категории больных характерна рвота малоизмененной кровью, часто обильная, а также мелена. Достаточно выражены слабость, головокружение, бледность кожных покровов.

Полипы желудка наиболее часто располагаются в антральном отделе - в 70-85% больных, в теле – в 17-25%, в кардиальном отделе – в 2,5-3%. В 50% наблюдений отмечаются множественные полипы, а в 10% - диффузионный полипоз. Размеры полипов составляют от 0,5 до 10 см. Они могут быть на ножке и на широкой основе. При эндоскопическом исследовании хорошо видно полипы даже небольших размеров. Обнаружены полипы на широкой, инфильтрованной основе, неровность, бугристость и язва поверхности, укорачивания ножки и ограничения подвижности должны склонять врача-эндоскописта к мысли о злокачественном перерождении. Вместе с тем, точный диагноз может быть установлен только после изучения биопсийного материала, что должно выполняться у каждого больного с полипом желудка.

Доброкачественные неэпителиальные опухоли чаще локализуются на задней стенке в средней и в нижней трети желудка, реже – на передней стенке. Временами достигают больших размеров. Как правило, выступают в просвет желудка, подвижные, имеют округлую форму, гладкую поверхность, четкие границы. Смещение их может быть обусловлено наличием ножки. В большинстве больных с кровоточивыми полипами желудка благодаря применению всего комплекса консервативных методов удается добиться эффекта. Значительно хуже поддаются консервативной терапии доброкачественные неэпителиальные опухоли. Показанием до экстренной операции является неэффективность эндоскопического прекращения дрящегося кровотечения или ее рецидива. Другим больным показано выполнения планового хирургического вмешательства.

Острокровоточивые злокачественные новообразования желудка составляют 4-5% от общего числа причин ОКППТ, а среди умерших больных – 12-24%. Сложности при лечении данной категории больных обусловлены, в первую очередь, тем, что большую часть (54-80%) составляют пациенты пожилого и старческого возраста. Кроме того, большинство больных поступают с кровотечением с опухоли, что распадается, с достаточно тяжелой кровопотерей. Потому лишь в 40-60% больных допустимое выполнение радикального хирургического вмешательства. У большого количества больных во время пребывания в стационаре, несмотря на лечение, возникает рецидив кровотечения. Это, несомненно, увеличивает возникшие нарушения гомеостаза и значительно осложняет условия выполнения оперативного вмешательства. К тому же, выполнение радикального хирургического вмешательства, особенно в экстренном порядке

всегда сопровождается чрезвычайным необычным риском для больного. Выполнение паллиативной операции (только по поводу прекращения кровотечения) в дальнейшем, временами, вызывает отказ больного от радикального вмешательства. Отказ от операции со стороны врача, особенно относительно больных с длящимся продолжающимся кровотечением или ее рецидивом, обрекает больного почти 100-процентной гибелью с разницей лишь только во времени.

Наиболее часто наблюдается аденокарцинома – в 75-80% случаев, значительно реже -медулярный, недифференцирован и слизистой рак. Саркома желудка оказывается в 3,3%, чаще – лимфосаркома – в 1,8% больных. Обращает на себя внимание большое количество чрезвычайно злокачественных форм опухоли. Учитывая достаточно позднее обращение больных за помощью при наличии тех или других "желудочных" симптомов, частые случаи выявления чрезвычайно злокачественных форм опухоли, а также то, что почти в половины больных кровотечение оказалось первым проявлением болезни, становится понятно, почему так много больных с четвертой стадией заболевания. Основными клиническими проявлениями кровотечения при опухолях желудка является кровавая рвота и кровавый кал. Причем чаще наблюдаются мелена, а также рвота темной кровью и сгустками.

Основным методом диагностики является экстренное эндоскопическое исследование.

ОПУХОЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ встречаются редко (приблизительно примерно в 1%), причем доброкачественные наблюдаются чаще, чем злокачественные.

Среди доброкачественных опухолей различают полип, лейомиому, липому, аденому, гемангиому, нейрофибром, шваному, карциноид. Злокачественные опухоли (рак, саркома) в большинстве наблюдений располагаются в верхнем горизонтальном и начальном отделе нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки и очень редко в участке ее нижней горизонтальной части. Рядом с этим может быть прорастание опухоли поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку.

Основными проявлениями кровотечения является рвота содержимым типа кофейной гущи и мелена, реже – рвота темной кровью и сгустками. Дуоденоскопия позволяет установить источник кровотечения. Однако нередко очень сложно отличить злокачественную опухоль от пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки. Ощутимой помощью в установлении правильного диагноза является гистологическое изучение биопсийного материала, взятого с края язвы. Для дифференциальной диагностики гигантской язвы и прорастания опухоли поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку целесообразно использовать УЗИ.

ОПУХОЛИ ТОЩЕЙ И ПОДВЗДОШНОЙ КИШОК составляют приблизительно 1% всех кровоточивых новообразований пищеварительного канала. Приблизительно в 30% больных имеют место доброкачественные опухоли, а в 70% – злокачественные.

Среди доброкачественных опухолей могут быть полипы, лейомиомы, липомы, фибромы, гемангиомы, нейрофибромы, лимфангиомы, невриномы, карциноид. По характеру роста их разделяют на экзофитные и эндофитные. Мужчины и женщины болеют одинаково часто, преимущественно в возрасте 40-50 лет.

Экзофитные опухоли берут свое начало с элементов подслизистой основы или мышечной оболочки и редко достигают больших размеров. Эндофитные опухоли возникают с подсерозного слоя кишки и нередко бывают достаточно большими. Наиболее часто встречается лейомиома. Локализуется она обычно в начальном отделе пустой и подвздошной кишок. Реже встречаются карциноид, полипы, невринома, липома, фиброма и гемангиома. Доброкачественные опухоли в 58% наблюдений размещаются в пустой кишке, в 23% – в двенадцатиперстной и в 19% – в подвздошной.

Среди злокачественных новообразований преобладает саркома, составляющая 45% всех опухолей пустой и подвздошной кишок. Рак встречается в 3-15% среди всех новообразований этой локализации. Злокачественные опухоли в большинстве наблюдений наносят поражения начальному отделу пустой кишки и конечному отделу подвздошной. Встречаются в любом возрасте, но саркома по большей части в возрасте 20-40 лет, а рак – в 40-60 лет. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. За гистологическим строением среди сарком преобладают лимфосаркома и ретикулосаркома, а при раковом поражении – аденокарцинома, солидный и слизистый рак.

Одним из угрожающих осложнений опухолей тонкой кишки является кровотечение, что наблюдается в 30% больных. Диагностика опухолей тонкой кишки составляет значительные трудности. На начальных стадиях заболевания и злокачественные, и доброкачественные новообразования имеют бессимптомный ход к возникновению осложнений. При этом от появления первых признаков болезни к установлению диагноза злокачественной опухоли тонкой кишки проходит не менее года. Причем в ряде наблюдений именно массивное кровотечение является первым признаком опухоли.

Клинически кровотечение проявляется слабостью, головокружением, бледностью кожных покровов, нередко болью в животе. Наиболее характерным является дегтеобразный кал. Однако при размещении опухоли в пустой кишке и усиленной перистальтике, а также ее локализации в подвздошной кишке может наблюдаться выделение из прямой кишки несколько измененной (вишневого цвета) крови.

С целью диагностики опухолей пустой и подвздошной кишок применяют энтерографию и селективную мезентерикографию, однако их диагностическая ценность не очень высока.

ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ встречаются достаточно часто. Они делятся на доброкачественные (эпителиальные – полип, ворсинчатая опухоль, неэпителиальные – лейомиома, липома, фиброма, миома, нейрофиброма, невринома, кавернозная гемангиома, лимфангиома, карциноид) и злокачественные (рак, меланома, лимфома, саркома).

Полипы и ворсинчатые опухоли встречаются в 20-50% больных в возрасте старше 50 лет. Больше всего часто полипы локализуются в левой половине ободочной и в прямой кишке.

Одним из наиболее характерных клинических проявлений этих заболеваний является выделение крови из прямой кишки, что наблюдается в 13-37% больных. Следует отметить, что при диффузионном семейном полипозе кровянистые выделения из прямой кишки наблюдаются практически в 100% больных.

Кровотечение при доброкачественных опухолях толстой кишки питает слабость к произвольному прекращению. Основным методом окончательного локального гемостаза есть эндоскопическая электроэксцизия полипа (через ректоскоп или колоноскоп). Если основание полипа широкая, а диаметр более 2 см, целесообразного выполнения хирургического вмешательства. При диффузионном полипозе необходимости в исполнении экстренной операции, как правило, не возникает. В связи с высокой вероятностью малигнизации полипов этих больных оперируют в плановом порядке. Исключение составляют лишь ювенильные полипы и полипоз всего желудочно-кишечного тракта, в таких случаях показанием до операции является возникновение осложнений.

Среди всех доброкачественных опухолей толстой кишки ворсинчатые опухоли составляют 15%. Они могут располагаться во всех отделах толстой кишки, но в 69-82% локализуются в прямой кишке. В связи с большими размерами и особенностями строения ворсинчатые опухоли часто покрываются язвами, повреждаются и кровоточат. Кровотечение разной интенсивности наблюдается в 34-85% больных. Причем частота возникновения кровотечения прямо пропорциональна степени злокачественности опухоли. Кровотечение из ворсинчатых опухолей достаточно часто прекращается

самостоятельно или в результате применения консервативной терапии. Оптимальным методом достижения локального гемостаза есть хирургическое удаление опухоли.

Неэпителиальные доброкачественные опухоли составляют приблизительно 3% среди общего числа доброкачественных опухолей толстой кишки. Между них самой распространенной является лейомиома, липома, фиброма, невринома и ангиома.

Толстая кишка является одной из самых частых локализаций рака пищеварительного тракта. Кишечное кровотечение при раке толстой кишки наблюдается в 9-93% больных. Тяжелые, массивные кровотечения возникают значительно реже – в 3-5% наблюдений, преимущественно у лиц молодого возраста.

При раке прямой кишки прямокишечное кровотечение наблюдается в 70% больных, раке ректосигмоидного отдела – в 47%, левой половины ободочной кишки – в 16%, поперечной ободочной кишки – в 14%, правой половины ободочной кишки – в 9%. Однако более массивное кишечное кровотечение отмечается при поражении восходящей, прямой и поперечной ободочной кишок. Кровотечение является следствием распада опухоли с арозией сосуда. Наиболее часто случается при экзофитном и язвенном росте опухоли. Среди злокачественных опухолей неэпителиального происхождения бдительного внимания требует меланома, лимфома и саркома.

Основным клиническим симптомом толстокишечного кровотечения является выделение крови из прямой кишки. Изучение характера выделений из прямой кишки в ряде случаев помогает припустить локализацию источника кровотечения. Следует отметить, что чем дистальнее оно расположено, тем чаще наблюдается мало измененная кровь. Диагностическим целям в известной степени может служить исследование соотношения каловых масс и выделяемой крови. Если другая патология локализуется в правой половине ободочной кишки, где содержимое находится в полужидком состоянии, то кровь перемешивается с ним и приобретает темно-вишневой расцветки. При замедленной перистальтике толстой кишки может наблюдаться и дегтеобразный кал. Плотные каловые массы черного цвета характерные достаточно умеренного за интенсивностью кровотечения.

При расположении источника кровотечения в левой половине ободочной и прямой кишке, как правило, бывает выделение сгустков несколько или практически неизменной крови. Иногда имеют место прожилки крови на поверхности каловых масс обычного цвета. Кроме того, больных донимают нарастающая слабость, головокружение, обморочное состояние. Степень выразительности этих симптомов во многом зависит от интенсивности кровотечения и компенсаторных возможностей организма.

Большое значение в постановке правильного диагноза, особенно при кровотечении с злокачественных опухолей, имеет тщательным образом собранный анамнез заболевания. Во много больных к возникновению массивного кровотечения отмечаются боль в животе, слабость, быстрая утомляемость, выделение слизи, гноя и крови во время акта дефекации, нарушение нормальной функции кишечника (запоры, которые иногда изменяются поносами), исхудание, субфебрильная температура тела. При опухолевом поражении правой половины ободочной кишки нередко наблюдается анемия, а опухоли левой ее половины чаще проявляют себя симптомами медленно нарастающей обтурационной кишечной непроходимости.

Основным методом диагностики острого кровотечения с опухолей толстой кишки является экстренная колоноскопия с биопсией. Значительно менее информативная - иригография.

Лечебная тактика при острокровоточивых опухолях пищеварительного канала.

1. Консервативное лечение кровотоочивых опухолей пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки включает:

- применения эндоскопических методик гемостазу и профилактика рецидива кровотечения (контрольно-лечебные эндоскопии выполняются исполняются через 10-12 часов);

- коррекцию кровопотери и других нарушений гомеостаза;
- применение Сандостатина (октреотид) или Октрестатина (октреотид) в дозе до 50 мкг в/в струйно в 10 мл физраствора, а затем а потом по 25-50 мкг/час в виде длительных инфузий на протяжении 3-5 дней (1 мл 0,01% р-ра - 100 мкг растворяют в физрастворе и вводят на протяжении 2-4 часов, что обеспечивает необходимую скорость инфузии 50-25 мкг/час).

2. Консервативное лечение кровоточивых опухолей пустой, подвздошной и толстой кишок включает:

- применение Сандостатина (октреотид) или Октрестатина (октреотид) в дозе до 50 мкг в/в струйно у 10 мл физраствора, а затем а потом по 25-50 мкг/час в виде длительных инфузий на протяжении 3-5 дней (1 мл 0,01 % р-ра - 100 мкг растворяют в физрастворе и вводят на протяжении 2-4 часов, что обеспечивает необходимую скорость инфузии 50-25 мкг/час);

- коррекцию кровопотери и других нарушений гомеостаза;
- лечение сопутствующей патологии.

3. Оперативному лечению подлежат все случаи кровоточивых опухолей за исключением пациентов, в которых операционный риск достигает крайней меры. Выбор объема и способа хирургического вмешательства зависит от локализации и распространенности опухоли. Операция во всех случаях должна выполняться в соответствии с онкологическими принципами радикальности.

4. Показаниями до экстренного оперативного вмешательства являются:

- профузное кровотечение, что не подвергается эндоскопическому способу прекращения;

- длительное сохранение (36 часов и больше) высокого риска развития рецидива кровотечения (при лечебно-контрольных эндоскопиях сохраняется диффузионная обильная кровоточивость опухоли, большие тромбованные сосуды на поверхности опухоли, сгустки крови на поверхности опухоли, неизменная кровь в полости органа); подозрение на опухоль тонкой кишки и признака дрящегося кровотечения.

5. Если во время оперативного вмешательства (экстренного или планового) определяются метастазы опухоли, но именно новообразование подлежит удалению, выполняют паллиативную резекцию.

6. Если же во время неотложной операции оказывается неудаляемая опухоль желудка, то единственным способом достижения гемостаза следует признавать деваскуляризацию опухоли путем перевязывания сосудов, которые питают орган.

7. При доброкачественных опухолях (лейомиома и др.) возможное выполнение щадящего высекания участка стенки пораженного опухолью органа.

8. Операцией выбора при полипах, что кровоточит, есть эндоскопическая полипэктомия, выполнение которой возможно при первичной эндоскопии. До полостного вмешательства следует удаваться только в тех случаях, когда эндоскопическое удаление их невозможно.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ОКПТ

На долю редких причин острого кровотечения в просвет пищеварительного травного канала приходится от 2 до 5% больных с этой патологией. Важность проблемы обусловлена, в первую очередь, теми трудностями, которые возникают у врача при установлении основной причины, которой вызванное кровотечение. В таблице поданы редкостные причины (или группы) острого кровотечения и их возможная локализация в разных отделах пищеварительного канала. Среди этой категории больных чаще других кровотечение наблюдается при дивертикулах пищеварительного канала, неспецифических колитах, заболеваниях крови и сосудов, ожогах, пептической язве пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Другие причины острого кровотечения в просвет

пищеварительного канала случаются очень редко. В диагностике этих заболеваний ведущая роль принадлежит правильно собранному анамнезу, а также данным объективного, инструментального (эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследование и тому подобное) и лабораторного (клиническое, биохимическое, бактериологическое исследование и тому подобное) обследования.

Устранение кровотечений в просвет пищеварительного канала, вызванного редкими причинами, как правило, консервативное. Необходимость выполнения экстренного хирургического вмешательства возникает крайне редко.

При локализации источника кровотечения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке основные принципы лечения такие:

- эндоскопические методы гемостаза и профилактика рецидива кровотечения (контрольно-лечебные эндоскопии выполняются через 10-12 часов);
- коррекция кровопотери и других нарушений гомеостаза;
- антисекреторная терапия;
- лечение основного и сопутствующего заболеваний.

При локализации источника кровотечения в полой, подвздошной и толстой кишке основными принципами лечения являются:

- Сандостатин или Октрестатин в дозе до 50 мкг в/в струйно у 10 мл физраствора, а затем а потом по 25-50 мкг/час в виде длительных инфузий на протяжении 3-5 дней (1 мл 0,01% р-ра - 100 мкг растворяют и вводят в течение 2-4 часов, что обеспечивает необходимую скорость инфузии 50-25 мкг/час);
- коррекция кровопотери и других нарушений гомеостаза;
- лечение основного и сопутствующего заболеваний.

Показанием до экстренного оперативного вмешательства является профузное кровотечение, что не поддается полноценной консервативной терапии.

Программа самоподготовки студентов:

1. Уметь выявить основные клинические признаки кровотечений из ЖКТ .
2. Провести дифференциальный диагноз с другой острой патологией органов брюшной полости.
3. Знать особенности клинического протекания кровотечений из нижележащих отделов кишечного тракта.
4. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.
5. Знать основные принципы консервативного лечения при кровотечениях из ЖКТ.
6. Знать показания к оперативному лечению и методы паллиативных и радикальных операций при кровотечениях из ЖКТ.

Тесты по тематике

1. Чаще всего кровоточат язвы:
 - 1) кардии, малой и большой кривизны
 - 2) малой кривизны желудка и задней стенки ДПК
 - 3) большой кривизны желудка и задней стенки ДПК
 - 4) малой кривизны желудка и передней стенки ДПК
 - 5) большой кривизны желудка и передней стенки ДПК
2. Абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни являются:
 - 1) каллёзные язвы
 - 2) тяжёлый болевой синдром
 - 3) профузное кровотечение

- 4) рецидивы больше 2 раз в году
 - 5) язвенный анамнез больше 10 лет
3. Абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни являются:
- 1) тяжелый болевой синдром
 - 2) перфорация язвы в анамнезе
 - 3) язвенный анамнез больше 10 лет
 - 4) рецидивы больше 3 раза в год
 - 5) кровотечение которое не останавливается консервативно
4. Условно абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни являются:
- 1) перфорация язвы
 - 2) язвенный анамнез больше 15 лет
 - 3) повторение кровотечения во время лечения
 - 4) профузное кровотечение
 - 5) рецидивы больше 3 раза в год
5. Мелена является характерным признаком:
- 1) перфоративной язвы
 - 2) пенетрирующей язвы
 - 3) кровоточивой язвы
 - 4) для рубцово-язвенного стеноза вратаря
 - 5) малигнизированной язвы
6. Рвота кофейной гущей является характерным признаком:
- 1) кровоточивой язвы
 - 2) пенетрирующей язвы
 - 3) перфоративной язвы
 - 4) малигнизированной язвы
 - 5) для рубцово-язвенного стеноза вратаря
7. Мелена это:
- 1) черный оформленный стул
 - 2) обесцвеченный жидкий кал
 - 3) оформленный кал с прожилками крови
 - 4) черный жидкий дегтеобразный стул
 - 5) пенистые вонючие опорожнения черного цвета
8. Что является характерным для кровоточивой язвы
- 1) рвота желчью
 - 2) рвота кофейной гущей
 - 3) рвота каловыми массами
 - 4) рвота застойным содержимым
 - 5) рвота неператравленной едой
9. Наиболее информативный метод при кровоточивой язве:
- 1) УЗИ
 - 2) ЭГДФС
 - 3) лапароскопия
 - 4) обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - 5) рентгенография желудка с контрастированием

10. При начале кровотечения из язвы:
- 1) боль нарастает
 - 2) боль уменьшается
 - 3) возникает кинжальная боль
 - 4) характер боли не изменяется
 - 5) боль, которая опоясывает
11. После какой операции сохранится иннервация пилорического отдела желудка:
- 1) селективная ваготомия
 - 2) стволовая ваготомия
 - 3) селективная проксимальная ваготомия
 - 4) не хранится после всех операций
 - 5) при всех перечисленных
12. Показанная диета при кровоточивых язвах желудка и ДПК:
- 1) № 1 за Певзнером
 - 2) № 5 за Певзнером
 - 3) № 7 за Певзнером
 - 4) № 15 за Певзнером
 - 5) Мейленграхта
13. Укажите наиболее частые причины желудочно-кишечного кровотечения:
- 1) Рак желудка
 - 2) Диафрагмальная грыжа
 - 3) Синдром Маллори-Вейса
 - 4) Варикозное расширение вен пищевода
 - 5) Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
14. Какая расцветка стула наиболее характерна для кровотечения из язвы желудка и 12-павшей кишки?
- 1) Ахоличный кал
 - 2) Дегтеобразный кал
 - 3) У кала есть малоизмененная кровь
 - 4) Кал малиновой расцветки с примесями слизи
 - 5) Наличие на сформированном калении мазков красной крови
15. Какие внешние признаки характерны для профузной кровотечения из язвы желудка?
- 1) Рвота малоизмененной кровью, кал малиновой расцветки
 - 2) Рвота малоизмененной кровью, дегтеобразный темновишневый стул
 - 3) Рвота полным ртом темной кровью с сгустками, черный сформированный кал
 - 4) Рвота по типу "кофейной гущи", наличие на сформированном калении мазков красной крови
 - 5) Дегтеобразный темновишневый стул
16. Больным в которых возникло желудочно-кишечное кровотечение на дому необходимо:
- 1) Назначить покойствие, ввести викасол
 - 2) Направить больного в хирургический стационар
 - 3) Промыть желудок, назначить холод, покойствие наблюдения
 - 4) Направить больного в терапевтическое гастроэнтерологическое отделение
 - 5) правильный ответ отсутствует

17. Из какого отдела ЖКТ возникают чаще всего кровотечения при синдроме Меллори - Вейсса:

- 1) дна желудка;
- 2) кардиального;
- 3) пилорического отдела;
- 4) из 12-ти павшей кишки;
- 5) из толстого кишечника.

18. Признаки стабильного гемостаза:

- 1) отсутствие крови в желудке и луковице ДПК;
- 2) наличие светлой крови и свертков крови в желудке;
- 3) истекание крови из сосуда;
- 4) все ответы правильны;
- 5) все ответы не правильны.

19. Признаки нестабильного гемостаза:

- 1) истекание крови из сосуда;
- 2) дно язвы покрыто фибрином;
- 3) определяется пульсация сосуда;
- 4) все ответы правильны;
- 5) все ответы не правильны.

20. Абсолютный признак нестабильного гемостаза:

- 1) истекание крови из сосуда;
- 2) отсутствие крови в желудке и луковице ДПК;
- 3) наличие светлой крови и свертков крови в желудке;
- 4) все ответы правильны;
- 5) все ответы не правильны.

Ситуационные задачи по тематике

1. Больной, 50 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. РОЭ 40 мм/час. Какой метод диагностики следует использовать для уточнения диагноза?
 - 1) ЭКГ
 - 2) ЭФГДС
 - 3) Рентгенологическое исследование
 - 4) КТ
 - 5) МРТ
2. Женщина 57 лет поступила в госпиталь по поводу массивного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Год назад перенесла операцию ушивания перфоративной дуоденальной язвы. Кровотечение не удалось остановить и была предпринята срочная операция - гастрэктомия по Бильрот-II с ваготомией. Через 6 недель развилась рецидивирующая водная диарея. Физикальное исследование выявило только болезненность в эпигастрии. Кальций и калий в норме. Укажите более вероятные причины диареи:
 - 1) удаление антрума
 - 2) ваготомия

- 3) маласорбция
 - 4) гиперпаратирозидизм
 - 5) острый энтерит
3. У больного, 35 лет, поступившего в приемный покой, диагностирована кровоточащая язва желудка. Куда Вы направите на лечение больного?
- 1) Терапевтическое отделение
 - 2) Хирургическое отделение
 - 3) Отделение интенсивной терапии
 - 4) Ортопедия
 - 5) Дневной стационар
4. Больной 40 лет, страдал язвенной болезнью желудка. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появилась нарастающая слабость, головокружение. Поднялся из кровати и потерял сознание. Бледный. В эпигастрии незначительные боли. Это:
- 1) Сочетание перфорации с кровотечением
 - 2) Желудочно-кишечное кровотечение
 - 3) Малигнизация язвы
 - 4) Перфорация
 - 5) Стеноз язвы
5. Больной 40 лет, страдал язвенной болезнью желудка. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появилась нарастающая слабость, головокружение. Поднялся из кровати и потерял сознание. Бледный. В эпигастрии незначительные боли. Какой метод исследования может помочь установить диагноз?
- 1) Реовазография
 - 2) Доплерография
 - 3) Термометрия
 - 4) ЭГДФС
 - 5) Рентгенография органов грудной полости
6. Больная 60 лет жалуется на слабость, утомляемость, временами умеренные боли и чувство тяжести в подложечной области, рвоту после еды. Больна около 6 месяцев. Отмечена бледность кожных покровов, болезненность и уплотнение в эпигастриальной области, реакция с бензидином резко положительна, гемоглобин 52 г/л, эр. - 2,5. При рентгеновском исследовании в пилорическом отделе желудка определяется дефект наполнения 3х2 см, смещаемый при пальпации. Осложнение
- 1) стеноз
 - 2) прободение
 - 3) малигнизация
 - 4) язвенное кровотечение
 - 5) пенетрация, прорастание в окружающие органы
7. У больного 38 лет, поступившего в клинику с признаками желудочнокишечного кровотечения, при экстренной гастродуоденоскопии обнаружена язва 12 перстной кишки диаметром 1,5 см. В центре язвы имеется крупный тромбированный сосуд. Гемоглобин – 90 г/л. Ваша тактика?
- 1) Экстренная операция.
 - 2) Консервативное лечение.
 - 3) Операция при рецидиве кровотечения.
 - 4) Эмболизация желудочных и гастродуоденальных артерий.

8. Больному, поступившему в клинику с желудочно-кишечным кровотечением. В экстренном порядке показано проведение следующих мероприятий:

1. Постоянная аспирация желудочного содержимого.
2. Рентгеноскопия желудка.
3. Гастродуоденоскопия.
4. Лапароскопия.
5. Определение гематокрита и гемоглобина.

Укажите наилучшую комбинацию ответов: 1) 2,3,4. 2) 1,3,5. 3) 3,4,5. 4) 1,3,4,5. 5) 1,4,5.

9. У больного, в течение многих лет страдающего язвенной болезнью 12 – перстной кишки, при клинико-рентгенологическом и гастроскопическом исследовании выявлена рубцово-язвенная деформация пилорического отдела желудка с нарушением эвакуации. В какой фазе желудочной секреции можно ожидать гиперсекрецию соляной кислоты?

- 1) Цефалической.
- 2) Гуморальной.
- 3) Кишечной.
- 4) Цефалической и гуморальной.
- 5) Цефалической и кишечной.

10. Оперативное лечение больному с дуоденальной язвой показано в тех случаях, когда:

1. Часто возникают рецидивы заболевания.
2. Заболевание осложняется профузным кровотечением.
3. Возникает пилоро-дуоденальный стеноз.
4. Возникает перфорация язвы.
5. Язва пенетрирует в головку поджелудочной железы, давая частые обострения и явления панкреатита.

Выберите лучшую композицию ответов: 1) 1,2. 2) 1,4. 3) 2,3. 4) 3,4. 5) Все верно.

11. Наиболее типичными осложнениями язвы 12-ти перстной кишки с локализацией язвы на задней стенке являются:

1. Малигнизация.
2. Перфорация.
3. Пенетрация в гепато-дуоденальную связку.
4. Пенетрация в головку поджелудочной железы.
5. Кровотечение.

Выберите лучшую композицию ответов: 1) 1,2,3. 2) 2,4,5. 3) 3,4. 4) 1,5. 5) 4,5.

Ответы тестов:

1.	-2	5.	-3	9.	-2	13.	-5	17.	-2
2.	-3	6.	-1	10.	-2	14.	-2	18.	-1
3.	-5	7.	-4	11.	-3	15.	-2	19.	-1
4.	-3	8.	-2	12.	-5	16.	-2	20.	-1

Ответы ситуационных задач

1.	-2	4.	-2	7.	-2	10.	-5
2.	-2	5.	-4	8.	-2	11.	-5
3.	-3	6.	-3	9.	-4		

Рекомендуемая литература

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ошиғич жаррохлиғи. Тошкент, 1999 й., 256 б.
2. Аталиев А.Е. и др. ОКП по хирургии ВОП с эталонами ответов. Ташкент, 2000 г., 74 с.
3. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва, 1998 г., 1230 с.
4. Каримов Ш.И. Хиругик касалликлар. Тошкент, 2005 й.
5. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Ташкент, 2005 г.
6. Кондена Ю.Р. и Найхус Л. Клиническая хирургия. М., 1998 г., 716 с.
7. Кузин М.И. Хирургические болезни. Москва, 1987 г., 704 с.
8. Лопухин Ю.М., Савелев В.С. Хирургия. Москва, 1998 г.
9. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Ташкент, 2004 г.
10. Назиров Ф.Г., Гадовое А.Г. Руководство для врачей общей практики. Ташкент, 2005 г.
11. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва, 2004 г.
12. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). Москва, 2006 г.
13. Шалимов А.А. Хиругия пищеварительного тракта. Москва, 1984 г.
14. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. М.:ГОЭТАР-Медиа (в 3-х томах). – 2008 г. + ДИСК.
15. Мерзликин Н.В. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. + электрон вариант.
16. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012 г.
17. Белоусов А.С. Дифференциальная диагностика болезней органов пищеварения. Москва, 1984 г.
18. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Ленинград, 1982 г.
19. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечение при заболеваниях пищеварительного тракта. Москва, 1987 г.
20. Из Интернета: [www: anatomiya.nm.ru](http://www.anatomiya.nm.ru); [www: anatomiya.ru](http://www.anatomiya.ru); [www:anatomist.by.ru](http://www.anatomist.by.ru), anatomiya.com. Рана сайт [http:// www medtrast ru pls katolog zabolevani g 14 ran. Htm](http://www.medtrast.ru/pls/katolog/zabolevani_g14_ran.htm) Острые пищеводно-желудочные кровотечения. Сайт для студентов медиков [http// thorax novline ru/ jesson/ Php-read](http://thorax.novline.ru/jesson/Php-read). Кровохарканье и легочное кровотечение. Сайт [http// medbook hll ru/hel](http://medbook.hll.ru/hel) Сайт [http //www consilium-medicum com/media/refer](http://www.consilium-medicum.com/media/refer). Rv hup [www. Osp. Ru/doctor/](http://www.Osp.Ru/doctor/) [http://www5. R. ru](http://www5.R.ru).