

Діагностика і лікування гострих кровотеч в просвіт шлунково- кишкового тракту

Професор М.І.Покидько

класифікація

- За етіологічними ознаками
- Кровотечі, обумовлені захворюваннями органів ШКТ (виразкова хвороба, злоякісні пухлини, НВК, дивертикули тощо).
- Кровотечі, не пов'язані з органічною патологією ШКТ (гострі виразки, ерозії, синдром портальної гіпертензії, геморагічні діатези, хвороби крові)
- Несправжні кровотечі в просвіт ШКТ
- Кровотечі невиясненої етіології

За локалізацією джерела:

- Кровотеча з стравоходу, шлунка, 12 ПК, тонкої, товстої, прямої кишки

- **По клінічному перебігу:** прихована кровотеча, кровотеча, що продовжується струменева, дифузна, кровотеча, що зупинилась.

- **За ступенем важкості:** легкого, середнього, важкого та вкрай важкого ступеня важкості.

- **За ступенем геморагічного шоку:** кровотеча з компенсованим, декомпенсованим зворотнім і декомпенсованим незворотнім геморагічним ШОКОМ

Структура патології

Виразкова хвороба	57%
Гострі виразки	9%
Геморой	8%
Синдром Маллорі-Вейса	7%
Злоякісні пухлини	5,6%
Синдром портальної гіпертензії	5,5%
Пептичні виразки анастомози	2,5%
Доброякісні пухлини	1,2%
Грижа діафрагми	1,1%
Рідкі причини	1,7%

Структура за локалізацією

Стравохід	4,2
Шлунок	31,7
12 ПК	43,8
Тонка кишка	0,16
Ободова кишка	1,3
Пряма кишка	9,1
Локалізація невідома	1,8

Структура рідких причин гострої кровотечі

- Дивертикули ШКТ 34%
- НВК 19,6%
- Проростання пухлини в органи ШКТ 9,3%
- Судинні нориці 5,2%
- Опіки стравоходу 5,2%
- Ятрогенні причини 5,2%
- Хвороба Рандю-Ослера 2,1%
- Гемангіоми 1,0%
- Травми прямої кишки 1,0%
- Пептична виразка стравоходу 3,1%

Клінічна картина кровотечі

- **Ранні симптоми:** слабкість (100%), головокружіння (60-80%), блідість шкіри (70-90%), втрата свідомості (10-30%), мерехтіння “комашок”, тремор рук, холодний піт, серцебиття, шум у вухах (загальні, які проявляються в прихований період)
- **Симптоми, зумовлені попаданням крові в просвіт ШКТ** (кровава блювота, мелена)- період зовнішніх проявів кровотечі

Стадії геморагічного шоку за Г.А.Рябовим (1983)

- Компенсований зворотній шок
- Декомпенсований зворотній шок
- Декомпенсований незворотній шок

Стадія компенсації (ст. вираженої периферичної вазоконстрикції)

- Хворий в свідомості
- Шкіра і слизові бліді
- Кінцівки холодні
- Пульс частий, слабкого наповнення
- АТ – норма
- Олігурія (< 60-70 мл/год)
- ЦВТ знижений, до 0

Стадія декомпенсації зворотня (порушення органного кровообігу)

- Поряд з симптомами ст.компенсації (блідість, тахікардія, олігурія) на перше місце виходить гіпотонія – менше 80-90 мм.рт.ст.
- Ацидоз

класифікація

- 1 ступінь при втраті до 20% ОЦК, ЦВД 5-15 см вод. ст., діурез не знижений, вміст гемоглобіну 100 г/л
- 2 ступінь при втраті від 20 до 30 % ОЦК, ЦВД менше 5 см в. ст., помірна олігурія, вміст гемоглобіну не нижче 80г/л,
- 3 ступінь при втраті більше 30% ОЦК, ЦВД - 0, олігурія, метаболічний ацидоз, вміст гемоглобіну нижче 80 г/л

Клініка

- I ст.: пульс 90-100 за хв., АТ до 90/60 мм рт.ст. Свідомість ясна, дещо загальмований, дихання почащене.
- II ст.: пульс 120-130, АТ –90-80/50
- III ст.: пульс 130-140, АТ 60-0

Лікування

Консервативне при кровотечі I ст. та II-III ст. При тяжкій супутній патології:

- Гемостатики (амінокапронова к-та 5% - 200-400 мл, хл.кальцій 10% - 10 мл, вікасол 1% - 3 мл, діцінон 12,5% - 2-4 мл, адроксон, екзацил, фібриноген – 2-3 г, кріопреципітат);
- Відновлення ОЦК (желатиноль, поліглюкін, кристалоїди, колоїди, прапарати крові)
- Антициди, адсорбенти (альмагель, фосфалюгель, маалокс, H₂-гістаміноблокатори, ІПП)

Ендоскопічні критерії гемостазу

- I ст.: (сприятливий прогноз) зупинена кровотеча при поверхневих і кальозних виразках
- II ст.(невизначений прогноз) набряк на дні виразки з тромбованими судинами
- III ст.(несприятливий прогноз) згорток крові на дні виразки, дрібні тромби по краю, флотуючий тромб, фіксований свіжий тромб
- IV ст.(поганий прогноз) кровоточива виразка , дифузна торпідна рецидивна кровотеча, підтіканні з-під згортка.

Ендоскопічні методи

- обколювання різними кровоупиняючими медикаментами: норадреналін, адреналін, 96% етиловий спирт
- Обробка хлоретилом, плівкоутворюючими полімерами, біологічними речовинами на основі ціанокрилатів: ліфузоль, гастрозоль, клей МК-6, МК-7, МК-8 та ін.
- метод лазерної фотокоагуляції
- Діатермокоагуляція
- Кліпування
- Склерозування (варикоцид, тромбовар, вістарім, дондрен, етоксісклерон, варістаб, 70% спирт, 60% р-н глюкози)

Виділють 4 групи хворих, в кожній із яких визначається своя диференційована лікуванняальна тактика.

Перша група - хворі, у яких продовжується профузна кровотеча, що загрожує життю. Їм надається реанімаційна допомога в відділенні реанімації або в операційній, ендоскопія під загальною анестезією на операційному столі для уточнення джерела кровотечі, якщо він не відомий і екстренна операція.

Друга група - хворі з кровотечею що зупинилась, але з крововтратою середньої або тяжкої ступені і ендоскопічними ознаками нестійкого гемостазу. Цим хворим проводиться коротка підготовка і строчна операція в зв'язку з високою вірогідністю і небезпекою рецидиву кровотечі.

Т р е т я г р у п а - хворі з кровотечею, яка зупинилась або зупинена, з крововтратою легкої чи середньої степені і ендоскопічними ознаками стійкого гемостазу. Хворим цієї групи проводяться поповнення крововтрати, міроприємства по профілактиці рецидиву геморагії, обстеження і по показам - операція в пізні строки (після 10-14 діб).

Ч е т в е р т а г р у п а - найбільш складна. Це хворі підвищеного ризику, у яких не дивлячись на наявність нестійкого гемостазу або навіть продовження в"ялої, малоінтесвної кровотечі, небезпека операції конкурує з небезпекою продовження або відновлення крововтрати.

Абсолютні покази до операції

- Триваюча кровотеча I ст.
- Рецидив кровотечі після крововтрати I ст.
- Кровотеча II-III ст.
- Зупинена кровотеча II-III ст. При ендоскопічно виявленій виразці з тромбованими або арозованими судинами

Оперативні методи

- Екстренні операції (до 3 год.)
- Термінові (6-12 год.)
- Невідкладні (12-24 год.)
- Ранні відстрочені (24-72 год.)
- Планові (4-10 днів)

Види операцій

- Симптоматичні: висічення виразки, прошивання судин, формування обхідних анастомозів.
- Радикальні: резекції шлунка, висічення з екстериторизацією виразки, ваготомії, пілоропластики.

Синдром Маллорі - Вейсса

- Гострі лінійні розриви слизової стравоходу та кардіального відділу шлунка
- До 10-16%
- Частіше хворіють чоловіки 30-50 років.
- Фактори: блювання, гикавка, переїдання на фоні атрофічного гастриту.

Класифікація

- **За локалізацією:** кардіальні, кардіоезофагальні, езофагальні
- **За кількістю:** поодинокі, множинні
- **За глибиною:** поверхневі, глибокі, повний розрив
- **За ст. крововтрати:** легкий, середній, тяжкий.
- **За клінічним перебігом:** простий, деліріозний

Лікування

- Консервативне: базове + ендоскопічна діатермокоагуляція, лазерна коагуляція або плівкоутворюючими препаратами.
- Оперативне: гастротомія, прошивання тріщин, прев язка лівої шлункової артерії, пілоропластика з ВТ.

Портальна кровотеча

- 40-60% при портальній гіпертензій
- У 70-90 % при цирозі печінки
- Портальний тиск > 200 мм.в.ст.:
 - 200-290- у 13%
 - 300-390- у 23%
 - 400-490 – у 42%
 - При 500 і більше у більше 45%.

Діагностика

- Гострий початок:
- слабкість (100%),
- головокружіння (50%),
- нудота (90%),
- блювота темною кров'ю з згортками (84%),
- блювота кавовою гущею (9%), через
- кров у калі (60%)

Діагностика

- Ендоскопія
- УСГ
- Сканування індієм, технецієм
- Ангіографія (целиакографія, мезентерікографія)
- Лапароскопія
- Пункційна біопсія
- Доплероскопія
- Спленопортографія

Лікування

- Базове гемостатичне +
- ендоскопічне склерозування (натрія морруат, натрія тетрадецилсульфат, етаноламін пілодоцінон, тромбовар),
- ендоваскулярна окклюдія,
- зонд-обтуратор Блейкмора,
- препарати, що знижують портальний тиск (пітуїтрін, гліпресін, нітрогліцерин, сандостатин, церукал, анапрелін)

Рідкі причини ШКК Від 1,5% до 3%

ШКК

- Гострий лейкоз – 0,8%
- Гемофілія – 0,8%
- Геморагічний діатез – 0,7%
- Хвороба Вакеза
- Лімфогрануломатоз
- Перніціозна анемія Аддісона-Бірмера
- Аутоімунна тромбоцитопенія
- Геморагічний васкуліт (хвороба Шенлейн-Геноха)
- Хвороба Рандю-Ослера
- Гемангіоми
- Синдром Бандлера

ЛІТЕРАТУРА

- 1. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения. -К. Здоров'я, 1972.
- 2. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л. Медицина, 1974.
- 3. Комаров Ф.И., Лисовский В.А., Борисов В.Г. Острый живот и желудочно-кишечные кровотечения в практике терапевта и хирурга. Л., Медицина, 1971.
- 4. Кочнев О.С. Хирургия неотложных заболеваний.- Казань. Изд-во Казанского университета, 1981, гл.IX, стр. 160-182.
- 5.Клінічна хірургія за ред. Л.Я.Ковальчука, В.Ф.Саєнка, Г.В.Книшова.- Тернопіль, 2000.
- 6. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. Москва. "Медицина, 1987.
- 7.Саєнко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С.Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала, Ровно, 1997.
- 8. Шалимов А.А., Саєнко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. К. Здоров'я, 1987.