**СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (СГМУ)**

**Кафедра госпитальной хирургии с курсом онкологии**

**Сестринское дело в хирургии и с курсом ВПХ и реаниматологии**

(Зав. кафедрой профессор Г.Ц. Дамбаев)

Реферат А

**Синдром «Желудочно-кишечного кровотечения». Принципы диагностики и лечения.**

(Билет №15)

Выполнил:

ст-т гр. 5904 ЗОФВМСО

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Ю. Ерохина

Принял:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ф. Визнер

Томск 2002

Содержание

Введение 3

I Принципы диагностики при желудочно-кишечном кровотечении 5

II Принципы лечения 8

III Другие причины желудочно-кишечного кровотечения 14

Список используемой литературы 17

# Введение

*Острое желудочно-кишечное кровоте­чение* — частое осложнение язвенной болезни, отличающееся трудностью диагнос­тики и неудовлетворительными результами консервативного и оперативного лечения.

Всех больных с желудочно-кишечным кро­вотечением в зависимости от причин его возникновения можно разделить на две группы. В первую относят больных с патологическими процессами в желудке и две­надцатиперстной кишке, вызывающими кро­вотечение. Это больные с язвенной бо­лезнью, полипозом желудка, раком желудка в стадии распада опухоли, ущемлением желудка при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, инородными телами желудка и пищевода, с синдромом Маллори—Вейса. Неязвенная патология вызывает 5-10 % острых желудочно-кишечных кро­вотечений.

Большую группу (до 20 %) составляют больные с кровотечением из расширенных вен пищевода и кардиальной части желудка, возникающих на фоне портальной гипертензии (тромбофлебитическая селезенка, цирроз печени, опухоли и воспалительные заболевания поджелудочной железы, вызы­вающие сдавление или тромбоз селезеноч­ной и воротной вен).

Во вторую группу входят больные с гипертонической болезнью, врожденными и приобретенными геморрагическими диате­зами, лейкемией, болезнями Верльгофа, Шенлейна—Геноха, авитаминозами, луче­вой болезнью, больные с повышенной проницаемостью каппиляров и другими редко встречающимися заболеваниями. Причины, вызывающие желудочно-кишечное кровоте­чение, свидетельствуют о трудности их рас­познавания. Такие желудочно-кишечные кровотечения составляют в среднем 5-10 %.

Различаются 3 степени тяжести кровопотери.

/ *степень —* легкая — наблюдается при по­тере до 20 % объема циркулирующей кро­ви (до 1000 мл у больного с массой тела 70 кг). Общее состояние удовлетворительное или средней тяжести, кожа бледная (сосудистый спазм), появляется потливость, пульс 90-100 в 1 мин, арте­риальное давление 100— 90/60 мм рт. ст., беспокойство сменяет­ся легкой заторможенностью, сознание яс­ное, дыхание несколько учащено, рефлексы понижены, мышцы расслаблены, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, олигурия. Без компенсации кровопотери выраженных расстройств кровообращения не отмечается.

// *степень —* средней тяжести — наблю­дается при потере от 20 до 30 % объема циркулирующей крови (от 1000 до 1500 мл у больного с массой тела 70 кг). Общее состояние средней тяжести, больной затор­можен, говорит тихим голосом, медленно, отмечаются выраженная бледность кожи, липкий пот, пульс 120—130 в 1 мин, слабого наполнения, артериальное давле­ние 90—80/50 мм рт. ст., учащенное поверхностное дыхание, выраженная олигурия. Вследствие спазма сосудов артериальное давление может быть нормальным или даже повышенным. Одна­ко оно может в любой момент снизить­ся вследствие истощения компенсаторных механизмов и расширения сосудов. Без компенсации кровопотери больной может выжить, однако остаются значительные на­рушения кровообращения, метаболизма и функции почек, печени, кишечника.

/// *степень —* тяжелая — наблюдается при потере более 30 % объема цирку­лирующей крови (от 1500 до 2500 мл у больного с массой тела 70 кг). Общее состояние тяжелое или очень тяжелое, угнетена двигательная реакция, кожа и слизистые оболочки бледно-цианотичные или пятнистые (спазм сосудов сменяется дилатацией). Больной на вопросы отвечает медленно, шепотом, часто теряет сознание, пульс нитевидный, 130—140 в 1 мин, периодически не сосчитывается или не пальпируется, максимальное артериальное давление от 0—60 до 50 мм рт. ст., центральное венозное давление низкое, дыхание поверхностное, редкое, конечности и тело холодные на ощупь, температура тела снижена. Олигу­рия сменяется анурией. Восполнение кровопотери может привести к быстрому вос­становлению гемодинамики (лабильная форма). Если же быстрого улучшения не происходит, это свидетельствует о повреждении жизненно важных паренхиматозных ор­ганов (торпидная форма). В этом случае, как и при лабильной форме, имеется дилатация артерио-метартериоло-венулярного комплекса с открытыми артерио-венозными анастомозами. Нередко отмечаются гемор­рагические явления, свидетельствующие о распространенном внутрисосудистом тромбообразовании; насыщение крови кисло­родом, артерио-венозная разница умень­шаются, общее состояние ухудшается, на­растают явления интоксикации.

Без своевременной компенсации кровопо­тери больные умирают вследствие гибели клеток ряда органов, в первую очередь, печени, почек, выраженных метаболических расстройств, падения сердечной деятельнос­ти. Кровопотеря 50—60 % объема цирку­лирующей крови вызывает быструю смерть от остановки сердца вследствие недостаточ­ности кровоснабжения мышцы сердца.

*Клиническая картина* желудочно-кишечного кровотечения в основном зависит не от его этиологии, а от количества поте­рянной крови и скорости кровотечения.

Артериальное давление и пульс не всегда соответствуют степени кровопотери Кли­нический анализ крови, сделанный однора­зово, также не дает представления ни о степени кровопотери, ни о продолжающем­ся кровотечении (в первые часы содержа­ние гемоглобина и эритроцитов может оставаться нормальным или оно слегка по­вышено за счет сгущения крови). Сниже­ние уровня гемоглобина и количества эритроцитов при динамическом исследова­нии с одновременным нарастанием количе­ства лейкоцитов свидетельствует о наличии кровотечения и о том, что оно продол­жается. В неотложных случаях можно определять степень и уровень кровопоте­ри по относительной плотности крови. Это исследование проводят при поступлении больного в стационар и в динамике.

В какой-то степени о величине кровопотери можно судить по гематокритному числу, однако этот показатель относитель­но достоверен лишь при остановленном кровотечении и стабилизированной гемодинамике.

Наиболее достоверные данные о величи­не кровопотери можно получить при опреде­лении объема циркулирующей крови и ее компонентов.

# I Принципы диагностики при желудочно-кишечном кровотечении

Дифференциальная диагностика профузного желудочно-кишечного кровотечения представляет значительные трудности. Большое значение имеет анамнез, опреде­ление локализации *язвы*, длительности за­болевания, начала кровотечения, ранее использованные методы лечения.

Кровотечению иногда предшествует уси­ление боли и диспептических явлений, которые исчезают после начала кровотече­ния (симптом Бергмана).

Характер кровавой рвоты имеет некоторое диагностическое значение. Так, сильная рво­та алой кровью со сгустками чаще яв­ляется признаком кровотечения из пищево­да, рвота кофейной гущей со сгустками крови или без них обычно свидетельствует о кровотечении из желудка (образование солянокислого гематина под влия­нием желудочного сока), а наличие крови с примесью большого количества слизи — об эрозивном гастрите. Даже при профузном кровотечении не всегда бывает кровавая рвота. Особенно трудно судить о степени кровопотери, когда кровь выделяется через кишечник с каловыми масса­ми. При продолжающемся кровотечении пе­ристальтика обычно усиливается, что можно определить при аускультации.

Считают, что при кровоточащей язве желудка чаще наблюдается кровавая рво­та, а при язве двенадцатиперстной киш­ки—мелена.

Следует помнить о возможности крово­течения из распадающейся *раковой опухо­ли*, особенно у лиц пожилого возраста. Данные анамнеза, лабораторных исследований, наличие синдрома малых признаков дают основание поставить диагноз рака. Дифференциальная диагностика кровотече­ния язвенного происхождения и при полипозе желудка чрезвычайно сложна, но она не имеет особого значения, так как тактика хирурга при этих заболеваниях оди­накова. Помогает анамнез и в значитель­ной степени рентгенологическое исследо­вание на высоте кровотечения и эндоскопия.

Острые язвы и геморрагический гастрит являются причиной профузного желудочно­го кровотечения у 20-25 % больных. В настоящее время эту патологию успешно диагностируют при помощи фиброгастроскопии, в том числе на высоте кровоте­чения.

При желудочном кровотечении вследствие *ущемления диафрагмальной грыжи* может наблюдаться интенсивная боль в надчрев­ной области, которая уменьшается при приведении коленей к животу. Такое кро­вотечение обычно появляется после физи­ческой нагрузки. Ведущим методом в диагностике грыж пищеводного отвер­стия диафрагмы является рентгенологи­ческий.

В дифференциальной диагностике следует учитывать и желудочно-кишечное крово­течение, связанное с *заболеваниями сердеч­но-сосудистой системы* (атеросклероз, ги­пертоническая болезнь). Кровотечение как осложнение гипертонической болезни и ате­росклероза обычно наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, не стра­давших ранее заболеваниями желудка. При этом характерно внезапное появление кровотечения и отсутствие боли.

Болезненность в левом подреберье, где пальпируется увеличенная селезенка, может быть признаком тромбофлебитической спленомегалии. При одновременном увеличении селезенки и печени или наличии атрофических изменений в последней можно думать о кровотечении, которое связано с циррозом печени. Об этом же свидельствуют асцит, расширение вен в области пупка и на передней брюшной стенке. Крово­течение, связанное с явлениями порталь­ной гипертензии, зачастую очень трудно диагностировать, потому что после начала кровотечения нередко уменьшается селезенка, печень не пальпируется и кровоте­чение нередко возникает до появления асцита. В этом случае для диагностики необходимо использовать спленопортографию, которая позволяет диагностировать место окклюзии в системе портального кровообращения.

Кровотечение может быть также *след­ствием заболеваний крови*. Люди, страдающие гемофилией, как правило, сами знают о своем страдании. Заподозрить гемофилию помогают обнаруживаемые тугоподвижность суставов и их увеличение на почве кровоизлияний. Окончательный диагноз устанавливают на основании специальных лабораторных исследований свер­тывающей системы крови. Болезнь Верльгофа, Шенлейна—Геноха, авитаминоз имеют достаточно четкую клиническую кар­тину. При собирании анамнеза важно выяснить, принимал ли больной препараты, которые могут вызвать кровотечение (боль­шие дозы глюкокортикоидов, кортикотропин, антикоагулянты, ацетилсалициловую кислоту, резерпин, бутадион и др).

Важно также помнить о возможности *сочетания профузного язвенного кровотечения и перфорации язвы*. Такое сочета­ние встречается у 4,2-12 % больных с перфоративной язвой. Надо быть особенно настороженным, когда при кровотечении больной отмечает сильную боль в над­чревной области, которая постепенно сти­хает и возникает напряжение мышц брюшной стенки. Следует отметить, что у таких больных напряжение мышц брюшной стенки часто не выражено. Это обусловлено попаданием в брюшную по­лость измененной крови, которая оказывает менее раздражающее влияние на брюши­ну, чем обычное содержимое желудка. Неотложное рентгенологическое исследование больных с острым желудочно-кишечным кровотечением было впервые предло­жено в 1937 г, считалось, что отрицательные данные рентгенологичес­кого исследования при кровоточащих язвах обусловлены обследованием в поздние сро­ки, когда язва уже успевает зажить. Поэтому обследование больного осуществлялось во время кровотечения или вскоре после его останов­ки. Впервые в нашей стране рентгеноло­гическое исследование пищеварительного тракта на высоте кровотечения приме­нили П. В. Сосновский и Г. А. Густерин (1940).

Рентгенологическое исследование желуд­ка больных, которые находятся в тяжелом состоянии, особенно с продолжающимся кровотечением, следует проводить в го­ризонтальном положении без применения пальпации. При удовлетворительном состоя­нии больного проводят дальнейшее его обследование в наклонном и вертикальном положениях с осторожной пальпацией и компрессией.

Для обнаружения источника кровотече­ния в неясных случаях используют целиако- и мезентерикографию. Показанием к этим методам исследования является кровоте­чение, источник которого не может быть установлен на основании эндоскопических и рентгенологических данных, а также подозрение на гемофилию, кровотечение из кишечника (сосудистая дисплазия и т. д.). О локализации кровотечения судят по окраске кишки при суперселективной артериографии. Катетеризацию сосудов используют также для проведения ангиотерапии после остановки кровотечения (адреналина гид­рохлорид, вазопрессин). У тяжелобольных при противопоказаниях и высоком риске операции возможна эмболизация кровоточа­щего сосуда.

# II Принципы лечения

Хирургическая тактика при остром желудочно-кишечном кровотечении до сих пор представляет сложную проблему. Исполь­зуют два основных способа лечения:

активная тактика — резекция на высоте кровотечения;

выжида­тельная тактика, которая предусматривает остановку кровотечения консервативными средствами и операцию в межуточный период на 10-14-й день. Операцию на высоте кровотечения производят только при неэффективности консервативных меро­приятий в течение 6-8 ч.

С.С. Юдин (1955) подчеркивал: «При наличии достаточных данных, указывающих на язвенный характер начавшегося остро­го кровотечения, у лиц не слишком мо­лодых и не чрезмерно старых лучше оперировать, чем выжидать. А если опери­ровать, то лучше всего сразу, то есть в первые сутки. Никакими трансфузиями крови не удается исправить то, что при­чиняет потеря времени. Без переливаний крови не смогли бы выжить многие из оперированных и в ранние сроки, но одним возмещением потерянной крови час­то невозможно уже спасти больных, ушед­ших за грани переносимого».

Finsterer (1935) считал, что больной с острым желудочно-кишечным кровотечением и язвенным анамнезом подлежит операции. При отсутствии язвенного анам­неза вначале следует применять консер­вативное лечение. Кровотечение, которое не останавливается после лечения, а также повторное кровотечение являются показанием к операции. Наилучшим сроком для операции Finsterer считал первые 48 ч. («золотые часы»).

Б. С. Розанов (1955) отмечал, что ни один хирург не может отрицать опаснос­ти оперативного вмешательства при язвен­ном кровотечении. Тем не менее макси­мальная опасность заключается не столь­ко в самой операции, сколько в выжи­дании и длительности постгеморрагической анемии.

Мы являемся сторонниками активной ле­чебно-диагностической тактики. Больного с острым желудочно-кишечным кровотече­нием необходимо госпитализировать в отде­ление интенсивной терапии, где проводятся мероприятия по выведению из состояния геморрагического шока. После улучшения состояния больного, стабилизации показа­телей гемодинамики производят эндоско­пию. Она должна быть ранней, поскольку диагностика усложняется с увеличением продолжительности кровотечения и боль­шинство эрозий, выявляемых в первые 24 ч, не удается обнаружить через 48 ч. Ранняя эндоскопия позволяет установить диагноз у 65 % больных, заподозрить при­чину кровотечения у 25 %. Причину крово­течения не удается установить у 5 % больных, еще у 5 % патологические из­менения со стороны пищевода, желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки отсутствуют.

Эндоскопия является не только диагно­стической, но и лечебной процедурой. Раз­личают два типа кровотечения:

1. пуль­сирующее;
2. свободное истечение кро­ви из сосудов язвы.

Большое значение имеет определение размеров кровоточащего со­суда. Наличие видимого кровоточащего со­суда диаметром 2 мм и более обычно свидетельствует о необходимости оператив­ного лечения, поскольку его обычно не удается коагулировать. После обнаружения источника кровотечения и удаления сгуст­ка предпринимают попытку местно остано­вить кровотечение посредством электро­коагуляции, местного применения гемостатиков (тромбин, аминокапроновая кислота, лифузоль, пленкообразователи — левазин и др.), фотокоагуляции лазером. Электро­коагуляцию следует производить вокруг сосуда, а не в сосуде.

Местное лечение кровотечения заключает­ся в промывании желудка ледяным изото­ническим раствором натрия хлорида, при­менении антацидных препаратов, ингибито­ров протеолиза. Следует помнить, что в желудке и двенадцатиперстной кишке ус­ловия для местного гемостаза плохие. Это обусловлено постоянной перистальтикой, отсутствием местных механизмов ауторегуляции кровотока, воздействием местных антигемостатических химических факторов. Соляная кислота отрицательно действует как на плазматические, так и на клеточ­ные факторы свертывания крови (тромбо­циты), что способствует увеличению про­должительности кровотечения. Для воз­действия на кровообращение в стенке же­лудка применяют криолаваж, вливают в желудок норадреналина гидротартрат. Кро­ме антацидных препаратов (магния окись, гастрофарм, алмагель) для снижения желудочной секреции применяют внутривен­ное введение циметидина. Получило рас­пространение внутривенное капельное вли­вание секретина (0,3 ед/кг/ч). Выделяю­щееся в ответ на введение секретина боль­шое количество содержимого двенадцати­перстной кишки забрасывается в желудок и нейтрализует кислое его содер­жимое. Изучается возможность применения для остановки кровотечения соматотропина, вызывающего спазм сосудов и умень­шение кровотока в слизистой оболочке желудка. Для уменьшения местного фибринолиза применяют внутрь или вводят через зонд тромбин с аминокапроновой кислотой, ингибиторы протеолитических ферментов (каждые 6-8 ч).

Для диагностики продолжающегося или рецидивного кровотечения производят пос­тоянную аспирацию желудочного содержи­мого, давая больному каждый час 100 мл воды и оценивая цвет аспирируемой жидкос­ти. Зонд держат в желудке до 2 сут. после видимой остановки кровотечения.

При желудочно-кишечном кровотечении больному необходимо обеспечить покой (строгий постельный режим). На высоте кровотечения показан голод, после останов­ки кровотечения назначают диету Мейленграхта (негорячий чай, белый хлеб, сметана, каша, омлет, пюре, кисель, какао, масло). Применяют холод на живот.

При кровотечении целесообразно перели­вание одногруппной, совместимой по резус-фактору эритроцитарной массы ранних сроков хранения. Вводят также свежецитратную или консервированную кровь ранних сроков хранения. Желательно переливать кровь капельным методом, однако у боль­ных, которые находятся в состоянии кол­лапса, применяют струйное переливание и даже в несколько вен одновременно. При отсутствии крови и до проведения всех необходимых исследований (определе­ние группы крови и резус-фактора, пробы на индивидуальную совместимость), позво­ляющих безопасно переливать кровь и эритроцитарную массу, следует использовать нативную и сухую плазму, а также не­большие дозы (до 400 мл) полиглюкина, который выравнивает артериальное давле­ние и увеличивает объем циркулирующей крови. Большое количество полиглюкина при тяжелом геморрагическом шоке при­менять не следует, так как он изменяет состояние свертывающей системы крови, по­вышает вязкость крови и способствует внутрисосудистому тромбозу. В тяжелых случаях кровотечения и коллапса показаны переливание 5 % или 10 % раствора аль­бумина до 200-300 мл, прямое перели­вание крови.

Количество перелитой крови зависит от степени кровопотери. При массивной кровопотере зачастую переливают в различных комбинациях большое количество крови, ее препаратов и кровезаменителей. Воспол­нение объема циркулирующей крови произ­водят под контролем центрального веноз­ного давления. Для этого больному выпол­няют секцию медиальной подкожной вены руки и вводят полихлорвиниловый кате­тер в верхнюю полую или подключичную вену методом пункции. Катетер присоеди­няют к аппарату Вальдмана. В норме ве­нозное давление составляет 70-150 мм вод ст. Центральное веноз­ное давление ниже 70 мм вод. ст. свидетельствует о том, что емкость сосудистого русла не соответствует массе крови. Высокое центральное венозное дав­ление является признаком перевосполнения кровопотери или слабости сердечной дея­тельности. Трансфузия крови или плазмозаменителей в таких случаях грозит опас­ностью отека легкого.

При кровопотере легкой степени организм способен компенсировать самостоятельно кровопотерю, поэтому можно обойтись пе­реливанием 500 мл плазмы или введением 5 % раствора глюкозы, раствора Рингера—Локка и изотонического раствора нат­рия хлорида (до 1000 мл).

При кровопотере средней степени необхо­димо перелить в общей сложности 1500 мл, а при тяжелой — до 2500-3000 мл гемотерапевтических средств, причем следует чере­довать переливание крови, плазмы и плазмозаменителей. Низкомолекулярные плазмозаменители (гемодез, реополиглюкин и др.) применяют при остановленном кровоте­чении, так как, наряду с улучшением кровоснабжения тканей, они способствуют растворению тромбов и повышенной крово­точивости из неперевязанных сосудов. Крупномолекулярные плазмозаменители (полиглюкин и др.) способствуют агрегации эритроцитов и внутрисосудистой свер­тываемости, поэтому их нельзя применять при тяжелой кровопотере. Общая доза полиглюкина при дробном его введении, чередовании с кровью и плазмой не превы­шает 2000 мл.

В случаях массивной кровопотери с раз­витием тяжелого геморрагического шока эффективно сочетание крови и плазмозаменителей с рингер-лактатом или изотоническим раствором натрия хлорида в объе­ме, в 2 раза превышающем кровопотерю или расчетную величину гемотрансфузии. При этом можно ограничиться перелива­нием минимума крови — 30 % общего объе­ма возмещения. Следует помнить, что без компенсации кровопотери противопоказано введение симпатомиметических средств (ад­реналина гидрохлорида, норадреналина гидротартрата, мезатона и др.). Эти ве­щества не применяют вовсе или их вводят только после восполнения кровопотери в сочетании с ганглиоблокирующими сред­ствами. Лишь больным, находящимся в тяжелом состоянии, особенно лицам пожилого возраста с падением давления ниже крити­ческого уровня (ниже половины исходного, а у больных с нормальным артериаль­ным давлением (ниже 60 мм рт. ст.) их применение оправдано, так как длительная гипотензия может привести к необратимым мозговым рас­стройствам.

Желудочно-кишечное кровотечение сопро­вождается определенными изменениями в свертывающей системе крови. Сокращает­ся время свертывания крови, причем у 40-50 % больных почти вдвое. Толерантность плазмы к гепарину повышается в сред­нем на 45 %. У большинства больных сокращается время рекальцификации, а у остальных оно удлиняется. Увеличивается индекс ретракции с 0,5 до 0,75. Протромбиновая активность, как правило, остается в пределах нормы, у части больных протромбиновый индекс снижен. Тромботест свидетельствует о состоянии гиперкоагуля­ции. Повышение свертываемости крови иногда сопровождается активизацией противосвертывающей системы крови.

Данные об изменениях в свертывающей системе крови свидетельствуют о необхо­димости только у части больных исполь­зовать не только цельную кровь, но и гемостатические препараты общего действия. При повышенной фибринолитической актив­ности и снижении содержания фибриноге­на на фоне продолжающегося кровотече­ния таким больным показано переливание до 5 г и более фибриногена в сочетании с аминокапроновой кислотой (5 % раство­ра 200-300 мл). В случаях острого фибринолиза вводят 5-8 г и более фиб­риногена и 200-300 мл 5 % раствора аминокапроновой кислоты.

При повышенном содержании свободного гепарина применяют 1 % раствор протамина сульфата, который вводят в дозе 5 мл внутривенно под обязательным контролем свертывающей способности крови. Если после его введения время рекальцификации плазмы и тромбиновое время укорачивается, то можно повторить введе­ние в той же дозе, вплоть до нормали­зации указанных показателей. В случаях, когда протамина сульфат не оказывает влияния на свертываемость крови или она сразу нормализуется, от повторных введе­ний препарата следует отказаться.

При кровотечении из вен пищевода эф­фективно применение питуитрина, который способствует уменьшению кровотока в ор­ганах брюшной полости на 60-70 %. Всем больным с острым пищеводно-желудочно-кишечным кровотечением назначают сифон­ные клизмы из натрия гидрокарбоната 2-3 раза в день, чтобы удалить излившуюся в кишечник кровь. Это мероприятие обя­зательно, так как продукты распада эрит­роцитов, особенно аммиак, оказывают ток­сическое действие на печень. Освобождаю­щийся при распаде эритроцитов калий ток­сически действует на мышцу сердца, а сами продукты распада эритроцитов снижа­ют свертываемость крови и следовательно, могут поддерживать кровотечение. Возни­кающая при кровотечении гипоксия тканей сама по себе может также способство­вать кровотечению. Поэтому необходимо насыщение организма больного кислоро­дом (дача кислорода через катетер, вве­денный в носовую часть глотки).

Показанием к оперативному лечению яв­ляется неостанавливающееся кровотечение. При этом различают экстренную операцию, которую выполняют при интенсивном крово­течении (первичном или рецидивном) не­зависимо от эффекта противошоковой терапии, раннюю операцию — в течение первых 1-2 сут. от начала кровоте­чения после стабилизации гемодинамики и плановую операцию — спустя 2-3 нед. пос­ле остановки кровотечения и курса кон­сервативного лечения.

Лучшие результаты отмечаются при ран­них операциях, которые выполняют при ста­бильной гемодинамике. Летальность при экстренных операциях в 3-4 раза выше, чем при ранних, особенно у больных по­жилого и старческого возраста.

Операции при остром желудочно-кишечном кровотечении производят под поверх­ностным интубационным наркозом в со­четании с мышечными релаксантами, управ­ляемым дыханием, малыми дозами нарко­тических веществ и полноценным снабже­нием кислородом. Такой наркоз создает ус­ловия для восстановления угнетенных функ­ций жизненно важных центров и органов. Оперативное вмешательство выполняют под защитой капельного переливания крови, так как больные с острым кровотечением чрезвычайно чувствительны к дополнитель­ной кровопотере во время операции.

Важное значение во время операции у обескровленного больного имеет бережное обращение с тканями, а также тщатель­ный гемостаз.

За последние годы вопрос о выборе ме­тода операции при кровоточащих язвах под­вергся коренному пересмотру. Многие оте­чественные и зарубежные хирурги считают операцией выбора стволовую ваготомию с обшиванием язвы и пилоропластикой. Неко­торые авторы применяют даже селектив­ную проксимальную ваготомию в сочета­нии с дуоденотомией, обшиванием крово­точащего сосуда с сохранением прив­ратника.

При кровотечении из язвы пилородуоденальной зоны и состоянии относительной компенсации производим дуоденотомию или гастротомию, сохраняя привратник, обшиваем источник кровотечения и выпол­няем селективную проксимальную ваготомию. При расположении язвы на при­вратнике выполняем гемипилорэктомию по Джаду с иссечением язвы и селективную проксимальную ваготомию. Резко ослабленным больным производим широкую гастродуоденотомию, обшивая кровоточащий со­суд в язве, используем разрез желудка и двенадцатиперстной кишки для пилоропластики и завершаем операцию ство­ловой ваготомией. При кровоточащих язвах желудка тяжелобольному можно иссечь язву и выполнить ваготомию и пилоропластику. К резекции желудка следует прибегать при компенсированном состоянии больного и при наличии большой язвы, если имеется подозрение на ее малигнизацию.

При применении стволовой ваготомий операцию начинают с гастродуоденотомии и остановки кровотечения. Наилучшим спо­собом является экстериоризация язвы путем мобилизации ее краев и обшивания язвы и сшивания слизистой оболочки над язвой. При невозможности выполнения этого приема следует ограничиться обши­ванием кровоточащего сосуда. Затем выпол­няют пилоропластику и ваготомию. Рецидив кровотечения обычно является результатом плохой перевязки сосуда и обшивания язвы. Как показывает опыт, опасность прошивания общего желчного протока преувеличена.

В то же время нельзя полностью исключать при язвенных кровотечениях резекцию желудка. Если хирург не владеет техникой ваготомий, он должен выпол­нить резекцию желудка. Эта операция по­казана также при язве желудка.

Известны случаи, когда во время опера­ции на желудке по поводу кровотечения не находят признаков язвенного, опухо­левого или другого поражения желудка или двенадцатиперстной кишки.

При этом следует помнить, что сама лапаротомия уменьшает кровоток в желудке, чем объясняется иногда отсутст­вие кровотечения при ревизии. При невыясненном источнике кровотечения, прежде чем осуществлять «слепую» резекцию желудка, нужно прибегнуть к интраоперационной эн­доскопии или широкой гастродуоденотомии. Если источник кровотечения обнаружить не удается, необходимо особенно тщательно осмотреть кардиальную часть желудка и пищевод. Для ревизии слизистой оболоч­ки можно воспользоваться приемом Старцла: после мобилизации большой кривиз­ны и широкой гастротомии слизистую обо­лочку желудка выворачивают зажимом с тупфером через заднюю стенку. Мы при гастротомии вводим два длинных брюш­ных зеркала в разрез желудка и осматрива­ем кардиальную часть, все стенки же­лудка и привратник. Двенадцатиперстную кишку осматриваем, вводя через привратник более узкие зеркала или крючки Фарабефа.

# III Другие причины желудочно-кишечного кровотечения

Редкой причиной желудочно-кишечного кровотечения является синдром *Маллори—Вейса,* описанный в 1929 г., который заключается в появлении продольных глубо­ких, нередко множественных, трещин сли­зистой оболочки длиной 4-40 мм в зоне пищеводно-желудочного соединения. Синд­ром Маллори—Вейса встречается у 1-13 % больных с кровотечением из верх­него отдела пищеварительного тракта.

У 75-80 % больных возникновению кро­вотечения предшествуют сильные рвотные движения, особенно при закрытом кардиальном отверстии, что часто наблюдается после приема большого количества пищи и алкоголя. У 20-25 % больных рвота кровью и мелена являются единственным проявлением заболевания. К способствую­щим факторам относят тупую травму жи­вота, сильный кашель, икоту, астмати­ческое состояние. У 30-50 % таких боль­ных имеется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Чаще всего трещина распо­лагается на правой боковой стенке сразу же за пищеводно-желудочным соедине­нием.

Основные методом диагностики является фиброгастроскопия. В большинстве случаев кровотечение и повреждения слизистой обо­лочки излечиваются консервативными меро­приятиями (диета, антацидные средства, переливание крови). Используют также внутривенное вливание питуитрина, там­понаду зондом Блекмора или Линтона, коагуляцию через гастроскоп. При массив­ном, неостанавливающемся кровотечении показано оперативное лечение. В 1955 г. Whiting и Baron впервые сообщили об успешном ушивании разрыва слизистой обо­лочки. Stoica (1959) предложил в таких слу­чаях перевязывать левую желудочную ар­терию, особенно при затрудненном ушива­нии разрыва слизистой оболочки из-за прорезывания швов. Mintz и соавторы (1980) применяют комбинированный метод ушивания разрыва слизистой оболочки без вскрытия просвета желудка под контролем эндоскопа. Летальность после операций по поводу синдрома Маллори—Вейса дости­гает 10 %.

*Острые изъязвления слизистой оболочки пищеварительного тракта.* К острым, или *стрессовым*, язвам относят изъязвления сли­зистой оболочки верхних отделов пищева­рительного тракта, возникающие через не­сколько часов или дней после экстремаль­ного воздействия на организм. К послед­ним относят травму, в том числе операцию, ожоги, действие низкой температуры, сеп­тическое состояние, эклампсию, инфаркт миокарда, уремию, печеночную недостаточ­ность и др. Острые язвы наиболее часто локализуются в проксимальной половине желудка, иногда их обнаруживают в пище­воде, антральной части желудка, двенадца­типерстной кишке. Как правило, это поверх­ностные, кровоточащие, перфоративные язвы.

Макроскопически уже спустя несколько часов после экстремального воздействия в проксимальной части желудка появляются круглые, реже продолговатой формы, участ­ки побледнения слизистой оболочки. Нес­колько позже обнаруживаются единичные точечные кровоизлияния. Через 24 ч образуются эрозии диаметром до 3 мм. В последующие 24 ч возникают глубокие некротические дефекты слизистой оболочки с отечными краями. Одновременно могут наблюдаться изменения слизистой оболоч­ки в антральной части желудка, две­надцатиперстной кишке, нижней трети груд­ной части пищевода. Через несколько дней дефект слизистой оболочки достигает 2 см в диаметре, незначительные участки поражения сливаются в большие изъязвления. Нередко отмечается сочетание различных стадий изменения слизистой оболочки: эрозии желудка и язвы двенадцатиперст­ной кишки. Множественные язвы чаще наб­людаются в желудке, одиночные — в две­надцатиперстной кишке.

При гистологическом исследовании в на­чальной стадии отмечается отек слизистой оболочки с дефектом поверхностного эпи­телия, диапедез эритроцитов. Изменения в большинстве случаев достигают мышечно­го слоя слизистой оболочки. Вовлечение более глубоких слоев возможно при дли­тельном течении заболевания, но наблю­дается редко, в основном в двенадца­типерстной кишке, и еще реже в нижней трети грудной части пищевода.

Патогенез острых изъязвлений до конца не выяснен. Основными факторами являются нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке пищеварительного трак­та вследствие шока, заброс в желудок желчных кислот и лизолецитина (дуоденогастральный рефлюкс), приводящий к повреждению защитного слизистого барье­ра, снижение энергетического обмена в клет­ках слизистой оболочки желудка, нарушение репаративной способности эпителия и обрат­ная диффузия водородных ионов, являю­щихся непосредственным повреждающим агентом.

Клиническая картина острых изъязвлений всегда сочетается с симптомами основного заболевания и часто маскируется им. Кро­вотечение из острых язв наблюдается в 5-10 % случаев и чаще всего возни­кает на 3-10-е сутки после травмы, опера­ции и т д. Перфорация острых язв встречается в 6-7 раз реже и насту­пает обычно на 4-8-е сутки. Диагностика профузного желудочно-кишечного кровоте­чения при наличии кровавой рвоты и мелены не представляет трудностей. Однако при небольшом кровотечении клиника ма­ло выражена. Поэтому малейшие изменения в состоянии больного должны быть проана­лизированы с учетом возможности крово­течения. Применение желудочного зонда в подобных случаях позволяет определить примесь крови в желудочном содержимом. Перфорация острой язвы также характе­ризуется скудной клинической картиной. Типичные признаки (острая боль, напря­жение мышц брюшной стенки и др.), как правило, слабо выражены. Характерными симптомами являются внезапное ухудше­ние сердечно сосудистой деятельности (боль в области сердца, одышка, коллапс).

Основным методом диагностики острых изъязвлений является эндоскопия.

Лечение острых изъязвлений заключается в борьбе с сердечно-сосудистой, дыхательной и почечной недостаточностью, па­резом желудка и кишечника (эвакуация желудочного содержимого, электростимуля­ция и др.), гиповолемией, нарушениями белкового и витаминного обмена. Важное значение имеет нейтрализация соляной кислоты в желудке (аспирация содержимого через желудочный зонд, антацидные средства, циметидин, подавление протеолитических факторов двенадцатиперстной кишки (холестирамин по 2 г каждые 4 ч через зонд), повышение общей и местной резистентности и репаративных процессов в сли­зистой оболочке желудка (гемотрансфузии, альбумин, протеин, метилурацил, ретинол, аскорбиновая кислота и др.). Большое зна­чение имеет раннее энтеральное питание. Гемостаза удается достичь путем промывания желудка через зонд ледяным изотоническим раствором натрия хлорида,приемом антацидных средств, 5 % раствора аминокапроновой кислоты с тромбином. Хороший эффект оказывает внутривенноекапельное введение секретина (25 ЕД/ч). При неэффективности местных кровоостанавливающих средств показано применение электрокоагуляции, лазера, криовоздействия, гемостатических пленкообразующих препаратов. В специализированных кли­никах, располагающих современной ангиографической аппаратурой, для гемостаза используют селективную внутриартериальную инфузию вазоконстрикторов (питуитрин, адреналина гидрохлорид, децинон), а также катетерную эмболизацию артерий (мышечная ткань, измельченный тефлон, микросфера полисти­рола и др.). При неэффективности консервативного лечения производят операцию. Опыт показывает, что чем дольше проводилась консервативная терапия, тем хуже результаты последующих операций. Крите­рием неэффективности считают продолжение кровотечения после переливания 2,5 л крови или его возобновление. Трудности оперативного вмешательства обусловлены сложностью обнаружения источника кровотечения. Поэтому при возможности опера­цию сочетают с интраоперационной эндос­копией, что позволяет избежать широких или множественных разрезов пищеваритель­ного тракта. Кроме того, поскольку опера­цию выполняют у резко ослабленных больных, она должна быть минимально травматичной. К таким операциям относится ваготомия с иссечением кровоточащей язвы и дренирующей операцией. При диффузном геморрагическом гастрите возможно применение деваскуляризации желудка путем перевязки основных 4 питающих желудок сосудов с сохранением коротких желудочных сосудов. При перфорации обычно ограничиваются ушиванием перфорационного отверстия, промыванием брюшной полости и дренированием ее.

## Список используемой литературы

1. А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко //Хирургия пищеварительного тракта Киев: «Здоров’я», 1987г.
2. Внутренние болезни: Учебник/ Ф.И. Комаров, В.Г. Кукес, А.С. Сметнев и др.; под редакцией Ф.И. Комарова, М.: «Медицина», 1990г.