

ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА , 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Оказание помощи на догоспитальном этапе.

Все больные желудочнокишечными кровотечениями и подозрением на наличие этой патологии подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в круглосуточном режиме.

Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь констатацией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальнейшего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный центр по оказанию неотложной хирургической помощи (Региональный центр санитарной авиации, Территориальный центр медицины катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объем необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного.

При положительной динамике больной будет транспортирован в ближайшее хирургическое отделение (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта пациента следует оперировать силами выездной хирургической бригады.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

Обоснованное подозрение на кровотечение является показанием к экстренной госпитализации больного в хирургический стационар, имеющий соответствующую лицензию и аттестованный персонал для оказания неотложной хирургической помощи.

Больные перемещаются и транспортируются в положении лежа.

При тяжелом состоянии во время транспортировки проводится инфузионная терапия.

Основные задачи экстренной диагностики процесса и экстренной помощи в хирургическом стационаре:

Минимум диагностических исследований для исключения факта кровотечения:

Лабораторная диагностика: содержание эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови); биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), анализ мочи (физикохимические свойства и микроскопия осадка).

Специальные исследования: определение ЧСС (частоты пульса) АД, температуры тела, выведение содержимого из желудка толстым желудочным зондом (в том числе отмывание до «чистой воды», как подготовка к ФГДС), пальцевое исследование прямой кишки, ФГДС.

Минимум диагностических исследований при госпитализации больного:

Лабораторная диагностика: содержание эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови); биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, амилаза и креатинин), общий белок, определение группы крови и Rh фактора, кардиолипидная проба (кровь на RW), длительность кровотечения и свертываемость, ПТИ (протромбин по Квику, МНО), анализ мочи (физикохимические свойства, микроскопия осадка).

Специальные исследования:

- общеклинические — определение ЧСС (частоты пульса) АД, температуры тела ЭКГ, рентгенография легких (по клиническим показаниям)
- установление или исключение факта кровотечения — выведение содержимого из желудка толстым желудочным зондом, пальцевое исследование прямой кишки, ФГДС.

Экстренная фиброгастроуденоскопия выполняется (диагностический этап):

- эндоскопическая верификация факта кровотечения и определение его источника
- эндоскопическая оценка степени активности кровотечения

Перед проведением эндоскопии рекомендуется выведение желудочного содержимого толстым желудочным зондом, отмывание просвета желудка «до чистой воды»

По показаниям введение эритромицина (эффективный прокинетик) в дозе 250 мг за в течение 30 минут до ФГДС значительно повышает информативность исследования.

Противоязвенную терапию (болюсное введение ингибиторов протонной помпы в дозе 80 мг) рекомендуется начинать перед эндоскопией.

При необходимости экстренная ФГДС может быть выполнена под эндотрахеальным наркозом.

Классификация степени активности кровотечения по Forrest (1974)

I — продолжающееся на момент осмотра кровотечение:

- IA — струйное кровотечение
- IB — диффузное кровотечение

II — остановившееся на момент осмотра кровотечение:

Тяжесть кровопотери	Критерии	
	Клинические	Лабораторные
Легкая	Бледность кожи и слизистых: слабо выражена ЧСС — менее 80 в 1 минуту Систолическое АД более 110 мм рт. ст. Дефицит глобулярного объема (ГО) до 20%	Hb > 100 г/л Ht > 30% эритроциты > 3,5x10 ¹² /л
Средняя	Бледность кожи и слизистых: выражена ЧСС: 80 — 100 в 1 минуту Систолическое АД: 90 — 110 мм рт. ст. Дефицит ГО 20 — 30%	Hb 83 — 100 г/л Ht 25 — 30% эритроциты 2,5 — 3,5x10 ¹² /л
Тяжелая	Бледность кожи и слизистых: резко выражена ЧСС: более 100 в 1 минуту Систолическое АД: менее 90 мм рт. ст. Дефицит ГО 30% и больше	Hb < 83 г/л Ht < 25% эритроциты < 2,5x10 ¹² /л

Примечание. Зафиксированное коллаптоидное состояние на высоте кровотечения всегда является критерием тяжелой кровопотери.

• ПА — видимый сосуд в дне язвы в виде столбика или бугорка

• ПВ — плотно фиксированный к дну язвы тромб-сгусток (не смываемый струей воды)

• ПС — мелкоочечные сосуды в дне язвы в виде темных (красных) пятен

III — дефект слизистой оболочки без признаков кровотечения

• Эндоскопическая оценка риска рецидива кровотечения

Признаки значительного риска рецидива кровотечения: крупные тромбированные сосуды, свежий рыхлый тромб, признаки активного язвенного процесса (подрытые края, наличие некроза, контактная кровоточивость), гигантские и пенетрирующие язвы

Признаки снижения риска рецидива кровотечения: чистая гранулирующая язва, явления краевой эпителизации.

Определение объема кровопотери по гематокриту (Moore F.D., 1965)

$$V = \text{ОЦКд} \times (\text{HтдHтф}) / \text{Hтд}$$

ОЦКд 6065 мл/кг (женщины), 7075 мл/кг (мужчины)

Hтд — гематокрит должный

Hтф — гематокрит фактический

Формулировка развернутого диагноза, примеры:

- Язвенная болезнь. Хроническая (каллезная) язва желудка, осложненная остановившимся кровотечением (Forrest IIА). Кровопотеря легкой степени.

- Язвенная болезнь. Хроническая язва ДПК, осложненная продолжающимся кровотечением (Forrest IA). Кровопотеря тяжелой степени.

ШКАЛА Blatchford

П р и **п о с т у п л е н и и**
Баллы

Систолическое артериальное давление
1 0 0 1 0 9 м м р т . с т

1 9 0 9 9 м м р т . с т

2 < 9 0 м м р т . с т

3

Мочевина крови
6 , 5 7 , 9 м м о л ь / л

2 8 , 0 9 , 0 м м о л ь / л

3 1 0 , 0 2 4 , 9 м м о л ь / л

4 > 2 5 м м о л ь / л

6

Гемоглобин у мужчин
1 2 , 0 1 2 , 9 г / д л

1 1 0 , 0 1 1 , 9 г / д л

3

< 1 0 , 0 г / д л

6
Гемоглобин у женщин

1 0 , 0 1 1 , 9 г / д л

1 < 1 0 , 0 г / д л

6
Другие показатели

П у л ь с > 1 0 0

1 М е л е н а

1 П о т е р я с о з н а н и я

2 П е ч е н о ч н а я д и с ф у н к ц и я

2 С е р д е ч н а я н е д о с т а т о ч н о с т ь

2

Трактовка результатов: сумма баллов (от 0 до 23) коррелируется со степенью риска неблагоприятного исхода

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

1. Больные с продолжающимся струйным (профузным) кровотечением FIA и геморрагическим шоком направляются прямо в операционную в сопровождении врача-анестезиолога. В условиях операционной — попытка эндоскопического гемостаза. При неэффективности — оперативное лечение.

- Нестабильные показатели гемодинамики и критическое состояние больного не являются противопоказанием к операции. Операция входит в комплекс реанимационных мероприятий.

- Объем операции, входящей в комплекс реанимационных мероприятий, должен быть предельно сокращен (прошивание кровоточащей язвы) или разделен на этапы:

а) (лапаротомия, гастро(гастроудено)томия и остановка кровотечения (временная)

б) прекращение операции и продолжение интенсивной противошоковой терапии

с) после стабилизации гемодинамики — продолжение и завершение операции (окончательная остановка кровотечения, основной этап операции, ушивание гастро— или гастроуденотомии, ревизия

и санация брюшной полости, ушивание раны брюшной стенки и т.п.).

2. Больные с тяжелой кровопотерей без признаков продолжающегося профузного кровотечения подлежат госпитализации в ОРИТ, где и проводится интенсивное лечение и дообследование больного.

- Катетеризация центральной вены.

- Инвазивная и неинвазивная оценка системной и центральной гемодинамики.

- Противошоковая и трансфузионная терапия (растворы крахмала, гемотрансфузия при Нв ниже 80 г/л, переливание СЗП для восполнения дефицита факторов свертывания).

- Гемостатическая и противоязвенная терапия в т.ч.: ИПП (ингибитор протонной помпы — болусное в/в введение 80 мг; в дальнейшем — 8 мг/час), сандостатин или октреотид.

- Гемостатический мониторинг (мониторинг общего состояния и гемодинамики, постоянный зонд в желудок — по показаниям, почасовая регистрация ЧСС и АД, контроль Нв, Нт, количества эритроцитов, тромбоцитов и ОЦК).

Контрольная эндоскопия по показаниям.

- Гемостазиологический мониторинг*: тромбоэластограмма, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), процент протромбина по Квику, фибриноген по Клаусу.

3. Кровопотеря тяжелой степени, быстро развившаяся у больных гигантскими и пенетрирующими язвами (признаки крупного сосуда и бесперспективности заживления язвенного дефекта в короткие сроки) являются показанием к ранней операции в первые 24 — 48 часов от момента поступления после стабилизации состояния больного и компенсации кровопотери.

* Указанные лечебнодиагностические мероприятия осуществляются дополнительно к минимуму, определенному ниже.

4. Больные с остановившимся кровотечением с легкой и средней степенями кровопотери подлежат проведению необходимых диагностических исследований в приемном покое и госпитализации в хирургическое отделение.

При язвенных кровотечениях из язв желудка и 12-перстной кишки рекомендуется проводить стратификацию тяжести состояния больных и вероятности наступления рецидива кровотечения с использованием шкалы Blatchford (см. Приложения), а также выделение группы больных с наименьшей вероятностью рецидива кровотечения (см. Приложения)

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное (медикаментозное) лечение: постельный режим, инфузионно-трансфузионная

терапия последствий кровопотери и гиповолемии, гемостатический мониторинг (постоянный желудочный зонд — по показаниям, круглосуточная почасовая регистрация ЧСС и АД, контроль показателей «красной крови», в условиях ОРИТ — контроль почасового диуреза), гемостатическая терапия (препараты транексамовой кислоты, этамзилат натрия, сандостатин), антацидная терапия (всем больным с момента поступления — в/в ингибиторы протонной помпы 80 мг болусно, в дальнейшем — 8 мг/час в течение не менее 3х суток, с последующим переводом на пероральный прием, по показаниям — сандостатин или октреотид), местный гемостаз.

Отмена постельного режима, гемостатического мониторинга и перевод больного на пероральное введение ингибиторов протонной помпы целесообразны после достижения уверенного гемостаза и снятия угрозы рецидива кровотечения.

Показания для проведения консервативной терапии

- остановившееся кровотечение (Forest IIС, Forest III) — необходимости в дополнительном эндоскопическом гемостазе нет.

Показания к эндоскопическому гемостазу:

- Продолжающееся струйное кровотечение (Forest IA) при отсутствии признаков геморрагического шока. Бесперспективность или неэффективность попытки эндоскопического гемостаза — показание к экстренной операции.

- Продолжающееся диффузное кровотечение (Forest IB). Показана попытка эндоскопического гемостаза.

- Остановившееся кровотечение (Forest IIA, Forest IIB). Дополнительный эндоскопический гемостаз может снизить вероятность рецидива кровотечения, особенно у пациентов группы риска (возраст, тяжелые сопутствующие заболевания и др.).

Эндоскопический гемостаз:

Инъекции сосудосуживающих препаратов следует дополнять физическими методами воздействия на источник кровотечения (клипирование, коагуляция, аргонусиленная коагуляция и т.п.). В качестве монотехнологии использовать инъекционный метод не рекомендуется. Должен применяться только в комбинации с консервативным (медикаментозным) лечением, эндоскопическим и гемостатическим мониторингом.

При значительном риске рецидива кровотечения рекомендуется выполнять контрольную ФГДС 3 — 6 часов после первичного эндоскопического гемостаза. Допустим повторный гемостаз.

Хирургическое (оперативное) лечение

Общие рекомендации: швы на стенку желудочно-кишечной трубки должны накладываться на неизменные ткани без натяжения, ушивание ран желудка, ДПК и кишечника рекомендуется с применением атравматических нитей. При наличии факторов, повышающих риск несостоятельности наложенных швов (тяжелая кровопотеря, воспалительные изменения тканей, сахарный диабет и пр.) рекомендуется назогастральная декомпрессия линии швов и их дополнительная герметизация (например, Тахокомбом).

Гастро(дуоденотомия) с прошиванием кровотокающего сосуда наиболее целесообразна при:

- продолжающемся профузном кровотечении (Forest I A) и нестабильном состоянии пациента (вынужденное ограничение объема операции)
- при кровотечении из острых язв и хронических язв, не имеющих других осложнений (гигантские размеры, пенетрация, стеноз, перфорация, подозрение на малигнизацию)
- вмешательство желательнее начинать с гастротомии (поперечный разрез на границе тела и дна желудка), дуоденотомии или гастродуоденотомии (продольный разрез через антральный отдел, привратник и переднюю стенку луковицы ДПК) и прошивания кровотокающего сосуда
- первоначально следует прошить и перевязать кровотокающий сосуд, а затем приступать к ушиванию над ним язвенного дефекта.
- мобильность слизистой и подслизистой оболочек при наличии каллезных краев можно повысить экономным иссечением рубцов по краям язвы.

Гастродуоденотомия должна закончиться формированием того или иного вида пилоропластики.

- после операции должна продолжаться терапия, направленная на максимальное подавление кислотопродукции (ингибиторы протонной помпы).

Ваготомия с пилоропластикой, как более радикальная, но более травматичная операция, показана при стабильном состоянии пациента, неэффективности медикаментозного и эндоскопического гемостаза (рецидив или продолжающееся кровотечение) при локализации язв в ДПК, язвах пилородуоденальной зоны и при сочетании язв ДПК с язвами желудка.

- стволовая ваготомия предпочтительнее при тяжелом состоянии пациентов.

При стабильном состоянии больного — возможно выполнение селективной проксимальной ваготомии в любой ее модификации

В случаях оперативного лечения кровотокающей дуоденальной в условиях геморрагического шока и крайней тяжести состояния больных допустимо

ограничение объема операции пилоропластикой (с «вынесением» дуоденальной язвы из просвета ДПК) без выполнения ваготомии. Ваготомия в таких случаях целесообразно отложить до купирования шока и стабилизации состояния, а последующее ее выполнение предпочтительно с помощью торакоскопического наддиафрагмального способа в условиях специализированного хирургического стационара.

- контроль эвакуаторной функции желудка

Резекция желудка, как наиболее радикальный, но и наиболее рискованный вариант лечения, должна выполняться опытным специалистом при стабильном состоянии пациента, наличии благоприятных условий (компенсация кровопотери, отсутствие выраженной гипопроteinемии и ПОН), неэффективности медикаментозного и эндоскопического гемостаза (рецидив или продолжающееся кровотечение) при локализации язв в желудке, двенадцатиперстной кишке и сочетаниях язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Кровотечение из пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Хирургическое лечение (разделения язвенного инфильтрата, наддиафрагмальная торакоскопическая или лапаротомная ваготомия, резекция желудка, разобщение внутренних свищей) может оказаться крайне сложным. Рекомендуется своевременное привлечение к лечению специалистов в области желудочной хирургии (срочные консультации по телефону, телемедицина), а в случае неэффективности терапии и эндоскопического гемостаза — вызов специалистов на себя, в т.ч. с помощью санавиации и центров медицины катастроф.

В критических ситуациях допустима гастротомия, прошивание кровотокающей язвы с последующим ушиванием раны желудка и переводом пациента в специализированный стационар.

Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений (см. Приложения).

Послеоперационный период

Основными стандартами являются: восстановление кровопотери, фармакологическая поддержка (стабилизация гемодинамики), респираторная поддержка, приемы нейровегетативной защиты, инфузионно-трансфузионная терапия (по показаниям и под контролем центральной и периферической гемодинамики, в т.ч.

ударного объема, почасового диуреза), активация функции желудочнокишечного тракта, по показаниям контрольная фиброгастродуоденоскопия и Рография желудка перед выпиской пациента.

После выписки — совместное ведение с гастроэнтерологом.

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, реабилитация

1. Среднее пребывание больных в стационаре 10 — 12 суток, снятие швов на 10 — 12 день.

2. Сроки нетрудоспособности определяются в зависимости от вида лечения, в т.ч. и от объема оперативного вмешательства и колеблются от 45 до 180 дней.

При возникновении поздних патологических синдромов возможно изменение профессии или выход на инвалидность.

Рекомендации по аппаратно-инструментальному и материальному обеспечению:

- фиброэзофагогастродуоденоскоп с торцевой оптикой
- электрохирургический блок с эндоскопическими зондами для электрокоагуляции, соответствующими манипуляционному каналу фиброгастродуоденоскопа

- эндоскопический инъектор
- оборудование для эндоскопической остановки кровотечений с помощью аргонусиленной коагуляции и клипсы для клипирования кровоточащих сосудов
- оборудование и инструменты для эндоскопических ирригаций источников кровотечения холодной водой под давлением
- желудочные зонды
- рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода; приспособления для интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуумаспиратор; дозаторы лекарственных препаратов; приспособление для подогрева растворов
- общехирургический набор инструментов
- «комплект белья хирургического универсальный одноразовый стерильный»
- атравматический шовный материал для наложения желудочных и кишечных швов
- линейные сшивающие аппараты.