

15. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Кровотечение из опухоли желудка – угрожающее жизни состояние, проявляющееся истечением крови в просвет желудка, которое развивается вследствие распада опухоли.

Коды по МКБ-10: C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9.

Классификация

В настоящее время общепринята эндоскопическая классификация язвенных кровотечений по Forrest, согласно которой выделяют 3 группы: Forrest I – продолжающееся кровотечение, Forrest II – состоявшееся кровотечение, Forrest III – язва без признаков кровотечения (QR-код 1).



Классификация Forrest

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости

ти в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ЭГДС.

Диагноз кровотечения из опухоли желудка устанавливается на основании данных анамнеза, клинических признаков кровотечения в просвет ЖКТ, лабораторных признаков кровопотери и результатах ЭГДС. ЭГДС целесообразно выполнить максимально быстро, но не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар под седацией.

Все диагностические исследования проводятся на фоне интенсивной терапии, направленной на стабилизацию гемодинамики и коррекцию анемии.

Дополнительные исследования: онкомаркеры (СА 19-9, РЭА); КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием, ангиография.

Лечебная тактика

Пациентам с признаками продолжающегося/перенесенного кровотечения рекомендуется проведение системной гемостатической терапии. Консервативная терапия также включает коррекцию волевических нарушений, парэнтеральное введение гемостатиков, при наличии показаний – трансфузию компонентов крови.

При обнаружении во время ЭГДС признаков продолжающегося кровотечения из опухоли желудка при определяемом источнике кровотечения или высоком риске его рецидива рекомендуется проведение эндоскопических гемостатических мероприятий. Наиболее часто используют методы эндоскопического гемостаза – инфилтративный, аргонплазменная коагуляция. Показано выполнение биопсии опухоли при первичной процедуре или в отсроченном порядке при контрольном эндоскопическом исследовании.

Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения из опухоли или неэффективности эндоскопического гемостаза показано применение рентгенэндоваскулярных технологий, заключающихся в селективной эмболизации артериальных сосудов, питающих опухоль.

При рецидиве кровотечения в случае неэффективности эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза показано хирургическое лечение.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Общие принципы хирургического лечения заключаются в достижении надежного гемостаза.

При неэффективности эндоскопических методик и профузном кровотечении целесообразно выполнение гастротомии с прошиванием кровоточащего сосуда. В случаях, когда источник кровотечения четко не определяется, а имеется продолжающееся диффузное кровотечение, возможна рентгенэндоваскулярная или лапаротомная деваскуляризация желудка. В исключительных случаях, при невозможности достижения надежного гемостаза и отсутствии опухолевой инфильтрации окружающих тканей при стабильной гемодинамике, по решению консилиума может быть выполнена паллиативная резекция желудка или гастрэктомия без лимфодиссекции как единственно возможный способ операции, направленной на остановку кровотечения.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

После достижения надежного гемостаза выполняется комплекс инструментальных обследований, включающих биопсию опухоли, а также для оценки распространенности онкологического процесса КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.