

16. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Кровотечение из опухоли ободочной и прямой кишки – угрожающее жизни состояние, проявляющееся истечением крови в просвет ободочной и прямой кишки, которое развивается вследствие распада опухоли.

Коды по МКБ-10: C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20.

Классификация

1. По локализации.
2. По клинике: продолжающееся или активное, состоявшееся.
3. По объему: массивное или профузное, малое или минимальное.
4. По характеру: острое, хроническое или скрытое.
5. По степени тяжести – величина кровопотери (анемия): легкая, средняя, тяжелая.
6. По частоте: первичное, рецидивное.

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 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, колоноскопия.

Диагноз кровотечения из опухоли ободочной и прямой кишки устанавливается на основании данных анамнеза, клинических признаков кишечного кровотечения, лабораторных признаков кровопотери и результатах диагностической колоноскопии.

ЭГДС выполняется с целью исключения источника из верхних отделов желудочно-кишечного тракта; колоноскопия – с целью обнаружения возможного источника кровотечения, верификации диагноза.

Дополнительные исследования: КТ органов брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием, мультифокальная биопсия с целью установки морфологического диагноза, прямая ангиография.

Лечебная тактика

При стабильном состоянии пациентам с признаками продолжающегося/перенесенного кровотечения рекомендуется проведение системной гемостатической терапии. Консервативная терапия также включает коррекцию водно-электролитических нарушений, парэнтеральное введение гемостатиков, трансфузию компонентов крови.

ЭГДС и колоноскопию выполняют в экстренном порядке после соответствующей подготовки кишечника в условиях протившоковой палаты, реанимационного отделения или операционной под наркозом. Если при колоноскопии выявляется источник кровотечения, то показано выполнение комбинированного эндоскопического гемостаза. При этом используются методы эндоскопического гемостаза, такие как инфльтрационный, аргоноплазменная коагуляция.

Показанием к операции в исключительных случаях является продолжающееся кровотечение при неэффективности консервативных мероприятий и эндоскопических методик по решению консилиума. Главной задачей хирургического лечения является остановка кровотечения с использованием резекции участка кишки с источником кровотечения как единственно возможный способ достижения гемостаза.

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.

При стабильной гемодинамике рекомендуется следующая тактика.

При правосторонней локализации выполняется правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза. При выраженной анемии и тяжелом состоянии пациента возможно выведение илеостомы без формирования анастомоза. При левосторонней локализации выполняется резекция участка толстой кишки с опухолью (левосторонняя гемиколэктомия, сигмидэктомия, передняя резекция прямой кишки) с выведением одноствольной колостомы. При выполнении экстренного оперативного вмешательства по поводу кровотечения не рекомендуется выполнять стандартный объем лимфодиссекции, как при плановом оперативном лечении.

В случае тяжелого нестабильного состояния пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника кровотечения (резекция участка кишки без формирования анастомоза или кишечной стомы). В дальнейшем, в усло-

виях отделения реанимации, проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство с адекватным объемом выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

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.

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.