

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра общей хирургии им.проф. М.И. Гульмана

Реферат.
Лечение желудочно-кишечных кровотечений.

Выполнила: врач-ординатор
кафедры общей хирургии им. проф.М.И.Гульмана
Назаренко Елена Александровна

Проверил: Д.М.Н., профессор
Якимов С.В.

Красноярск 2019

Оглавление.

1. Введение.....	3
2. Этиология.....	3
3. Клиническая картина.....	4
4. Диагностика.....	8
5. Лечение.....	8
6. Библиография.....	15

Введение.

Проблема кровотечений из ЖКТ продолжает оставаться актуальной. ЖКК могут быть осложнением целого ряда заболеваний (известно более 100 нозологических единиц), по литературным данным последних лет их частота составляет от 60 до 150 случаев на 100 тыс. населения, и из года в год продолжает увеличиваться. Уровень смертности в среднем колеблется от 5 до 15 %, достигая 35–50% при тяжелых кровотечениях, а также при рецидивах. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ (до связки Трейтца) возникает в среднем в 85 % случаев, из нижних — в 15 %.

Этиология.

Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта чаще всего связаны с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) или двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). У пожилых частота кровотечений возрастает за счет приема нестероидных противовоспалительных средств. Реже кровотечения возникают из варикозно расширенных вен пищевода, при синдроме Мэллори — Вейсса и остром геморрагическом гастрите.

I. Язвенные кровотечения 44–49 %

1 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки 42–46 %

2 Рецидивные язвы после операций на желудке 2–3 %

II. Неязвенные кровотечения 51–56 %

IIa. Заболевания пищевода, желудка и 12-перстной кишки: 49–53%

1 Острые язвы 12–15 %

2 Эрозивные поражения слизистой оболочки 7–18 %

3 Синдром Меллори — Вейсса 8–11 %

4 Опухоли (злокачественные и доброкачественные) 4–7 %

5 Варикозно расширенные вены 9–17 %

6 Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулы пищевода Менее 0,1 %

7 Ожоги, механические травмы, инородные тела 0,1–0,5 %

8 Послеоперационные кровотечения (после хирургических и эндоскопических операций)

1,2–1,8 %

IIб. Заболевания печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (травма, опухоли, кисты) 0,3–0,5 %

IIв. Заболевания кровеносных сосудов (синдром Дельафуа, аневризма аорты, гемангиомы, телеангиэктазии) 0,1–1,4 %

IIг. Заболевания крови (гемофилия, лейкозы, болезнь Верльгофа, болезнь Шенлейн — Геноха) 0,3–0,9 %I

IIд. Системные и другие заболевания (уремия, амилоидоз) 0,6–1,1 %

Классификация ЖКК:

1 По локализации:

Из верхних отделов ЖКТ — до связки Трейтца (пищевод, желудок)

Из нижних отделов ЖКТ — ниже связки Трейтца (тощая и подвздошная кишка, толстая и прямая кишка).

Язвенные (из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки):

— кровотечение из острой язвы;

— кровотечение из хронической язвы;

По локализации язвенные кровотечения разделяются на:

— Язвы желудка (кардиальные, тела, антрального отдела, пилорического канала; малой, большой кривизны; передней, задней стенки).

— Язвы 12-перстной кишки (луковицы, постбульбарная, нисходящего отдела; передней, задней, верхней, нижней стенки).

Неязвенные кровотечения:

— синдром Меллори — Вейсса;

— варикозное расширение вен пищевода и кардии;

— эрозивный геморрагический гастрит, эзофагит;

— доброкачественные и злокачественные опухоли с распадом;

— болезни сосудов (острая эрозия Дъелафуа, болезнь Рандю — Ве-

— болезни крови (Шенлейн — Геноха, гемофилия и т. д.);

— дивертикулы пищевода и 12-перстной кишки.

3 По характеру кровотечения:

Продолжающееся (струйное (профузное), ламинарное, капиллярное).

Остановившееся (состоявшееся):

— с высоким риском рецидива;

— с низким риском рецидива.

4 По степени тяжести (величине кровопотери):

легкая;

средняя;

тяжелая.

Клиническая картина.

Клиническая картина определяется темпом кровотечения и объемом кровопотери. При легкой степени кровотечения, когда потеря крови не превышает 350—400 мл, субъективных ощущений или вовсе не бывает, или они ограничиваются легкой преходящей тошнотой, сухостью во рту, слабостью, познабливанием. Больной во многих случаях может даже не обратить внимания на эти симптомы, если не появляется рвота кровью. Наиболее постоянные признаки — позыв на дефекацию и «дегтеобразный» стул. Кровопотерю, не превышающую 10% исходного объема циркули-

рующей крови (ОЦК), организм переносит обычно легко за счет включения механизмов саморегуляции и компенсации. Во время и сразу после кровопотери в результате рефлекторного выброса надпочечниками катехоламинов возникает спазм периферических сосудов, что сопровождается уменьшением объема сосудистого русла и компенсацией гемодинамики, благодаря которой сохраняется достаточный кровоток в жизненно важных органах (мозг, миокард, печень). Одним из важнейших механизмов саморегуляции организма в данный момент является аутогемодилюция. Мобилизация собственной межтканевой жидкости и выброс ее в сосудистое русло приводят к восстановлению ОЦК, уменьшению вязкости крови, вымыванию застойных эритроцитов из депо и поступлению их в циркуляцию. Тем самым при относительно небольшой кровопотере создаются условия для быстрой нормализации не только центральной, но и периферической гемодинамики. Показатели крови быстро выравниваются, и повторное исследование, как правило, не определяет существенного отклонения от нормы содержания гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, гематокрита. Однако с 3—4-го дня в периферической крови увеличивается количество ретикулоцитов как результат активации эритропоэза. Положительная реакция кала на скрытую кровь после однократной кровопотери обычно сохраняется в течение двух недель, а мелена — 3—5 сут. При большой потере крови или повторной кровопотере появляются симптомы острой постгеморрагической анемии: внезапная слабость, тошнота, потливость, шум в ушах, «мелькание мушек» перед глазами, сердцебиение, головокружение, обморочное состояние. Больной становится бледным, кожные покровы — влажными (холодный липкий пот), пульс — учащенным, малым, систолическое АД снижается. Появляется осиплость голоса, жажда, адинамия, олигурия. Необходимо иметь в виду, что перечисленные субъективные и объективные симптомы могут появиться раньше кровавой рвоты и мелены. Общее состояние больного зависит не только от величины кровопотери, но и от ее скорости. Под влиянием указанных выше компенсаторно-приспособительных механизмов восстанавливается ОЦК (обычно в течение нескольких часов), но вследствие разжижения крови развивается нормохромная гиперрегенераторная анемия, являющаяся критерием тяжести кровотечения. Однако в первые часы даже после значительной кровопотери концентрация гемоглобина и число эритроцитов остаются достаточными. Их снижение начинается к концу первых суток и особенно быстро прогрессирует на фоне лечебного введения жидкости (полиглюкин и др.). Отсутствие положительной динамики показателей эритропоэза в течение 3—5 последующих суток после кровопотери свидетельствует о продолжающемся или повторно возникшем кровотечении. Кроме того, при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ часто присоединяется азотемия с увеличением в крови концентрации мочевины и креатинина. Причиной ее обычно становится резорбция белка крови.

Резорбционная азотемия имеет как диагностическое, так и прогностическое значение.

Иногда у больных определяется небольшая гипербилирубинемия, снижается уровень протромбина и альбумина крови. На 2-й день после кровотечения может появиться резорбционная лихорадка, уменьшающаяся на фоне антибактериальной терапии и клизм. В настоящее время при подозрении на кровотечение и даже на высоте его проводят эндоскопическое исследование, которое преследует не только диагностические, но и лечебные цели — остановку кровотечения. Большинство кровотечений из язв при язвенной болезни останавливается спонтанно. Однако приблизительно у 20% больных наблюдаются повторные кровотечения, из-за чего многие из таких больных нуждаются в хирургическом вмешательстве. Необходимо у каждого больного с кровоточащей язвой выявлять факторы риска повторного кровотечения и предпринимать профилактические меры.

Во всех случаях при остром желудочно-кишечном кровотечении необходимо:

1. Оценить тяжесть кровотечения и жизненные ресурсы больного (состояние гемодинамики, дыхания и других жизненно важных органов и систем).

2. Установить место кровотечения.

3. Осуществлять связь с хирургом и врачом-эндоскопистом.

4. Начать медикаментозное лечение.

5. Провести соответствующие исследования.

Каждый больной с острым кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта оценивается по критериям возможного рецидива кровотечения и риска развития геморрагического шока. Больные с кровавой рвотой и меленой нуждаются в активном лечении до полной стабилизации клинических, эндоскопических и гематологических показателей.

Высокий риск повторного кровотечения и смерти имеют больные при наличии:

— рвоты и мелены (сочетание);

— свежей крови в кале;

— продолжающегося кровотечения или его рецидива;

— возраста свыше 60 лет или кардиореспираторных заболеваний, ухудшающих гемодинамику и функцию дыхания;

— болезней, в терапии которых использовались нестероидные противовоспалительные средства;

— пульса чаще 100 уд./мин.

Показаниями к проведению гемотрансфузии у этих больных являются:

1. Венозное давление ниже 100 мм вод. ст. (в норме 120—150).

2. Прохладные (холодные) и влажные на ощупь конечности

3. Систолическое артериальное давление менее 100 мм рт. ст. (у молодых больных возникает поздно).

К эндоскопическим признакам риска повторного кровотечения относят следующие:

1. Артериальное кровотечение (риск достигает 90%).
2. Видимый сосуд в дне язвы (риск достигает 90%).
3. Наличие свежего тромба — черная точка на дне язвы (риск достигает 30%).
4. Расширенные вены пищевода или кардиального отдела желудка (риск в 10% случаев).

Низкий риск повторного кровотечения и смерти имеют больные:

- в возрасте моложе 60 лет;
- с рвотой кофейной гущи без мелены;
- при кровотечении, индуцированном приемом алкоголя;
- при отсутствии гемодинамических расстройств (пульс менее 100 уд./мин, систолическое артериальное давление более 100 мм рт. ст., венозное давление не ниже 100 мм вод. ст., конечности теплые, потливости нет, диурез более 30 мл/ч);
- при отсутствии эндоскопических признаков продолжающегося кровотечения.

При оценке состояния пациентов следует также иметь в виду предшествующие симптомы (диспепсия, рвота), присутствие или отсутствие при ректальном исследовании мелены, признаки хронических заболеваний печени, прием лекарств и алкоголя.

Рвота кровью, сгустки крови в кале не всегда являются специфичными для острого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, так как они, кроме мелены, могут быть проявлением патологических процессов в тонкой и даже толстой кишке.

Рвота кровью (гематомезис) обычно возможна только тогда, когда источник кровотечения находится выше связки Трейтца (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка). Контакт крови с HCl изменяет ее цвет до «кофейного». Однако при массивной кровопотере и при отсутствии полного контакта крови с HCl рвотные массы могут иметь ярко-красный или темный синевато-красный цвет. Но по цвету рвотных масс невозможно всегда и точно определить источник кровотечения.

Мелена является следствием воздействия на компоненты крови кишечной микрофлоры. Типичный стул при мелене — черный как деготь, блестящий, липкий и обычно неоформленный. Важно от дифференцировать мелену от стула, связанного с приемом препаратов висмута, железа, черники, черемухи, ежевики. Псевдомеленовый стул обычно нормальной консистенции и формы.

Наличие ярко-красной крови в кале может быть связано с обильной кровопотерей из верхних отделов пищеварительного тракта и ускоренной перистальтикой, приводящей к дефекации в первые восемь часов от момента кровопотери.

Физикальное исследование проводится с учетом возможного выявления симптомов цирроза печени («печеночные ладони», «сосудистые звездочки» и

др.), болезни Рандю — Уэбера — Ослера (кожные телеангиоэктазии и др.), синдрома Пейтца — Егерса (пигментные пятна на губах и видимой слизистой с полипозом тонкой кишки) и др.

Диагностика желудочно-кишечных кровотечений.

Первичное исследование включает:

1. Анализ крови (гемоглобин, ретикулоциты, гематокрит, тромбоциты и др.).
2. Исследование коагуляционных свойств крови (протромбиновое время и др.).
3. Электролиты, мочевины и креатинин крови.
4. Группа крови и резус-фактор.
5. Газы крови.
6. ЭКГ.
7. ФГДС.

Другие исследования проводятся в зависимости от предполагаемых заболеваний. Падение гемоглобина зависит от выраженности гемодилуции, в том числе вызванной инфузионной терапией. Срочная эндоскопия позволяет выявить источник кровотечения, определить, продолжается оно или остановилось, а также осуществить по показаниям гемостатические мероприятия.

Лечение.

Экстренные меры:

1. Освободить у больного дыхательные пути и извлечь протезы.
2. Канюлировать югулярные вены.
3. Если пульс превышает 100 уд./мин, нужно ввести в/в 500 мл полиглюкина в течение 50—60 мин и при необходимости инфузии повторять.
4. При отсутствии гемодинамической стабильности начать переливание крови (уровень гемоглобина в первые часы не является достаточно информативным показателем тяжести кровотечения). Повторные

гемотрансфузии проводятся до повышения уровня гемоглобина (10 г на 100 мл крови).

Препараты на основе декстрана (полиглюкин и др.) могут быть причиной гемодилуции: 1000 мл препарата снижает показатель гемоглобина в среднем на 10%. Необходимо иметь запасы крови (или эритроцитарной массы) группы O(I) резус-отрицательной (Rh-) для проведения гемотрансфузии при неотложных состояниях, характеризующихся продолжающимся кровотечением, падением систолического артериального давления ниже 100 мм рт. ст., несмотря на введение коллоидных растворов. При этом риск от гипотензии может превышать риск от потери самой крови. В этих ситуациях оправдано установление мочевого катетера для того, чтобы мониторировать состояние гемодинамики количеством выделяемой мочи. Ведение больных с кровотечением из пищеварительного тракта требует участия специалистов разного профиля.

Основанием к госпитализации больного в палату реанимации является наличие признаков массивного кровотечения: выраженная бледность кожи и слизистых оболочек, холодные конечности, пульс свыше 100 уд./мин, систолическое артериальное давление ниже 100 мм рт. ст., особенно у больных с высоким риском смерти, повторяющиеся кровотечения, низкое центральное венозное давление (меньше 100 мм вод. ст.).

Выявление места кровотечения

Если при экстренной эндоскопии не удалось установить источник кровотечения, то с этой же целью исследование повторяется после проведения неотложных мероприятий, с интервалом 12—24 ч. Если повторное эндоскопическое исследование проводится в более поздние сроки, то признаки кровотечения будет обнаружить труднее. При наличии расширенных вен пищевода повторная эндоскопия проводится в первые четыре часа.

При профузном кровотечении его источник определить трудно, желудочное орошение проводить рискованно в связи с возможным разрушением уже образовавшегося тромба, и поэтому показания к повторному эндоскопическому исследованию основываются на динамическом наблюдении за больным (пульс, АД, венозное давление, диурез и др.). Результаты наблюдения оцениваются каждые 4 ч. Коагуляционные исследования повторяются, если было проведено четыре гемотрансфузии, другие исследования крови ежедневно повторяются только у больных с высоким риском повторного кровотечения (необходимо иметь запасы крови еще в течение 48 ч).

Медикаментозная терапия

Медикаментозные средства не являются альтернативными в лечении острых кровотечений, если показана операция, но они могут способствовать остановке кровотечения и предупредить его рецидив. Эффективность медикаментозного лечения определяется многими обстоятельствами, но независимо от них оправдано назначение ранитидина (зантак), омепразола

(лосек) или фамотидина (квamatел). Один из них вводится в/в (зантак по 50 мг, квamatел по 20 мг, лосек по 40 мг) в течение 2—5 мин 3 раза в сутки с интервалами в 8 ч до 3 сут. При этом уменьшается риск возникновения стрессовых язв и рецидива кровотечения, но не останавливается продолжающееся кровотечение. После прекращения в/в введения антисекреторного препарата при эрозивно-язвенных кровотечениях оправдано назначение его внутрь (ранитидина по 150 мг, или фамотидина по 20 мг 3 раза в день, или омепразола по 20 мг 2 раза в день). Эндоскопическая терапия проводится в зависимости от источника кровотечения:

1. Склеротерапия вен пищевода при их варикозном расширении.
2. Инъекция жидкого фибриногена или инстиляция жидким тромбином в зоне язвы.
3. Лазерная фотокоагуляция.
4. Диатермокоагуляция.

В силу недостаточной эффективности не рекомендуется промывание желудка ледяной водой, применение вазоконстрикторов (адреналин и др.) и антацидов. Подтвержден гемостатический эффект соматостатина при язвенных кровотечениях, омепразола и сукральфата при геморрагическом гастрите, синестрола при наследственных телеангиоэктазиях.

Соматостатин (сандостатин) угнетает секрецию желудочного и панкреатического сока, снижает кровоток в органах брюшной полости, что способствует остановке язвенного кровотечения и кровотечения из расширенных вен пищевода. Вводится в/в капельно по 250 мкг/час до наступления эффекта.

При геморрагическом гастрите омепразол назначается дважды в сутки по 20 мг с интервалами в 12 ч в сочетании с сукральфатом (12—16 г в сут.) в течение нескольких дней с последующим снижением суточной дозы омепразола до 20 мг, а сукральфата до 4 г.

Синестрол вводят в/м ежедневно по 1 мл 2%-го масляного раствора в целях профилактики повторных эпизодов кровотечений из наследственных телеангиоэктазий.

Повторные кровотечения значительно повышают риск смерти. К признакам повторно возникшего кровотечения относят:

1. Увеличение частоты пульса (ранний и высокочувствительный признак).
2. Падение центрального венозного давления.
3. Снижение часового выделения мочи.
4. Кровавая рвота или мелена.
5. Снижение систолического артериального давления (поздний признак).
6. Бледность кожи и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот.

Показания к хирургическому лечению при рецидиве кровотечения зависят от диагноза и его причины. Единственным показанием к оперативному вмешательству является тяжесть продолжающегося или

повторно возникшего кровотечения несмотря на адекватные лечебные мероприятия, включая гемотрансфузии (6 трансфузий лицам моложе 60 лет), эндоскопические манипуляции и адекватную медикаментозную терапию. При отсутствии повторного кровотечения обнаружение при эндоскопическом исследовании на дне язвы свежего тромба или сосуда не является показанием для операции. Такие больные нуждаются в наблюдении.

Расширенные вены пищевода

Принципы ведения больных с острым кровотечением, возникшим на фоне расширенных вен пищевода, остаются такими же. У 1/3 этих больных кровотечения возникают не из варикозно расширенных вен, а из других источников (кровоточащие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острые эрозии и др.).

Коррекция гипокоагуляционных свойств крови проводится с учетом результатов исследования протромбинового времени. При его снижении менее 20 с вводится в/в свежезамороженная плазма. Кровотечение может быть купировано при первой эндоскопии путем склерозирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Инъекционная склеротерапия не противопоказана больным с тяжелой печеночной недостаточностью — желтухой, асцитом, энцефалопатией.

При продолжающемся кровотечении из расширенных вен пищевода или если оно, несмотря на консервативную терапию, возникло повторно, показано введение пищеводного зонда Блэкмора. Однако из-за опасности некроза и изъязвления слизистой оболочки пищевода воздух из пищеводного баллона выпускают через каждые 5—6 ч и извлекают зонд через 24 ч. Зонд можно оставить после остановки кровотечения на 6 ч. Повторное кровотечение после устранения декомпрессии чаще возникает у больных, которым не проводилась склеротерапия, или некоторые узлы оказались не склерозированными. При повторном кровотечении рекомендуется провести срочную склеротерапию варикозно расширенных вен и при необходимости ввести пищеводный зонд.

Если склеротерапия и пищеводный зонд оказались недостаточно эффективными и кровотечение продолжается, то в/в вводится вазопрессин (10—20 ЕД в 100—200 мл 5%-го раствора глюкозы в течение 15—20 мин) или сандостатин (200 мкг в течение 5 мин, затем инфузионно по 50 мкг/ч в течение 48 ч). Для предупреждения энцефалопатии и комы рекомендуется удаление крови из кишечника с помощью клизм с серноокислой магnezией (15—20 г на 100 мл воды), приема внутрь 30—50 г/сут. лактулозы (нормазе). Дополнительно назначают внутрь (или вводят через зонд) неомидин сульфат (1 г 4 раза в сут.) или ампициллин (1 г 4 раза в сут.).

Профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода включает назначение анаприлина (индерал, обзидан, пропранолол и другие синонимы) в дозе, которая уменьшает частоту пульса на 25% и снижает риск кровотечения в связи с уменьшением портального давления.

Склеротерапия не проводится, если отсутствуют кровотечения из варикозно расширенных вен. После склеротерапии возврат варикоза в течение года наблюдается в 40% случаев. С профилактической целью для больных с нецирротической портальной гипертензией может оказаться полезной операция с созданием шунта между венами портальной системы и нижней полой вены.

Синдром Мэллори — Вейсса

Трещины (разрывы) слизистой оболочки кардиального отдела желудка и дистальной части пищевода возникают в результате форсированной рвоты. Определенное значение имеют предшествующие гастритические изменения слизистой оболочки, переполнение желудка пищей, гиперсекреция, дуоденостаз и другие факторы. Трещины располагаются вдоль продольной оси желудка, поражая, как правило, только слизистую оболочку, реже — подслизистый и мышечный слои. В результате этого возникает гематомезис.

Признаки: вначале рвота без крови; рвота у молодых больных часто провоцируется алкоголем; у 90% больных кровотечение прекращается спонтанно, и только в 10% случаев требуется применение медикаментозных средств, включая блокаторы H_2 -рецепторов гистамина или блокаторы $H^+ K^+$ АТФазы.

Эрозии желудка и геморрагический гастрит

Кровотечением осложняются как острые язвы желудка, так и геморрагический, гастрит. Их диагностика основывается на эндоскопическом исследовании.

Причины: чаще прием нестероидных противовоспалительных препаратов и алкоголя, реже стресс (травма, хирургическое вмешательство, сепсис, терминальные состояния).

Лечение: в/в ранитидин по 50 мг или квамател по 20 мг 4 раза в сут. или лосек по 40 мг 2 раза в сут. в 20 мл физиологического раствора в течение 20 мин, внутрь сукральфат (вен-тер и другие синонимы) по 3,0 г 4 раза в сут. в виде суспензии. Зантак по 300 мг, или квамател по 40 мг, или омепразол по 20 мг в день назначаются после прекращения в/в введения препарата до наступления ремиссии.

Медикаментозное лечение эффективно более чем у 95% больных. Последней надеждой спасения больных от желудочного кровотечения при остром геморрагическом гастрите может оказаться гастрэктомия, которая показана больным при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Профилактика острых язв желудка и язвенных кровотечений

Причины, вызывающие возникновение острых желудочных язв и язвенных кровотечений:

1. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).
2. Обширные ожоги (язвы Курлинга).
3. Поражение ЦНС (язвы Кушинга).
4. Стресс (инфаркт миокарда, операция, сепсис и др.).
5. Пожилой возраст («старческие язвы»).

6. Язвенная болезнь с возможным рецидивом кровоточащей язвы, в том числе возникшей на фоне активного геликобактерного гастрита.

Острые язвы чаще возникают у больных с соматическими заболеваниями, эндогенными интоксикациями, после тяжелых травм и операций, которые сопровождались несколькими стрессовыми факторами: шок, коллапс, гиповолемия, гипоксемия, почечная и печеночная недостаточность, тяжелые инфекционные и неврологические осложнения, эмоциональная лабильность, недостаточная коррекция потерь жидкости и электролитов, нарушение свертываемости крови и др.

При сочетании трех и более указанных факторов риск возникновения острых, нередко осложненных желудочных язв резко возрастает.

Профилактика острых язв желудка, а также и язвенных кровотечений при этих ситуациях состоит в приеме ранитидина (300 мг в день), или фамотидина (40 мг в день), или мизопростола (200 мкг 3 раза в день, больным, принимающим НПВП). Через 12 недель проводится повторная гастроскопия с прицельной биопсией, цитологией, гистологией и с взятием тестов на НР-инфекцию.

Если возникают показания к хирургическому лечению, то предпочтение отдается операции по Бильрот I.

Профилактика язвенных кровотечений двенадцатиперстной кишки

После курсовой медикаментозной терапии дуоденальных язв, осложненных острым кровотечением, с профилактической целью назначается ранитидин по 150 мг или фамотидин по 20 мг в 19—20 ч на длительный срок, особенно больным с сопутствующими заболеваниями и больным с частыми рецидивами язв.

Язвы, ассоциированные с приемом НПВП, лечатся преимущественно омепразолом, но профилактику их рецидива можно проводить ранитидином или фамотидином, так как нет доказательств, что мизопростол (сайтотек и другие синонимы) предупреждает возникновение этих язв. Прием блокаторов H_2 -рецепторов гистамина необходимо продолжить на весь срок терапии НПВП.

Риск повторных кровотечений после впервые возникшего язвенного кровотечения составляет 20%, но при приеме НПВП он возрастает.

Источник кровотечения не установлен.

Возможные причины, которые не позволили установить источник кровотечения:

1. Неадекватное эндоскопическое исследование (запоздалое, при неудавшейся попытке осмотреть все верхние отделы пищеварительного тракта и т.д.).

2. Зажившие эрозии и острые язвы на момент исследования.

3. Кровотокающий сосуд при отсутствии изъязвления (часто располагается на малой кривизне).

4. Кровотечение из нижней трети двенадцатиперстной кишки и ниже (язвенный еюнит, дивертикул Меккеля, толстая кишка и другие неисследованные отделы пищеварительного тракта).

5. Носовые кровотечения.

6. Редкие причины.

Ведение:

1. Повторно оценить состояние больного.

2. Не проводить диагностических исследований, которые могут ухудшить состояние больного.

3. При необходимости следует повторить эндоскопическое исследование.

4. Исключить редкие причины кровотечения (исследовать факторы коагуляции, провести радиоизотопное исследование тонкой кишки, ЭРХПГ, лапароскопию, селективную ангиографию).

Однако все эти дополнительные исследования следует проводить только после двух безуспешных эндоскопических исследований, выполненных высококвалифицированным специалистом.

Аортодуоденальная фистула

Предполагать наличие аортодуоденальной фистулы в качестве причины кровотечения можно у больных с искусственно имплантированной аортой. У больных с отсутствием имплантированной аорты это осложнение встречается крайне редко. Аортография в диагностическом отношении при этом заболевании не только не эффективна, но и опасна для больного. Лучшим методом остается эндоскопическая дуоденоскопия. Показано срочное хирургическое лечение, особенно если имеется артериальная гипотония.

Литература.

1. Избранные главы по частной терапии внутренних болезней. Яблоков Д.Д. –Томск: Издательство Томского университета. 1990
2. Избранные лекции по внутренним болезням «Гематология». Под ред. Празднова А.С. – Челябинск: Медицинский вестник. №7 2003 г.
3. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени: патогенез, профилактика, лечение. Гарбузенко Д. В. . – Челябинск: Издательский дом «Восточные Ворота», 2004. – 63 с.
4. Патология физиология. Под. Ред. Литвицкий П.Ф. 2 Т. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2003 (Изд. второе)
5. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Гинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
6. Батвинков, Н. И. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни: практ. пособие / Н. И. Батвинков, Н. Н. Иоскевич. — Гродно, 1995 — 172 с.
7. Гастроскопия / Б. Блок, Г. Шахшаль, Г. Шмидт; пер. с нем.: под общ ред. И. В. Маева, С. И. Емельянова. — М.: МЕДпресс-информ, 2007 — 206 с.
8. Ботвинов, А. М. Острые кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта / А. М. Ботвинов. — М.: Медицинская инициатива, 1998 — 304 с.
9. Воробей, А. В. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения / А. В. Воробей, В. В. Климович. — Минск: Полипринт, 2008 — 228 с.
10. Гринберг, А. А. Неотложная абдоминальная хирургия / А. А. Гринберг. — М., 2000 — 456 с.