

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
Кафедра хірургії №3.

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:  
“ ГОСТРІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ ”**

обговорено на методичній нараді кафедри  
« » \_\_\_\_\_ 2020 р. Протокол № 1  
Зав. кафедрою \_\_\_\_\_ проф. Ткаченко О.І

**Одеса – 2020**

---

## 1. Тема заняття “ГОСТРІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ” - 2 год.

### 2. Актуальність теми

Кількість хворих з гострими кровотечами із шлунково-кишкового тракту, за даними В.Д. Братуся, госпіталізованих за невідкладними показниками, збільшується з кожним роком.

Гостра дуоденальна кровотеча порівняно часто зустрічається і складає понад 70% всіх масивних кровотеч із травного тракту. В.Ф. Саєнко зі співавтори відмічає тенденцію до збільшення числа хворих з невиразковими кровотечами в порожнину травного тракту, що набуває особливої актуальності у зв'язку з різницею патогенетичних механізмів, складністю діагностики, відсутністю адекватної лікувальної тактики.

Ось чому лікар в майбутній професії, незалежно від його фаху, повинен добре знати цю патологію і вміти своєчасно надати допомогу таким хворим..

### 3. Цілі заняття:

3.1. Загальні цілі: Ознайомитися з сучасним визначенням патології та її розповсюдженістю серед населення України.

3.2. Виховні цілі: Ознайомитися з внеском вітчизняних вчених у вивчення проблеми та новітніх методів діагностики і лікування; вміти пояснити хворому о його загрозованим стані та переконати в необхідності проведення лікування / в тому числі і оперативного /.

3.3. Конкретні цілі:

- *знати:*

1. Знати симптоматологію кровотечі в кишково-шлунковий канал та симптоматологію різних захворювань, що ускладнюються кровотечею.

2. Знати додаткові методи діагностики.

3. Знати лікарську тактику при наявності кровотечі.

4. Знати показання до оперативного лікування при кровотечах різної етіології..

3.4. На основі теоретичних знань з теми:

- *оволодіти методиками /вміти/:*

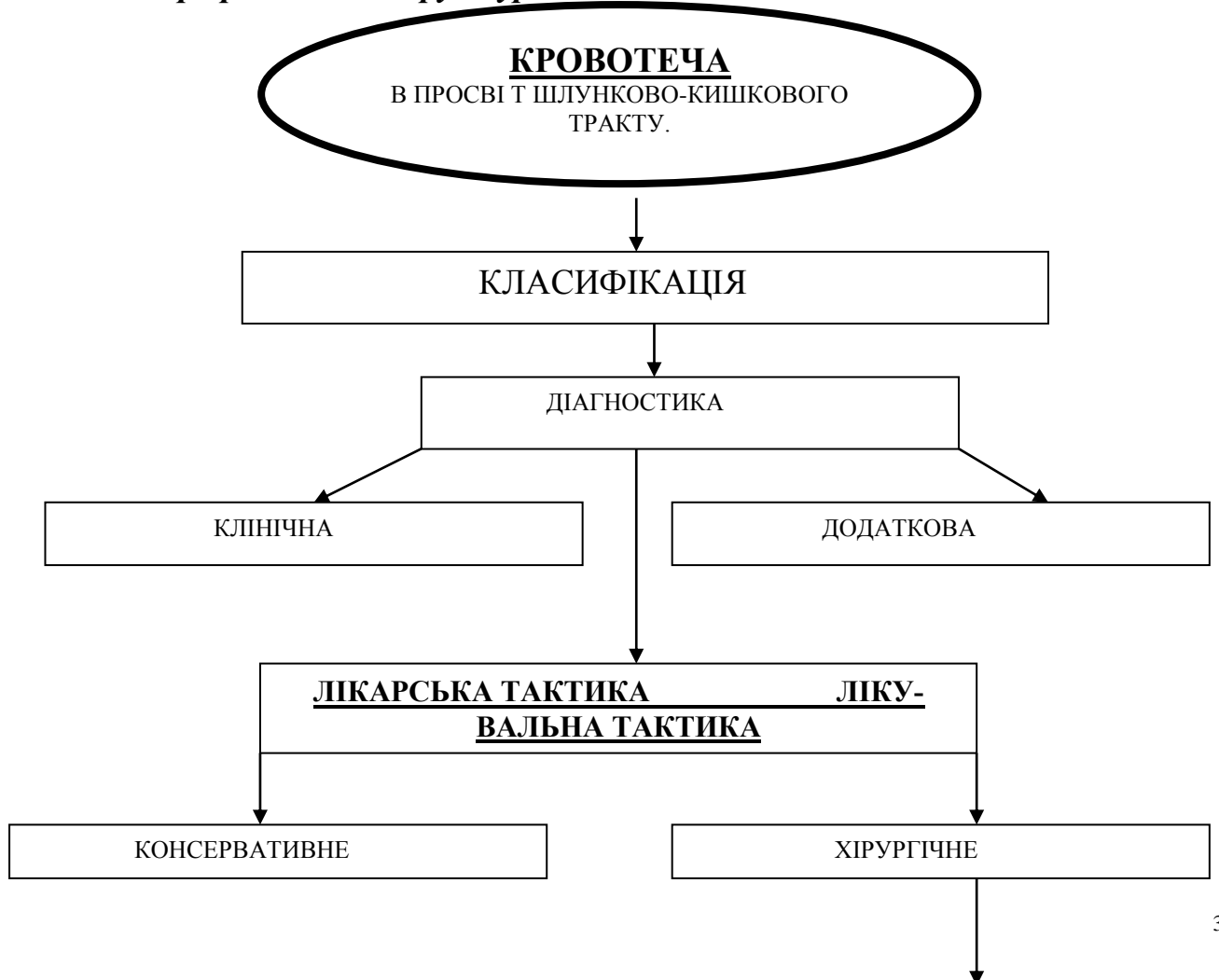
1. . Оволодіти методикою об'єктивного обстеження хворих з кровотечами у во-шлунковий канал

1. Оволодіти методиками перевірки та виявлення основних симптомів цього ускладнення.

**4. Матеріали до аудиторної самостійної підготовки (міждисциплінарна інтеграція).**

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні дисципліни, які забезпечують. - Анатомія. - Фізіологія та патофізіологія - Пропедевтика внутрішніх хвороб	Будову кишково-шлункового тракту. Функцію шлунково-кишкового тракту, та патофізіологічні зміни при кровотечі. Семіологію захворювань шлунково-кишкового тракту.	Проводити пальпацію органів черевної порожнини. Вміти визначити тяжкість кровотечі. Проводити загальне обстеження хворих

**5. Граф логічної структури заняття.**



### 5.1. Зміст теми.

#### ГОСТРІ ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ

Жоден лікар, навіть “найвужчої” спеціальності не застрахований від випадків, коли доводиться надавати допомогу “непрофільним” хворим і потерпілим в ті хвилини, які вирішують все.

Дії лікаря в ці хвилини повинні бути рішучими, вивіреними і грамотними.

Щоразу, коли через короткий проміжок часу після виникнення кривавого масивного блювання запрошений лікар поліклініки, сімейний лікар, лікар швидкої допомоги або хірург приймального відділення бачать хворого, бліде і злякане обличчя якого покрите холодним потом, а блискучі, широко відкриті очі з розширеними зіницями уважно і благаючи дивляться на лікаря, перш за все виникають болісні запитання: Яка природа шлунково-кишкової кровотечі, що виникла? Що безпосередньо сприяло виникненню кровотечі? Чи продовжується ще кровотеча, а якщо зупинилась, то яка реальна загроза її відновлення?

Ці запитання складні і нерівнозначні. Порівняно недавно більшість хірургів і терапевтів вважали, що безпосередньою загрозою для життя є виключно кровотеча виразкової етіології. Однак в наш час кожен хірург, який надає невідкладну хірургічну допомогу, зустрічається з випадками смерті, що швидко настає – при гострих геморагіях, що виникають у зв’язку з цирозом печінки, тромбозом селезінкової вени, гіпертонічною хворобою і атеросклерозом, раком шлунку та іншими захворюваннями.

Виникає необхідність вдосконалювати диференційну діагностику в розпалі або відразу після зупинки кровотечі, так як від правильного та своєчасного діагнозу залежить вибір способу раціонального лікування, а часто і вихід з хвороби.

Як правило, встановити сам факт гострої кровотечі із шлунково-кишкового тракту для лікаря не викликає складності. Але часом дуже складно, а в деяких рідкісних випадках при використанні сучасних методів об’єктивної діагностики, в ранній період розпізнати природу геморагії – просто неможливо.

Анамнестичні відомості можуть полегшити діагностичну задачу, особливо якщо хворий підлягав обстеженню та основне захворювання було встановлено. Тому в практичній діяльності необхідно пам’ятати про можливість *трьох варіантів анамнезу*, які відрізняються у хворих за ступенем складності діагностичного процесу:

1) хворі знають про своє основне захворювання, яке могло ускладнитися кровотечею, так як в недалекому минулому вони підлягали обстеженню і хвороба була верифікована;

2) хворі не знають про своє захворювання, але при ретельному розпитуванні вдається виявити деякі клінічні ознаки основного захворювання, яке могло стати причиною геморагії;

3) хворі не знають про своє захворювання, ніколи не звертались до лікаря, ретельне розпитування не дає будь-яких вказівок на наявність патології, яку можна віднести до можливої причини геморагії. Для самих хворих кровотеча, що виникла стала повною несподіванністю – “громом серед ясного неба”;

Ця група хворих є найскладнішою і найвідповідальнішою в диференційно-діагностичному плані. Відсутність анамнезу може привести до запізнення розпізнавання та неправильного вибору лікувальної тактики, особливо в осіб похилого та літнього віку. Вичікувальна тактика у них, незважаючи на повний обсяг запровадженого консервативного лікування, може виявитися фатальною: профузні кровотечі, які повторюються, швидко призводять до летального виходу.

Кількість хворих з гострими кровотечами із шлунково-кишкового тракту, за даними В.Д. Братуся, госпіталізованих за невідкладними показниками, збільшується з кожним роком.

Гостра дуоденальна кровотеча порівняно часто зустрічається і складає понад 70% всіх масивних кровотеч із травного тракту. В.Ф. Саєнко зі співавторами відмічає тенденцію до збільшення числа хворих з невиразковими кровотечами в порожнину травного тракту, що набуває особливої актуальності у зв'язку з різницею патогенетичних механізмів, складністю діагностики, відсутністю адекватної лікувальної тактики.

Частість кровотеч зумовлена надмірно розвинутою судинною сіткою верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, великою вразливістю слизових оболонок і відносно широким колом захворювань, що викликають ураження органів травлення.

В основі розвитку шлунково-кишкових кровотеч лежать три основні причини:

1. Захворювання організму або ураження органу, які призводять до розвитку виразки і розриву кровоносних судин;
2. Первинне ураження судинної стінки (підвищена ламкість, порушення проникнення, варикозне розширення – ектазії, аневризми, атеросклеротичні зміни);
3. Порушення співвідношення між системами зсідання та протизсідання крові.

При цьому необхідно враховувати пептичний фактор і гіпертонію в артеріальній та венозній системах. В основу класифікації кровотеч із травного тракту закладено такі критерії:

1. За видом кровоточачої судини: артеріальні, венозні, артеріовенозні, капілярні.
2. За клінічним перебігом: прихована кровотеча, триваюча струменева або дифузійна, кровотеча, яка зупинилася.
3. За ступенем тяжкості кровотечі: легкий, середній, тяжкий, вкрай тяжкий ступінь кровотечі.
4. За ступенем геморагічного шоку: кровотеча з компенсованим зворотнім і декомпенсованим незворотнім геморагічним шоком.

За нозологічною характеристикою патологічного процесу, який призводить до виникнення кровотечі:

*а) захворювання стравоходу:* пухлини доброякісні і злоякісні; дивертикули; виразковий езофагіт; опіки стравоходу; травми; синдром Бюєрхаве - рапто-вий розрив стравоходу.

*б) хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки:* виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки; пептична виразка шлунково-кишкового анастомозу (хвороба Крювельє); синдром Золінгера-Елісона; дивертикули шлунку та дванадцятипалої кишки; ерозивний гастрит, дуоденіт, хвороба Менетріє; синдром Мелорі-Вейса; ТВС, сифіліс шлунку та дванадцятипалої кишки;

*в) загальні захворювання, які супроводжуються виразковістю слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки:* опікова хвороба (гострі виразки Курлінга); інфекційні захворювання; післяопераційні виразки; гострі виразки при ураженнях нервової системи (виразки Кушінга); гострі виразки при захворюванні серцево-судинної системи з порушенням кровообігу; гострі виразки при ускладненнях лікарської гормональної терапії та отруєннях; гострі пост-травматичні виразки.

*г) хвороби органів, які прилягають до шлунку та дванадцятипалої кишки і викликають їх ураження:* грижі стравохідного отвору діафрагми; абсцеси, що проникають в шлунок та дванадцятипалу кишку; пухлини черевної порожнини, які проростають в шлунок та дванадцятипалу кишку; гемобілія при шлунково-кишкових хворобах і травмах печінки.

*д) хвороби печінки, селезінки, воротної вени, які викликають портальну гіпертензію і флєбектазію стравоходу і шлунку:* цироз печінки; тромбоз селезінкової і воротної вени; хвороба Коровникова (спленопатія з субтромбоцитозом); хвороба Верльгофа; хвороба Бадд-Хіарі;

*е) системні захворювання:* захворювання крові - лейкози, гемофілія, перниціозна анемія; захворювання кровоносних судин:

- розрив склерозованих судин шлунку та дванадцятипалої кишки;
- аневризми, які проникають в шлунок та дванадцятипалу кишку;
- гемангіоми (синдром Казабаха-Мерріта, синдром Біна, синдром Бандлера);
- хвороба Рендю-Вебера-Ослера (спадкова геморагічна телеангіоектазія);
- вузликотий періартеріїт;
- хвороба Шенлейн-Геноха;
- уремія, амілоїдоз.

*є) захворювання тонкої і товстої кишок:* дивертикули тонкої кишки; виразковий ілеїт; поліпи і поліпоз тонкої кишки (синдром Дедлей-Клінгейстайна-єюнальна неоплазма, синдром Гренблад-Стромберг-Турена - генералізований еласторексиз, синдром Пейтц-Єгерса); злоякісні пухлини тонкої кишки; хвороба Крона; дивертикульоз товстої кишки; неспецифічний виразковий коліт; доброякісні та злоякісні пухлини товстої кишки.

*Термінова діагностична програма.* В діагностиці шлунково-кишкових кровотеч перед лікарем стоять п'ять завдань:

1. Встановити факт кровотечі.
2. Виявити локалізацію кровотечі.

3. З'ясувати причину кровотечі.
4. З'ясувати важкість кровотечі (об'єм крововтрати).
5. Припинилася кровотеча, чи вона продовжується?

Для вирішення цих завдань велике значення має ретельно зібраний анамнез. Збираючи анамнез, необхідно виділити такі питання:

1. Чи страждав хворий раніше виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки? Чи непокоїла його печія, “гоłodний” біль в епігастрії, біль після їжі?
2. Чи переніс в минулому інфекційний гепатит?
3. Чи приймав в недалекому минулому ульцерогенні препарати, особливо аспірин?
4. Чи не страждає гіпертонічною хворобою та схильністю до гіпертонічних криз?
5. Чи не відмічав раніше нахил до різного роду кровотеч?

Найчастіше *діагностика* факту кровотечі на догоспітальному етапі не завдає складності. Кровотеча із шлунку, стравоходу, а часом і дванадцятипалої кишки звичайно розвивається гостро і проявляється кривавим блюванням (яскраво-червоним або темним). У більшості хворих блювальні маси мають колір “кавової гуші”, а їх виділення супроводжуються блювальним рефлексом. Кровотеча звичайно супроводжується слабкістю, блідістю слизових оболонок і шкіряних покровів, холодним потом, запамороченням, головним болем, мерехтінням “мушок” перед очима, підвищенням пульсу, пониженням артеріального тиску, а якщо кровотеча профузна- колапсом.

Кровотечу прийнято вважати *масивною*, якщо вона проявляється блюванням (haematemesis), а також наявністю дьогтеподібного випорожнення (melaena).

Виділення із прямої кишки незміненої червоної крові (haematechezia) свідчить про масивні кровотечі з нижніх відділів травного тракту. Кількість крові, що вилілась в порожнину травного каналу, при наявності вказаних симптомів вимірюється більш, ніж 500 мл.

Однак, слід пам'ятати, що в *клінічному перебізі* та проявленні шлунково-кишкових кровотеч розрізняють *два періоди*: прихований (латентний) і явний. *Латентний період* починається з виливу крові в порожнину і проявляється слабкістю, головним болем, запамороченням, мерехтінням “мушок” перед очима, шумом і дзвоном в голові, нудотою, пітливістю, втратою свідомості. Зовнішніх клінічних проявів кровотечі в цей період може не бути, і перелічені ознаки лікар може трактувати, як вегетативно судинну дистонію, судинний криз або інші функціонально-невротичні стани. Тривалість латентного періоду кровотечі перш за все залежить від джерела і швидкості кровотечі, а також від кількості крові, що вилілась в порожнину шлунково - кишкового тракту. Явний період кровотечі починається з блювання кров'ю або “кавової гуші”, дьогтьоподібного або кривавого випорожнення на фоні інших клінічних проявлень.

Об'єм крові, що вилілась, зумовлює важкість кровотечі. За О.О. Шалімовим розрізняють три ступені важкості кровотечі із шлунково-кишкового тракту.

*I-ступінь* – легкий – розвивається при втраті 20% об'єму циркулюючої крові (ОЦК) (до 1000 мл у хворого з масою тіла до 70 кг). Загальний стан залишається задовільним або середньої важкості, шкіра бліда (судинний спазм), пітливість, Р - 90-100 уд. за 1 хв, АТ - 13,3-12/8 кПа (100-90/60 мм рт.ст.).

*II-ступінь* – середньої важкості – спостерігається при втраті від 20 до 30% об'єму циркулюючої крові (від 1000 до 1500 мл у хворого з масою тіла 70 кг), що клінічно проявляється загальмованістю. Хворий розмовляє тихим голосом, повільно, відзначається виражена блідість шкіри, липкий піт, Р - 120-130 уд. за 1 хв, слабкого наповнення, АТ -12-10,7-6,7 кПа (90-80) 50 мм рт.ст., підвищене поверхнєве дихання, виражена олігурія.

*III-ступінь* – тяжкий – спостерігається при втраті 30% і більше об'єму циркулюючої крові (1500-2500 мл у хворого з масою тіла 70 кг). Клінічно проявляється тяжким станом, який виявляється в пригніченні рухових реакцій, шкіра і слизові оболонки ціанотичні. На шкірі – мармуроподібна плямистість. Хворий на запитання відповідає повільно, пошепки, часто втрачає свідомість, Р-130-140 уд. за 1 хв, ниткоподібний, періодично не підраховується або не пальпується, максимальний АТ до 6,7 кПа (до 60 мм рт.ст.). Центральний венозний тиск низький, близько до 0, дихання поверхнєве рідке, кінцівки і тіло холодні на дотик, температура тіла знижена. Олігурія змінюється анурією. Розвивається картина геморагічного шоку.

На догоспітальному етапі лікар (сімейний, поліклініки, швидкої допомоги) тяжкість кровотечі може оцінити за *показником шокового індексу Альговері*, який за інформативністю стану гемодинаміки вище, ніж показники АТ та Р.

$$\text{ШОКОВИЙ ІНДЕКС} = \frac{\text{Частота пульсу за 1 хвилину}}{\text{Систолічний тиск в мм рт. ст.}}$$

В нормі шоковий індекс = 0,5-0,6.

Якщо індекс Альговері дорівнює 0,7-0,8, то крововтрата складає 10% об'єму циркулюючої крові (500мл), 0,9-1,2 - 20% об'єму циркулюючої крові (1000 мл), 1,3-1,4 - 30% об'єму циркулюючої крові (1500 мл), 1,5 і більше-40 % об'єму циркулюючої крові (більше 2000 мл).

Величину крововтрати (ВК) можна визначити, використовуючи гематокритне число.

$$\text{ВК} = \text{НОЦК} \times \frac{\text{Н Нт} \times \text{Д Нт}}{\text{Д Нт}}$$

де НОЦК – належний об'єм циркулюючої крові в мл,

ННт – належний Нт в %,

ДНт – дійсний гематокрит в %. Однак, слід пам'ятати, що у хворих із зупиненою кровотечею буде невелике підвищення результатів. Це зв'язано з тим,



що інфузійна терапія призводить до гемоділюції і зниження показника гематокритного числа.

Таким чином, лікар будь-якої спеціальності на догоспітальному етапі в змозі встановити факт кровотечі і визначити ступінь важкості кровотечі.

Традиційно хворим з підозрою на кровотечу досліджують вміст еритроцитів і гемоглобіну, а також гематокритне число в периферійній крові. Нормальними показниками еритроцитів вважаються 4,0-5,0 г/л у чоловіків, 3,7-4,7 г/л у жінок, гемоглобіну 130-160 г/л у чоловіків, 120-140 г/л у жінок при гематокриті 0,40-0,48 у чоловіків, 0,36-0,42 у жінок. Значне зниження цих показників звичайно розцінюється як додаткове свідчення крововтрати. Однак, близькі до норми показники, не відкидаючи факту кровотечі, дезорієнтують деяких лікарів, які допускають діагностичні і тактичні помилки.

Справа в тому, що всі ці показники залежать від концентрації еритроцитів в одиниці об'єму крові, від співвідношення об'ємів плазми і формених елементів. Це концентраційні показники. Вони інертні, і для їх зміни потрібен час.

Хворий, який поступив з масивною крововтратою, що досягає 1500 мл, знаходиться в тяжкому стані. Внаслідок зменшення об'єму циркулюючої крові у нього низький артеріальний тиск і центральний венозний тиск, частий малий пульс, блідість, холодний піт. Однак, його концентраційні показники ще не встигли відреагувати на крововтрату. Вони залишаються такими ж, якими були до кровотечі. Тільки з плином часу, через 2-3 години, завдяки компенсаторним механізмам, об'єм циркулюючої крові поповнюється рідиною, яка надійде із внутрішньоклітинного і позаклітинного простору в кров'яне русло. І тоді (і тільки тоді, не раніш !!!) зміниться співвідношення між рідкою фазою і клітинними елементами крові, що призведе до зниження показників еритроцитів, гемоглобіну і гематокриту.

Крім того, ми майже ніколи не знаємо вихідних показників. Між іншим, у пацієнтів з виразковими або пухлинними пілородуоденальними стенозами, порушенням пасажу вмісту шлунку, блюванням, настає обезводжування, яке проявляється суттєвим підвищенням показників еритроцитів, гемоглобіну і гематокриту. У цієї категорії хворих навіть в пізні строки кровотечі показники крові виявляються близькими до загальноприйнятої статистичної норми, що дезорієнтує недосвідченого лікаря і призводить до помилкових діагностичних висновків.

Ми спостерігали хворого, який надійшов із загальними ознаками внутрішньої кровотечі (блідість шкіряних покривів, холодний піт, втрата свідомості, Р-120 уд. за хвилину, АТ= 70/50 мм рт.ст., ЦВТ +3 см водяного стовпа). Ні кривавого блювання, ні дьогтіоподібного випорожнення не було. Еритроцитів 4,0 г/л, гемоглобін 120 г/л, гематокрит 0,40. При ФГС: шлунок заповнений згустком крові. Негайна операція: в шлунку- згорток крові, який представляє собою відбиток шлунку за об'ємом 1 літра. Кровоточача виразка, стенозуюча антрально-пілоричний відділ шлунку. Резекція шлунку. Одування.

Хворого із кровотечею шлунково-кишкового тракту або тільки з однією підозрою на кровотечу необхідно в терміновому порядку госпіталізувати в хірургічне відділення. При встановленому факті кровотечі його слід транспорту-

вати на ношах з опущеною головною кінцівкою. Хворому забороняється пити виду і приймати їжу.

Об'єм першої лікарської допомоги на догоспітальному етапі визначається в залежності від кількості втраченої крові. Хворому з *легкою крововтратою* (до 10-15% об'єму циркулюючої крові) на епігастральну область кладуть міхур з льодом, вводять у вену 10 мл 10% розчину хлориду кальцію або глюконату кальцію (повільно!!), 4 мл 1% розчину вікасолу, переливають (якщо є можливість) 100 мл 5% розчину амінокапронової кислоти, етамзілат (діцінон) 12,5%-2 мл.

Слід зазначити, що внутрішньовенне введення хлористого кальцію та вікасолу належить до традиційних заходів, які застосовують в надії на гемостатичний ефект цих препаратів. Однак, ефективність цієї процедури дуже низька. Гемостатична дія хлористого кальцію пов'язана з переборенням гіпокальціємії, яка нехарактерна для геморагічного синдрому. Окрім того, підвищення вмісту хлориду кальцію в крові після в/венного його введення нетривале. Кальцій надходить до кісткового депо, і короточасні підвищення його концентрації змінюється зниженням нижче вихідного рівня. Вікасол покращує зсідання крові шляхом підвищення продукції протромбіну печінкою, але на це йде не менш, ніж 24 години. Під час кровотечі препарат не надає гемостатичної дії.

Якщо кровотеча досягла 20% об'єму циркулюючої крові, найважливішим завданням лікування геморагічного шоку на догоспітальному етапі буде поповнення об'єму циркулюючої крові, підтримання центральної гемодинаміки. Вирішення цього завдання досягається застосуванням плазмозамінних розчинів, які призначаються для компенсації дефіциту об'єму циркулюючої крові і утримуються в кров'яному руслі біля 4 годин. Колоїдні плазмозамінні розчини дозволяють довести об'єм циркулюючої крові до остаточної компенсації, тому вони використовуються при кровотечах середнього і важкого ступеня. Одночасно можна перелити не більше 1600 мл колоїдних розчинів. Об'єм інфузії цих розчинів повинен бути адекватним кількості крововтрати, а співвідношення колоїдних розчинів до кристалоїдних – 1:3.

Для усунення тяжких гемодинамічних розладів велике значення має швидкість інфузії плазмозамінників. Якщо артеріальний тиск не визначається, інфузію належить проводити із швидкістю 250-300 мл/хв. Для цього необхідно попередньо катетеризувати центральні вени (підключичну, яремну, велику підшкірну вену стегна). Якщо заміщення об'єму циркулюючої крові адекватне, позитивний ефект відзначається через 10 хвилин. Протишовковим ефектом володіють стероїдні гормони наднирників, які вводяться внутрішньовенно: гідрокортизон – 1000-1500 мг/добу, преднізолон - 600 мг/добу, дексаметазон - 150-200 мг/добу. Енергетичний резерв можна підвищити введенням внутрішньовенно 10% розчину глюкози з адекватною кількістю інсуліну (одна одиниця на 4-5 г "чистої" глюкози). Інсулін слід вводити підшкірно під час внутрішньовенної інфузії глюкози, так як при внутрішньовенному введенні ефект інсуліну може випередити глюкози та спричинити глибоку гіпоглікемію. При явищах серцево-судинної недостатності призначають серцеві глікозиди, а при пору-

шеннях ритму серцевих скорочень – антиаритмічні засоби (анаприлін, обзідан, коринфар, ритмілен).

Транспортувати хворих у хірургічний стаціонар під час протишокової терапії можна тоді, коли у хворих артеріальний тиск вище 80-85 мм рт.ст., частість пульсу рідше 140 уд. за хвилину. Лікування геморагічного шоку на догоспітальному етапі повинно бути безперервним та наполегливим, що запобігає переходу його в декомпенсовану (незворотню) фазу.

При госпіталізації хворого в хірургічному стаціонарі після збору анамнезу та огляду проводять такі заходи:

1. Вводиться назогастральний зонд, який сприяє уточненню факту кровотечі і визначенню рівня джерела, спорожненню шлунка і контролю за динамікою кровотечі. СПорожнення шлунка та скорочення його мускулатури дає гемостатичний ефект. Шлунок після цього промивають льодяною водою, розчином амінокапронової кислоти.

2. Проводиться фіброгастродуоденоскопія або рентгеноскопія шлунка і дванадцятипалої кишки.

При цьому розрізняють: негайні дослідження в перші 6 годин; термінові в першу добу; ранні - через 2-10 діб.

У випадках тяжких кровотеч фіброгастродуоденоскопію проводять під захистом гемотрансфузії.

*Абсолютним протипоказанням* до виконання фіброгастродуоденоскопії є: агональний стан; гостре порушення кровотоку головного мозку; свіжий поширений інфаркт міокарда з НК.

*Відносним протипоказанням* є: серцево-судинна недостатність III ст.; стенокардія спокою; важка форма гіпертонічної хвороби.

3. Визначити тяжкість крововтрати можна за дефіцитом об'єму циркулюючої крові методом ван-Слайка (за питомою вагою крові), розрахунки табличним методом за показником гематокрита та вагою хворого, визначення центрального венозного тиску, визначення шокowego індексу Альговері.

4. При кровотечах з нижніх відділів кишкового тракту, для уточнення його причини, використовують рентгеноскопію тонкої кишки по Вейнтраубу, іригоскопію обідкової кишки, інтестіноскопію, колоноскопію, ректоскопію.

5. Фізикальні дослідження, пальцеве дослідження прямої кишки. Аускультация черевної порожнини: при крововиливах в черевну порожнину – перистальтика не прослуховується; при крововиливах в порожнину кишкового тракту – прослуховується пошвавлена, посилена перистальтика тонкої кишки (рис. 1.1).

6. Термінове проведення лабораторних досліджень: визначення вмісту Нв і еритроцитів в динаміці; визначення питомої ваги крові купросульфатним методом (за Філіпсом ван-Слайком), лейкоцитів, лейкоцитарної формули та гематокриту, залишкового азоту і білірубину крові, діастази і амілази, коагулограми (часу зсідання крові, рівня фібриногену, протромбінового індексу, фібрінолітичної активності крові і толерантності плазми до гепарину).

*Диференційна діагностика* профузної шлунково-кишкової кровотечі є значною складністю. Безумовно, велике значення має анамнез, тривалість захворювання, тривалість кровотечі, раніш використані методи лікування. Найчастіше профузні кровотечі виникають при враженні верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Кровотечі інколи передують посиленню болю і диспепсичних явищ, які зникають після початку кровотечі (симптом Бергмана). Ця ознака характерна для виразкової хвороби.

Всі захворювання, перераховані в класифікації, є предметом диференційної діагностики. Однак, за частотою їх виникнення і ступенем важкості кровотечі, можна виділити групу захворювань, кровотечі при яких є найбільш небезпечними для хворого.

Провідними *клінічними ознаками* зовнішніх проявів кровотечі в порожнину травного каналу є криваве блювання і кривавий кал. Криваве блювання, характерне лише для розташування джерела кровотечі в стравоході, шлунку та іноді в початковому відділі дванадцятипалої кишки. При цьому характер блювоти може мати певне диференційно-діагностичне значення для встановлення локалізації патологічного процесу, для оцінки інтенсивності кровотечі.

Блювання малозміненою кров'ю, частіше спостерігається при масивній кровотечі із гострої або хронічної виразки, пухлини, тріщини слизової оболонки шлунку (синдром Мелорі-Вейса).

Блювання рідиною типу "кавової гущі" більш характерне для виразки дванадцятипалої кишки, коли може мати місце закидання невеликої кількості крові в шлунок, а також при шлунковій кровотечі помірної інтенсивності.

Якщо виникає масивне блювання згустками крові, можна припустити, що джерелом кровотечі є стравохідно-кардіальні флебектазії на фоні портальної гіпертензії.

Разом з тим, характер і кількість блювоти багато в чому залежить як від об'єму крові, що вилілась у порожнину, так і від наявності вмісту шлунка до виникнення кровотечі (шлункового соку і харчових мас). Зокрема, при стенозі виходу із шлунка може спостерігатися блювання великою кількістю забарвленого кров'ю або зміненого під впливом НСІ шлункового вмісту, що створює помилкове враження масивної кровотечі.

Час, який минув від початку кровотечі до виникнення блювання, в значній мірі залежить від інтенсивності кровотечі. Для профузної кровотечі характерний прояв блювання в найближчий час після її початку, і тому блювота має вигляд незміненої крові. При помірній або середній інтенсивності кровотечі з'явленню кривавого блювання звичайно передують більш тривалий період, протягом якого хворого непокоять слабкість, запаморочення, нудота. У цьому випадку кров, яка потрапляє до шлунка, підлягає дії шлункового соку, та блювота набуває вигляду, який нагадує "кавову гущу".

Під дією соляної кислоти гемоглобін вивільняється із еритроцитів, перетворюється в солянокислий гематин, який і надає крові, що вилілась, вигляд "кавової гущі".

Незважаючи на численні дослідження, в наш час нема єдиної думки щодо причини блювання при стравохідно-шлункових кровотечах. Мабуть, блювотний

рефлекс має центральне походження і є реакцією вегетативної нервової системи на крововтрату.

*Локалізація основного патологічного процесу* надає значного впливу на можливість появи блювання. Чим проксимальніше розташовується джерело кровотечі, тим більша можливість того, що одним із проявів кровотечі буде криваве блювання. В той же час, це цілковито не виключає появи його при кровотечі із виразки, поліпа або дивертикулу дванадцятипалої кишки. Характерно, що при виразці дванадцятипалої кишки криваве блювання зустрічається в декілька раз рідше, ніж при виразці шлунка. При легкому ступені кровотечі кров повільно надходить в шлунок і вільно просувається у кишечник через розширений або нормально функціонуючий воротар. В цьому випадку блювання може не бути..

При різноманітних гострих захворюваннях органів черевної порожнини з порушенням проходження травного тракту і шлунковим стазом, особливо у хворих літнього та похилого віку, блювота нерідко нагадує “кавову гущу”. У цих випадках її забарвлення зумовлено дією соляної кислоти на еритроцити, які потрапляють у порожнину шлунка внаслідок незначної капілярної кровотечі зі слизової оболонки. Аналогічний характер блювоти спостерігається у значного числа хворих, що страждають гострою нирковою недостатністю. Нерідко в негайному порядку їх помилково доставляють у стаціонар з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу, і справжню причину встановлюють лише в хірургічному відділенні.

Якщо криваве блювання може не спостерігатися навіть при локалізації джерела кровотечі у верхніх відділах травного каналу, то *мелена* є найбільш постійним клінічним симптомом всіх стравоходо-шлункових кровотеч. Виняток складають так звані блискавичні форми кровотеч, коли хворий вмирає раніше, ніж з’являється мелена або криваве блювання.

Дьогтеподібного характеру калові маси набувають в результаті розкладу в кишечнику крові, внаслідок чого утворюється сірчане залізо чорного кольору. Це, як правило, свідчить про довготривале перебування у верхніх відділах кишечника значних кількостей крові. Характерним є неприємний запах, специфічний запах мелени, який дозволяє ставити діагноз шлунково-кишкової кровотечі навіть на відстані від хворого. При швидкому пасажі по кишечнику спостерігається темно-вишневе забарвлення калу внаслідок того, що кров швидко залишає травний канал, не встигає розкластися та набути чорного кольору разом з тим, такий колір калових мас може бути ознакою кровотечі із нижніх відділів тонкої або початкових відділів товстої кишки.

Поява чорного оформленого калу при кровотечі, що зупинилась, свідчить про вихід “старої крові”. Як правило, після цього виділяється оформлений кал звичайного кольору. Для оцінки характеру та забарвлення калових мас у приймальному відділенні стаціонару слід обов’язково виконувати пальцьове дослідження прямої кишки для візуального огляду калових мас хворого. Однак, слід пам’ятати, що в перші години кровотечі кал в ампулі прямої кишки може мати нормальне забарвлення.

При *профузній шлунково-кишковій кровотечі* не отримала належного пояснення причина появи посиленої перистальтики кишечника, в результаті чого кров швидко залишає травний канал і може виникнути масивне відходження малозміненої крові. В інших випадках кров, що вилилась, не зразу залишає кишечник, підлягаючи розпаду, бродінню, викликаючи значне роздуття живота та лихоманку. Залишається не зовсім зрозумілою повна неспроможність всмоктування кишечником власної крові. Кров є тканиною організму і не підлягає звичайній дії травних ферментів, як і всі харчові білкові речовини. Ентерогенний аміак, який при цьому утворюється, та інші продукти розкладу крові призводять до наростання інтоксикації організму.

Таким чином, *колір калових мас при кровотечі* в порожнину травного каналу має важливе диференційно-діагностичне значення для визначення як самої кровотечі, так і рівня розташування патологічного процесу.

Чорний дьогтеподібний кал об'єктивно свідчить про стравохідну або шлунково-кишкову кровотечу.

Калові маси темно-вишневого кольору можуть бути при профузній кровотечі із верхніх відділів травного каналу, а також, що часто зустрічається, при помірній кровотечі із тонкої і правої половини ободової кишки.

Кал малинового забарвлення з великою кількістю слизу може свідчити і про виразковий коліт.

Домішка незміненої крові в калових масах зустрічається при виразковостях слизової оболонки і пухлинах лівої половини ободової кишки.

Наявність на оформленому калі мазків крові та поява її вслід за початком дефекації свідчить про геморой або тріщину анальної зони.

При кровотечі із верхніх відділів травного каналу характер і колір калу має певне прогностичне значення. Наявність мелени свідчить про помірну інтенсивність кровотечі, а темно-вишневе забарвлення калових мас – про профузне витікання крові. Як правило, після блювання малозміненою кров'ю через певний час завжди з'являється мелена. Значно рідше при локалізації джерела кровотечі в шлунку або в дванадцятипалій кишці спочатку з'являється мелена, і тільки потім – блювання зміненою кров'ю. У цих випадках слід думати про відновлення більш інтенсивної кровотечі, що потребує негайного застосування тих чи інших лікувальних заходів.

Наведені дані свідчать про те, що мелена є найбільш постійною ознакою гострої кровотечі в порожнину травного каналу, в той час, як блювання малозміненою кров'ю спостерігається у 60-70% хворих.

Характер і частість виникнення кривавого блювання і мелени мають досить важливе диференційно-діагностичне значення. Особливо це важливо в тих випадках, коли кровотеча виникає у відсутності лікаря.

*Диференційна діагностика шлунково-кишкової і легеневої кровотечі часом є*

значною складністю, особливо у хворих із захворюванням легень в анамнезі. Важливо пам'ятати, що під час шлунково-кишкової кровотечі кров вивергається під час позивів до блювання, а при легеневої – під час кашлю. Кислий запах блювоти, домішка в ній їжі свідчить про шлунково-кишкову кровотечу, а виділення яскраво-червоної пінистої крові - про легеневу.

Саме це і слід уточнити в першу чергу у хворого або родичів при первинному огляді. Якщо ж кровотеча проявляється у присутності лікаря, то діагноз не викликає великих затруднень.

Разом з тим, слід відмітити, що інколи хворі з легеневою кровотечею ковтають кров, що потрапляє в рот, і тоді виділення яскраво-червоної пінистої крові при кашлю може поєднуватись з кривавим блюванням.

Блювання або криваве випорожнення проковтнутою кров'ю можуть бути настільки масивними, що є причиною діагностичних утруднень. Джерелом кровотечі в цих випадках можуть бути такі причини:

*Кровотечі із носа.* В цих випадках, коли вся кров стікає в гортань через задній носовий отвір, а не через ніс, діагностика вирішується заднім риноскопичним дослідженням.

*Кровотечі із порожнини рота і гортані* можуть викликатися хронічними виразками, доброякісними і злоякісними пухлинами мигдаликів, прогресуючими змінами ясен при піореї. Ці кровотечі рідко бувають масивними. Їх легко діагностувати, якщо пам'ятати про них при дослідженні хворого.

Ми спостерігали хворого допризовника з масивним багаточисленним блюванням у відділенні хвороб вуха, горла, носа. В 21.30 черговий хірург був запрошений до хворого в отоларингологічне відділення, у котрого черговий ларинголог запідозрив шлункову кровотечу. Хворий блідий, вкритий холодним липким потом, Р-106 уд. за хвилину, АТ -90/60 мм рт. ст. В 19.00 з'явилось повторне масивне блювання кольору "кавової гущі". В 21.00 був масивний стул типу "мелени". Вранці хворому в плановому порядку було виконано тонзілектомію. За наполяганням хірурга ретельний огляд глотки уточнив джерело кровотечі. Виконано ушивання передньої і задньої дужок над марлевою кулькою. Кровотеча зупинилась. Одушання.

Як показує досвід найбільшою небезпекою є кровотечі, які спочатку проявляються масивним кривавим блюванням. Якщо ж першою ознакою кровотечі є мелена, можна сподіватися на відносно помірну її інтенсивність. Однак, слід пам'ятати, що це правило не розповсюджується на хворих з пенетруючими і стенозуючими вихід із шлунку виразками дванадцятипалої кишки і на пацієнтів з гіперсекрецією.

Певне прогностичне значення мають *повторні блювання*. Тривожним симптомом є багаторазове повторне блювання незміненою кров'ю. Чим частіше вона виникає, тим вища летальність. За клінічними даними важко робити висновки про зупинку або відновлення кровотечі.

Разом з тим, багато хірургів і сьогодні використовують клінічні дані для визначення ефективності локального гемостазу. Однак, слід пам'ятати, що якщо при незначній кровотечі з дрібних судин це в якійсь мірі допускається, то при масивній кровотечі ерозованих великих судин - просто небезпечно. При

повторенні кривавого блювання через невеликі проміжки часу неможливо встановити, чи є воно проявом кровотечі, яка продовжується, або її поновленням. Точну відповідь на ці запитання не можуть дати ні дані частоти пульсу, ні АТ, ні склад периферичної крові. Лише поява кривавого блювання через шість годин і більше дозволяє запідозрити відновлення раніше зупиненої кровотечі. У таких випадках найбільш інформативним є ендоскопічне дослідження.

Певну роль у диференційній діагностиці причини кровотечі відіграють дані анамнезу.

Початку гострої кровотечі 25-55% хворих передують загострення виразкової хвороби, яке виявляється в появі або посиленні болю в животі та інших диспепсичних явищах. З початком кровотечі біль, як правило, значно зменшується або повністю припиняється. Услід за цим з'являється слабкість, нездужання, блідість шкіри та інші симптоми. Зникнення болю в животі перед початком або в момент початку кровотечі характерно саме для виразкової хвороби (симптом Бергмана). У весняний та осінній періоди число хворих з виразковими кровотечами збільшується, що, певно, пов'язано із сезонним загостренням захворювання.

Якщо після початку кровотечі біль в епігастрії не припиняється або навіть посилюється, необхідно думати про можливе виникнення ще одного загрозливого ускладнення хвороби – перфорації виразки. Таке поєднання зустрічається у 4-12% хворих. Слід звернути увагу на те, що клінічні прояви перфорації виразки на фоні кровотечі, що виникла, мають деякі особливості.

По-перше, майже завжди відсутній жорсткий дефанс. Є тільки помірно напруження м'язів черевної стінки при пальпації, яке більш характерне для загострення виразкової хвороби. По-друге, не буває раптового “кинжалового” болю в животі. По-третє, хворі рідко займають вимушене положення. Тому посилення болю в епігастральній області після початку кровотечі завжди повинно настоювати лікаря.

У ряді хворих зі шлунково-кишковою кровотечею на перший план виступають ознаки коронарної недостатності, спостерігаються характерні зміни ЕКГ, порушення серцевого ритму внаслідок подразнення блукаючого нерва. Тільки через деякий час з'являється криваве блювання і мелена.

Так як кровотеча в більшості випадків виникає поза лікарняним оточенням, то встановлення самого факту гострої шлунково-кишкової кровотечі є першочерговою задачею. Нерідко неспокій хворих викликає поява блювання, яке нагадує “кавову гущу”, калу майже чорного кольору та стану втрати свідомості. Особливо часто це спостерігається у хворих, які раніше перенесли шлунково-кишкову кровотечу. Саме ці клінічні прояви, а також блідість шкіряних покровів нашоухують лікаря “швидкої допомоги” на думку про кровотечу в порожнину травного каналу. З таким діагнозом хворого доставляють в хірургічне відділення.

Однак, ці ознаки не завжди пов'язані зі шлунково-кишковими кровотечами. Слід пам'ятати, що кал темного, а іноді чорного кольору може спостерігатися у хворих, які приймають препарати, в яких міститься вісмут, препарати відновленого заліза, деякі продукти рослинного походження (чорниця), продук-



ти тваринного походження (кров, печінка). Блювота темного кольору може виникнути у важкохворих із захворюваннями серця, легень, печінки, нирок, атеросклеротичним ураженням судин, особливо черевної порожнини. Колаптоїдний стан, блідість шкіри, можуть бути обумовлені анемією різного походження, онкозахворюваннями, тромбозом мезентеріальних судин, спонтанним або посттравматичним двоментним розривом селезінки, а у жінок – перерваною вагітністю. Іноді з підозрою на гостру шлунково-кишкову кровотечу доставляються хворі з різними формами серцевої недостатності, в тому числі і при інфаркті міокарду, клінічні прояви яких на початку захворювання схожі з клінікою гіповолемічного шоку. На жаль, подібні помилки не такі вже й рідкі і складають близько 20%.

Незважаючи на досягнення інструментальної діагностичної техніки, уважне розпитування і огляд хворого не втратив свого значення. Багато в чому саме вони дозволяють запідозрити те чи інше захворювання, ускладнене кровотечею. Лише у 60-70% хворих з кровотечею виразкової етіології є виразковий анамнез, так чи інакше пов'язаний з прийманням їжі, його сезонним появленням, нічний біль можуть насторожити на думку про виразкову природу кровотечі. Слабкість, яка з'явилась деякий час тому, зниження апетиту, втрата ваги, постійний помірний біль в животі можуть свідчити про пухлинний процес. Дані про зловживання алкоголю, перенесені раніше вірусний гепатит, малярію, розлитий перитоніт, гострий панкреатит, тромбофлебіт селезінкової вени можуть допомогти запідозрити синдром *портальної гіпертензії*. Поява малозміненої крові і болю в кінці інтенсивної фізичної роботи, отруєння недоброякісними продуктами, гіпертонічний криз, приймання великої кількості їжі, зловживання спиртними напоями дають привід припускати синдром *Мелорі-Вейса*. Відсутність названих анамнестичних даних у гладкого хворого, який скаржиться на частий за грудний біль, приводить до думки про діафрагмальну грижу, як причину гострої шлунково-кишкової кровотечі. Стрессова ситуація в анамнезі, тяжкі соматичні захворювання серця, легень, печінки, нирок та інших органів, особливо у стадії декомпенсації, а також приймання впродовж довгого часу препаратів ульцерогенної дії (антикоагулянтів, кортикостероїдів, нестероїдних протизапальних препаратів, антигіпертензивних засобів та інших) дозволяє припустити виникнення гострих виразок або ерозій.

При огляді хворого виявляється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, а при тяжкій крововтраті - ціаноз слизових оболонок і нігтьових пластинок. У хворих цирозом печінки досить часто спостерігається жовтяниця склер, блідо-сіра, з жовтявим відтінком шкіра, відсутність волосяного покриву живота (симптом Клекнера). Язик гіперемований, сосочки згладжені. Нерідко можна виявити “зірочки” на шкірі обличчя і верхніх відділів тулуба, цегельний колір шкіри долонь (“печінкові долоні”), збільшені печінку і селезінку, трохи рідше асцит, розширення підшкірних вен черевної стінки.

Телеангіектазії на слизових оболонках губ, язиці, шкірі рук дають привід запідозрити *хворобу Рендю-Вебера-Ослера*. Для будь-якої крововтрати характерно зменшення числа тромбоцитів. Однак виражена тромбоцитопенія, значно

переважаючий ступінь постгеморагічної анемії, в поєднанні з великими підшкірними крововиливами підтверджує діагноз автоімунної тромбоцитопенії.

Люди, що страждають гемофілією, як правило, знають про своє страждання. Запідозрити гемофілію допомагає виявлення туго рухливості суглобів, їх збільшення у зв'язку з крововиливами. Заключний діагноз встановлюють на підставі спеціальних лабораторних досліджень системи зсідання крові.

Підвищена кровоточивість, схваткоподібний біль в животі в поєднанні з кривавим калом і поява на симетричних ділянках тіла мономорфної папульозно-геморагічної висипки, іноді з уртикарними елементами характерні для геморагічного васкуліту (*хвороба Шенлейн-Геноха*). Захворювання пов'язане з перенесеною інфекцією, алергічним станом і ревматизмом.

У хворих з довготривалою і тяжкою крововтратою шкіра кінцівок набуває віскоподібного відтінку. Можуть спостерігатися безбілкові набряки. При натисканні пальцем на шкірі кінцівок залишається повільно зникаюча біла пляма (*ознака Бурштейна*).

Роздуття живота, як правило, не спостерігається (при відсутності асцити). Він приймає участь в акті дихання, симетричний, пальпаторно-м'який. Лише при гастро-дуоденальних виразках, а іноді при раці шлунку може спостерігатися незначний біль, дуже помірна напруга м'язів черевної стінки в епігастральній області. Якщо джерелом кровотечі є злоякісне новоутворення, особливо - в запущених стадіях хвороби, можна пальпувати пухлину в черевній порожнині. Посилення кишечних шумів, що виявляються аускультативно, може свідчити про тривалу кровотечу (*симптом Тейлора*). Можливо, це пов'язано з відповідною реакцією організму на незмінену кров, що потрапляє в кишечник.

При кровотечі, що продовжується, хворі неспокійні, збуджені, налякані. Вони постійно змінюють своє положення в ліжку, скаржаться на спрагу. Часто спостерігається позіхання.

Якщо кровотеча зупинена, то хворі спокійні. Вони правильно орієнтовані в часі і просторі. Може відмічатися адінамія. Психологічний стан може бути пригніченим. Шкіра бліда і суха.

Дослідження морфологічного складу периферичної крові іноді надає значну допомогу у з'ясуванні причини шлунково-кишкової кровотечі. Гостра кровотеча виразкової етіології, незважаючи на анемію, супроводжується помірним лейкоцитозом. При цьому вираженість лейкоцитозу пропорційна ступеню крововтрати: чим важча крововтрата, тим більше лейкоцитів у периферичній крові. У третини хворих виявляється посув формули вліво при відносній лімфоімунноцитопенії. При тяжких кровотечах спостерігається зниження кількості еозинофілів, аж до повного їх зникнення.

*Лейкопенія* більш характерна для кровотеч при цирозі печінки, поліпах шлунка, ерозивно-виразковому гастриті.

Значне підвищення кількості лейкоцитів на фоні анемії у поєднанні з іншими клінічними даними дозволяє запідозрити гострий лейкоз як можливу причину гострої кровотечі.

При масивних, особливо рецидивуючих кровотечах, в периферичній крові з'являються молоді формені елементи за розвитком анізо- і пойкилоцитоза.

Однак, основними диференційно-діагностичними критеріями є дані інструментальних досліджень. Оскільки у 95% хворих виникнення кровотечі пов'язано з патологією стравоходу, шлунка, початкового відділу дванадцятипалої кишки і товстої кишки, основним і ведучим методом діагностики гострої кровотечі в порожнину травного тракту слід рахувати негайне *ендоскопічне дослідження*. Цей метод дозволяє не тільки встановити причину і характер джерела кровотечі, але й оцінити надійність місцевого гемостазу, а також проводити заходи, направлені на зупинку кровотечі, що продовжується, і профілактику її рецидиву. Мінімальний час, що витрачається на його виконання, і незначна травматичність при дуже високій точності (до 95%), зробили цей метод цілком незамінним в діагностиці гострої стравоходо-шлунково-кишкової кровотечі.

Ендоскопічна характеристика джерела кровотечі покладена в основу сучасної лікувальної тактики. Крім цього, ендоскопічне дослідження дозволяє точно діагностувати причини кровотечі, які раніше залишалися нерозпізнаними (гострі виразки) і ерозії слизової оболонки, синдром Мелорі-Вейса та інші. Рентгенологічне дослідження, яке раніше широко вживалося, сьогодні втратило своє провідне значення. Воно може бути використане в перші 24 години перебування хворого в стаціонарі при кровотечах із ободової кишки. однак, слід підкреслити, що найбільш точним методом діагностики для локалізації джерела кровотечі в ободовій кишці є фіброколоноскопія.

Найбільші затруднення виникають при встановленні причини кровотечі із тонкої кишки. Після виключення джерела кровотечі з інших відділів шлунково-кишкового тракту виконується інтестиноскопія (графія) за методикою Вейнтрауба, яка, слід відмітити, не завжди досягає своєї мети.

Для діагностики тонко-кишкової кровотечі використовують селективну мезентерикографію, однак і вона має невисоку інформативність. При знаходженні джерела кровотечі у важкодоступних місцях певну допомогу може надати радіонуклідна діагностика. Однак, цих можливостей більшість лікувальних закладів не мають.

Тактика хірурга і лікувальна програма.

Лікарська тактика і лікувальна програма на догоспітальному етапі були викладені вище.

При госпіталізації хворого в хірургічне відділення вибір тактики залежить не стільки від важкості кровотечі, скільки від співставлення клінічних і ендоскопічних даних, на підставі яких роблять висновок про кровотечу, яка продовжується, а у випадку зупинки кровотечі – про надійність гемостазу або загрозу повторної геморагії.

– У випадку *продовження кровотечі* на фоні гемостатичних і кровозамінних засобів йде підготовка до виконання невідкладної операції.

– Якщо *кровотеча зупинилась, але гемостаз ненадійний* (пульсуючий згусток на судині) – виконується негайна операція протягом 6 годин після відновлення гемодинамічних показників.

– Якщо *гемостаз надійний* (виразкова поверхня вкрита фібрином, судину не видно) – виконується рання відстрочена операція через декілька діб, після покращання загального стану і відновлення гематологічних показників.

#### **Термінові заходи і консервативне лікування.**

1. Катетеризація не менше двох вен, в одну з котрих вводиться катетер шляхом підключичної пункції (контроль ЦВТ). У тяжких хворих катетеризація променевої або великогомілкової артерії.

2. Введення назогастрального зонду для спорожнення шлунку, проведення місцевої гемостатичної терапії і контролю за ефективністю терапії.

3. Динамічний контроль АТ, Р, ЦВТ, Нt, Нв, діурезу, еритроцитів і питомої ваги крові (кожні 4-6 годин, а при тривожних ситуаціях кожні 2-3 години).

4. Переливання теплої крові (пряме) від резервного (дослідженого) донора або свіжоцитратної (не більше 2 добового зберігання) в об'ємі 250-500мл і 250 плазми ( при кровотечах середнього ступеня важкості).

5. При тяжких кровотечах допустимо починати інфузійну терапію з поліглюкіну (чи інших плазмонаповнювачів) для відновлення центрального венозного тиску і підвищення артеріального тиску, але обов'язково на фоні попереднього введення гемостатичних засобів.

6. Введення гемостатичних препаратів: 10 мл 10% розчину хлориду кальцію або глюконату кальцію, 1% розчину вікасолу 1,0 мл 2-3 рази на добу внутрішньом'язово, внутрішньовенно 10% розчин підігрітого желатінолу з розрахунку 1мл на 1 кг ваги хворого, гемофобіну, 200-300 мл 5% розчину епсілона-мінокапронової кислоти через кожні 8 годин, 3-4 г фібриногену (в легких випадках по 1 г через 12 годин).

7. У хворих з геморагічним шоком для стабілізації центральної гемодинаміки вводять гідрокортизон (30-50 мг/кг маси тіла) або преднізолон, дексаметазон, солюкортеф. Інгібітори протеолізу доцільно вводити в початкових стадіях геморагічного шоку (трасілол - 100000-200000 ОД кожні 4 години або контрікал – 500000-1000000 ОД). Препарати, які стимулюють скорочувальну функцію міокарду; корглюкон, строфантин, у хворих з крововтратою припустимо використання лише після корекції гіповолемії і відновлення венозного притоку до серця, що визначається показником центрального венозного тиску. При тяжкому протіканні геморагічного шоку і неефективності інфузійної коригуючої терапії використовують вазопресори:

- допамін - 20 мкг/хв., але не більше 50 мкг/хв. Препарат можна використовувати довготривалий час.
- добутамін/ добутрекс/ - 2,5-10 мкг/кг/хв. При необхідності швидкість можна збільшити до 20-40 мкг/кг/хв протягом 72 годин.
- адреналін - по 0,1 мкг/хв.

8. Інфузійна терапія: повільне краплинне введення 1000-1500 мл 5% розчину глюкози з вітамінами групи В і С.

9. Суворий ліжковий режим, холод на живіт, ковтати мілкі шматочки льоду, голод, через три доби режим Мейленграхта.

## 10. Місцева гемостатична терапія:

- промивання шлунку з використанням норадреналіну: 4 мл норадреналіну розведеного в 150 мл фізіологічного розчину, після чого зонд перекривають на 2 години. При кровотечі, що продовжується, введення норадреналіну в половинній дозі. Патогенетичними основами методу місцевої норадреналінової терапії є його здатність розкривати артеріовенозні шунти в підслизовому прошарку, що призводить до місцевого обезкровлювання слизової оболонки шлунку і гемостазу. Іншим патогенетичним механізмом є здатність норадреналіну активувати XII фактор крові і тим самим підвищувати коагуляційні властивості крові.

Внутрішньошлункове введення норадреналіну може бути використане як діагностичний тест. При відсутності ефекту – показана операція.

- ковтання рідкої барієвої кашки на льодяній амінокапронової кислоті.

- введення в порожнину шлунка розтертого курячого або голубиноного мозку (нативний тромбін) на 10% розчині епісілонамінокапронової кислоти. На 100 мл розчину 5 пташиних голівок. Приймають по 1 столовій ложці в холодному вигляді кожну годину.

- при кровотечах виразкової етіології - H2 блокатори.

- місцева гемостатична терапія з використанням ендоскопічної техніки.

- При кровотечах слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки ендоскопічне лікування полягає :

а) способи зупинки кровотечі, що продовжується: кріодіатермокоагуляція, лазерна коагуляція.

б) способи, які використовуються для профілактики рецидиву кровотечі: ін'єкційні (норадреналін, медичний клей МК-Т), аплікаційні – плівкоутворюючі полімери – статизоль, гастрозоль, ліфозоль.

Слід пам'ятати, що ендоскопічні методи зупинки кровотечі не замінюють оперативного лікування. Вони ефективні при поверхневих ураженнях слизового покриву, тобто коли кровотеча за характером капілярна. З іншого боку, при ефективності цих методів, вони дають можливість виграти час, провести додаткові дослідження і підготувати хворого до операції.

При кровотечі з розширених вен стравоходу і кардії при портальній гіпертензії лікувальні заходи, що проводяться, доповнюють *етіопатогенетичними*.

### 1. Використання заходів за схемою Паціори-Шалімова.

В 200 мл 5% розчину глюкози розводять 20 ОД пітуїтрину і вводять внутрішньовенно краплинно протягом 20-30 хвилин. Через 2 години інфузію повторюють, але пітуїтрин вводять в половинній дозі – 10 ОД повільно краплинно на протязі 1,5 години.

Введення пітуїтрину іноді супроводжується розвитком тяжких ускладнень: порушенням коронарного і мозкового кровообігу, виникненням аритмії, інфаркту міокарда. Розвитку ускладнень можна запобігти одночасним призначенням нітрогліцерину під язик дозою 0,4 мг кожні 30 хвилин. Поєднане застосування пітуїтрину і нітрогліцерину призводить до подальшого зниження портального тиску, зменшує побічний вплив пітуїтрину на системну гемодинаміку. Проти-

показаннями для використання пітуїтрину є ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, тиреотоксикоз, бронхіальні астма, вагітність. З огляду на перераховані можливі ускладнення пітуїтрин може використовуватися тільки як початкова фаза лікування, ефективність його відзначено у 50-70% хворих, при цьому портальний тиск знижується на 40% і зменшується на 30% портальний кровотік.

Подібну з пітуїтрином дію надає окситоцин (вазопресин). Останнім часом при лікуванні гастроєзофагальних кровотеч застосовується сандостатин (окреотид) по 25-50 мкг/год в 5% розчині глюкози на протязі 2-5 днів. Механізм його дії заключається у зниженні кровопостачання внутрішніх органів і портального кровотоку, і в кінцевому результаті призводить до зниження тиску варикозно-розширених вен стравоходу і шлунка. Ефективність дії сандостатину прирівнюється до застосування зонду Блекмора-Сангесейкена (трьох порожнинний зонд з двома роздуваючими балончиками).

Клінічним ефектом, який знижує тиск у варикозно-розширених венах стравоходу і шлунка, володіє церукал (метоклопраміт).

Ендоскопічна склеротерапія і ендоваскулярна оклюзія вен гастроєзофагальної зони має деякі переваги над медикаментозним лікуванням в профілактиці рецидивів кровотеч. Проте, короткочасний ефект, висока частота рецидивів кровотеч, що досягає 30-50%, відсутність росту виживання хворих обмежує їх застосування.

Багаторічний досвід хірургів різних країн показує, що приблизно в половини хворих з кровотечами різного походження із шлунково-кишкового тракту, проведена комплексна гемостатична консервативна терапія дає ефект і кровотечі зупиняються. В.С.Савел'єв наводить дані ефективності зупинки кровотечі при оперативному втручанні в залежності від характеру патології, яка її викликала. При виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, пептичних виразках шлунково-кишкового спів гирла, дивертикулах шлунка і дванадцятипалої кишки, резектабельних пухлинах шлунка, дванадцятипалої кишки і прилеглих до них органів, грижах стравохідного отвору діафрагми, калькульозному холециститі оперативне втручання ефективно по відношенню до зупинки кровотечі.

Ефективність операції сумнівна при ерозивному гастриті і дуоденіті; ТВС і сифілісі шлунка і дванадцятипалої кишки; загальних захворюваннях організму, які супроводжуються виразковістю слизової оболонки шлунка і ДПК; абсцесах, що проникають у шлунок або дванадцятипалу кишку; флєбектазіях шлунка і стравоходу; захворюваннях судин з їх ерозією у шлунку і дванадцятипалій кишці.

Оперативне втручання абсолютно неефективне при геморагічних діатезах і захворюваннях крові, нерезектабельних пухлинах черевної порожнини.

**Оперативне лікування.** Хірургічна тактика при гострій шлунково-кишковій кровотечі до цього часу є складною проблемою. В останні два десятиріччя в Україні найбільше розповсюдження одержала активно-вичікувальна та активна тактика.

Перша передбачає зупинку кровотечі консервативними заходами і операцію в проміжковий період на 10-14 день. Операцію на висоті кровотечі проводять тільки при неефективності консервативних заходів протягом 6-8 годин і заданими ендоскопією, які ми обговорювали на початку розділу. Вичікувальну тактику підтримували Березов С.А., Бакулєв О.М., Стручков Б.І. Активну позицію пропагували Фінстерер, Юдін С.С., Розанов Б.С., Петров Б.О.

При виникненні показань до негайної чи термінової операції з приводу шлунково-кишкової кровотечі надзвичайно велике значення має визначення ступеня операційного ризику. Іншими словами необхідно визначити, чи перенесе хворий оперативне втручання?

Ступінь ризику оперативного втручання повинен враховувати чотири основні фактори: об'єм і травматичність операції, характер і тяжкість основної і супроводжуючої патології, вік хворого, ступінь крововтрати до операції, тривалість кровотечі.

При термінових або негайних показаннях до операції її можна виконувати, якщо ми розпоряджаємося запасом перевіреної донорської крові в кількості 1000-1500 мл або резервними донорами.

Якщо причина кровотечі не з'ясована, то після лапаротомії виконується ревізія. Огляд слід починати з тонкої і товстої кишки. Кров, яка в них знаходиться, просвічується синюватим кольором. Синювате забарвлення верхніх відділів тонкої кишки вказує на те, що причина кровотечі локалізується в шлунку або дванадцятипалій кишці, таке ж забарвлення нижніх відділів тонкої або початкових відділів товстої кишки вказує на те, що кровотеча походить із низько розташованих відділів. Однак ці висновки можуть бути помилковими, якщо кров зі шлунка частково евакуювалася при блюванні, або коли кровотеча зупинилася, а згустки просунулись нижче по кишковому тракту.

Потім слід ретельно пропальпувати і оглянути спереду всі відділи шлунка і початкову частину дванадцятипалої кишки. Можна виявити характерні втягнення виразкові рубці з типовими косо розташованими судинами на серозній оболонці. Особливо уважно і ретельно слід оглядати і прощупувати всю малу кривизну шлунка, область воротаря і початкову частину дванадцятипалої кишки. Дуже маленькі виразки можна виявити за ділянкою інфільтрації, яка не дозволяє зміщувати серозну оболонку по відношенню до слизової. Якщо виразка локалізується на кривизні, то до цього місця прилягають збільшені, запально змінені лімфатичні вузли або сальник.

Якщо проведене дослідження не дає результатів, слід оглянути печінку, ворота селезінки, кардію шлунка, намагаючись виявити розширені і збільшені венозні сплетіння, які свідчать про портальну гіпертензію. Слід піддати огляду і пальпації жовчний міхур, голівку підшлункової залози, тонкий кишечник і особливо клубову кишку, в якій може локалізуватися Мекелієв дивертикул, які є джерелом кровотечі. Досліджуючи товстий кишечник, необхідно спробувати виявити ущільнення та інші утворення.

Якщо і ці етапи не дають пояснення кровотечі, тоді прибігають до наступного етапу – гастродуоденотомії. Особливо уважно необхідно досліджувати дванадцятипалу кишку, ревізуючи її передню і задню стінки.

Виявивши джерело кровотечі, приступають до наступного етапу - усунення джерела кровотечі.

Вибір способу та об'єму хірургічного втручання. Об'єм операції в кожному конкретному випадку зумовлений захворюванням, ускладненою кровотечею, станом хворого, ступенем ризику оперативного втручання. Тому і операції можуть бути радикальними по відношенню до виявленої патології або паліативними, спрямованими тільки на зупинку кровотечі (рис. 1.3). При виразковій хворобі це можуть бути резекція шлунка за способом В-1 або В-2, видалення виразки з ваготомією за Джадом або тільки вшивання кровоточачої судини зі стовбуровою ваготомією при вкрай важкому стані хворого, особливо в літньому та похилому віці (рис. 1.4; 1.5). При синдромах Мелорі-Вейса і Боєрхаве – ушивання спонтанного розриву слизової або стінки стравоходу і шлунка – обшивання вен, операція Танера, артеріовенозне шунтування.

Обсяг післяопераційної терапії і режим залежить від виконаної операції за розробленими правилами ведення післяопераційного періоду і заміщення крововтрати.

Летальність після операції за негайними показниками (на висоті кровотечі -операція “відчаю”) в 3-4 рази вища, ніж при ранніх, особливо в осіб літнього і похилого віку.

## 6. Матеріали методичного забезпечення заняття.

### 6.1. Завдання для самоперевірки вихідного рівня знань-вмінь .

### 6.2. Інформацію, необхідну для формування знань-вмінь можна знайти у підручниках:

- основна:

### **6.3.Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.**

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи:

№ №	Основні завдання	Вказівки.	Дати відповіді
1.	Вивчити етіологію захворювань органів черевної порожнини, які ускладнюються кровотечею.	Назвати і перелікувати основні фактори, які пояснюють виникнення кровотечі в просвіт ШКТ.	
2.	Клінічний перебіг кровотечі різних ступенів тяжкості.	Назвіть стадії кровотечі за О.А.Шалімовим.	



3.	Діагностика.	Приведіть основні допоміжні методи діагностики кровотечі в просвіт ШКТ..	
4.	Лікування.	Визначте тактику лікування різних ступенів тяжкості кровотечі в ШКТ. Приведіть схему консервативного лікування ШКК.	

## 7. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

### А. Питання для самоконтролю

Питання:

1. Зазначте дефіцит ОЦК при різноманітних ступенях утрати крові.
2. Чим визначається тяжкість стану хворого з гастродуоденальною кровотечею?
3. Зазначте обсяг інфузійної терапії, що варто виконати при гастродуоденальній кровотечі.
4. Яким повинне бути співвідношення вводимих розчинів і крові в залежності від обсягу крововтрати?
5. Зазначте ознаки гастродуоденальної кровотечі, що продовжується.
6. Зазначте основні елементи програми інтенсивної терапії хворого з гострим гастродуоденальною кровотечею.
7. Як часто перебіг виразкової хвороби ускладнюється кровотечею?
8. Зазначте фактори, що визначають обсяг операції при гастродуоденальній кровотечі.
9. Зазначте найбільше ефективний спосіб введення трансфузійних середовищ при гострій гастродуоденальній кровотечі.
10. Який мінімальний обсяг оперативного утручання виконується при гострій гастродуоденальній кровотечі?
11. Які фізичні, хімічні і біологічні засоби застосовуються для місцевої зупинки гастродуоденальної кровотечі?
12. Якої операції варто віддати перевагу при кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки: а) із «м'якої виразки», б) із кальозної виразки?
13. Зазначте клінічні ознаки важкої втрати крові.

### Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Кровотеча в верхні відділи ШКТ виявляються:
2. Кровотеча з нижніх відділів ШКТ виявляється:
3. Кровотеча з легень, бронхів і трахей виявляється:
4. Кровотеча з верхніх дихальних шляхів виявляється:
5. Захворювання прямої кишки виявляється кровотечею:
  - А - мелена
  - В - гематемезис
  - С - кровохаркання
  - Д - стілець типу «малинового желе»
  - Е - домішка червоної крові в калі

6. При кровотечі дуоденальної виразки спочатку виконуються:
7. При перфорації дуоденальної виразки спочатку виконуються:
  - А - ваготомія, потім обробка і видалення виразки
  - В - вшивання виразки, потім ваготомія
  - С - і те, і друге
  - Д - ні те, ні друге
8. При гострому ШКК можуть розвинути наступні розлади:
  - 1 - гіповолевмічний шок
  - 2 - ниркова недостатність, унаслідок зниження фільтрації
  - 3 - печінкова недостатність, унаслідок зменшення печінкового кровотоку
  - 4 - гіпоксія міокарда (інфаркт), гіпоксія мозку
9. Зазначте легкий ступінь крововтрати по верхній межі ОЦК
10. Зазначте середній ступінь крововтрати по верхній межі ОЦК
11. Зазначте важкий ступінь крововтрати по нижній межі дефіциту ОЦК
  - А - 10%
  - В - 20 %
  - С - 30 %
  - Д - 35%
  - Е - 45 %
12. Симптом Розанова при внутрішньочеревній кровотечі - це;
  - А - притуплення в спадистих місцях живота
  - В - підсилення болів при прийнятті хворим горизонтального положення
  - С - зникнення печінкової тупості
  - Д - неспокійне поведінка хворого
  - Е - тахікардія
13. Назвіть найбільше поширену причину ректальної кровотечі
  - А - інвагінація
  - В - дівертикулез
  - С - пухлина
  - Д - ентерит
  - Е - виразкова хвороба
14. ДВС - синдром
15. Синдром Золінгера - Елісона
  - А - неспецифічні імунні реакції
  - В - утворення тромбоцитарно-фібринових згортків у системі мікроциркуляції
  - С - підвищення резистентності тромбоцитів
  - Д - множинні виразки слизової шлунка
  - Е - тріщини слизової кардіальної частини слизової шлунка

16. Гематемезис -це:
- 1 - дегтеподібний стілець
  - 2 - випорожнення крові через неушкоджену стінку судини
  - 3 - гематома брижі
  - 4 - блювота кров'ю
17. При яких із перерахованих захворювань може розвинути шлунково-кишкова кровотеча?
- 1 - рак шлунка
  - 2 - хвороба Верльгофа
  - 3 - жовчно-кам'яна хвороба
  - 4 – усе вірно
18. Зазначте найбільше часту причину масивної кровотечі з нижніх відділів кишечника
- А - рак ободової кишки
  - В - дивертикулез
  - С - і те, і друге
  - Д - спастичний коліт
19. Причиною шлункової кровотечі може бути:
- 1 - геморагічний гастрит
  - 2 - синдром портальної гіпертензії
  - 3 - виразкова хвороба
  - 4 - рак шлунка
20. Жінка у віці 70 років відзначає появу капелек червоної крові на калових масах. Зазначте найбільше імовірне захворювання.
- 1 - рак товстої кишки
  - 2 - тріщина анального каналу
  - 3 - дивертикулез товстої кишки
  - 4 - розривши гемороїдальних вузлів
21. Що з перерахованого може явитися причиною кровотечі з прямої кишки?
- 1 - саліцилати
  - 2 - стероїди
  - 3 - алкоголь
  - 4 - антикоагулянти

**В. Задачі для самоконтролю з відповідями.**

**Клінічні ситуаційні задачі.**

1.

Хворий 39 років за 6 годин до надходження в лікарню відчув слабкість, запаморочення і непритомний стан. Через 3 години появилось рідке випорожнення чорного кольору. Після цього хворого стали турбувати сильні болі в підложечної області, що ірадували в ліву лопатку. Хворий блідий. Пульс 110 у хвилину, слабого наповнення, артеріальний тиск - 80/60 мм Нг, температура - 36,1° С. Живіт утягнений, болісний у усіх відділах при пальпації,

але головним чином, у підложечній області. Там же визначається невелика напруга м'язів черевної стінки.

Ваш діагноз?

Яке необхідно провести додаткове обстеження?

Який повинна бути тактика лікаря?

2.

У хворого 51 року, після підняття ваги, появились сильні болі в епігастрії, що ирадували за груди́ну. Хворіє протягом трьох років, проте в останні місяці болі істотно зменшилися. Незабаром появились повторювані відрижки і блювоти кров'ю. При огляді шкірні покрови бліді, пульс - 96 ударів у хвилину, артеріальний тиск - 90\60 мм Hg. Живіт м'який, помірко́вано болісний у епігастрії. Симптомів подразнення очеревини немає.

Ваш діагноз?

План обстеження і лікування.

3.

Під час операції з приводу кровотечі з пухлини шлунка, що виконувалася на висоті кровотечі, були виявлені численні метастази в печінці, проте сама пухлина не виходить за межі шлунка.

Що варто зробити?

4.

Хвора 54 років поступила в лікарню з приводу масивної шлункової кровотечі. Кровотеча почалася за дві години до надходження, коли після кашлю виникнула рясна блювота кров'ю. При ендоскопічному дослідженні підтверджена кровотеча, що продовжується, із локалізацією джерела в шлунку. Після проведеної інтенсивної гемостатичної терапії кровотеча продовжувалася. Зроблено негайну операцію. Під час гастротомії виявлені два подовжніх розриви слизової кардіального відділу шлунка.

Ваш діагноз?

Подальші дії хірурга?

5.

Хворий 35 років поступив у хірургічне відділення з клінічною картиною виразкової шлункової кровотечі. Ця кровотеча - третя за два роки. Після застосування комплексу консервативних заходів блювота припинилася, гемоглобін піднявся з 60 до 108 г/л. загальний стан поліпшився. Але через 3 години знову появились рясні криваві блювоти. Гемоглобін знизився до 95 р/л, а потім до 54,1 г/л.

Яка Ваша тактика в лікуванні даного хворого?

Як організувати лікування?

6.

Хворий 48 років поступив у стаціонар із приводу раптово виниклої рясної кривавої блювоти. Ніяких анамнестичних указівок на захворювання шлунка немає. Вважав себе здоровим. Переніс три роки тому хворобу Боткіна в легкій формі. Загальний стан хворого задовільний. У брата хворого туберкульоз легень.

З якими захворюваннями Вам доведеться проводити диференціальний діагноз?

Які Ваші дії при надходженні такого хворого?

Які додаткові діагностичні дослідження можна використовувати на висоті кровотечі для уточнення діагнозу?

7.

Хворий 38 років, що довгостроково страждав виразковою хворобою шлунка, відзначив, що останні 2 дні болі в нього стали менш інтенсивними, але в той же час появилася наростаюча слабкість, запаморочення. Сьогодні ранком, піднявшись із постелі, він на кілька секунд знепритомнів. Хворий блідий. У епігастральній області дуже невелика болісність. Симптомів подразнення очеревини немає.

Яке ускладнення виразкової хвороби Ви запідозрите?

Які термінові додаткові дослідження варто використовувати для підтвердження Вашого припущення і вирішення тактичних питань?

8.

Хворий 38 років поступив у відділення третім разом за 2 року з приводу шлункової кровотечі виразкової етіології. Застосуванням комплексу консервативних заходів кровотеча швидко зупинена, і протягом тижня стан хворого став краще, чим до наступу в нього ускладнення.

Яка Ваша тактика в лікуванні цього хворого?

9.

Хворий 45 років поступив у стаціонар із діагнозом шлункової кровотечі неясної етіології. До моменту виникнення кровотечі ніяких скарг не пред'являв. Захворювання почалося після багатократної блювоти, викликаної непомірним прийомом алкоголю. Під час одного з приступів блювоти в блювотних масах появилася кров, а потім кожна блювота супроводжувалася виверженням рідини кольору «кавової гущі» із домішкою червоної крові. У лікарні кровотеча продовжувалася, незважаючи на енергійні спроби зупинити його консервативними заходами. Хворий узятий на операцію з неясним діагнозом. Під час лапаротомії було виявлено, що шлунок і верхні відділи кишечника наповнені кров'ю, іншій патології не виявлено. Після гастротомії в кардіальному відділі шлунка були виявлені тріщини слизової і підслизової оболонок шлунка розміром 16X5 мм, із яких струминкою поступала червона кров.

Що сталося з хворим?

Як називається виявлена патологія?

Як варто поступити хірургу?

10.

У хворого, оперованого з приводу виразкової хвороби шлунка (виконана резекція 1/2 шлунка за Гофмейстером-Фінстерером), наступного дня після операції був рясний дьогтєподібний кал. Потім була кривава блювота, що повторилася. Хворий ослабшав, появилася запаморочення, пульс 160 у хвилину. Гемоглобін і число еритроцитів стали швидко знижуватися. Стало ясно, що в хворого шлункова кровотеча.

Що послужило причиною кровотечі?

Що варто почати для його припинення?

11.

У хворого 53 років, що поступив у хірургічне відділення з 2-літнім виразковим анамнезом, після ретельного рентгенологічного обстеження встановлений діагноз: двертикул зовнішнього краю дванадцятипалої кишки.

Яка повинна бути тактика лікування?

### **Відповіді на клінічні ситуаційні задачі.**

1.

У хворого наступило сполучене ускладнення виразкової хвороби - кровотеча з перфорацією. Хворому варто стабілізувати гемодинаміку і крім загально - клінічних досліджень /визначення рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, гематокриту/ виконати оглядову рентгеноскопію черевної порожнини, фіброгастроскопію (для уточнення локалізації) із повторною оглядовою рентгеноскопією черевної порожнини, якщо перше дослідження було негативним/. У даній ситуації показана термінова операція після короткочасної підготовки хворого. Обсяг операції буде залежати від локалізації виразки.

2.

По описаній клінічній картині варто припустити грижу стравохідного отвору діафрагми, що може явитися причиною кровотечі з верхніх відділів шлункового тракту. Для уточнення діагнозу варто провести рентгенологічне або ендоскопічне дослідження. Якщо діагноз підтвердиться, то тактика ґрунтується на отриманих даних. Хворому показане оперативне лікування.

3.

Кровотеча може бути зупинена тільки шляхом резекції шлунка. Така операція в цій ситуації паліативна. Тому хірургу варто вирішити питання, наскільки доцільно подібне втручання? Якщо хворий достатньо міцний, крововтрата компенсована, а операція не викликає технічних утруднень, то варто виконати ощадливу атипovu резекцію. Якщо ж хворий різко схудший і ослаблений, або з ознаками різкої анемії, а поповнення крововтрати за якимись причинами обмежена або операція сполучена з технічними складнощами, то від резекції варто утриматися. У такій ситуації може бути виконаний вимушений варіант, симптоматичної операції, обмежений прошиванням стінки шлунка і перевязкою шлункової артерії.

4.

У хворого синдром Мелорі-Вейса. Подовжні розриви слизової варто ушити, що приведе до зупинки кровотечі.

5.

У хворого, незважаючи на вжиті заходи, кровотеча продовжується. Необхідна термінова операція. Якщо Ваша операційна техніка недостатня, потрібно викликати старшого досвідченого колегу. Під час підготовки операційної хворому обов'язково варто підсилити переливання крові і плазмозамінювачі для корекції ОЦК і стабілізації гемодинаміки. Вжити заходів до забезпечення необхідної кількості крові /не менше 1 літра/. Обсяг оперативного втручання буде визначатися ситуацією /локалізація виразки, станом хворого, дефіцитом ОЦК і ін./ під час операції після зупинки шлункової кровотечі варто прискорити переливання крові і вжити заходів до підвищення артеріального тиску.

***Кровотеча небезпечно більше усього не кількістю загубленої крові, а темпом - швидкістю крововтрати.***

***«Periculum in mora».***

***[Небезпека в зволіканні].***

6.

Найбільше частою причиною кривавої блювоти виявляються виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, рак шлунка, варикозне розширення вен стравоходу, рідше ерозивний гастрит, синдром Мелорі-Вейса. Проте джерела кровотечі можуть бути і поза шлунково-кишковим трактом - туберкульозна каверна в легені, бронхоектатична хвороба, абсцес легені. Шлункова кровотеча може бути обумовлено хворобою Верльгофа (тромбоцитопенічною пурпурою). У першу чергу, треба цілеспрямовано зібрати анамнез. Потім варто визначити, чи є клінічні ознаки захворювання печінки - «голова медузи», телеангіектазії, «печінкові» долоні, спленомегалія; з'ясувати, пальпується чи пухлина в животі, метастази в печінці; провести пробу Румпель-Леєде, визначити утримання тромбоцитів у периферичній крові. Обов'язкове виконання фіброгастроуденоскопії, УЗД. Якщо причина кривавої блювоти все ж не вдається встановити, проводиться консервативна комплексна гемостатична терапія, і діагноз уточнюється в процесі подальшого спостереження і дослідження.

***Нічого не може бути гірше, чим лікування хворого без установленого діагнозу, іноді воно просто небезпечно, але відмовитися від нього в деяких випадках просто не можна.***

***« Antequam incipias, consulto».***

***[Перед тим, як починати, обміркуй].***

7.

У хворого шлункова кровотеча. Болі, що зменшилися, на початку кровотечі - це ознака Бергмана. Хворого варто негайно відправити на носилках (!) санітарним транспортом у хірургічне відділення. Якщо це не затримує відправки, то взяти аналіз крові і виміряти артеріальний тиск. Якщо в хворого є клініка геморагічного шоку, то слідує на місці почати корекцію гемодінаміки і продовжувати її під час транспортування. Транспортувати хворого можна при артеріальному тиску не нижче 80 мм Hg і частотою пульсу не більш 120 ударів у хвилину. Результат аналізу крові можна буде передати по телефоні або лікарем швидкої допомоги. У стаціонарі хворому при задовільному стані виконується термінова фіброгастроуденоскопія, що дозволяє встановити не тільки локалізацію джерела кровотечі, але і ступінь його інтенсивності, а також провести спробу ендоскопічного гемостазу. Якщо кровотеча продовжується, то показана термінова операція. Подальша тактика визначається на основі даних ендоскопічного дослідження.

8.

У випадку, якщо хворий за цей термін жодного разу не провів повноцінного адекватного курсу лікування в терапевтичному стаціонарі, то він повинний його одержати. Якщо ж таке лікування здійснювалося, то питання повинне бути вирішене на користь операції.

9.

У хворого так називаний синдром Мелорі-Вейсса - кровоточача тріщина слизової стінки шлунка, що сталася внаслідок раптового підвищення внутрішньошлункового тиску під час одного з приступів блювоти. На тріщину варто накласти шовковий обвивний шов із боку просвіту шлунка. Шов повинний захоплювати усі шари стінки шлунка, за винятком серози.

10..

Причиною кровотечі, безсумнівно, явилися погрішності оперативної техніки - недостатній гемостаз по лінії анастомозу шлунка з худою кишкою. Консервативне лікування повинно здійснюватися енергійно і наполегливо, тому що повторна операція небажана. Комплексна терапія, загалом, така ж, як при звичайній шлунковій кровотечі. Проте починати потрібно з уведення шлункового зонда і промивання шлунка крижаною водою і препаратами, що мають місцеву гемостатичну дію. У випадку якщо наполегливе лікування не призводить до зупинки кровотечі, то хворого необхідно оперувати. Перед операцією бажано провести гастроскопію для уточнення локалізації судини, що кровоточить.

11.

Оскільки хворий із приводу дивертикула не лікувався, йому варто провести курс консервативної терапії. Необхідно налагодити режим харчування. Їжу приймати дрібними малими порціями 6-7 разів у день. Призначається дієта виразкового хворого /стіл №1 за Певзнером/. Рекомендуються лужні мінеральні води типу Боржомі. Перед сном варто добре проводити промивання дванадцятипалої кишки цією водою через уведений зонд. Призначаються протизапальні і протиспастичні препарати, а за 0,5 години до прийому їжі - столову ложку 0,5% розчину новокаїну. У випадку безрезультатності цих заходів, ставлять показання до хірургічного лікування. При локалізації дивертикула, що є в даного хворого, операція дивертикулектомії не представляє особливих труднощів.

## **8. Матеріали для аудиторної самостійної підготовки:**

8.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:

- пальпація органів черевної порожнини,
- вимірювання артеріального тиску, пульсу,
- визначення шокowego індексу Альговері,
- визначення ДОЦК,
- введення назо-гастрального зонду та промивання шлунку,
- пальцьове обстеження прямої кишки,
- призначення додаткових методів обстеження,
- виписати рецепт на препарати, які вживаються при консервативному лікуванні ШКТ.

9. Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

9.1. Методика виконання роботи, етапи виконання.

10. Матеріали для самоконтролю оволодіння знаннями, вміннями, навичками, передбаченими даною роботою.

10.1. Тести різних рівнів ( ректорського контролю).

*Задачі.*



1. У прийомне відділення хірургічної клініки доставлений хворий 60 років із скаргами на вогкість запаморочення, жагу, холодний піт. Вдома була короточасна утрата свідомості, рідке чорне випорожнення. Хворий блідий, пульс 120 уд. у 1 мін, АТ 80/40 мм рт. ст. Ваш діагноз?
- A. Кровотеча з розширених вен стравоходу.
  - B. Кровотеча з пухлини легень, що розпадається.
  - +C. Виразка 12-палої кишки, що кровоточить.
  - D. Пухлина товстої кишки, що розпадається.
  - E. Пухлина шлунка.
2. В хірургічне відділення міської клінічної лікарні поступив хворий С., 47 років зі скаргами на слабкість, головокружіння, згублення розсуду. При лабораторному дослідженні показники червоної крові знижені. При ректальному дослідженні - на перчатці сліди свіжої крові. Яке захворювання можна запідозрити?
- A. цироз печінки, кровотеча з варикозно - розширених вен стравоходу
  - B. проривна виразка 12-п кишки с внутрішньою кровотечею
  - C. виразка шлунку, ускладнена кровотечею
  - D. виразка 12-п кишки
  - +E. розпадаюча пухлина товстої кишки
3. В хірургічне відділення поступив хворий П., 51 рік з клінічною картиною шлунково-кишкової кровотечі. Було проведено невідкладне ендоскопічне дослідження, при якому виявлена виразка субкардиального відділу шлунку. Під час дослідження в шлунку свіжа кров і згустки крові. Продовження кровотечі не відмічається. Виразковий анамнез більш 2-х років. Якої лікувальної тактики слід дотримуватись?
- A. почати консервативне лікування шлункової кровотечі
  - B. на протязі 2-3 днів проводити інтенсивну передопераційну підготовку і пропонувати хворому хірургічне втручання
  - +C. пропонувати хворому невідкладне хірургічне втручання
  - D. через декілька днів (3-5) виконати гастроскопію, взяти біопсію, а потім визначити лікувальну тактику
  - E. виконати рентгенологічне дослідження, після якого визначити лікувальну тактику
4. У хворого В., 48 років, через 2 роки після резекції шлунку у зв'язку з виразкою 12-п кишки (резекція по методу Б-2) виявлена пептична виразка культі шлунку, яка ускладнилась кровотечею. Ендоскопічним методом кровотечу було зупинено. Якою має бути лікувальна тактика?
- A. назначити консервативне лікування
  - B. терміново запропонувати операцію
  - C. запропонувати операцію після повторення кровотечі
  - +D. провести передопераційну підготовку і запропонувати операцію
  - E. при повторенні кровотечі, знову зупиняти ендоскопічним методом.
5. У хворого К., 67 років має місце сполучення проривної виразки шлунку і профузної кровотечі. В анамнезі у хворого 2 роки тому інфаркт міокарда. В даний час стан хворого тяжкий. Яка лікувальна тактика має бути?
- A. консервативне лікування
  - +B. невідкладна операція

- C. зупинити кровотечу ендоскопчно і лікувати хворого консервативно
- D. виконати кріотерапію
- E. в перші 6 годин лікувати консервативно, при повторному колапсі - оперувати

6. У хворого С., 63 роки, який 4 дні тому переніс резекцію шлунку по Б-2, в зв'язку з пенетруючою виразкою 12-п кишки в підшлункову залозу, появилася мелена . Черговий хірург має першу атестаційну категорію. Лікувальна тактика, більш всього, повинна бути:

- A. релапаротомія
- B. назначити консервативне лікування
- C. комбінована лапароскопія
- +D. невідкладна ЕГДС
- E. рентгенологічне дослідження

7. У хворого після прийому алкоголю з'явилася багатократна блювота, остання з домішкою червоної крові. Припустимий діагноз.

- A - виразкова хвороба шлунка
- B -кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу
- C -хвороба Крона
- D -гострий панкреатит
- +E -синдром Мэлорі-Вейса

**11.. Тема наступного заняття.**

**12. Завдання для УДРС та НДРС і теми наступного заняття.**

*Методичні рекомендації склав доцент В.Л.Зимовський*

---