

Полтавський державний медичний університет

кафедра хірургії №1

Лекція на тему:

Шлунково-кишкові кровотечі

д.мед.н., доцент Лисенко Р.Б.

План лекції

- Актуальність
- Етіопатогенез
- Класифікація
- Клінічна симптоматика
- Методи діагностики
- Лікувальна тактика та вибір методу лікування
- Консервативне лікування
- Хірургічне лікування

Актуальність

- При наданні медичної допомоги хворим із невідкладною хірургічною патологією медичні працівники повинні у стислий термін часу, через тяжкість стану хворого та наявність патологічних змін в організмі, що нерідко загрожують його життю, прийняти найбільш обґрунтоване рішення про оптимальний алгоритм діагностичної і лікувальної допомоги.
- Гостру ШКК відносять до одного із найтяжчих невідкладних захворювань органів черевної порожнини, яке за частотою звернення займає провідне місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини.

Актуальність

- Сьогодні відомі понад сто захворювань, що спричиняють гостру ШКК, і, незважаючи на успіхи в їх лікуванні, частота ускладнень у вигляді кровотечі у порожнину травного каналу має чітку тенденцію до збільшення.
- Симптоми кровотечі залежать від розташування її джерела, інтенсивності та об'єму крововтрати.
- Ознаки анемії і гемодинамічних розладів, характерні для геморагічного шоку, аналогічні клінічним проявам інших видів шоку, зумовленого гіповолемією, що потребує диференційної діагностики, яка передбачає виявлення крові та продуктів її розпаду у вмісті кишечника.

Актуальність

- Актуальність проблеми підкреслює висока захворюваність - середнє число госпіталізацій з приводу кровотеч складає 1 на 1000 населення.
- У залежності від етіологічного фактора, летальність досягає від 3 до 50%.
- Загальна летальність при шлунково-кишкових кровотечах у місті Києві складає 3,1%, по Україні в цілому – 8,5%.
- Переважне число пацієнтів складають чоловіки працездатного віку

Актуальність

- За останні декілька років світова хірургічна спільнота переглянула ключові моменти діагностики та лікування гострої кровотечі.
- Удосконалено методи діагностичної та лікувальної ендоскопії, яка зайняла провідне місце в наданні ефективної допомоги хворим цієї групи, що відобразилось на результатах лікування та змінило принципи хірургічного лікування.
- Окреслено основні завдання медичної допомоги при ШКК, які включають: виявлення джерела та оцінка активності кровотечі і вплив на її припинення, оцінку ступеня тяжкості крововтрати та принципи адекватного її поповнення, а також патогенетичний вплив на захворювання, ускладненням якого стала кровотеча.

Визначення

- ***Шлунково-кишкова кровотеча*** – це гостре або хронічне витікання крові в просвіт шлунково-кишкового тракту при наявності патологічних процесів у стравоході, шлунку, тонкій або товстій кишках.

Розподіл шлунково-кишкових кровотеч за локалізацією джерела кровотечі:

- 1) *кровотеча із верхніх відділів ШКТ* – це кровотеча із стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (у структурі всіх кровотеч складають 90%);
- 2) *кровотеча із нижніх відділів ШКТ:*
 - із тонкої кишки нижче дуодено-єюнального вигину до ілеоцекального кута (0,1-9%);
 - із товстої кишки – від сліпої до прямої включно (2-3%).

Причини кровотеч у просвіт шлунково-кишкового тракту:

а) із верхнього відділу ШКТ:

- виразка шлунка та ДПК (45 – 55%);
- ерозивно-геморагічний гастрит, дуоденіт (10 – 20%);
- пухлина стравоходу, шлунка або ДПК (2 – 8%);
- синдром Меллорі-Вейсса (2 – 7%);
- варикозне розширення вен стравоходу та шлунка (5 – 7%);
- виразка Деллафуа (1%);
- інші (біля 6%).

Причини кровотеч у просвіт шлунково-кишкового тракту:

б) із нижнього відділу ШКТ:

- пухлини тонкої та товстої кишок;
- дивертикули ободової кишки;
- хвороба Крона;
- неспецифічний виразковий коліт;
- геморой;
- тріщина заднього проходу.

Етіологія

До причин кровотечі, що рідко зустрічаються, відносяться:

- дивертикули травного каналу;
- неспецифічний коліт;
- ентеропатії і кишковий дисбактеріоз;
- проростання пухлини в травний канал;
- судинні нориці;
- опіки стравоходу і шлунка;
- ятрогенні чинники;
- хвороба Рандю-Ослера;
- геморрагічний васкуліт;
- гострий лейкоз;
- гемофілія;
- лімфогранулематоз;
- хвороба Шенлейн-Геноха;
- черевний тиф;
- лептоспіроз;
- травми.

Розподіл за етіологією:

- а) варикозна кровотеча;**
- б) неварикозна кровотеча.**

Розподіл за частотою виникнення кровотечі:

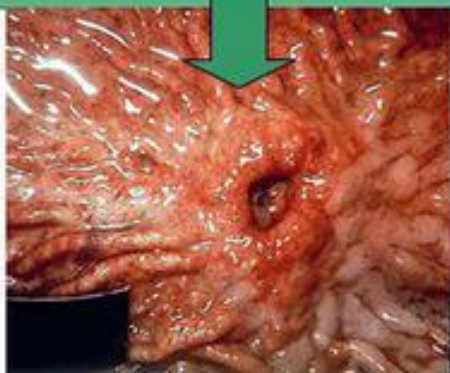
- а) первинна кровотеча;**
- б) рецидивна кровотеча.**



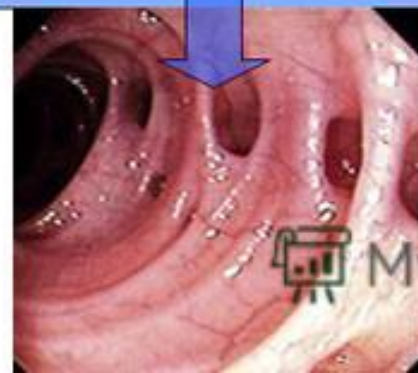
Класифікація кровотеч

За етіологією

Виразкові



Невиразкові



За локалізацією джерела кровотечі

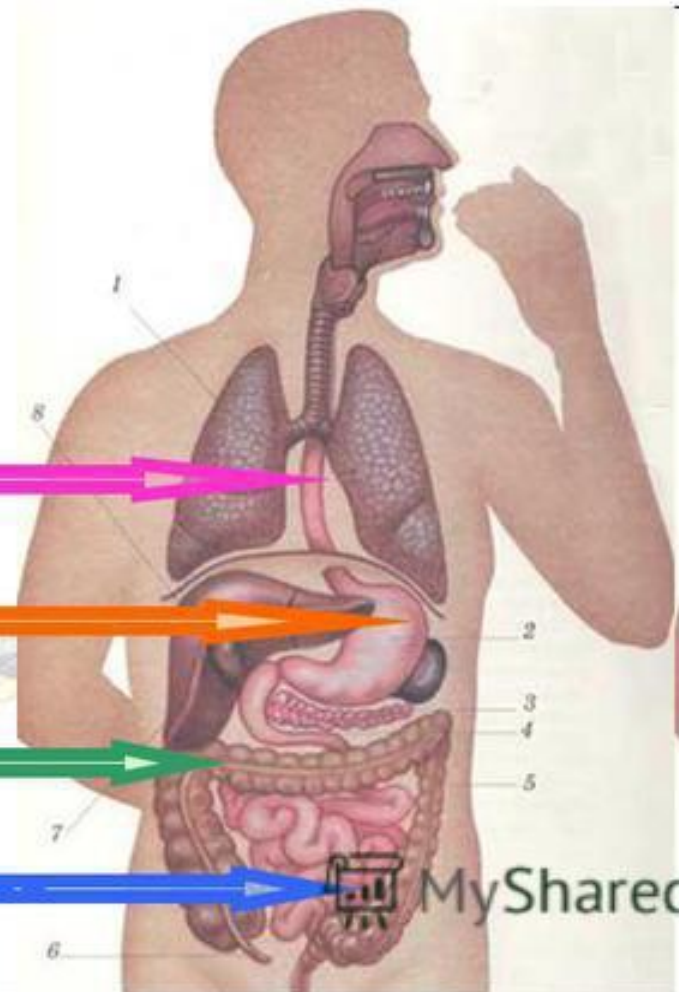


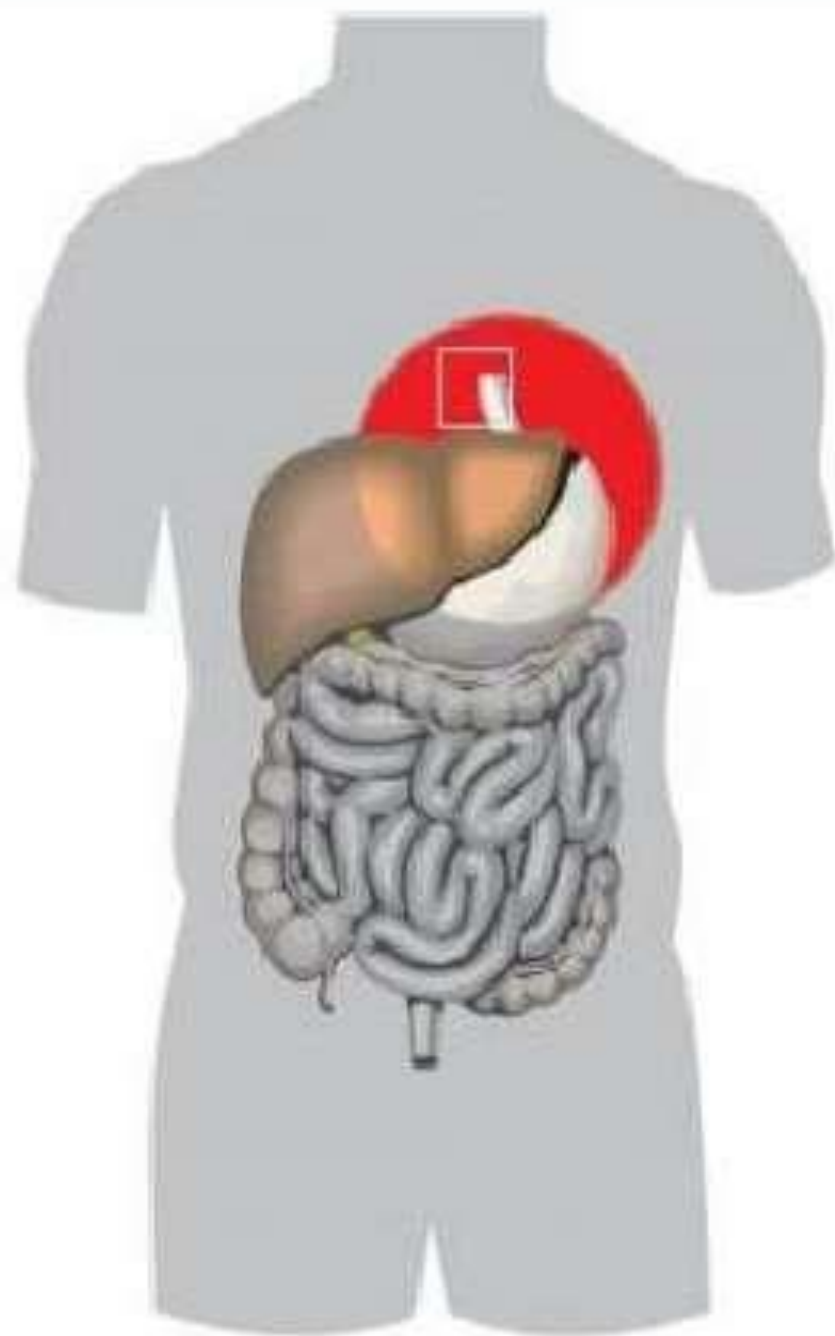
стравохідні

шлункові

товстокишкові

тонкокишкові





Пищевод

Желудок

Разрывы слизистой оболочки



Виразкові

- 1. при хронічних кальозних та пенетруючих виразках;**
- 2. пептичних виразках шлунково-кишкових анастомозів;**
- 3. гострих виразках:**

- внаслідок токсичної або медикаментозної (саліцилати, стероїдні гормони) дії на слизову оболонку шлунка або кишки;

- стресових ситуацій (опіковий, кардіогенний, травматичний, психічний шок);

- при системних захворюваннях (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, капіляротоксикоз, лейкози, цироз печінки, уремія);

- ендокринних виразках (синдром Золлінгера - Елісона, гіперпаратиреоз).

Поширеність виразкової хвороби

- За даними Українських учених, виразкову хворобу діагностують приблизно у 15 % дорослого населення.
- В Україні близько 5 млн. чоловік з цією хворобою.
- В економічно розвинених державах близько 10-15 % населення протягом життя хворіє на виразкову хворобу.
- В багатьох країнах це найбільш розповсюджене захворювання.
- Чоловіки, особливо молодого віку, хворіють у 6-7 рази частіше, ніж жінки.

Терези ШЕЯ

НОРМА

ВИРАЗКА

ЗАХИСНІ ФАКТОРИ

- Слизово-бікарбонатний бар'єр;
- Достатній кровоток;
- Регенерація епітелію;
- Імунний захист;
- Простагландини

АГРЕСИВНІ ФАКТОРИ

- Соляна кислота і пепсин;
- Порушення моторики;
- Helicobacter pylori*;
- Лікарські засоби

Види кровотеч:

- а) гостра кровотеча – швидкість крововтрати понад 7% ОЦК за годину;
- б) підгостра кровотеча – 5–7% ОЦК за годину;
- в) хронічна кровотеча – повільне витікання крові у просвіт шлунково-кишкового тракту (менше 3% ОЦК за годину).

і клінічним перебігом



що зупинилися

рецидивуючі

що
продовжуються

а) рання (до **2** діб від зупинки першої кровотечі);

б) пізня (від **3** до **10** діб від зупинки першої кровотечі).

Розподіл за ступенем тяжкості крововтрати:

- а)** помірна крововтрата;
- б)** крововтрата середнього ступеню тяжкості;
- в)** крововтрата тяжкого ступеню;
- г)** вкрай тяжка крововтрата.

За ступенем тяжкості

задовільний, **100/хв**, АТ

Н, ЦВТ – **5-15** см вод.ст., діурез – **Н**,
Нв – **100** г/л, дефіцит ОЦК – до
20%, метаболічний ацидоз “-”

середнього ст. тяжкості, до **120/хв**, АТ – систолічний
нижче **80** мм.рт.ст., ЦВТ – неменше **5** см вод.ст.,
помірна олігоурія, **Нв** – **100-80** г/л, дефіцит ОЦК
– **20-29%**, компенсований метаболічний ацидоз

тяжкий, більше **120/хв**, АТ – систолічний нижче **80**
мм.рт.ст., ЦВТ – **0**, олігоурія, **Нв** – нижче **80** г/л,
дефіцит ОЦК – **30%** і більше, метаболічний та
дихальний ацидоз

Клінічна класифікація По А. А. Шалімову, 1978

I ступінь - легка, спостерігається при крововтраті до 20% ОЦК (до 1000 мл). Загальний стан задовільний або середньої тяжкості, шкірні покриви бліді (судинний спазм), з'являється пітливість, пульс 90-100 ударів в хвилину, АД 100-90/60 мм рт.ст., неспокій змінюється легкою загальмованістю, свідомість ясна, дихання дещо прискорене, рефлексни знижені, мускулатура розслаблена, лейкоцитоз із зсувом вліво. Без компенсації крововтрати хворий виживає.

II ступінь - середньої тяжкості, спостерігається при крововтраті від 20% до 30% ОЦК (від 1000 мл до 1500мл). Загальний стан середньої тяжкості, хворий заторможений, говорить тихим голосом повільно, відзначається виражена блідість шкірних покривів, липкий піт, пульс 120-130 ударів в хвилину, слабкого наповнення, АТ 90-80/50 мм рт.ст., виражена олігурія. Без компенсації крововтрати хворий може вижити, проте із значними розладами кровообігу, метаболізму і функції внутрішніх органів, особливо нирок, печінки, кишечника.

III ступінь - важка, спостерігається при крововтраті від 30% до 50% ОЦК (від 1500 до 2500 мл). Стан важкий або дуже важкий, пригнічення рухової реакції, шкіра і слизові блідо-ціанотичні або з плямистим відтінком (спазм судин змінюється дилатацією). Хворий на запитання відповідає повільно, часто втрачає свідомість, пульс ниткоподібний 130-140 ударів за хв., АТ 70-60 мм рт. ст., ЦВТ низький, дихання поверхневе, рідке, кінцівки холодні, температура знижена.

Клінічна картина

Непрямі

1. Загальна слабкість;
2. Холодний піт;
3. Запаморочення;
4. Відчуття шуму у вухах та голові;
5. Мерехтіння "мушок";
6. "Кола" та потемніння в очах;
8. Серцебиття;
9. Задихка;
10. Нудота;
11. Втрата свідомості.

Прямі

1. Блювота з кров'ю;
2. Дьогтеподібні виділення кишечника.

– с-м Бергмана
– с-м Тейлора



Абдомінальні симптоми (позитивні):

Симптом Бергмана - зникнення болю слідом за розпочатою кровотечею.

Симптом Тейлора - посилення кишкових шумів при триваючій кровотечі.

Клінічні прояви гострої ШКК

До загальних симптомів (непрямих симптомів) кровотеч із верхніх відділів ШКТ відносять:

- загальну слабкість,
- запаморочення,
- відчуття потемніння в очах,
- задуху,
- серцебиття.

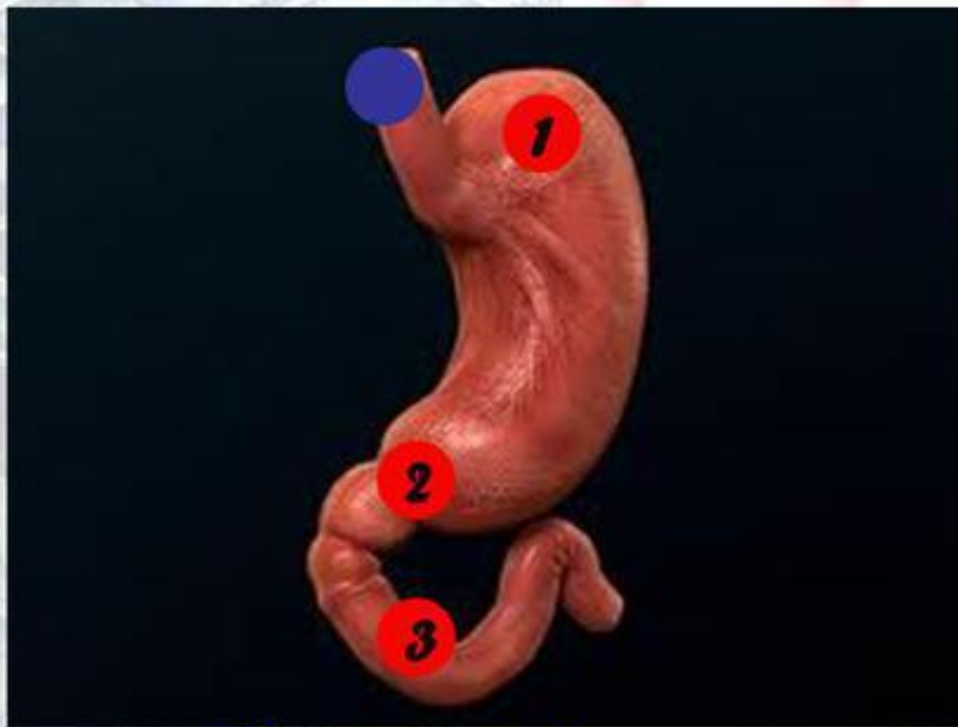
! У ряді випадків непрямі симптоми ШКК можуть бути передвісниками виникнення мелени і блювоти з кров'ю чи виступати на перший план в клінічній картині захворювання !

Симптоматика геморагічного шоку

Компенсований оборотній геморагічний шок - свідомість збережена. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, кінцівки холодні. Пульс частий, слабкого наповнення. Артеріальний тиск звичайно нормальний, олігурія, ЦВТ близький до нуля.

Декомпенсований оборотній геморагічний шок - виражена блідість шкіри, похолодання кінцівок, акроціаноз, посилюється тахікардія і задишка, гіпотонія. Випадання окремих пульсових поштовхів на периферичних артеріях, а також зникнення тонів серця при глибокому вдиху.

Декомпенсований незворотній геморагічний шок - відсутня свідомість, спостерігається оліго-або анурія, кінцівки холодні і ціанотичні, поглиблюється ацидоз, прогресуюче знижується температура тіла. Адекватна інтенсивна терапія без ефекту більш 12:00.



1. “кавова гуща” або свіжа кров
2. “кавова гуща”
3. дьогтеподібні кишкові випорожнення (“кавова гуща” при масивній кровотечі)

Кишкові випорожнення:

1. Мелена – це випорожнення чорного кольору з різким специфічним запахом (крововтрата $\uparrow$ **500** мл; індекс Альговера $\uparrow$ **0,8**);
2. Чорного кольору оформлені кишкові виділення;
3. Вигляду “малинового желе” зі слизом;
4. Свіжа кров

Клінічні прояви гострої ШКК

Основними клінічними ознаками кровотечі із верхніх відділів ШКТ (прямі симптоми) – блювота кров'ю (**гематемезис**) та чорний дьогтьоподібний стул (**мелена**).

а) блювота кров'ю виникає при значній за об'ємом крововтраті і, як правило, завжди асоціюється з меленою:

- артеріальна стравохідна кровотеча характеризується блювотою з домішками незміненої крові;
- кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу нерідко буває профузною і проявляється блювотою з кров'ю темно-вишневого кольору;
- при шлунковій кровотечі в результаті взаємодії гемоглобіну із соляною кислотою – утворюється хлорид гематину, тому рвотні маси мають вигляд кавової гущини.

Клінічні та диференційно-діагностичні прояви ШКК в залежності від локалізації джерела кровотечі

а) блювання яскраво червоною кров'ю (*haematemesis*), кров'ю коричневого або чорного кольору (кавова гуща) – вказує на те, що джерело кровотечі знаходиться вище зв'язки Трейтца (такі клінічні прояви характерні, як правило, для кровотечі із стравоходу, шлунка або ДПК);

«Кавова гуща» є продуктом обробки крові
з шлунка соляною кислотою



Клінічні та диференційно-діагностичні прояви ШКК в залежності від локалізації джерела кровотечі

- б) мелена (*melaena*)** – дьогтьоподібний кал, що обумовлений вмістом крові, на яку подіяв вміст шлунка та кишківника;
- по кольору випорожнень неможливо точно визначити ні джерело кровотечі, ні час проходження крові через кишку;
 - в ШКТ кров під дією бактерій та перетравлюючих соків із червоної стає чорного кольору або дьогтьоподібною (цей процес займає декілька годин);
 - кров в просвіті ШКТ може діяти як послаблююче, прискорюючи пасаж кишкового вмісту, що залежить від обсягу та темпу кровотечі;
 - якщо пасаж достатньо швидкий, то кровотеча із шлунка або дванадцятипалої кишки може супроводжуватись виділенням незміненої крові;
 - мелена характерна для кровотеч із верхніх відділів ШКТ;

Клінічні та диференційно-діагностичні прояви ШКК в залежності від локалізації джерела кровотечі

в) не змінена (червона) кров у калі (*haematochezia*): - червона кров у калі свідчить про ушкодження слизової оболонки прямої або сигмоподібної кишок (водночас може бути і наслідком кровотечі із верхніх відділів ШКТ при масивній кровотечі).

Клінічні та диференційно-діагностичні прояви ШКК в залежності від локалізації джерела кровотечі

- Чорний дьогтеподібний кал – спостерігається при локалізації джерела кровотечі в стравоході, шлунку, ДПК.
- Темно-вишневого кольору кал – має місце при:
 - а) профузній кровотечі з верхніх відділів ШКТ;
 - б) помірній кровотечі з тонкої і правої половини товстої кишки.
- Кал малинового кольору зі слизом – спостерігається при виразковому коліті.
- Домішки незміненої крові в калі – при виразках чи пухлинах лівої половини товстої кишки.
- Мазки червоної крові на оформленому калі – спостерігається слідом за початком дефекації при геморої, тріщині прямої кишки.

Псевдомелена

Харчова



Медикаментозна



Fe^{2+}, Fe^{3+}



MyShared
myJulio.Ru

Вплив гострої шлунково-кишкової кровотечі на організм:

Розвиток будь-якої кровотечі має чотири періоди:

I – період виражених гемодинамічних і метаболічних порушень;

II – період відповіді на проведення інтенсивної терапії;

III – період гіперметаболічної фази;

IV – період поліорганної недостатності або одужання.

Класифікаційні ознаки крововтрати

- А)** Тяжкість крововтрати визначають за ступенем гіповолемії, яка виникає внаслідок крововтрати, швидкістю її розвитку та об'ємом крові, що втрачена.
- Б)** При підгострій або хронічній кровотечі виділяють латентний період, період клінічних проявів, термін якого залежить від темпу кровотечі та об'єму крововтрати і може коливатися від декількох годин до доби.
- В)** У випадку гострої масивної кровотечі (III–IV клас) розвивається геморагічний шок:
 - а)** *геморагічний шок* – це гостра серцево-судинна недостатність, зумовлена втратою цільної крові;
 - б)** дефіцит еритроцитів, які переносять кисень, призводить до порушень доставки кисню до тканин і органів;
 - в)** *клінічні ознаки геморагічного шоку* зумовлені швидкістю та об'ємом втрати крові, спроможністю організму хворого залучати компенсаторні механізми, критеріїв шокогенності.

Відповідно до класифікації Г.А.Рябова (1983), виділяють три стадії геморрагічного шоку:

1. Компенсований шок (синдром малого викиду).
2. Декомпенсований зворотний шок.
3. Декомпенсований незворотний шок.

! Не в кожного пацієнта захворювання проходить усі три стадії !

Швидкість переходу від компенсації до декомпенсації обумовлена:

- а) компенсаторними можливостями організму;
- б) вихідним станом хворого;
- в) інтенсивністю кровотечі;
- с) обсягом крововтрати.

Підставою для встановлення наявності шлунково-кишкової кровотечі та можливої локалізації її джерела є:

- а)** скарги хворого (в тому числі і свідчення осіб, що супроводжують хворого) та об'єктивні дані.
- б)** анамнез;
- в)** об'єктивне обстеження;
- г)** обов'язкове проведення пальцевого ректального дослідження з визначенням кольору та консистенції вмісту прямої кишки;
- д)** постановка шлункового зонду (промивання шлунку).

Критерії постановки діагнозу

В прихований період: слабкість, збліднення шкіри, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима, шум у вухах, тремор рук, холодний піт, серцебиття.

В явний період: блювота кавовою гущею, кривавий кал (мелена). Кривава блювота спостерігається у 60-70%, мелена є більш постійними ознакою і спостерігається практично у всіх хворих.

Оцінка об'єктивних даних

При **легкому ступені крововтрати** стан задовільний або середньої важкості, свідомість ясна, шкірний покрив блідий, пітливість.

При **середній тяжкості крововтрати** стан середньої тяжкості, загальмованість, виражена блідість шкірного покриву, липкий піт. Посилення кишкових шумів.

При **важкій крововтраті стан важкий або вкрай важкий**, періодична втрата свідомості, рухові реакції пригнічені, шкіра та слизові блідо-ціанотичні або з плямистим відтінком. Залежно від ступеня крововтрати частота пульсу від 90-100 ударів в хвилину до 120-130 і більше, від слабого наповнення до ниткоподібного. Артеріальний тиск знижується при легкому ступені до 100-90/60 мм рт.ст., середній- до 90-80/50 мм рт.ст., важкої -70-60 мм рт. ст. і нижче.

Характер блювотних і калових мас

Блювота вмістом типу кавовій гущі - при виразці дванадцятипалої кишки або помірній шлунковій кровотечі; свіжою кров'ю - при інтенсивній кровотечі з виразок шлунка. Чорний, рідкий кал (мелена).

Для оцінки дефіциту ОЦК до початку інфузійної терапії використовують визначення шокового індексу (ШІ)

Розраховують за методом Альговера (чим вище цей показник, тим більша небезпека для життя хворого):

- а)** шоковий індекс (ШІ) — частка від ділення частоти пульсу на показник систолічного тиску (чим вище цей показник, тим більша крововтрата)
(таблиця)

Визначення величини крововтрати залежно від індексу Альговера-Брубера

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати, (л)	Дефіцит ОЦК, (%)
0,8	0,5-0,6	10
0,9-1,2	0,7-1,2	25
1,3-1,5	1,4-1,8	30
2	2,5	40

□ Норма – 0,5. Збільшення індексу на кожну 0,1 відповідає втраті крові 0,2л.

$$\text{ін. Альговера} = \frac{P_{\text{сис}}}{\text{сис. АТ}}$$

Класифікація крововтрати за *P.L. Marino, 1998*

Клас	Клінічні симптоми	Величина втрати ОЦК у %
I	Ортостатична тахікардія	15
II	Ортостатична гіпотензія	15 – 30
III	Артеріальна гіпотензія в положенні лежачи на спині, олігоурія	30 – 40
IV	Порушення свідомості, колапс	Понад 40

Про тяжкість ШКК у перші години його розвитку свідчать:

- зміни свідомості,
- зміни АТ,
- наявність тахікардії,
- дефіцит ОЦК

! необхідно пам'ятати, що зниження вмісту гемоглобіну, обумовлене гемодилюцією, можна виявити лише через декілька годин після початку кровотечі !

Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати за клініко-лабораторними показниками

- T1 – помірна:** крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд/хв, АТ > 120 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ 0,54–0,78; Ер. 5–3,5 x 10¹²/л; Hb 150–120 г/л; Ht 44–38%; діурез 50–60 м на год
- T2 – середня:** крововтрата 21–30%, пульс 90–110 уд/хв, АТ 120 –80 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ 0,78–1,38; Ер. 3,5–3,0 x 10¹²/л; Hb 120–100 г/л; Ht 38–32%; діурез 40–50 мл на год
- T3 – тяжка:** крововтрата 31–40%, пульс–110–120 уд/хв, АТ 80–70 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ 1,38–1,5; Ер. 2,5–2 x 10¹²/л; Hb 100–80 г/л; Ht 32–22%; діурез 30 – 40 мл на год
- T4 – вкрай тяжка:** крововтрата 41–70%, пульс >120 уд/хв, АТ < 70 мм рт ст, шоківий індекс П/АТ > 1,5; Ер. <2 x 10¹²/л; Hb 80г/л; Ht < 22%; діурез < 30 мл на год

Діагностика

1. Загальний аналіз крові (анемія, ↓ Hb, ↓ Ht, ↓ питома вага, ↓ в'язкість крові);
2. ОЦК
3. ФЕГДС: Killian (1900р.)



ДІАГНОСТИКА

Лабораторні дослідження.

Залежно від ступеня крововтрати анемія зі зниженням кількості еритроцитів, гемоглобіну, питомої ваги крові, кольорового показника. Збільшення показника дефіциту циркулюючої крові (ОЦК), лейкоцитоз із зсувом вліво. Олігурія.

Інструментальні дані

Ендоскопічне дослідження. Найбільш ефективний і достовірний метод діагностики. Виконується відразу при надходженні хворого в стаціонар.

Завдання ендоскопічного дослідження: виявити джерело кровотечі та його локалізацію, визначити наявність кровотечі, оцінити надійність гемостазу в кратері виразки.

Критерії FI; F II a, b є показанням до ендоскопічного гемостазу. Використовується інфільтраційний метод (обколювання виразкового кратера судинозвужувальними препаратами) до повної зупинки кровотечі з подальшим застосуванням аргоноплазменної, радіохвильової коагуляції або діатермоелектрокоагуляції; як самостійні методи гемостазу можуть бути застосовані аргоноплазмена або радіохвильова коагуляція.

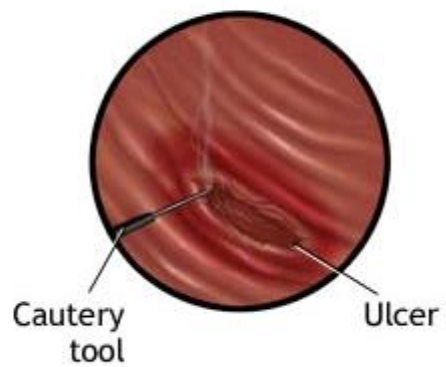
ДІАГНОСТИЧНО-ЛАБОРАТОРНІ ТЕСТИ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ З КРОВОТЕЧЕЮ

1. При підозрі на кровотечу або при її наявності при надходженні хворого у лікарню виконують клінічний аналіз крові (**Hb, Ht, кількість еритроцитів та лейкоцитів**), який є важливим показником тяжкості крововтрати і за можливістю визначають кількість тромбоцитів, рівень фібриногену, продtromбінового часу та АЧТЧ;
2. Загальний аналіз крові доцільно проводити в динаміці в терміни,
 - що залежать від загального стану пацієнта, ознак зупиненої або рецидиву кровотечі.
3. **Тромбоцити:**
 - А) Кількість тромбоцитів менша за $50 \cdot 10^9/\text{л}$ на тлі масивної кровотечі асоціюється з порушеннями гемостазу і капілярною кровотечею;
 - Б) Мінімальний цільовий рівень тромбоцитів за таких умов становить $75/10^9/\text{л}$.
4. **Фібриноген** (потрібно визначати обов'язково):
 - А) Рівень фібриногену більш чутливий, ніж ПЧ та АЧТЧ при визначенні дилуційної коагулопатії або коагулопатії споживання, що розвивається;
 - Б) Рівень фібриногену нижчий за $1,0 \text{ г/л}$ завжди недостатній при масивній крововтраті (наявні докази свідчать, що за таких умов потрібен рівень його понад $1,5 \text{ г/л}$, а більш високий рівень прискорить поліпшення гемостазу);

ЕГДС

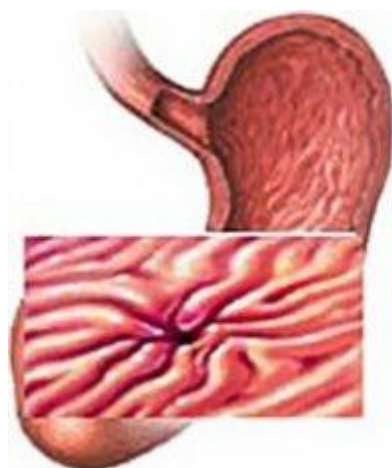


View of a duodenal ulcer through the endoscope



Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із верхніх відділів ШКТ

- а)** верифікувати джерело кровотечі, його локалізацію, розміри та тяжкість деструкції;
- б)** визначити кровотеча триває чи ні;
- в)** застосувати способи місцевого гемостазу – спробувати зупинити кровотечу, а при наявності стигмат (F II A, B) – провести ендоскопічну профілактику її рецидива;
- г)** визначити ступінь надійності гемостазу, спрогнозувати ризик рецидиву ШКК.

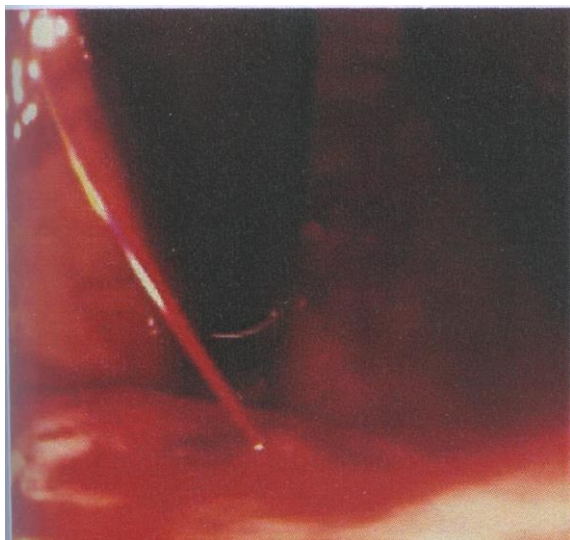


Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із товстої кишки:

- а)** визначити наявність крові в ободовій та прямій кишках;
- б)** визначити кількість крові та її характер;
- в)** верифікувати джерело кровотечі, його локалізацію та розміри;
- г)** визначити кровотеча триває чи ні;
- д)** застосувати способи місцевого гемостазу – спробувати зупинити кровотечу, а при наявності стигмат (F II A, B) – провести ендоскопічну профілактику її рецидива.

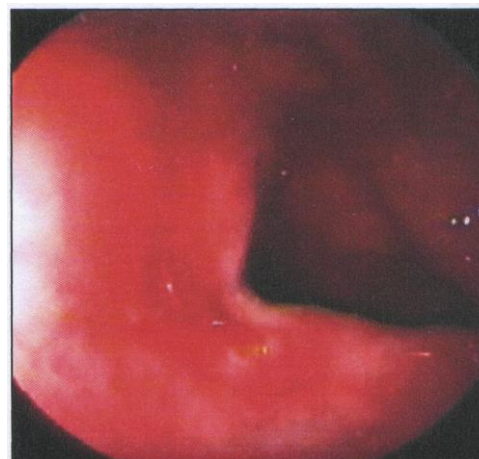
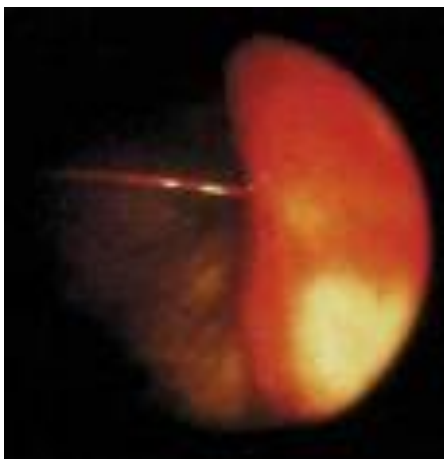
Типи кровотечі за ендоскопічними ознаками, *по* *Форесту, 1974р.*

ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТЕЧ		Частота спонтанного відновлення кровотечі
Forrest I	Активна кровотеча (в шлунку свіжа кров, згустки)	
Ia	Активна пульсація	90 %
Ib	Активне підтікання (з-під згустка, дифузна торпідна кровотеча – виразка «плаче» кровю)	30 %
Forrest II	Стигмати кровотечі (в шлунку згустки, «кофейна гуща» у значній кількості – кровотеча зпинилась менше 6-8 годин тому)	
IIa	Видима тромбована судина	50 %
IIb	Флотуючий, незформований, нефіксований тромб вкриває виразку	20 %
IIc	Чорна основа – фіксований, зформований тромб на дні виразки, фібрин з тромбованими судинами на дні	<5 %
Forrest III	Відсутність ознак кровотечі (в шлунку слиз, секреторна рідина, залишки «кофейної гущі», бліда слизова, «бідний судинний малюнок», іноді ерозії) Чиста основа виразки, дно вкрите фібрином	<2 %



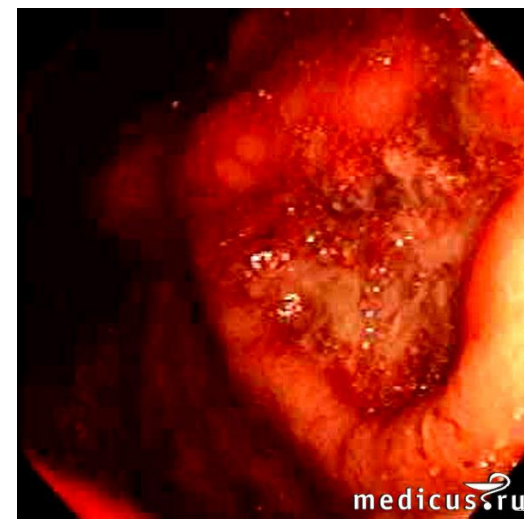
F1 A

Струминна
кровотеча



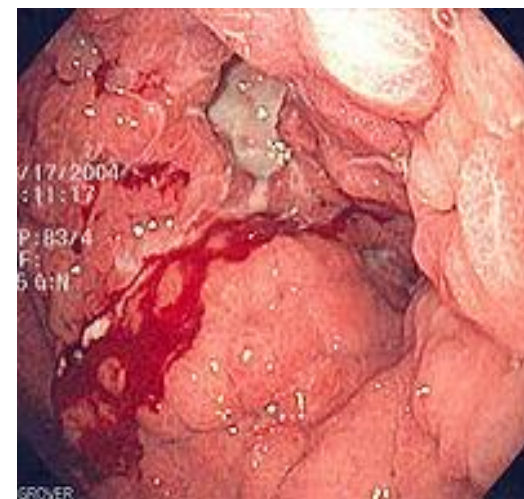
F1 C

Триваюча кровотеча —
з фіксованого згортка



F1 B

Триваюча кровотеча
- просочування





FII A

Тромбована судина



FII B

Фіксований
згортки



FII C

Мілкі тромбовані
судини



FIII

Фібрин на дні
виразки

Інші ендоскопічні ознаки виразкової кровотечі

які можуть прогнозувати несприятливі результати та/або неефективність ендоскопічного гемостазу.

До них відносяться:

- великі розміри виразки (> 2 см),
- велика трамбована судина,
- наявність крові у просвіті шлунка
- розташування виразки на задній стінці дванадцятипалої кишки або на малій кривизні шлунка

ОРГАНІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

А) Усі хворі з клінічними проявами ШКК або при обґрунтованій підозрі щодо неї, підлягають госпіталізації у містах, де є спеціалізований центр з лікування ШКК – до цього лікувального закладу, при відсутності центру – до багатопрофільної лікарні, де є відділення інтенсивної терапії, а в сільській місцевості хворого транспортують до центральної районної лікарні.

N.B.! *Госпіталізація таких хворих у найближчу лікарню може бути виправдана тільки тяжким станом хворого або іншими винятковими обставинами.*

N.N.B.! *Усі переміщення хворого з підозрою на ШКК, які пов'язані з транспортуванням, діагностичними або лікувальними заходами, виконують тільки на каталці в лежачому положенні.*

Розподіл пацієнтів з кровотечею

У залежності від вираженості проявів кровотечі (за її активністю і величиною крововтрати за даними ЕГДС) та стану хворого, усіх пацієнтів зі шлунково-кишковими кровотечами за своїми лікувально-діагностичними ознаками розподіляють на **три основні групи**:

- А) Перша група** – хворі з наявними клінічними ознаками кровотечі, яка супроводжується нестабільними показниками центральної гемодинаміки або критичним станом (втрата понад 40% ОЦК);
- Б) Друга група** – хворі з вираженими ознаками анемії, але без наявних клініко-лабораторних ознак кровотечі, яка триває в просвіт ШКТ;
- В) Третя група** – це хворі з встановленим (за анамнестичними і об'єктивними ознаками) фактом перенесеної кровотечі в просвіт ШКТ, але з помірними або середнього ступеня тяжкості клінічними проявами післягеморагічної анемії.

Лікувальна тактика

Лікувальна тактика при гострих ШКК ґрунтується на наступних критеріях:

- причина кровотечі,
- локалізації і характері джерела кровотечі,
- тривалості кровотечі та її динаміки,
- ефективності ендоскопічних і консервативних заходів гемостазу,
- тяжкості стану хворого, яка обумовлена крововтратою, основним і супутніми захворюваннями.

Питання тактики допомоги

Питання про місце надання медичної допомоги, її обсяг та послідовність приймає мультидисциплінарна команда фахівців (хірург, анестезіолог, ендоскопіст):

- **хірург** та **анестезіолог** сумісно визначають відділення, куди слід госпіталізувати хворого,
- **хірург** визначає тактику лікування,
- **анестезіолог** – ступінь тяжкості стану хворого, величину крововтрати, послідовність корегуючої терапії та здійснює її,
- **ендоскопіст** виконує ендоскопічну діагностику, гемостаз та ендоскопічний моніторинг.

Лікувальні заходи

Усі лікувальні заходи в хворих зі шлунково-кишковими кровотечами повинні проводитися синхронно. Вони включають:

1. Загальні заходи (ліжковий режим, холод на епігастральну ділянку, зонд у шлунок для контролю гемостазу і введення гемостатиків, катетеризація центральної вени для ефективної інфузійно-трансфузійної терапії).
2. Інфузійно-трансфузійна терапія (для відновлення ОЦК, корекції водно-електролітних порушень, ліквідації метаболічного ацидозу, відновлення колоїдно-осмотичного тиску і реологічних властивостей крові, усунення анемії).
3. Гемостатична терапія.
4. Противиразкова терапія;
5. Лікувально-діагностична ендоскопія (має на меті діагностику джерела кровотечі і його зупинку, моніторинг ефективності гемостазу і прогноз рецидиву кровотечі);
6. Хірургічне лікування (екстрені, термінові, відтерміновані і планові операції).

Лікувальна ендоскопія при гострій ШКК із верхніх відділів ШКТ

Лікувальну ендоскопію при кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту застосовують з метою:

- а)** тимчасової зупинки кровотечі;
- б)** остаточної зупинки кровотечі;
- в)** впливу на патологічний процес із зупиненою кровотечею для попередження її рецидиву в найближчий час при стигматах кровотечі FIIA, F IIB.

При наявності кровотечі із хронічної або гострої виразки шлунка, ДПК, синдромі Меллорі-Вейсса, що триває (F I) та наявності нещодавньої кровотечі (F IIA, F IIB)

використовують мініінвазивні ендоскопічні втручання (МІВ) спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, але і на її профілактику:

- біполярна коагуляція,
- аргонплазмова коагуляція,
- тепловий зонд,
- радіочастотна коагуляція,
- лазерна коагуляція,
- механічний гемостаз шляхом ендоскопічного кліпування, лігування,
- ендоскопічна ін'єкційна терапія – адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, новокаїн 0,25–0,5%, спирт або їх комбінація;
- склеротерапія варикозно розширеної вени стравоходу що кровить (при портальній гіпертензії).

Лікування кровотечі:

Фіброгастроскопічні:

- електрокоагуляція
- діатермокоагуляція
- лазерна коагуляція
- склеротерапія
- емболізація

в/в **Омез, Ланзап,**
свіжозаморожена плазма,
поліглюкін, рефортан,
реосорбілакт
соматостатин, діцинон



ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕВ

У залежності від вираженості проявів кровотечі та стану хворого, усіх пацієнтів із ШКК за своїми діагностично-лікувальними ознаками розподіляють на три основні групи:

- 1) ***Хворі з кровотечею, яку неможливо зупинити ендоскопічно:***
 - підлягають екстреному операційному втручанню за абсолютними показаннями;

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕВ

2) Хворі з активною кровотечею (F IA), що зупинена:

- індивідуально по відношенню до кожного пацієнта приймають рішення про вибір способу лікування (невідкладна або рання відтермінована операція, в залежності від обтяжливих факторів прогнозу ризику рецидиву кровотечі, або консервативне лікування та ендоскопічний моніторинг);

3) Хворі з зупиненою кровотечею (F IB) при наявності зупиненої кровотечі при підтіканні з-під фіксованого згортка (F Ix), наявності стигмат (F IIA, F IIB, F IIC) та відсутності ознак нещодавньої кровотечі (F III) підлягають консервативному лікуванню та ендоскопічному моніторингу.

Рекомендації:

- У плановому порядку проведення повторного ендоскопічного дослідження не рекомендовано.
- При повторній кровотечі в більшості випадків рекомендована друга спроба ендоскопічного гемостазу.
- При невдачі ендоскопічного лікування показана консультація хірурга.
- При невдачі ендоскопічного лікування в якості альтернативи хірургічному втручанню необхідно розглядати доцільність черезшкірної емболізації кровоносних судин (при наявності такої можливості).
- *ESGE(2015) не рекомендує рутинне застосування другої ендоскопії при неварикозних ШКК.*
- *У пацієнтів із клінічною ознакою рецидиву ШКК після успішного початкового ендоскопічного гемостазу, ESGE рекомендує повторну ЕГДС з гемостазом якщо потрібно.*
- *У разі невдачі цієї другої спроби гемостазу **транскатетерну ангіографічну емболізацію або операцію слід розглядати (сильна рекомендація, висока якість доказів).***

Хірургічне лікування

Використовують два основних способи лікування:

1. Активна тактика - оперативне лікування на висоті кровотечі.
2. Вичікувальна тактика, яка передбачає зупинку кровотечі консервативними засобами і в подальшому - планове оперативне втручання.

Абсолютним показанням до нього є профузна кровотеча.

Умовно абсолютними показаннями є:

1. рецидивні кровотечі в анамнезі;
2. рецидив кровотечі під час лікування або неефективність консервативного лікування;
3. локалізація виразки в ділянках з посиленим кровопостачанням, в проекції магістральних судин;
4. несприятлива ендоскопічна картина (глибока виразка, кальозна виразка з тромбованою судиною).

Консервативне лікування кровотеч показано:

- а) при сумнівному діагнозі;
- б) при кровотечі першого ступеня, яка зупинена;
- в) при зупиненій кровотечі, коли відсутні дані про можливість її рецидиву;
- г) при відсутності умов для виконання операції;
- д) при наявності важкої супровідної патології.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВІЙ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ МЕВ

! При відмові хворого від операції або при наявності тяжкої супутньої патології, при якій ризик вищий за ризик операції, застосовують пролонгований ендоскопічний моніторинг з повторними оглядами, під час яких за показами також проводять мініінвазивне ендохірургічне втручання (МЕВ), що виконують на тлі консервативної терапії, надаючи перевагу внутрішньовенній інфузії інгібітора протонної помпи (ІПП) у **максимальній терапевтичній дозі**: 80 мг болюсно на 200 мл ізотонічного розчину впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин **або** Н2 блокатора гістамінових рецепторів 40 мг болюсно впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин та внутрішньовенній інфузії октреотиду по 25 – 50 мкг/год і транексамової кислоти (спочатку у дозі 1,0 грам за 10 хвилин в/в, наступна інфузія – 1,0 грам за 6 годин).

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОТЕЧІ В ПРОСВІТ ШКТ

Головна мета інтенсивної терапії гострої ШКК – попередження органної недостатності та усунення органної дисфункції, яка виникла внаслідок кровотечі.

Складові інтенсивної терапії:

- Забезпечення адекватного газообміну;
- Зупинка кровотечі;
- Поповнення дефіциту ОЦК;
- Попередження і лікування коагулопатії;
- Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності.

Індекс потреби в гемотрансфузії (ABRI, Adjusted Blood Requirement Index) $\geq 0,75$

ABRI = кількість перелитих пакетів крові
[(кінцевий гематокрит - початковий
гематокрит]

+ 0,01

- Ht або Hb вимірюються щонайменш:
 - кожні 6 год протягом перших 2 діб;
 - кожні 12 годин протягом днів 3-5
- **Метою трансфузії повинен стати гематокрит 24%, або гемоглобін 80 г/л.**

Критерії ефективності корекції дефіциту ОЦК

- підвищення систолічного АТ до нижньої межі норми;
- зменшення частоти серцевих скорочень;
- потепління та порожевіння шкірних покривів;
- збільшення пульсового тиску;
- SatO₂ понад 90%;
- діурез понад 0,5 мл/кг/год.

2. Коли оперувати?

В екстреному порядку – перфорація, кровотечі, що не піддаються ендоскопічному гемостазу.

В невідкладному порядку – ВК з високим ризиком раннього рецидиву.

В плановому порядку - ВХ та її ускладнення, що не піддаються або безперспективні для консервативних методів лікування.



ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРИХ ШКК

Характер та обсяг оперативних втручань визначають:

- Характером патологічного процесу, який обумовлює кровотечу (виразка шлунка, виразка ДПК, синдром Меллорі-Вейсса та інш.);
- Станом хворого (компенсований, декомпенсований);
- Кваліфікацією наявної хірургічної та анестезіологічної бригад;
- Матеріальним забезпеченням оперативного втручання.

Пацієнти з кровотечею, яка зумовлена цирозом печінки

Це особлива група хворих:

- при підозрі на кровотечу із варикозно розширених вен стравоходу лікар повинен звернути увагу на наявність розширення вен передньої черевної стінки, асцит, збільшені розміри печінки та селезінки;
- оцінити анамнестичні дані про перенесений вірусний гепатит, зловживання алкогольними напоями та інше;
- хворих з кровотечею із вен стравоходу спрямовують у відділення інтенсивної терапії для проведення комплексу діагностичних та лікувальних заходів;
- діагноз кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу **повинен бути** підтверджений при ендоскопічному дослідженні;
- при наявності цирозу печінки, життєву загрозу у зв'язку з кровотечею становить розвиток печінкової недостатності, що визначає необхідність проведення заходів для зупинки кровотечі.

КРОВОТЕЧА ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ

Головні напрямки консервативного і хірургічного лікування гострої кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка:

- А) Фармакологічні методи зупинки гострої кровотечі і запобігання її раннім рецидивам: *вазопресин, терліпресин, соматостатин і його аналоги, такі як октреотид*;
- Б) Інструментальні методи зупинки гострої кровотечі: *балонна тампонада, мініінвазивні ендохірургічні втручання*.

Комбінація фармакологічної терапії і МЕВ є найраціональнішим підходом до лікування гострих варикозних кровотеч.

Методи хірургічного лікування портальної гіпертензії

Шунтуючі операції, які забезпечують викид портальної крові в *систему нижньої порожнистої вени (умовно радикальні операції)*:

- неселективне портосистемне шунтування (портокавальний, центральний спленоренальний, мезентерікокавальний, калібрований портокавальний анастомози),
- селективне портосистемне шунтування (дистальний спленоренальний анастомоз);

Операції, які передбачають роз'єднання вен стравоходу і шлунка (симптоматичні операції):

- **рентгенендоваскулярні методи лікування:**

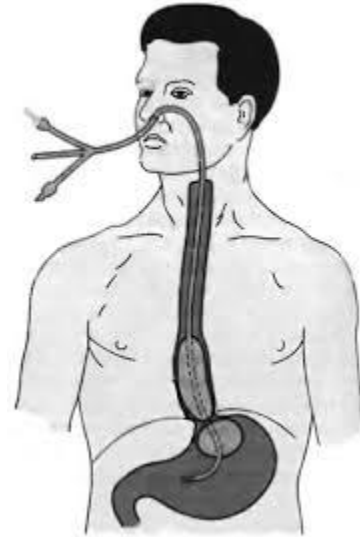
1. Селективна емболізація селезінкової та лівої шлункової артерій спіралями Гіантурко або поліуретановими мікросферами (застосовується на другому етапі лікування після зупинки кровотечі, поглибленого обстеження хворого та виконання доплерографічного дослідження)
2. трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (TIPS) – як правило, застосовують, як етап підготовки хворого до трансплантації печінки.

Вибір способу і обсягу операції:

- **судинні анастомози** показані хворим цирозом печінки **класу А за Child-Pugh** із задовільними параметрами центральної і печінкової гемодинаміки, а також з нормальними значеннями маркерів цитолізу.

Синдромі Меллорі-Вейсса

- **Лікування** абсолютної більшості хворих із синдромом Меллорі-Вейсса – консервативне.
- Лише у виняткових випадках при неефективності комплексу консервативного лікування показано виконання **екстреного хірургічного втручання**.
- Операцією вибору є:
 - висока гастротомія,
 - економне висічення країв розриву з подальшим зшиванням дефекту слизової оболонки, що утворився.
- Альтернативою можуть бути:
 - прошивання судин тріщини, що кровоточить (**операція Бейе**),
 - а також прошивання їх через серозну оболонку органу під контролем введенного у шлунок ендоскопу.



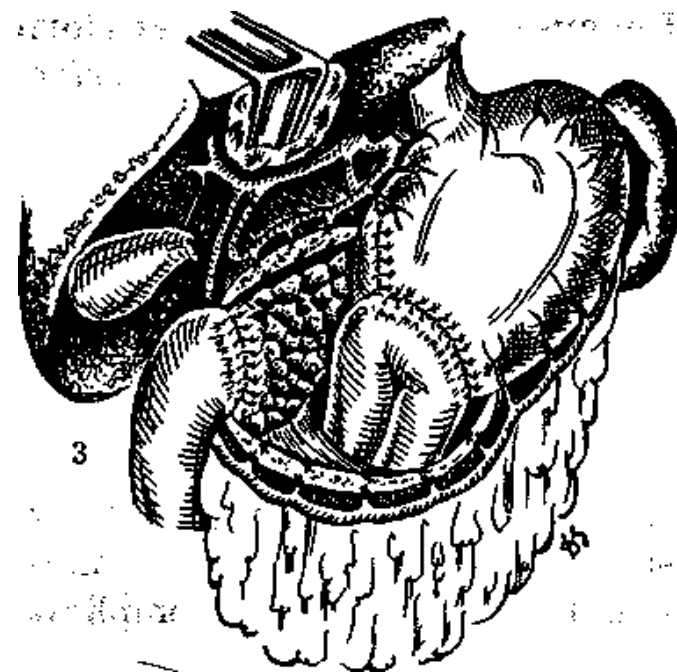
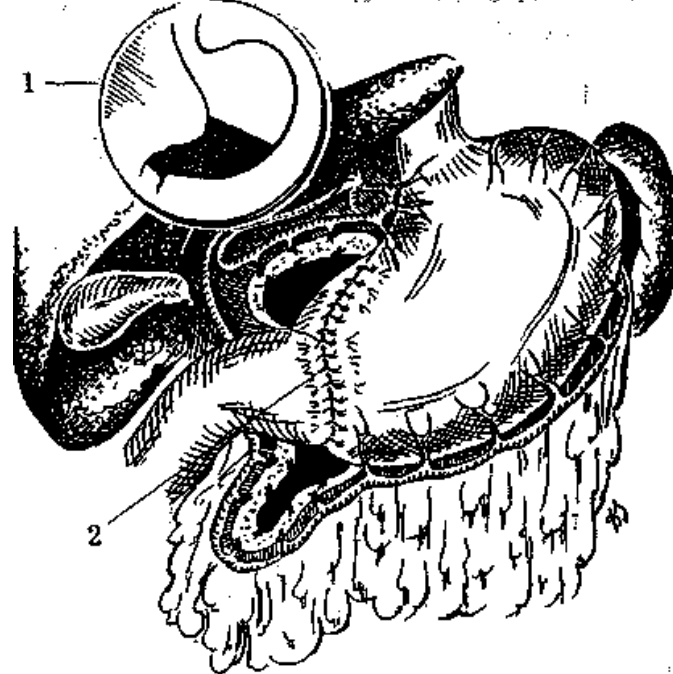
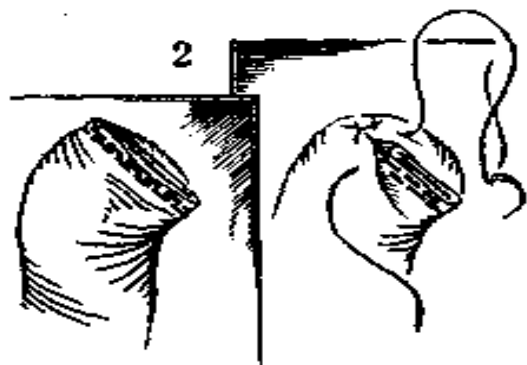
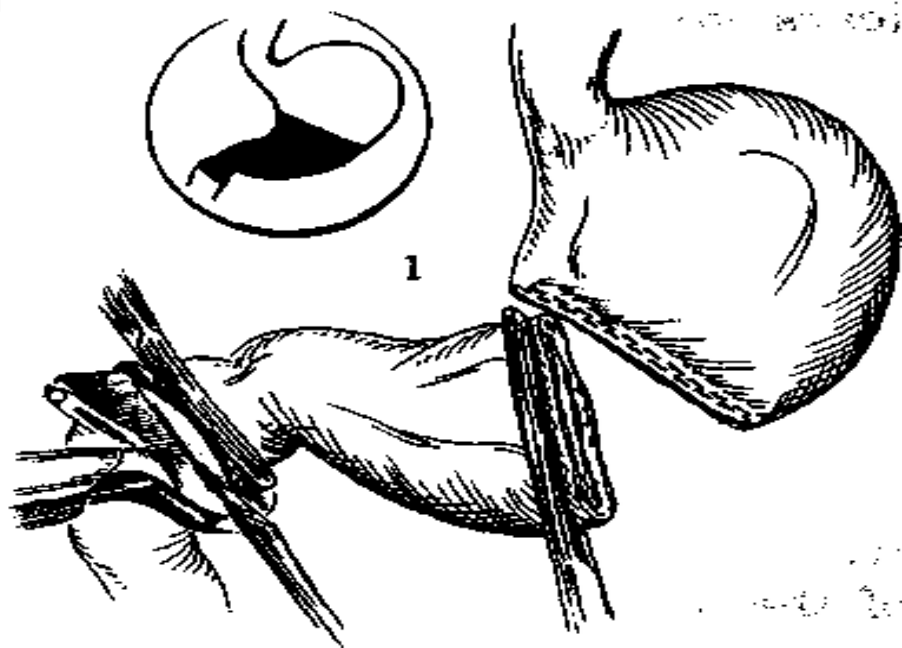
ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА

Основним методом лікування є консервативний
При неефективності усього комплексу
консервативних заходів – показано виконання
екстреного хірургічного втручання.

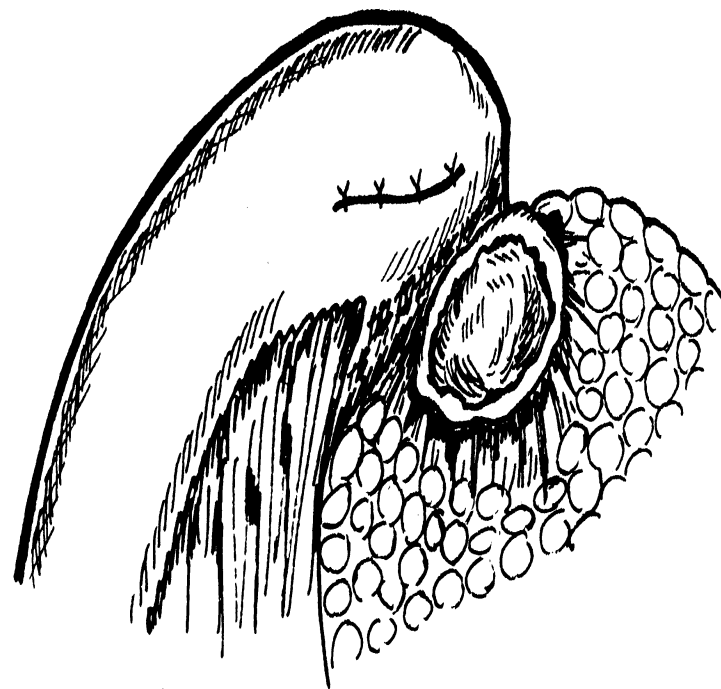
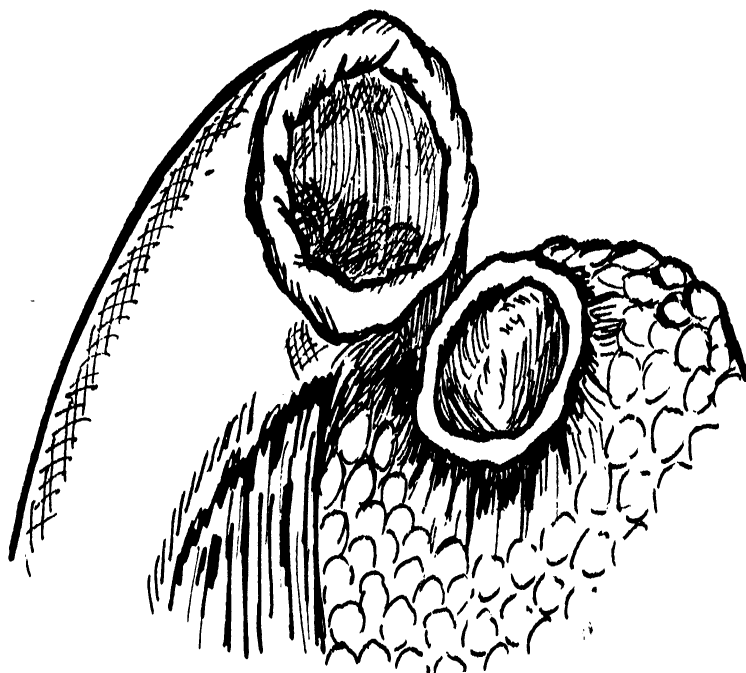
Операціями вибору при локалізації виразки у шлунку є:

- висічення виразки (клиноподібна резекція шлунка).
- резекція шлунка (різного обсягу) в залежності від локалізації, розмірів виразкової деструкції (проксимальна, дистальна, сегментарна із збереженням воротаря, та за модифікаціями анастомозів за Більрот-I, Більрот II, Ру).

Резекція шлунка

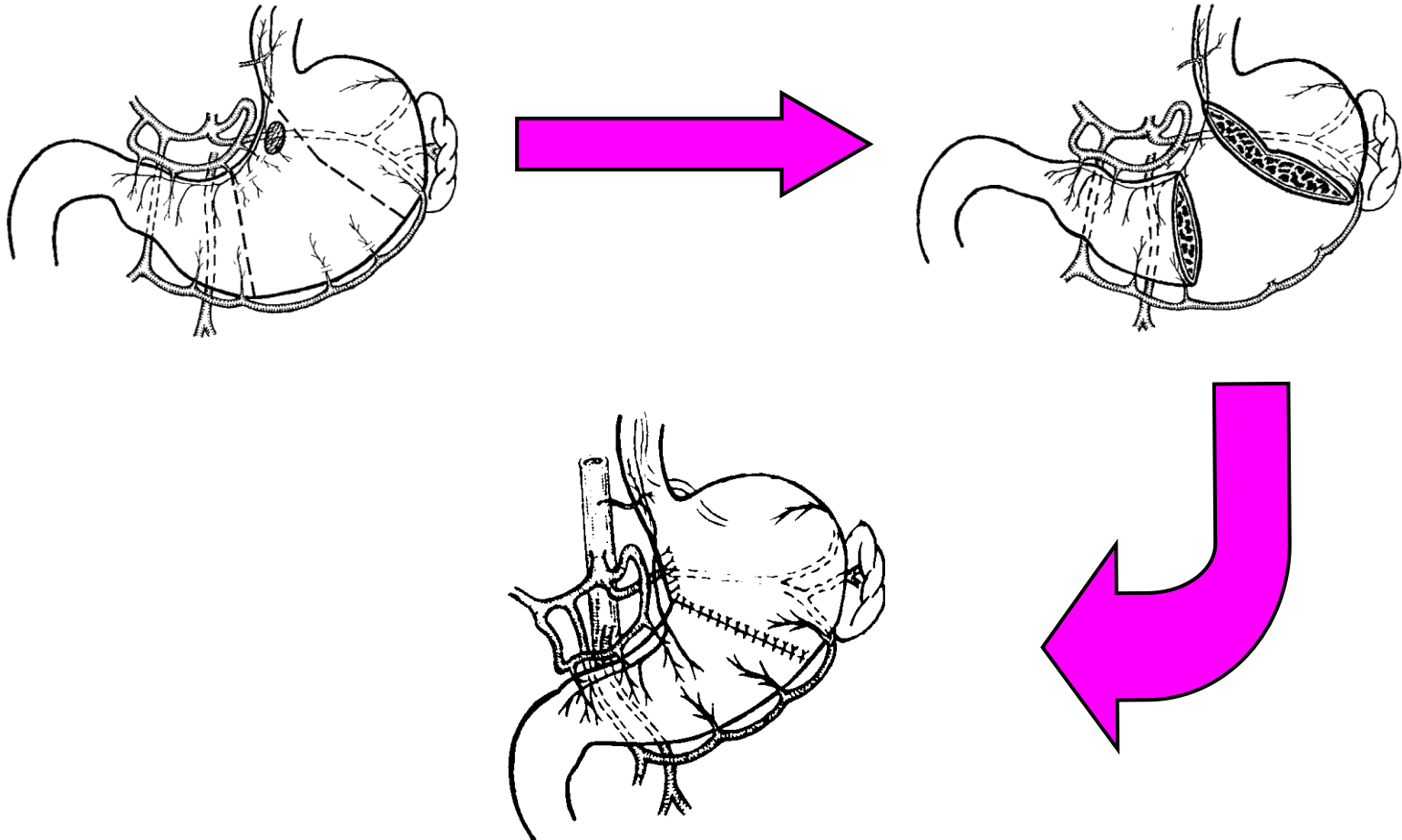


**Обробка кукси ДПК
при низьких пенетруючих виразках
(за Ю.Т.Коморовським)**

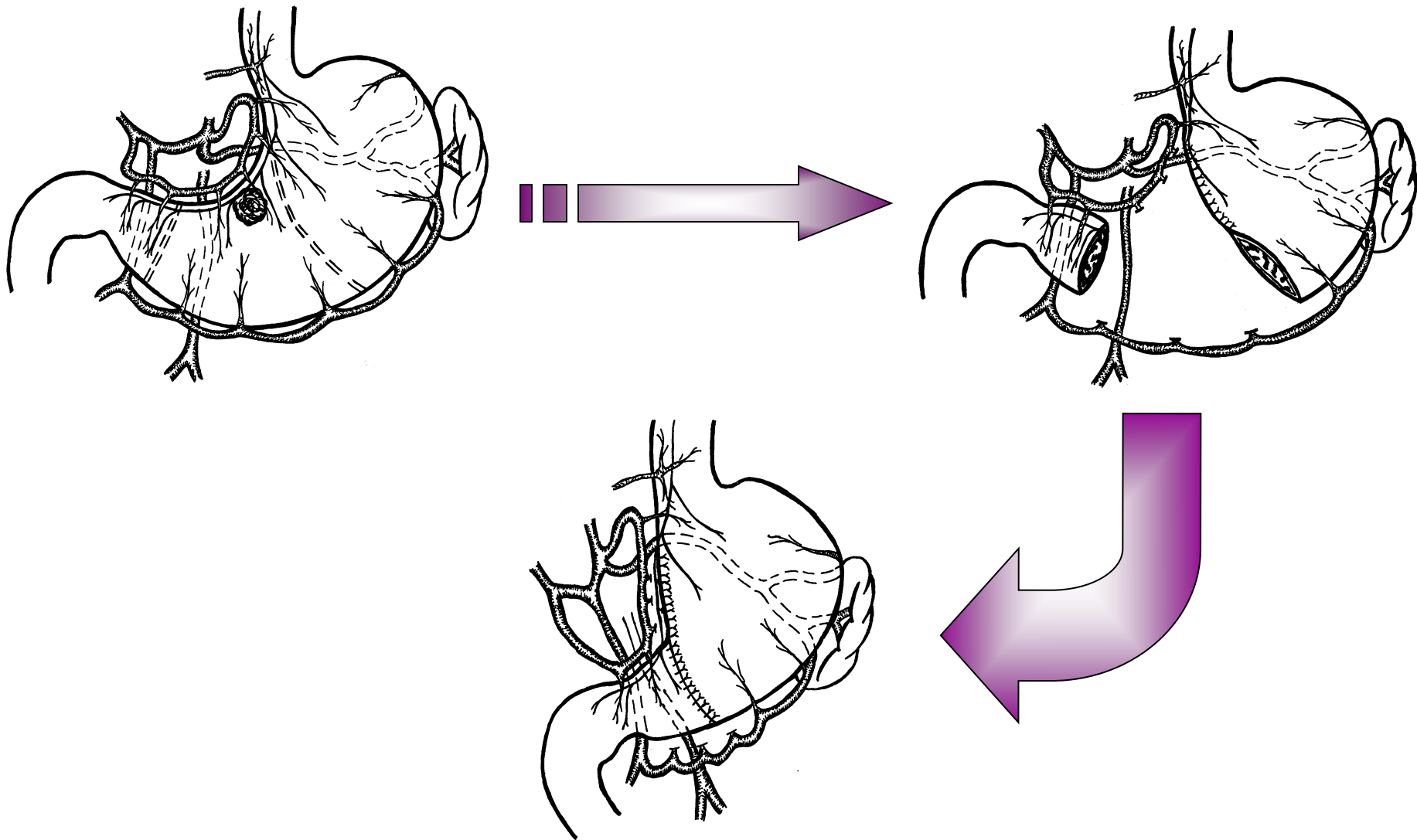


Прицільна резекція ішемізованого сегменту шлунка

(за Л.Я.Ковальчуком)



Надпілорична резекція за Макі-Шалімовим



ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

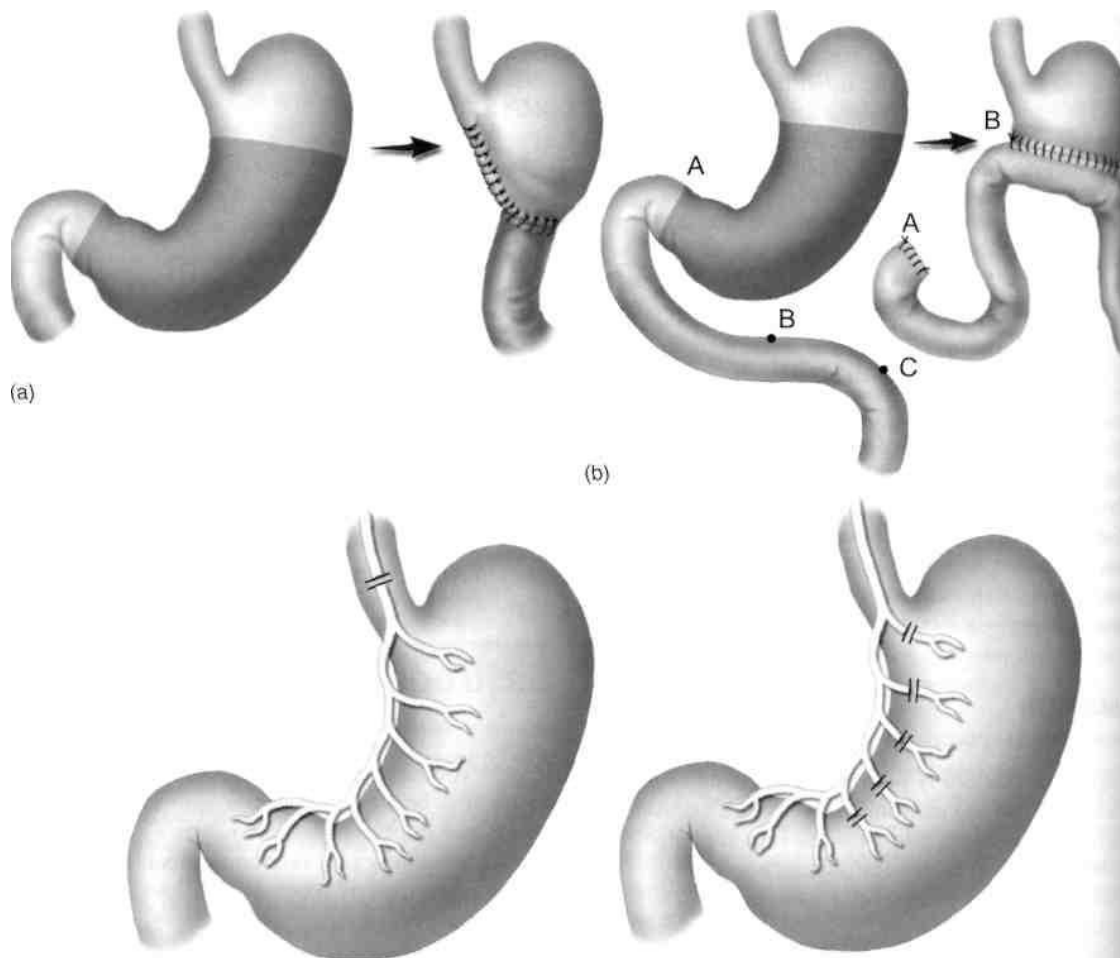
Операціями вибору при локалізації виразки у ДПК є:

- органозберігаючі операції з ваготомією + висічення виразки + дуоденопластика або пілоропластика, дренування черевної порожнини, проведення зонда для ентерального харчування.

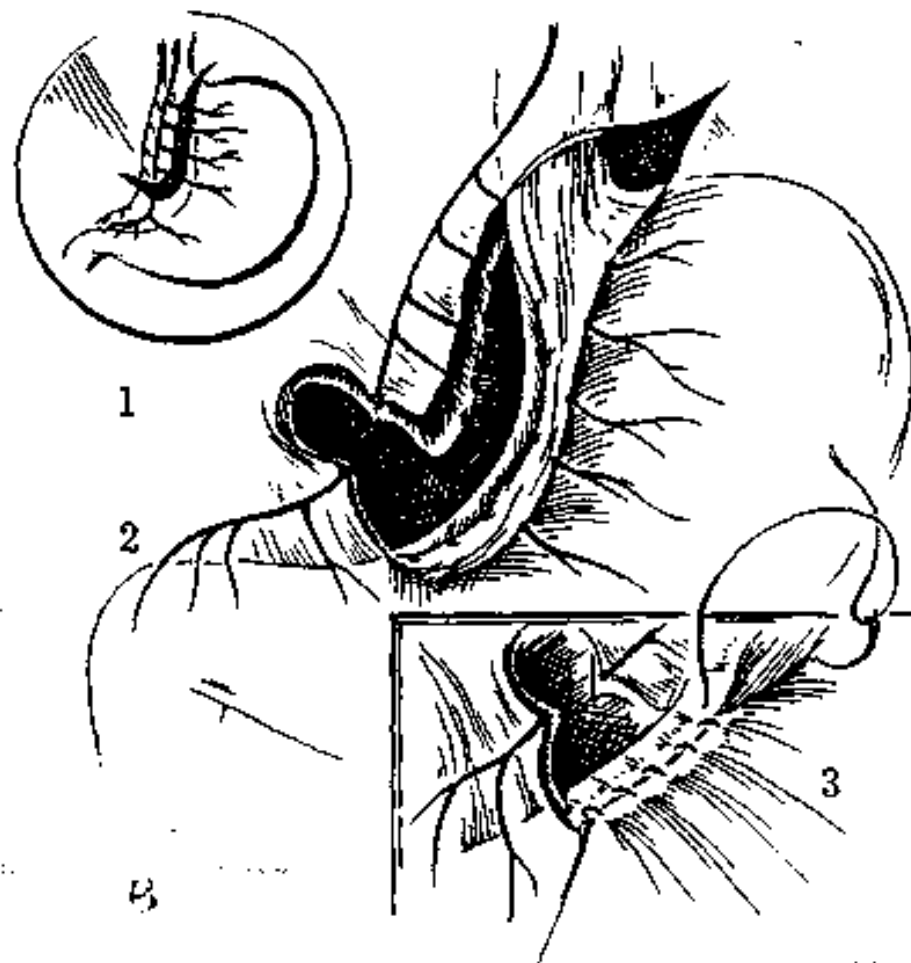
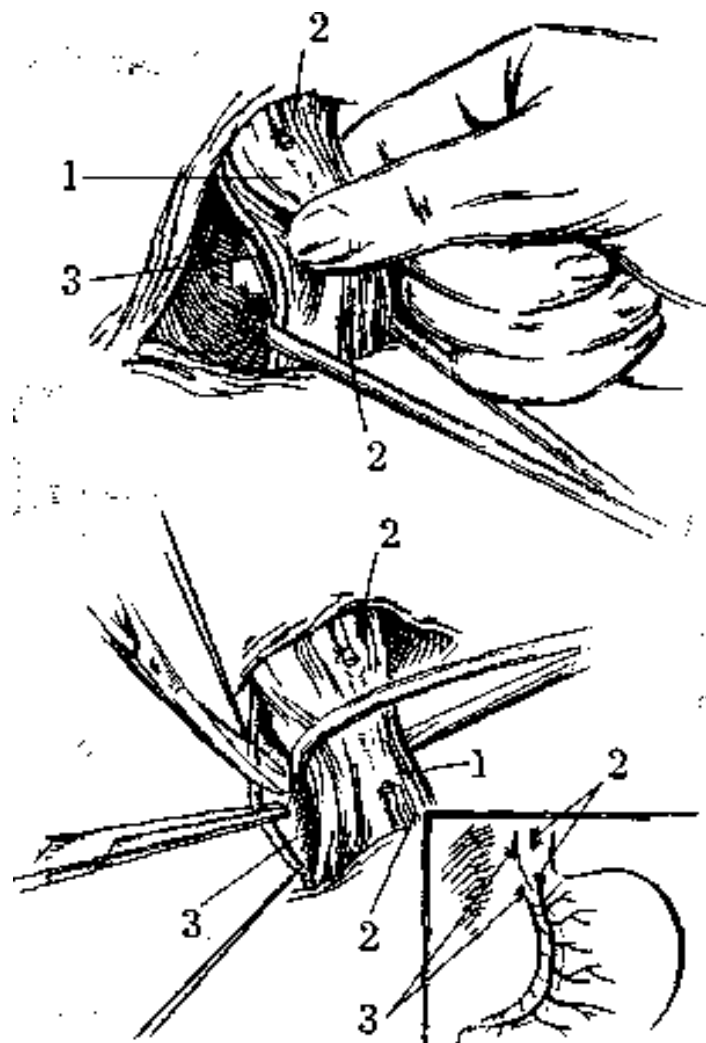
Може бути виконана також:

1. СПВ + ДП (дуоденопластика) або ПП (пілоропластика) із висіченням виразки або виведенням виразки за межі кишкового каналу;
 2. КВ (комбінована ваготомія) + ДП або ПП із висіченням виразки або виведенням виразки за межі кишкового каналу;
 3. СВ(селективна ваготомія) або ТВ(трункулярна ваготомія)(менш бажано) + ПП(пілоропластика) із висіченням виразки або виведенням виразки за межі кишкового каналу;
 4. При поєднанні ускладнень гострокровоточивої дуоденальної виразки із дуоденальним стенозом та дилатацією шлунка може бути виконана СВ або ТВ + антрумектомія(або гемігастректомія).
- **у пацієнтів, які знаходяться у стані геморагічного шоку, з крововтратою тяжкого та вкрай тяжкого ступеня (Ш – IV клас), з супутньою патологією в стадії субкомпенсації операцією вибору є висічення виразки або виведення виразки за межі кишкового каналу із дуодено- або пілоропластикою.**

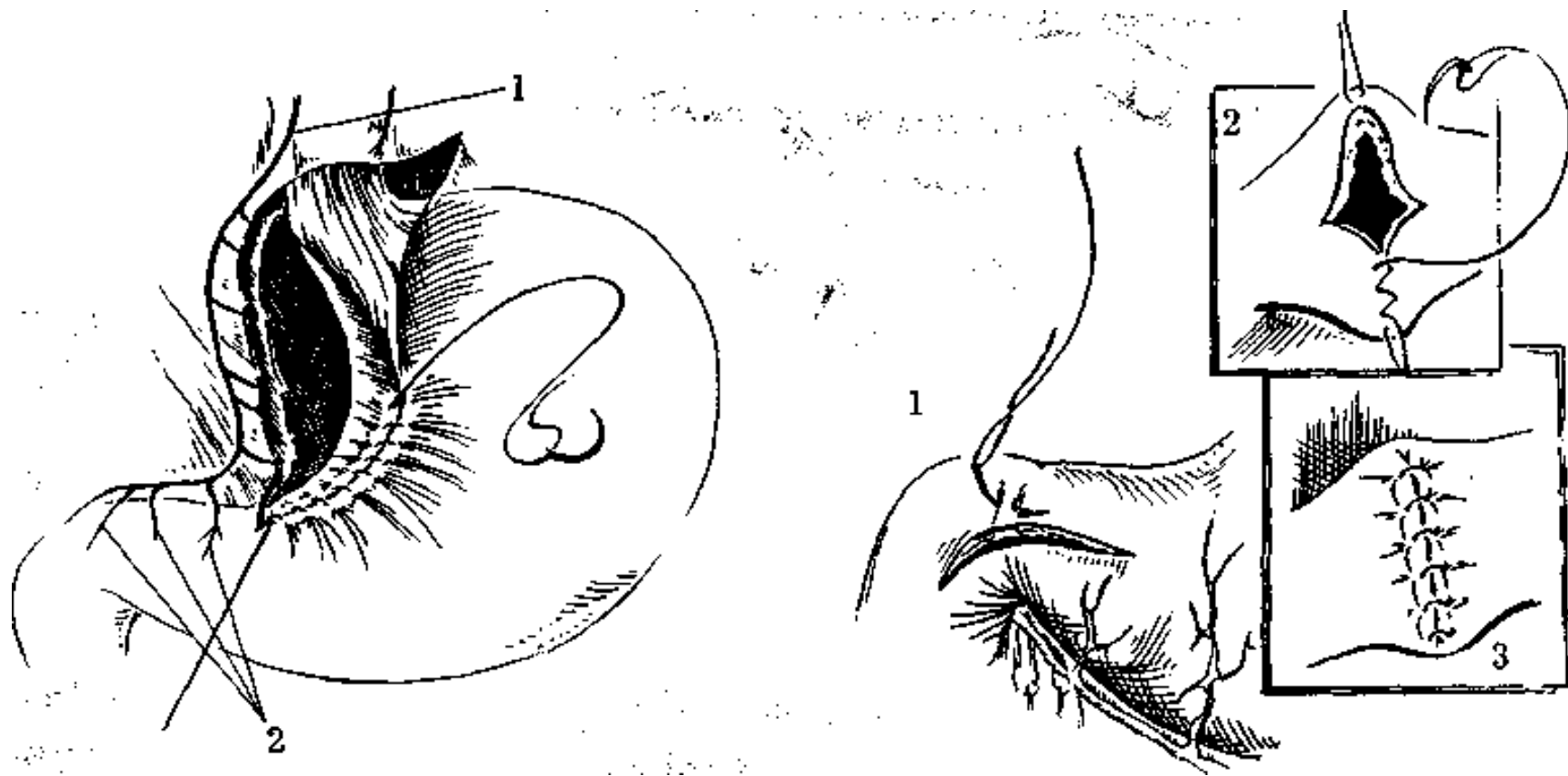
Види резекцій шлунка та ваготомій



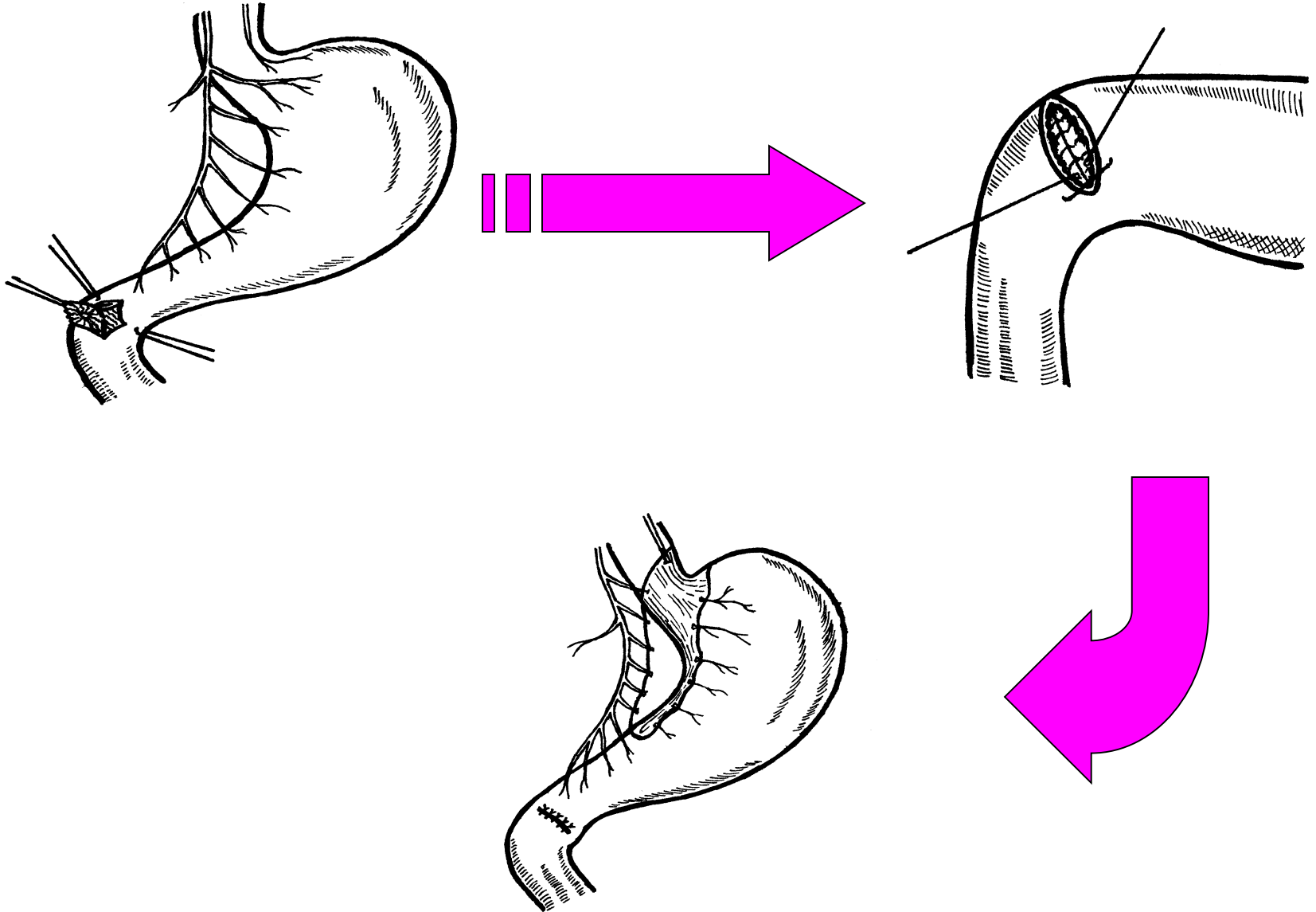
Ваготомія



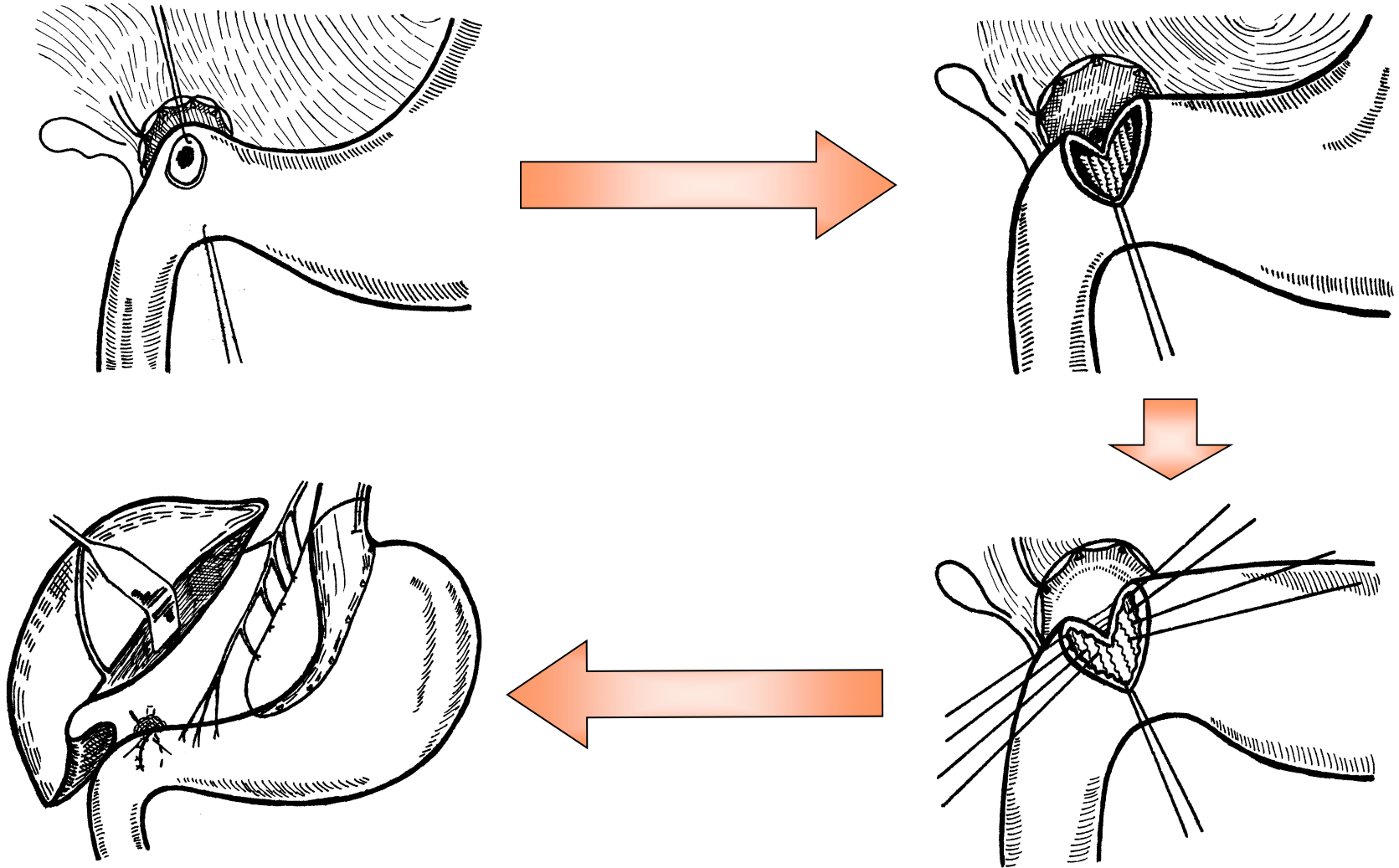
Ваготомія



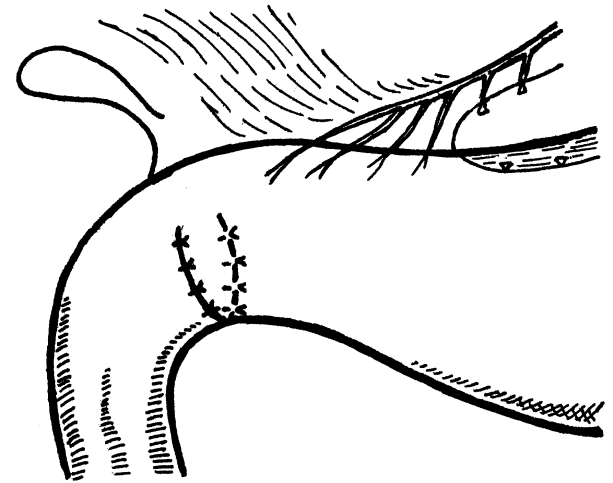
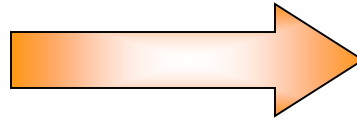
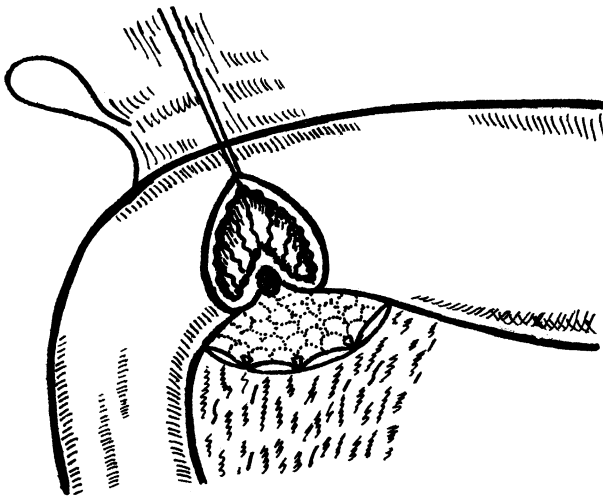
Дуоденопластика



Дуоденопластика при пенетрації виразки в гепатодуоденальну зв'язку



Дуоденопластика при пенетрації виразки в головку підшлункової залози



ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА АНАСТОМОЗУ, УСКЛАДНЕНА ШКК

Операції при пептичній виразці різної локалізації:

- а) при пептичній виразці гастроентероанастомозу операцією вибору є контроль повноти ваготомії виконанням селективної реваготомії шляхом мобілізації абдомінального відділу стравоходу, висічення виразки, яка кровоточить;***
- б) при пептичній виразці гастродуоденоанастомозу – контроль повноти ваготомії, висічення виразки, яка кровоточить;***
- в) при виконанні операції у відтермінованому періоді при пептичній виразці гастроентероанастомозу операцією вибору є селективна реваготомія із ререзекцією гастроентероанастомозу за Ру,***
- г) або - селективна реваготомія із антрумектомією або гемігастректомією за Ру.***

ДИВЕРТИКУЛЬОЗ ОБОДОВОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ

Операціями вибору при локалізації дивертикулів в кишечнику є:

а) гостра кровотеча:

- сегментарні резекції ураженого дивертикулами відрізка тонкої чи ободової кишок (резекція тонкої кишки, правобічна або лівобічна геміколектомія, резекція поперечно-ободової або сигмовидної кишок, субтотальна колектомія) з вирішенням питання про можливість накладання кишкового анастомозу або обструктивного втручання в залежності від загального стану хворого;
- ***у пацієнтів, які знаходяться у стані геморагічного шоку, з крововтратою тяжкого та вкрай тяжкого ступеня (Ш – IV клас), з супутньою патологією в стадії субкомпенсації операцією вибору є прошивання судин, які кровопостачають відповідний відділ кишечника, накладання обхідних анастомозів або колостом;***

б) хронічна кровотеча:

- хірургічне втручання резекційного характеру після поповнення крововтрати в плановому порядку.

ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

- *При неефективності комплексу консервативних заходів* показано виконання екстреного хірургічного втручання:
 - колпроктектомія з ілеоанальним анастомозом;
 - або колектомії з формуванням одностовбурової ілеостоми;
 - ***при декомпенсованому стані*** в якості першого етапу виконується двостовбурова ілеостома.
- **При відносних показаннях (хронічна кровотеча:**
 - колпроктектомія,
 - колектомія з формуванням одностовбурової ілеостоми
 - або колектомія з низведенням тонкої або залишку товстої кишки в анальний канал та створенням резервуарів в порожнині малого тазу.

ХВОРОБА КРОНА

При неефективності комплексу консервативних заходів показано виконання екстреного хірургічного втручання.

- обструктивна резекція ураженого сегменту кишки;
- обструктивна колектомія (при тотальному ураженні товстої кишки);
- формування ілео- або колостоми з дренуванням черевної порожнини;

При відносних показаннях (хронічна кровотеча) застосовуються:

- сегментарна резекція ураженої кишки з накладанням анастомозу;
- колектомії з черевно-анальною резекцією прямої кишки (при панколіті);
- стриктуропластика (при ураженнях тонкої кишки);
- гастроентероанастомія (при ураженнях дванадцятипалої кишки).

ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ

При неефективності комплексу консервативних заходів показано термінове лігування гемороїдальних вузлів, які кровоточать, шляхом прошивання вузлів або накладання латексних кілець;

При кровотечі, яка зупинилася, та крововтраті тяжкого ступеня:

- а)** поповнення крововтрати шляхом внутрішньовенного крапельного введення розчинів кристалоїдів, колоїдів та еритроцитарної маси;
- б)** уточнення діагнозу за допомогою ендоскопічних (ректороманоскопія, сигмо- та колоноскопія) методик;
- в)** обґрунтування обсягу хірургічного втручання та його виконання в плановому порядку.

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!