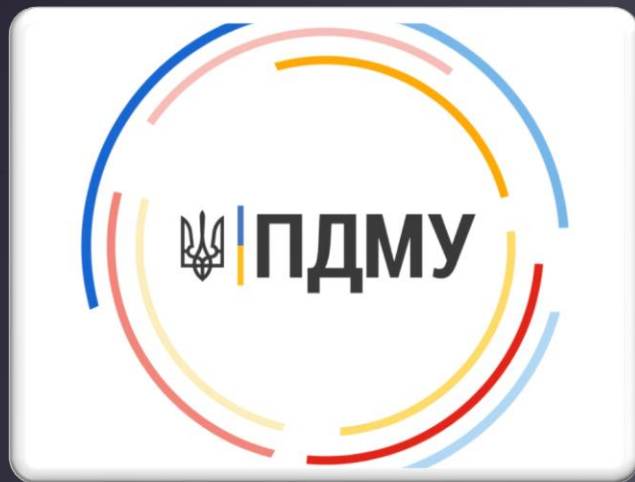




Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

Тема: Кровотечі з нижніх відділів ШКТ

Полтава 2023



Кровотечі з нижнього відділу ШКТ (нижче зв'язки Трейца) $\approx 20\%$ пацієнтів, які госпіталізовані з приводу кровотечі до ШКТ. Найчастішою **причиною** серйозних кровотеч є дивертикули товстого кишечника, рідше — запальні захворювання кишечника, геморої (варикозно розширені гемороїдальні вени), новоутворення і судинні мальформації, а в дитячому і підлітковому віці — інвагінації (на основі поліпів), запальні захворювання кишечника, запалення дивертикулу Меккеля і поліпи тонкого або товстого кишечника.

Кровотеча також може бути наслідком коагулопатії

Класифікація



1. В залежності від етіологічного чинника:

- кровотечі, що ускладнюють перебіг захворювання травного каналу;
- кровотечі, не пов'язані з патологією шлунково-кишкового тракту.

2. Від ступеня геморагічного шоку (за Рябовим Г.А.):

- кровотеча компенсована;

- кровотеча декомпенсована зворотна;
- кровотеча декомпенсована не зворотна

3. За клінічним перебігом:

- прихована кровотеча;
- - струминна чи дифузна кровотеча, що продовжується;
- кровотеча, що зупинена;

Ступінь крововтрати (за Шалімовим О.А.):

- I ступінь, легкий. Втрата до 20% об'єму циркулюючої крові. Загальний стан хворого задовільний або середньої тяжкості. Шкіра бліда. Пульс 90 – 100 ударів за 1 хвилину. Артеріальний тиск 100 – 90/60 мм рт.ст. Олігурія.
- II ступінь, середньої тяжкості. Втрата від 20 до 30% об'єму циркулюючої крові. Загальний стан хворого середньої тяжкості. Шкіра бліда. Пульс 120 – 130 ударів за 1 хвилину, слабого наповнення. Артеріальний тиск 90 – 80/50 мм рт.ст. Липкий піт, дихання поверхневе, прискорене, виражена олігурія.
- III ступінь, тяжкий. Втрата більше 30% об'єму циркулюючої крові. Загальний стан хворого тяжкий або надзвичайно тяжкий, втрата свідомості, пригнічення м'язових рефлексів. Шкіра блідо-ціанотична або вкрита ціанотичними плямами (розлади мікроциркуляції), холодна. Пульс 130 – 140 ударів за 1 хвилину, ниткоподібний, може на периферичних артеріях не визначатись. Артеріальний тиск 0 - 60 мм рт.ст. Дихання поверхневе, рідке. Анурія. Втрата 50 – 60% об'єму циркулюючої крові викликає зупинення серця внаслідок недостатнього кровопостачання міокарда.

КЛІНІЧНА КАРТИНА :



Криваві випорожнення (як виняток — дьогтеподібні) або з яскраво-червоним кров'янистим вмістом, що виходить з ануса; симптоми дефіциту циркулюючої крові (шоку).

ДІАГНОСТИКА

На джерело кровотечі може вказувати анамнез, але остаточний діагноз встановлюється на основі ендоскопічної картини, а при драматичному перебігу кровотеч — під час операції.

Допоміжні дослідження

1. Лабораторні аналізи:

1) **загальний аналіз периферичної крові** — слід пам'ятати, що зменшення гематокриту, рівня гемоглобіну і кількості еритроцитів може не виявлятися, поки не наступить розрідження крові міжклітинною рідиною, що надходить до внутрішньосудинного об'єму, або за рахунок інфузії рідини, що не містить еритроцитів (напр. 0,9 % NaCl);

2) **МНВ та інші дослідження системи згортання крові** — особливо важливі у хворих, які отримують антикоагулянтне лікування, тим паче, що інформацію про таке лікування інколи неможливо отримати в осіб з порушенням свідомості; коагулопатія може також вказувати на погіршення функції печінки або вичерпання факторів коагуляції.

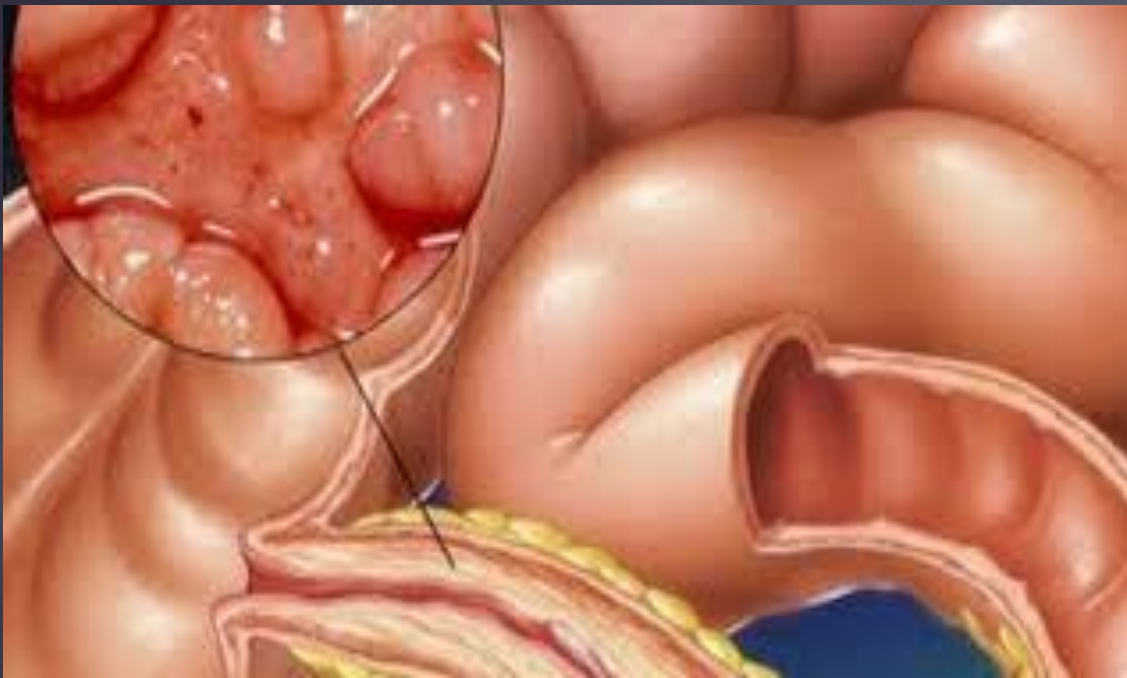
3) **дослідження на наявність прихованої крові в калі** — гваякова проба (нижча чутливість та специфічність) або імунохімічний тест (більша точність, особливо при кровотечі з нижнього відділу травного тракту).

Інструментальні методи діагностики

2. Ендоскопія верхнього або нижнього відділу ШКТ: основне діагностичне дослідження; переважно візуалізує місце кровотечі, дозволяє оцінити її інтенсивність і розпочати лікування. Класифікація інтенсивності кровотечі з виразки, за Форестом і спів.: ступінь I — активна пульсуюча кровотеча (Ia) або з просочуванням (Ib); IIa — помітно судину, що не кровоточить; IIb — тромб на дні виразки; IIc — забарвлене дно виразки; III — біле дно виразки. Якщо немає можливості негайно зробити ендоскопію → слід ввести зонд у шлунок (після забезпечення прохідності дихальних шляхів); найдостовірнішим (але не на 100 %) доказом кровотечі тільки з нижнього відділу ШКТ є виявлення жовчі у чистому шлунковому соці без домішки крові.

3. Інші допоміжні методи дослідження для виявлення місця кровотечі, особливо хронічної або рецидивуючої, локалізованої в нижньому відділі травного тракту: КТ-ангіографія, ангіографія мезентеріальних судин, сцинтиграфія з еритроцитами, міченими технецієм, капсульна або ендоскопічна ентероскопія, аноскопія.

Загальні принципи лікування ШКК включають:



- екстрену госпіталізацію пацієнта в хірургічне відділення;
- максимально швидке відновлення ОЦК за допомогою постановки внутрішньовенного катетера і подальшого проведення інфузійної терапії, переливання концентрату еритроцитів, що при наявності порушень згортання крові доповнюється трансфузією свіжомороженої плазми і тромбоцитів;
- гемостатичну терапію.



Гемотрансфузії проводять при явищах гіповолемічного шоку, а також при зниженні рівня гемоглобіну менше 100 г/л (10 г%). При цьому необхідну кількість доз крові для переливання (n) (по 500 мл кожна) розраховують за формулою: $n = 10 - X$ (де X – кількість гемоглобіну в г%). При наявності симптомів шоку додають ще 4 дози крові, а при відновленні кровотечі після її початкової зупинки – ще 2 дози. Виявлення при ендоскопічному дослідженні ознак активної виразкової кровотечі (струминної або з повільним виділенням крові) є показанням до застосування ендоскопічних методів зупинки кровотечі, які в таких випадках ефективно знижують ризик повторних кровотеч, показники летальності, частоту екстрених хірургічних втручань.

Фармакологічний гемостаз передбачає внутрішньовенне (в/в) введення блокаторів H₂-рецепторів, інгібіторів протонної помпи (ІПП), аналогів соматостатину. Ці засоби стабілізують фібриногенез, сприяють утворенню згустку, зменшують центральний кровотік і приплив крові до виразки. Вводять ранітидин 50 мг в/в крапельно кожні 6-8 годин або омепразол 40 мг/добу в/в крапельно, фамотидин 20 мг на ізотонічному розчині хлориду натрію в/в, пантопразол 40 мг в/в; одночасно в/в вводять амінокапронову кислоту 5% 100 мл, вікасол 1% 2 мл. Проводиться внутрішньовенна безперервна інфузія сандостатину 25 мкг/год протягом 5 днів

Методи ендоскопічного гемостазу включають:



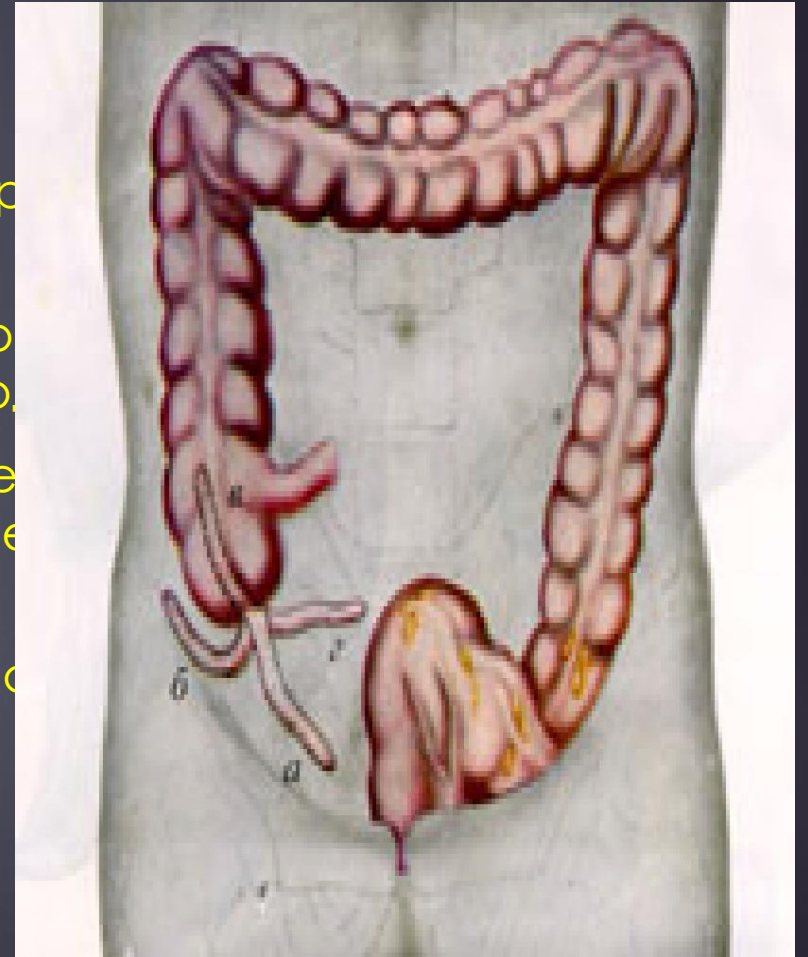
- контактну термокоагуляцію (кріо-, електро-);
- неконтактну коагуляцію (аргоном, лазерна);
- ін'єкції (адреналін, склерозанти);
- механічний гемостаз (кліпування).

Показання до хірургічного втручання зазвичай визначають індивідуально. Немає і строгих правил щодо термінів операції. Найважче завдання – прийняти рішення про припинення консервативного лікування.



Екстрена операція необхідна в таких випадках:

- ▶ проривна виразка в поєднанні з кровотечею;
- ▶ артеріальний тиск (АТ) і частота серцевих скорочень (ЧСС) нормалізувалися, але не стабілізувалися після швидкого переливу 1500 мл крові;
- ▶ АТ і ЧСС стабілізувалися, але для підтримки їх на нормальному рівні доведеться перелити понад 1500 мл крові менш ніж за 24 години;
- ▶ кровотеча триває більше 24 годин; джерело кровотечі може бути ліквідоване хірургічним шляхом. Лише деякі хворі здатні перенести операцію при тривалій кровотечі, що триває протягом 24-48 годин;
- ▶ кровотеча зупинилася, але після госпіталізації відновилася на тлі консервативного лікування;
- ▶ відсутня достатня кількість сумісної крові;
- ▶ неминуча повторна кровотеча (наприклад, при аортодуоденальній нориці).



Профілактика шлунково-кишкових кровотеч

- Доведено, що при виразках, асоційованих із *Helicobacter pylori*, необхідно провести ерадикаційну терапію, оскільки після знищення бактерій частота рецидивів виразок у дорослих не перевищує 5-10% на рік, а повторних кровотеч – 0,5%. Для профілактики кровотеч зі стресових виразок (при гострих і тяжких соматичних станах, при інтенсивній терапії і після операцій) обов'язковим є призначення антисекреторних препаратів (ІПП). Для запобігання кровотечам, пов'язаним із прийомом нестероїдних протизапальних засобів, слід пам'ятати, що тривале їх застосування має відбуватися під прикриттям антисекреторних препаратів або антацидів.
- Якщо при використанні ендоскопічних методів джерело кишкової кровотечі встановити не вдається, застосовують селективну ангіографію та сцинтиграфію, що уможлиблює виявлення, наприклад, ангіодисплазії і телеангієктазії слизової оболонки тонкої кишки. Приблизно у 80% випадків гострі кишкові кровотечі зупиняються самостійно. Можливе застосування електрокоагуляції або лазерної коагуляції під час ендоскопічного дослідження (наприклад, при кровоточивих поліпах, ангіодисплазії). При тривалій кишковій кровотечі ставиться питання про проведення операції. Застосування лікувальної ендоскопії (коагуляція джерела кровотечі) і лікувальної ангіографії (селективна інфузія судинозвужувальних засобів, емболізація судини, що кровоточить) дає змогу уникнути екстреного хірургічного втручання.



Дякую за увагу!