

Лекция «ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ».

Анатомия

В желудке различают переднюю и заднюю стенки, малую и большую кривизны, четыре отдела и два сфинктера (пищеводно-желудочный сфинктер, пилорический сфинктер).

- Кардинальный отдел, или входная часть – область желудка, расположенная на протяжении около 2-2,5 см ниже и подковообразно вокруг пищеводно - желудочного перехода.
- Дно желудка, или свод – область, расположенная выше уровня угловой вырезки.
- Тело желудка – область между дном и антральным отделом.
- Антральный отдел, или предпривратниковая часть – дистальная четверть желудка.

Слизистая оболочка состоит из поверхностного железистого эпителия, собственного и мышечного слоев. В гастроэнтерологии принято выделять функционально различные области слизистой оболочки, соответствующие отделам желудка - кардии, телу и антруму.

- 1) *Область кардиальных желез желудка* располагается в зоне примерно от 0,5 до 4 см от начала кардии. Мелкие поверхностные железы секретируют слизь.
- 2) *Париетально- клеточная область* занимает проксимальные три четверти желудка. В железах этой зоны имеется *четыре типа клеток*.
 - ✓ Слизистые клетки вырабатывают щелочную слизь.
 - ✓ *Зимогенные, или главные, клетки* выделяют пепсиноген. Эти клетки расположены в глубине фундальных желез. *Пепсиноген*-предшественник пепсина - нужен для переваривания белков.
 - ✓ *Кислотопродуцирующие, или париетальные (обкладочные) клетки* находятся только в железах дна и тела желудка. Их функция - секреция соляной кислоты и внутреннего фактора Касла.
 - Деятельность париетальных клеток стимулируют *ацетилхолин, гастрин, секретин, гистамин и блуждающим нервом*.
 - ✓ *Энтероэндокринные клетки* рассыпаны по слизистой оболочке всего желудка. Их функции многообразны (например, синтез гастрита желудочного ингибирующего пептида).
 - ✓ *Тучные клетки* собственного слоя слизистой секретируют *гистамин*.
- 3) *Слизистая пилороантральной области*
 - ✓ Пилорические железы этой области вырабатывают слизь.
 - ✓ *G- клетки* вырабатывают *гастрин*.
- 4) *Поверхностный эпителий*. Слизистую оболочку покрывает однослойный железистый эпителий, вырабатывающий муцины (слизь) и бикарбонат.

Поверхностный эпителий слизистой оболочки желудка выполняет

защитную функцию, в т.ч. путем формирования слизисто- бикарбонатного барьера.

Слизисто-бикарбонатный барьер защищает оболочку от действия кислоты, пепсина и других потенциальных повреждающих агентов. Некоторые компоненты барьера важны для реализации защитной функции эпителия.

- 1) *Слизь* постоянно секретруется на поверхность эпителия. Слой слизи имеет толщину около 1 мм.
- 2) *Викарбонат (ионы HCO_3^-)*, секретруемый поверхностными слизистыми клетками, имеет нейтрализующее действие.
- 3) *pH*. Слой слизи имеет градиент pH. На поверхности слоя слизи pH равен 2, а на поверхности эпителиальных клеток более 7.

Двенадцатиперстная кишка. В двенадцатиперстной кишке различают верхний, нижний, двенадцатиперстно-тощекишечный изгибы и четыре части: верхняя горизонтальная часть, нисходящая часть, нижняя горизонтальная часть, восходящая часть.

Артериальное кровоснабжение желудка и двенадцатиперстной кишки: левая желудочная артерия; левая желудочно-сальниковая артерия; правая желудочная артерия; правая желудочно-сальниковая артерия; желудочно-дуоденальная артерия; верхняя панкреатодуоденальная артерия; нижняя панкреатодуоденальная артерия; короткие артерии желудка.

Лимфатическая система желудка. Выделяют пять зон расположения лимфатических узлов желудка: I. Zona cardiaca, II. zona coronaria, III. zona pylorica, IV. zona gastro-epiploica dextra, V. zona gastroepiploica sinistra.

Иннервация желудка: Желудок иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервными волокнами. Симпатические нервы берут свое начало от чревного сплетения (plexus coeliacus) и его производных (plexus lienalis, plexus mesentericus superior). Эти нервы, окружая артериальные и венозные сосуды, вступают в систему желудка.

Парасимпатическая иннервация желудка осуществляется двумя стволами ветвей блуждающих нервов – Truncus vagalis anterior et posterios.

Функции желудка

1. Резервуар для приема пищи.
2. Секреторная (выработка желудочного сока и антианемического фактора Касла).
3. Экскреторная – способность выделять в просвете желудка токсические вещества.

4. Инкреторная – синтез гастроинтестинальных гормонов.
5. Всасывательная – способность всасывать воду, алкоголь и некоторые другие вещества.
6. Моторная – эвакуация пищевой кашицы в двенадцатиперстную кишку.
7. Барьерная – бактерицидное действие желудочного сока, наличие слизисто-бикарбонатного барьера.
8. Эндокринная.

ФАЗЫ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

- *Нервная (условно-рефлекторная, вагусная)*
- *Желудочная (гуморальная, гастриновая)*
- *Кишечная*

Язвенная болезнь – образование участков деструкции слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (в основном желудка и двенадцатиперстной кишки), вследствие нарушения взаимоотношения факторов агрессии к факторам защиты.

Распространенность Язвенной болезнью страдает до 5 % взрослого населения. У мужчин язвенная болезнь развивается чаще, преимущественно в возрасте до 50 лет. Дуоденальные язвы преобладают над желудочными в пропорции 3:1 (в молодом возрасте 10:1). В течение одного года около 80 % страдающих дуоденальными язвами отмечает обострение заболевания, а у 33% больных с язвой желудка позднее развиваются язвы двенадцатиперстной кишки. В возрасте до шести лет пептическая язва обнаруживается с равной частотой у девочек и мальчиков (с одинаковой локализацией в двенадцатиперстной кишке и желудке). У детей старше шести лет язвы чаще встречаются у мальчиков с преимущественной локализацией в двенадцатиперстной кишке.

Этиология и патогенез:

Достаточно разнообразны. Главное значение в этом процессе имеет повреждение защитного барьера слизистой оболочки желудка, а также нарушения регуляции кислотопродуцирующей, кислотонейтрализующей, эвакуаторной функцией желудка и двенадцатиперстной кишки, генетических, бактериальных и другие факторов:

- *Социальные факторы:* 1) табакокурение, 2) алкоголь.
- *Физиологические факторы:* 1) желудочная кислотность, 2) гастрин, 3) рефлюкс желчи.
- *Генетические факторы.*
- *Инфекция (Helicobacter pylori).*

–*Сопутствующие заболевания* (семейный полиэндокринный аденоматоз I типа, антральный атрофический гастрит, ревматоидный артрит, хроническая обструктивная болезнь легких, цирроз печени и хроническая почечная недостаточность и др).

–*Психосоматические факторы.*

–*Лекарственные препараты* (НПВС, глюкокортикостероиды).

Язва двенадцатиперстной кишки развивается за счет **высокого уровня кислотно- пептического фактора**, нарушения защитного барьера слизистой, расстройства нервных и гуморальных механизмов в сторону их перенапряжения.

Язва желудка развивается на фоне нормального или сниженного кислотно - пептического фактора, нарушения регенерации кровообращения, трофики, тканевой гипоксии, расстройства нервных и гуморальных механизмов в сторону их подавления, а также на фоне низкого тонуса блуждающего нерва и снижения моторики желудка. Но чаще всего – это повреждение эпителия желудка желчными кислотами на фоне дуодено-гастрального рефлюкса.

Классификация язв желудка:

а) **Тип I (медиагастральная).** Большинство язв I типа возникают в теле желудка (медиагастральная), а именно в области, называемой местом наименьшего сопротивления (*locus minoris resistentiae*) – так называемая переходная зона, расположенная между телом желудка и антральным отделом.

б) **Тип II (сочетанные).** Язвы желудка, возникающие вместе с язвой двенадцатиперстной кишки.

в) **Тип III (язва препилорического канала).** По своему течению и клиническим проявлениям они больше похожи на язвы двенадцатиперстной кишки, чем на язвы желудка.

г) **Тип IV(кардиальные).** Высокие язвы, локализующиеся около пищеводно- желудочного перехода на малой кривизне желудка. Несмотря на то, что они протекают как язвы I типа, их выделяют в отдельную группу т.к. склонны к малигнизации. Их оперативное лечение имеет свои особенности.

д) **Тип V.** Развиваются на фоне длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Имеют высокий риск возникновения кровотечения и перфорации.

Клиническая картина:

Клиника язвенной болезни различна в зависимости от локализации язвы и наличия осложнений. Характерна связь болей с приемом пищи и сезонность обострения болезни. При язве желудка боль возникает сразу

после еды, ремиссии короткие, кислотность чаще нормальная, моторика желудка снижена. Для язвы 12-перстной кишки характерны голодные или ночные боли, изжога, длинные ремиссии, повышенная кислотность, возбужденная моторика, гиперплазия железистого аппарата желудка.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- Перфорация
- Пенетрация
- Кровотечения
- Стеноз
- Малигнизация

Диагностика:

1. Клиника.
2. Анамнез.
3. Объективный осмотр, перкуссия, пальпация.
4. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией.
5. Рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ.
6. Цитологическое исследование.
7. Исследование секреторной функции:
 - а) зондирование желудка (оцениваются величины базальной и стимулированной кислотности, протеолитическая активность и интенсивность сокоотделения)
 - б) внутрижелудочная рН-метрия
 - в) радиоиммунологический метод определения циркулирующего гастрина.
6. Определение *Helicobacter pylori*.

Лечение:

Консервативное лечение язв пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки мало различается и показано только сразу после их обнаружения. В течении 12-15 недель большая часть (до 80 %) желудочных язв заживает. Неэффективность консервативного лечения при желудочной локализации процесса служит показанием к операции, т.к. вероятно опасность малигнизации.

Частота рецидива язвы желудка при консервативном лечении колеблется от 25 до 60 % в течение 5 лет (большая часть рецидивов возникает в течение 6 месяцев от первого проявления заболевания)

Ингибиторы протонной помпы – лекарственные препараты, предназначенные для лечения кислотозависимых заболеваний ЖКТ за счет

снижения продукции соляной кислоты посредством блокирования в париетальных клетках слизистой оболочки желудка.

Антациды ускоряют заживление язв аналогично антагонистам H_2 рецептов. Дозы различаются в зависимости от нейтрализующей способности конкретного препарата. Не рекомендуют применять антациды, содержащие ионы Ca^{2+} , т.к. они, стимулируют секрецию гастрита, вызывают повторный выброс кислоты.

Антагонисты H^2 - гистаминовых рецепторов, удобные для приема, снижающие кислотность в течение длительного времени и стимулирующие заживление при одновременном уменьшении рецидивов болезни.

Другие препараты (сукральфат, висмут, простагландины и др.)

Препараты для элиминации H. pylori – кларитромицин, амоксициллин и др.

Оперативное лечение проводится при наличии показаний.

Причины безуспешности консервативного лечения язвенной болезни:

1. Неправильное лечение (кратковременное пребывание в стационаре, неполноценное лечение, отсутствие поддерживающей терапии).
2. Несоблюдение больным рекомендаций врача (нарушение диеты, курение, нарушение режима труда и т.д.)
3. Наличие осложнений, затрудняющих заживление язвы.
4. Особенности реактивности больного.

Показания к операции:

- **Абсолютные** (перфорация язвы, профузное кровотечение, малигнизация язвы, стеноз привратника или луковицы 12-перстной кишки).
- **Условно абсолютные** (большие каллезные язвы с подозрением на малигнизацию; пенетрация язвы; рецидивирующие кровотечения; множественные язвы).
- **Относительные:** неэффективность комплексной консервативной терапии с частыми рецидивами и краткосрочными ремиссиями. (для язвы желудка – 4 месяца, дуоденальной – 6).

Принципы хирургического лечения:

- Устранение агрессивного кислотно-пептического фактора.
- Удаление язвы или выведение ее за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки (экстрадуоденизация).
- Восстановление пассажа пищи из желудка в кишечник, коррекция дуоденостаза.
- Устранение осложнения язвы – стеноза, перфорации, кровотечения.

Основные виды оперативного лечения язвенной болезни

Органосохраняющие:

Ваготомии:

- стволовая
- селективная
- селективная проксимальная

Резекционные:

- по Бильрот I
- по Бильрот II
- по Ру

Язва желудка:

- Экономная резекция желудка по Бильрот - 1.
- Резекция 2/3 - 3/4 желудка по Бильрот -1 или Бильрот - II.
- Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой (при II и III типах по Джонсону).

Язва 12 -ти перстной кишки:

- Селективная проксимальная ваготомия без дренирующей желудок операции (при заживающей язве и отсутствии стеноза).
- Ваготомия (селективная, проксимальная, стволовая) с пилоропластикой (по Финнею и Микуличу) или гастродуоденоанастомозом по Джабулею.
- Ваготомия в сочетании с резекцией антрального отдела желудка (при рецидивах язвы) применяется редко.
- Резекция 2/3 - 3/4 по Бильрот I или II (нежелательный вариант).

Операции дренирующие желудок (дополняют стволовую и селективную ваготомии)

- Пилоропластика
- Дуоденопластика
- Гастродуоденостомия
- Гастроэюностомия

ПРИЗНАКИ КАЛЕЗНОЙ И ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ

Каллезная язва отличается резким соединительнотканым утолщением краев и воспалительно-рубцовыми изменениями вокруг. Язвы чаще имеют округлую форму, их размеры могут быть различны.

Пенетрация язвы (лат. penetratio проникновение) – это осложнение язвенной болезни в виде распространения инфильтративно-деструктивного процесса из желудка или двенадцатиперстной кишки в толщу соседнего органа – печени, поджелудочной железы, сальника.

Клиника:

- Изменение характера болей (постоянство, усиление интенсивности, ночные боли, иррадиация в спину).
- Большая глубокая «ниша».
- Лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, увеличение амилазы и билирубина в крови.
- Малая эффективность консервативного лечения.

Лечение:

Каллезная и пенетрирующая язвы лечатся хирургическим путем. Как этап предоперационной подготовки применяется консервативная противязвенная терапия.

СИМПТОМЫ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ:

- Изменение характера болей (постоянство, уменьшение интенсивности, утрата связей с приемом пищи).
- Снижение аппетита, потеря веса.
- Уменьшение секреции желудочного сока.
- Скрытые кровотечения, ускорение СОЭ.
- Появление «дефектов» наполнения в краях «ниши» (инфильтративный вал).
- Эндоскопические признаки + результаты биопсии.

РУБЦОВОЕ СУЖЕНИЕ ПРИВРАТНИКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Стеноз – это сужение выходного отдела желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, в результате чего нарушается нормальное продвижение пищи из желудка и двенадцатиперстной кишки. Обычно сопровождается увеличением размеров желудка и утолщение (гипертрофии) его стенки.

Классификация рубцовых стенозов желудка и 12-перстной кишки

– Компенсированный – увеличение длительности болей, чувство распирания в подложечной области, отрыжка кислым. Эвакуация через 4-6 ч. Общее состояние больного удовлетворительное.

– Субкомпенсированный – рвоты, похудение, шум плеска в области желудка, эвакуация бария через 6-24 ч.

– Декомпенсированный – постоянная тяжесть в подложечной области, отрыжка тухлым, рвота после каждого приема пищи приносящая облегчение, барий задерживается > 24 ч., иногда гастрогенная тетания. Требуется

длительная предоперационная подготовка до нормализации биохимических показателей крови.

Клиническая картина:

Клиника рубцового стеноза характеризуется триадой взаимосвязанных синдромов:

1. Синдром нарушения эвакуации (чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, редкий стул, задержка бария в желудке).

2. Синдром нарушения тонуса желудка:

- ✓ вначале при сохраненном тоне мускулатуры желудка, рвота бывает редко;
- ✓ при компенсаторной гипертрофии мышц живота появляется чаще;
- ✓ с течением заболевания утрачивается тонус желудка, размеры его увеличиваются, рвота вновь становится редкой, периодически наступают приступы типа острого расширения желудка, сопровождается большим объемом рвотных масс.

3. Синдром биохимических нарушений (падение хлоридов, азотемия, гипокальцемию, гипокалиемию, гипопропротеинемия), приводящие к гастрогенной тетании (гипоглорогенной) – синдром Кусмауля.

Лечение: Оперативное см. выше.

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Прободная язва (перфорация) – это сквозной дефект стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с выходом в брюшную полость или забрюшное пространство.

Классификация прободений:

- Типичная перфорация – в свободную брюшную полость, сопровождается отчетливыми признаками прободной язвы.
- Атипичная перфорация – прободение язв, расположенных на задней стенке 12-перстной кишки или желудка, при этом желудочное содержимое поступает не в свободную брюшную полость, а в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку. Кроме этого атипичная перфорация может произойти в ограниченную спаечным процессом брюшную полость, в плевральную полость (Мондор).
- Прикрытая перфорация – вначале характеризуется острым типичным началом, затем симптом прободения постепенно уменьшается (перфоративное отверстие прикрывается кусочком пищи, соседним органом).

Клиническая картина:

Все признаки прободной язвы можно разделить на группы:

1. Главная триада симптомов: «кинжальная» боль, напряжение брюшной стенки (доскообразный живот) и язвенный анамнез.
2. Вспомогательные или дополнительные признаки, которые делятся на функциональные (рвота, задержка стула, газов и сильная жажда) и общие (брадикардия, затем тахикардия, нарушение дыхания в связи с иммобилизацией диафрагмы, обморочное состояние, повышение температуры тела и т.д.).

В течении перфоративной язвы выделяют 3 периода.

1. Период шока – продолжается 6-8 часов. Характерна сильная боль в эпигастрии, усиливающаяся при малейших движениях больного, доминирует брадикардия и напряжение мышц живота до степени доскообразного, исчезает печеночная тупость, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, притупление в правой подвздошной области, при обзорной рентгеноскопии брюшной полости под диафрагмой обнаруживается свободный газ (в 70%).
2. Период мнимого благополучия или стадия эйфории – продолжается 8-12 часов. В этой стадии боли стихают, возможна эйфория, доскообразное напряжение мышц брюшной стенки начинает исчезать и сменяется небольшим вздутием, появляется тахикардия, сухость во рту, резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
3. Период перитонита – после 12 часов – на фоне уменьшения или отсутствия болей нарастает жажда, тахикардия, вздутие живота, появляется рвота, лицо Гиппократова.

Дифференциальная диагностика:

Для дифференциальной диагностики обязательны рентгенологическое, УЗИ и гастроскопическое исследования.

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями:

- ✓ Заболевания, вызывающие перитонит (острый аппендицит, острый холецистит, панкреатит, кишечная непроходимость и т.д.).
- ✓ Заболевания, стимулирующие картину перфоративной язвы, но не осложняющиеся перитонитом (диафрагмальный плеврит, пневмония, печеночная и почечная колика, инфаркт миокарда и др.).

Лечение перфоративной язвы.

- Ушивание (у молодых людей, при «немых» и острых язвах, при повышенном операционном риске, обусловленном возрастом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при гнойном разлитом перитоните).
- Резекция желудка (при перфорации больших каллезных язв желудка и подозрении на их малигнизацию) - типа Джонсон I, III.
- Стволовая ваготомия иссечением язвы и пилоропластикой (при дуоденальной язве), иногда Джонсон II, III.

- Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой – у молодых лиц с язвенным анамнезом при отсутствии разлитого перитонита – при дуоденальных язвах, иногда желудочных – Джонсон II, III.
- СПВ + ушивание язвы. При отсутствии разлитого перитонита, стеноза у сохранных больных.

Язва желудка и 12-перстной кишки осложненная кровотечением.

Классификация желудочно-кишечных кровотечений

По происхождению:

1. Язвенные кровотечения (53 %)
2. Неязвенные кровотечения (46 %) - опухоли желудка (17 %), эрозивный гастрит (13 %), варикозно расширенные вены пищевода (7 %), геморрой (3 %), эрозии кишечника (1,7 %), гипертония (1,3 %), синдром Меллори-Вейса (0,1 %), полипы (0,1 %), болезнь Ослера (0,05 %), рак толстой кишки, НЯК, и другие.

По интенсивности:

1. Струное (профузное)
2. Ламинарное
3. Капиллярное

По этиологии: из острой, хронической или симптоматической язвы.

По локализации: желудок с указанием её четкой локализации; 12-перстной кишки с указанием её четкой локализации.

По степени тяжести кровопотери: (легкая, средняя, тяжелая).

Показатели	Степень тяжести кровопотери		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
1. Кол-во эритроцитов	3,5 млн.	2,5 - 3,5 млн.	2,5 млн.
2. Уровень гемоглобина	100 г/л	80 - 100 г/л	80 г/л
3. Гематокрит	30 %	25 - 30 %	25 %
4. Частота пульса	до 80 в мин.	80 - 100 в мин.	выше 100
5. Артериальное давлен.	Выше 110	100 - 110	ниже 100
6. Дефицит ГО	до 20 %	20 - 30 %	30 % и >
7. Шоковый индекс Альговера (J = ЧСС/АДс)	1	1,5	2

Клиника:

- Слабость
- Головокружение
- Тошнота
- Мелькание мушек
- Бледность (350 мл)
- Холодный липкий пот
- Рвота кофейной гущей
- Рвота с кровью (более 500 мл)
- Дегтеобразный стул (60мл)
- Тахикардия
- Гиповолемия
- Падение гемоглобина (гематокрит)

Рвота с кровью (гематомезис) отмечается обычно при значительной по объему кровопотере (более 500 мл) и, как правило, всегда сопровождается меленой. Артериальное пищеводное кровотечение характеризуется рвотой с примесью неизменной крови. Кровотечение из варикозных вен пищевода нередко бывает профузным и проявляется рвотой с кровью темно-вишневого цвета. При желудочном кровотечении в результате взаимодействия гемоглобина с соляной кислотой и образования хлорида гематина рвотные массы имеют вид кофейной гущи.

Мелена (обильный жидкий дегтеобразный стул) нередко сопутствует рвоте с кровью, но может наблюдаться и без нее. Мелена характерна для кровотечений из двенадцатиперстной кишки, но нередко встречается и при более высоко расположенных источниках кровотечения, особенно, если оно происходит достаточно медленно. В большинстве случаев мелена обнаруживается не ранее чем через 8ч. после начала кровотечения, причем кровопотери объемом 500мл может быть уже достаточным для ее появления. При менее обильном кровотечении, а также при замедлении пассажа кишечного содержимого, кал приобретает черную окраску, но остается оформленным. При появлении темной окраски стула следует иметь в виду возможность **псевдомелены**, которая наблюдается при приеме препаратов железа, висмута, активированного угля, а также употреблении в пищу черники и черной смородины.

При ускоренном (менее 8ч.) транзите содержимого по кишечнику и кровопотере объемом свыше 1000мл. кровотечение из верхних отделов ЖКТ может проявляться выделением с калом алой крови (**гематохезия**), которое считается более характерным для кровотечений из нижних отделов ЖКТ. Примерно у 5% больных язвенной болезнью гематохезия может быть единственным клиническим симптомом язвенного кровотечения.

К общим симптомам (непрямым признакам) кровотечений из верхних отделов ЖКТ относятся: общая слабость, головокружение, ощущения шума в ушах и потемнения в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, одышка, сердцебиение, холодный пот. В ряде случаев не прямые симптомы желудочно-кишечных кровотечений могут предшествовать возникновению мелены и рвоты с кровью или же выступать на передний план в клинической картине. Если выделение алой крови с калом обусловлено кровотечением из нижних отделов ЖКТ, то не прямые симптомы (сердцебиение, головокружение, общая слабость и др.) возникают после гематохезии, а не предшествуют ее появлению.

Утрата сознания, даже кратковременная, должна расцениваться как признак тяжелой кровопотери для данного больного независимо от относительного объема снижения ОЦК. Кровопотеря до 500мл. может не сопровождаться никакими клиническими проявлениями. При кровопотере, превышающей 1000мл., обычно изменяются артериальное давление и пульс – в зависимости от положения тела пациента (постуральные изменения); переход из горизонтального в вертикальное положение сопровождается снижением систолического артериального давления, по крайней мере, на 10-20мм.рт.ст. и повышением частоты пульса на 20 ударов в мин. и более. Острая кровопотеря объемом 2000мл часто сопровождается развитием **гемоциркуляторного шока**. Главными клиническими проявлениями гемоциркуляторного шока являются стойкая гипотония на фоне учащения сердечных сокращений, частичная или полная утрата сознания, снижение периферических рефлексов до полной арефлексии, снижение почасового диуреза ниже 20 мл/ч., появление выраженной бледности с серовато-цианотичным оттенком, вторичное нарушение функции внешнего дыхания вследствие развития синдрома «шокового легкого».

Определяют дефицит объема крови с помощью шокового индекса.

При кровотечении и дегитратации для определения дефицита объема жидкости (крови), циркулирующей в сосудистом русле, можно ориентироваться на шоковый индекс Алговера (J):

$$J = \text{ЧСС} / \text{АДс}$$

где АДс- систолическое артериальное давление.

В норме этот показатель составляет 0,5. Потери объема циркулирующей жидкости до 30 % повышают шоковый индекс до 1, при этом показатели ЧСС и систолического АД около 100. При выраженной картине шока (ЧСС -120 в 1 мин и систолическое АД - около 80 мм. рт. ст.) показатель шокового индекса повышается до 1,5 что свидетельствует об опасности для жизни больного. Шоковый индекс, равный 2 (ЧСС- 140 в 1 мин, систолическое АД - 70 мм. рт. ст.), соответствует уменьшению циркулирующей жидкости на 70 %.

Диагностика:

Анамнез. При остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, прежде всего, необходимо выяснить, имелись ли у пациента рвота кровью или содержимым типа кофейной гущи, дегтеобразный стул, кровь при пальцевом исследовании прямой кишки, симптомы хронической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, принимал ли пациент нестероидные противовоспалительные. Также необходимо уточнить, страдает ли пациент хронической язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, были ли у него прежде эпизоды кровотечений, головокружения или обмороки, употребляет ли алкоголь и какие лекарственные препараты принимает в настоящее время. Следует обратить внимание на симптом Бергмана: усиление болей и диспептических явлений до кровотечения, снижение или полное исчезновение в момент и после кровотечения.

Осмотр больного. Прежде всего, необходимо оценить гемодинамические показатели. Это осуществляется измерением центрального венозного давления, артериального давления и пульса, а также выявлением изменений, обусловленных переходом пациента из лежачего положения в вертикальное, стоя. Пожилым больным обязательно снимают электрокардиограмму. Имеет значение такой диагностический показатель как цвет конъюнктивы. Для определения его отводят нижнее веко, при легкой кровопотере цвет конъюнктивы светлорозовый, при кровопотере средней тяжести - бледно-оранжевый, если кровопотеря тяжелая, то конъюнктива приобретает серый цвет.

Пальцевое исследование прямой кишки. Цель – дифференциальная диагностика высоты уровня кровотечения. Прежде всего, необходимо обратить внимание на цвет кала, полученного при пальцевом исследовании прямой кишки. Он может быть обычным (коричневым), черным или красным. Мелена (дегтеобразный кал), как правило, указывает на то, что источник кровотечения находится проксимальнее тощей кишки и проявляется в тех случаях, когда объем кровопотери составляет не менее 200 мл. Иногда мелена возникает и при наличии источника кровотечения в правой половине ободочной кишки, если у пациентов увеличено время пассажа кала по кишечнику (более 72ч.), как, например, у пожилых, прикованных к постели пациентов. Наличие неизменной крови в кале (красный или кровавый стул) означает, что источник кровотечения расположен либо в средних, либо в дистальных отделах желудочно-кишечного тракта, или является признаком массивного кровотечения.

Экстренное проведение ЭФГДС.

Введение назогастрального зонда. Введение назогастрального зонда производится с целью диагностики ЖКК и промывания желудка. В большинстве случаев, после того как желудок отмыт от оставшейся крови,

повторные промывания желудка позволяют определить, продолжается ли кровотечение или уже остановилось. Поступление по зонду большого количества крови свидетельствует о наличии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Всегда следует помнить, что приблизительно у **10%** пациентов с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки при введении назогастрального зонда и эвакуации желудочного содержимого крови **не обнаруживается**. Из желудка кровь при отсутствии эпизодов свежего кровотечения проходит в кишку достаточно быстро, и при этом при введении назогастрального зонда также можно не обнаружить кровь. Для удаления из желудка сгустков крови требуется желудочный зонд большого диаметра (24 Fr или более). Для проведения эндоскопического исследования необходимо, чтобы желудок как можно лучше был очищен от крови и сгустков. Промывание желудка рекомендуется осуществлять водопроводной водой комнатной температуры.

Экстренные лабораторные исследования

- Клинический анализ крови;
- Протромбиновый индекс;
- Время свертывания крови;
- Количество тромбоцитов;
- Концентрация электролитов сыворотки крови;
- Печеночные пробы;
- Креатинин, мочевины сыворотки крови;
- Группа крови и резус-фактор.

Общий анализ крови является ценным диагностическим методом. Падение уровня гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов, снижение гематокрита, лейкоцитоз несомненно ориентируют в отношении тяжести кровопотери. Однако в первые часы от начала острого кровотечения все эти показатели могут меняться несущественно и, следовательно, имеют относительное значение. Истинная выраженность анемии становится ясной лишь по прошествии суток и более, когда уже разовьется гемодилюция вследствие восстановления внутрисосудистого объема за счет внесосудистой жидкости.

Исследование ОЦК и его компонентов позволяет более точно определять объем кровопотери. В клинической практике наиболее широко применяется определение шокового индекса Альговера-Бури (отношение частоты пульса к показателю систолического давления) и определения объема кровопотери по формуле Мура: $V = P \times q (Hct1 - Hct2 / Hct1)$, где V – объем кровопотери, мл; P – масса тела пациента, кг; q – эмпирическое число показывающее среднее количество крови в 1 кг массы тела человека (для женщин – 65 мл/кг, для мужчин – 70 мл/кг;

Hct1 – показатель гематокрита в норме;

Hct2 – показатель гематокрита пациента через 12-24ч. с момента кровотечения.

Таким образом, данные клинического обследования больного и ряд лабораторных показателей позволяют определить объём (степень тяжести) кровопотери.

Консервативное лечение:

- ✓ Строгий постельный режим, холод на живот.
- ✓ Диета Мейленграхта.
- ✓ Гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, переливание крови и кровезаменителей, викасол, дицинон, хлористый кальций и др.).
- ✓ Противоязвенная терапия. Блокаторы протонной помпы, блокаторы H₂ рецепторов гистамина, кларитромицин, амоксициллин, антациды.
- ✓ Переливание препаратов крови по показаниям.
- ✓ Лечебная гемостатическая эндоскопия (слерозирование, орошение, инъекции, клипирование и др.).
- ✓ Оперативное лечение: См. выше.