

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»

***КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА  
ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
В ПРОСВЕТ ОРГАНОВ  
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА***

*(практическое пособие для врачей)*

Гомель ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» 2014

УДК 616-072.1:[616-005.1:616.33/34](075.8)

Рекомендовано Ученым советом ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в качестве практического пособия для врачей 2014г., протокол №

С о с т а в и т е л и : С.А. Дриго, врач-эндоскопист, Н.В. Тишкова, врач ультразвуковой диагностики

Р е ц е н з е н т ы:

зам. гл. врача по хирургии УЗ «Гомельская областная клиническая больница», канд. мед. наук А.А. Литвин; гл. врач ГУЗ ГГБ №4, канд. мед. наук В.В. Берещенко

**Клиника и диагностика острых кровотечений в просвет органов пищеварительного канала:** практическое пособие для врачей/С.А. Дриго, Н.В. Тишкова. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2014. – 40с.

В практическом пособии изложены клинико-лабораторная картина, данные объективного исследования, общие принципы инструментальной диагностики кровотечений в просвет органов пищеварительного тракта. Подробно описаны основные источники кровотечений, эндоскопическая картина, инструментальные методы гемостаза в зависимости от локализации кровотечения, возможности диагностической и лечебной эндоскопии.

Предназначено для врачей экстренных служб, эндоскопистов, хирургов, реаниматологов, гастроэнтерологов, терапевтов.

УДК 616-072.1:[616-005.1:616.33/34](075.8)

© Составители: Тишкова Н.В., Дриго С.А., 2014  
© Оформление. ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2014

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений .....	4
Актуальность проблемы .....	5
Клиническая картина ОКППК .....	6
Объективное исследование .....	11
Исследование морфологического состава периферической крови .....	13
Общие принципы диагностики ОКППК .....	14
Инструментальная диагностика источника ОКППК.	
Инструментальные методы локального гемостаза .....	17
Диагностическая эндоскопия .....	20
Эндоскопическая характеристика основных видов ОКППК .....	22
Эндоскопическая характеристика основных источников ОКППК .....	24
Эндоскопический гемостаз .....	33
Заключение .....	37
Литература .....	38

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ОКППК - острое кровотечение в просвет пищеварительного канала

ФЭГДС - фиброэзофагогастродуоденоскопия

ОИТ - отделение интенсивной терапии

ФКС - фиброколоноскопия

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

ОКППК до настоящего времени остается сложной и во многом нерешенной медицинской проблемой. Несмотря на современные достижения хирургии, эндоскопии, трансфузиологии, анестезиологии, летальность от ОКППК держится на уровне 10 – 30% [1]. Основными причинами высокой летальности считаются поздняя госпитализация, ошибки диагностики, неадекватная терапия и т.д.

Основное значение в успешном лечении ОКППК имеет ранняя и точная диагностика причины и источника кровотечения, которая складывается из трех основных компонентов: установления факта ОКППК, оценки степени тяжести кровопотери, верификации источника кровотечения. Однако на догоспитальном этапе нередко происходит недооценка клинических проявлений ОКППК и степени его тяжести. Нет единого мнения о целесообразности и эффективности применения того или иного способа эндоскопического гемостаза в зависимости от причины и источника кровотечения. Более того, во многих лечебных учреждениях эндоскопические способы остановки кровотечения и профилактики его рецидива вообще не используются. При этом неоправданное применение экстренных хирургических вмешательств лишь увеличивает общую и послеоперационную летальность [1, 2].

За последние годы накоплен большой опыт применений различных методов диагностики источника кровотечения. Прежде всего, это относится к эндоскопическому исследованию, без которого невозможно современное лечение ОКППК. Активные научные изыскания способствовали внедрению в широкую клиническую практику различных способов остановки продолжающегося кровотечения, профилактики его рецидива.

Целью данного учебно-методического пособия является ознакомление врачей с клинико-лабораторными и современными инструментальными методами диагностики ОКППК, возможностями диагностической и лечебной эндоскопии при этой патологии.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОКППК

Клиническая картина данного заболевания во многом зависит от характера источника кровотечения, интенсивности истечения крови, исходного состояния больного и компенсаторных возможностей организма.

В течении ОКППК можно выделить **два периода: скрытый (начальный) и явный** и **три группы симптомов**.

Симптомы **первой группы** характерны для кровотечений любой этиологии. К ним относятся:

- слабость (наблюдается практически у 100% больных);
- побледнение кожи (у 70-90%);
- головокружение (у 60-80%);
- мелькание «мушек» перед глазами;
- шум в ушах;
- тремор рук;
- холодный пот;
- сердцебиение;
- обморок (у 10-30%).

Все перечисленные признаки заболевания характерны для **скрытого (начального) периода** кровотечения. Развитие этого симптомокомплекса связано с уменьшением объема циркулирующей крови, снижением ее кислород-транспортной функции и развитием, в первую очередь, гипоксии головного мозга.

На основании симптомов первой группы можно только заподозрить развитие ОКППК. Эти симптомы или их сочетание неспецифичны и могут наблюдаться при *ряде других заболеваний*:

1. кровотечения:
  - наружном (причина, как правило, травма);
  - в брюшную полость (прерванная трубная беременность, спонтанный разрыв селезенки, травма – разрыв паренхиматозного органа, отрыв брыжейки

кишки и др.);

2. инфаркте миокарда;
3. перитоните;
4. остром панкреатите (особенно в стадии ферментативного шока);
5. кровотечении на фоне перфоративной язвы;
6. анемии различного генеза;
7. тромбозе брыжеечных сосудов;
8. онкопатологии.

Симптомы **второй группы** являются ведущими клиническими признаками внешних проявлений ОКППК, т.к. непосредственно связаны с попаданием крови в просвет органов пищеварительного канала, и характеризуют **явный период кровотечения**. К ним относятся кровавая *рвота* и кровавый кал (*мелена*). Исключение составляют так называемые молниеносные формы кровотечения, когда пациент умирает раньше, чем появляются мелена или кровавая рвота.

*Рвота* (таблица 1-1) более характерна для расположения источника кровотечения в пищеводе, желудке, реже в начальном отделе двенадцатиперстной кишки. Крайне редко возможно появление кровавой рвоты при локализации источника геморрагии в начальных отделах тощей кишки, но для этого должны быть резко выражены антиперистальтические сокращения кишки. Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или желудочное содержимое цвета «кофейной гущи») зависит от превращения гемоглобина под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин. Если кровотечение носит умеренный характер, т.е. кровь медленно поступает в желудок или двенадцатиперстную кишку и свободно продвигается дальше в кишечник, в этом случае рвоты может вообще не быть – основным проявлением ОКППК будет мелена.

Множественная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению испражнений в виде «вишневого желе» или примеси ма-

лоизмененной крови. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении. Повторная рвота кровью через длительный промежуток времени – признак возобновления кровотечения. ОКППК, основным признаком которого является только мелена, имеет более благоприятный прогноз, чем кровотечение, проявляющееся прежде всего обильной повторной кровавой рвотой.

*Таблица 1-1*

**Дифференциально-диагностическое значение внешних проявлений  
ОКППК**

<b>Признак</b>	<b>Локализация источника кровотечения/интенсивность кровотечения</b>
Кровавая рвота	Пищевод, желудок, начальный отдел двенадцатиперстной кишки
Рвота малоизмененной кровью	Интенсивное кровотечение (чаще – хронические или острые язвы желудка, опухоли желудка, синдром Маллори-Вейсса)
Рвота содержимым типа «кофейной гущи»	Хроническая язва двенадцатиперстной кишки, умеренное по интенсивности желудочное кровотечение (чаще – хроническая язва)
Рвота темной кровью и сгустками крови	Пищеводно-кардиальные флебэктазии на фоне портальной гипертензии

Наибольшую опасность представляют кровотечения, которые в начале проявляются обильной рвотой малоизмененной кровью. Самая высокая вероятность неблагоприятного прогноза отмечается при одновременном появлении кровавой рвоты и мелены. Если же первым признаком кровотечения является мелена, можно думать об относительно умеренной его интенсивности, и это кровотечение имеет более благоприятный прогноз.

Кратность рвоты также имеет определенное прогностическое значение. Чаще у больных наблюдается однократная кровавая рвота. Это, как правило, свидетельствует об умеренной интенсивности кровотечения. Значительно более тревожным симптомом является многократно повторяющаяся рвота почти не-



измененной кровью. Причем чем чаще она возникает, тем выше летальность.

Возникновение кровавой рвоты возможно и при отсутствии источника кровотечения в пищеварительном канале. Подобная ситуация может наблюдаться при заглатывании крови во время носовых или легочных кровотечений. Дифференциальная диагностика при этом возможна при тщательном сборе анамнеза, объективном осмотре, но решающее значение имеет эндоскопическое исследование.

Таблица 1-2

**Дифференциально-диагностическое значение  
внешних проявлений ОКПК**

<b>Признак</b>	<b>Локализация источника кровотечения/интенсивность кровотечения</b>
Мелена (черный дегтеобразный кал)	Кровотечение из верхних отделов пищеварительного канала (пищевод, желудок, начальный отдел двенадцатиперстной кишки). Наличие мелены свидетельствует о длительном пребывании крови в кишечнике
Кал темно-вишневого цвета	Профузное кровотечение из верхних отделов пищеварительного канала или кровотечение из правой половины ободочной кишки
Кал типа «малинового желе»	Кровотечение из левой половины ободочной кишки
Малоизмененная кровь в кале	Кровотечение из прямой кишки (интенсивное)
Оформленный черный кал	Выхождение старой крови

*Мелена* (таблица 1-2) – жидкий дегтеобразный стул, наблюдается при кровотечении из двенадцатиперстной кишки и массивном желудочном кровотечении с потерей крови, достигающей 500 мл и более. Кал темно-вишневого цвета больше характерен для расположения источника кровотечения в правой половине ободочной кишки. В ряде случаев он может наблюдаться при профузном кровотечении из верхних отделов пищеварительного канала. Кал типа «мали-

нового желе» чаще наблюдается при кровотечении из левой половины ободочной кишки. Малоизмененная кровь в кале характерна для кровотечения из прямой кишки, причем нередко достаточно интенсивного. Оформленный кал черного цвета свидетельствует о выхождении старой крови, как правило, при состоявшемся кровотечении, а также о кровотечении объемом не более 60 мл.

Все ОКППК имеют схожую клиническую симптоматику и отличия состоят только в степени выраженности и частоте встречаемости конкретного симптома при той или иной патологии.

К симптомам **третьей группы** относятся проявления заболевания (в том числе и анамнестические), явившегося причиной развития кровотечения. К примеру, только 60-70% больных с кровотечением язвенной этиологии имеют язвенный анамнез. При этом, такие, на первый взгляд незначительные жалобы, как периодическая боль в эпигастральной области сезонность ее появления (в весенне-осенние периоды времени), ночная боль могут натолкнуть на мысль о язвенной природе кровотечения. У ряда больных с язвенной болезнью перед кровотечением нередко боль усиливается, а с момента начала кровотечения – уменьшается или полностью исчезает (симптом Бергмана). Уменьшение или устранение боли пептического характера связано с тем, что кровь нейтрализует соляную кислоту.

Появившаяся некоторое время назад слабость, снижение аппетита, исхудание, постоянная умеренная боль в животе могут свидетельствовать об опухолевом процессе.

Данные о злоупотреблении алкоголем, перенесенных ранее вирусном гепатите, малярии, разлитом перитоните, остром панкреатите, тромбозе селезеночной вены могут помочь заподозрить синдром портальной гипертензии.

Появление малоизмененной крови и боли в конце интенсивной рвоты различного происхождения (отравление недоброкачественными продуктами, гипертонический криз, прием чрезмерного количества пищи или злоупотребление спиртными напитками и др.) дают повод предполагать синдром Маллори-Вейсса.

Наличие в анамнезе стрессовой ситуации, тяжелых соматических заболеваний сердца, легких, печени, почек и других органов, особенно в стадии декомпенсации, а также прием в течение длительного времени препаратов ульцерогенного действия (антикоагулянтов, кортикостероидных гормонов, нестероидных противовоспалительных средств, гипотензивных препаратов и др.) позволяют предположить возникновение острых язв или эрозий слизистой оболочки [1,3,4,5].

## ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Большую роль в диагностике и тактике лечения играют поведение больного и данные объективного исследования, которые в значительной степени связаны с тяжестью кровопотери, длительностью кровотечения, а также с тем, остановилось кровотечение или нет.

При *продолжающемся кровотечении* больные, как правило, беспокойны, возбуждены, испуганы. Они постоянно меняют свое положение в постели, жалуются на жажду. Часто наблюдаются зевота и обморочное состояние, что свидетельствует о гипоксии мозга. Кожа бледная, покрыта холодным липким потом. Конечности холодные на ощупь, отмечается выраженный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное. Пульс слабого наполнения, более 120 ударов в минуту. В ряде случаев на периферических артериях он вообще не определяется. Систолическое давление снижается до 90 мм рт.ст. и более. При этом диастолическое давление может быть равно нулю. При значительной кровопотере больной испытывает жажду, отмечает сухость слизистых оболочек полости рта.

Клиническими проявлениями *рецидива кровотечения* являются: нестабильность гемодинамики после начальной ее стабилизации, рвота свежей кровью или сгустками, дальнейшее снижение уровня гемоглобина более чем на 20 г/л после его стабилизации. Данные объективного обследования больного такие же, как и при продолжающемся кровотечении.

*При остановившемся кровотечении* больные чаще спокойны. Они пра-

вильно ориентированы во времени и пространстве. Зачастую отмечается адинамия. Психологическое состояние может быть угнетено. Кожа бледная, но сухая. Частота пульса редко превышает 100 ударов в минуту, он становится удовлетворительного наполнения. Артериальное давление быстро нормализуется.

При осмотре больного обнаруживается бледность кожи и видимых слизистых оболочек, а при тяжелой кровопотере - цианоз слизистых оболочек и ногтевых пластинок. У больных с продолжительной и тяжелой кровопотерей кожа конечностей приобретает восковидный оттенок. Могут наблюдаться безбелковые отеки нижних конечностей, что обусловлено не восполненным объемом циркулирующей крови, а также выраженными нарушениями водно-электролитного и белкового обменов. При надавливании пальцем на коже конечности появляется медленно исчезающее белое пятно (признак Бурштейна).

Живот, как правило, не увеличен в объеме (при отсутствии асцита), участвует в акте дыхания, симметричный. Пальпаторно у абсолютного большинства больных с кровотечением в просвет пищеварительного канала живот мягкий. Лишь при гастродуоденальных язвах, а иногда и при раке желудка может отмечаться незначительная болезненность и весьма умеренное напряжение мышц брюшной стенки в эпигастральной области.

Если источником кровотечения является злокачественное новообразование, у ряда больных, особенно в запущенных стадиях болезни, можно пальпаторно обнаружить опухоль в брюшной полости.

У больных циррозом печени довольно часто наблюдаются иктеричность склер, бледно-серый, с желтушным оттенком цвет кожи, отсутствие волосистости живота (симптом Клекнера), язык гиперемирован, сосочки сглажены. Нередко можно выявить сосудистые «звездочки» на коже лица и верхних отделах туловища, увеличенные печень и селезенку, реже – асцит, расширение подкожных вен брюшной стенки.

Телеангиоэктазии на слизистых оболочках губ, языке, коже рук дают повод думать о болезни Рандю-Ослера.

Любой кровопотере характерно одновременно уменьшение числа тромбо-

цитов. Однако выраженная тромбоцитопения, значительно превосходящая степень постгеморрагической анемии, в сочетании с крупными подкожными кровоизлияниями подтверждает диагноз аутоиммунной тромбоцитопении.

Люди, страдающие гемофилией, как правило, сами знают о своей болезни. Заподозрить гемофилию помогают обнаруживаемая тугоподвижность суставов и их увеличение на почве перенесенных гемартрозов. Окончательный диагноз устанавливают на основании специальных лабораторных исследований свертывающей системы крови.

Повышенная кровоточивость, схваткообразная боль в животе в сочетании с кровавым калом и появление на симметричных участках тела мономорфной папулезно-геморрагической сыпи иногда с уртикарными элементами характерны для геморрагического васкулита (болезни Шенлейн-Геноха). Заболевание чаще всего связано с перенесенной инфекцией, аллергическим состоянием и ревматизмом [1,3,4,5].

**ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ** иногда оказывает определенную помощь в установлении причины ОКППК. Хорошо известно, что любое кровотечение сопровождается уменьшением показателей гемоглобина, гематокрита и количества эритроцитов. Степень их изменения пропорциональна тяжести кровопотери.

Острое кровотечение язвенной этиологии, несмотря на анемию, зачастую сопровождается умеренным лейкоцитозом. Случается, что количество лейкоцитов находится в пределах нормы. Причем выраженность лейкоцитоза пропорциональна степени кровопотери: чем тяжелее кровопотеря, тем больше лейкоцитов в периферической крови. У 1/3 больных обнаруживается сдвиг формулы влево. При этом отмечается относительная лимфо- и моноцитопения. Значительное увеличение числа лейкоцитов на фоне анемии в сочетании с другими клиническими данными позволяет заподозрить острый лейкоз как возможную причину острого кровотечения.

Лейкопения более характерна для кровотечений при циррозе печени. При

тяжелых кровотечениях наблюдается снижение количества эозинофилов, вплоть до полного их исчезновения.

При массивных, особенно рецидивирующих, кровотечениях в периферической крови появляются молодые форменные элементы с развитием анизо- и пойкилоцитоза [1].

## **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОКППК**

При ОКППК главными задачами, стоящими перед врачом, являются:

1. Установление факта кровотечения;
2. Своевременная диагностика причины и источника кровотечения (характер, локализация и т.д.);
3. Достижение надежного локального гемостаза;
4. Обязательная параллельная коррекция последствий кровопотери;
5. Лечение основного и сопутствующих заболеваний [1].

Вероятность достижения положительного результата значительно возрастает при удачном решении именно всех перечисленных задач. Для этого лечением больного с ОКППК должны заниматься как минимум три врача различных специальностей: хирург, эндоскопист, анестезиолог-реаниматолог. Именно от их слаженной работы, максимальной отдачи каждого в конечном итоге зависит исход лечения больных с ОКППК [4,5].

Последовательность действий врача на разных этапах госпитализации больного с подозрением на ОКППК следующая.

### **I. ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.**

Задача врача приемного отделения – *установление самого факта ОКППК*. При осмотре больного врач в первую очередь должен дать оценку общего состояния больного (таблица 2). Базовыми являются параметры с 1 до 6, т.е. максимально доступные, информацию о которых врач может получить при первичном осмотре больного. Все остальные параметры (7 – 11), а также ряд других, не менее важных – кислотно-основное состояние крови, дефицит ОЦК и т.д., являются уточняющими [1].

## Критерии оценки степени тяжести больного с ОКППК

№ п/п	Параметр	Состояние больного			
		Удовлетворител.	Средней тяжести	Тяжелое	Крайне тяжелое
1.	Сознание	Ясное	Заторможено	Угнетено	Резко угнетено
2.	Состояние кожных покровов	Умеренная бледность	Выраженная бледность	Резкая бледность, холодный липкий пот	Бледно-цианотичные, холодный липкий пот
3.	Симптом «бледного пятна»	Менее 3 сек.	Более 3 сек.	Не определяется	Не определяется
4.	Пульс (уд/мин.)	90-100	До 120	120-140, слабого наполнения	Более 140, слабого наполнения
5.	Систолическое АД (мм рт. ст.)	Норма	Не ниже 100	80-90	Ниже 80
6.	Дыхание	Несколько учащено	Учащено	Одышка	Выраженная одышка
7.	ЦВД (мм водн. ст.)	5-15	0-5	0	0, ниже 0
8.	Диурез	Норма	Снижен	Олигурия	Олигурия, анурия
9.	Число эритроцитов ( $10^{12}$ )	Более 3,5	2,5-3,5	2,5-1,7	Менее 1,7
10.	Гемоглобин (г/л)	Более 120	80-120	60-80	Менее 60
11.	Гематокрит (%)	Более 30	25-30	20-25	Менее 20

При удовлетворительном состоянии больного или состоянии средней тяжести выполняют:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, объективное обследование больного с параллельным изучением лабораторных показателей крови и мочи (общий анализ крови и мочи, амилаза мочи и т.д.), ЭКГ (пациентам старше 45 лет);
- пальцевое исследование прямой кишки;

- аспирацию содержимого желудка с помощью зонда и промывание желудка. Последнее позволяет существенно повысить точность и эффективность следующего этапа – эндоскопического исследования [1,3].

## II. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

*Диагностика источника кровотечения.* В связи с тем, что наиболее часто (более чем у 80% больных) источник кровотечения располагается в верхних отделах пищеварительного канала (пищевод, желудок и начальный отдел двенадцатиперстной кишки), инструментальное обследование больного начинают с urgentной ФЭГДС. В тех случаях, когда во время экстренной ФЭГДС патологии со стороны пищевода, желудка и начального отдела двенадцатиперстной кишки не выявлено, в условиях ОИТ в течение 4 – 6 часов больных готовят и выполняют экстренную ФКС. Если эти исследования не позволяют установить источник и причину кровотечения, то повторно выполняют ФЭГДС. Если и это не дало необходимого результата, можно предположить, что источник кровотечения, скорее всего, расположен в тощей или подвздошной кишке. В этом случае целесообразно выполнить контрастное исследование тонкой кишки (энтерографию) или селективную ангиографию, энтероскопию.

*Остановка продолжающегося кровотечения и профилактика его рецидива.* Если во время эндоскопического исследования источник кровотечения установлен, выполняют эндоскопический гемостаз (при продолжающемся кровотечении) или эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения (при состоявшемся кровотечении). Для этого могут быть использованы различные способы эндоскопического гемостаза.

Если в течение 30 минут не удастся остановить продолжающееся кровотечение, показано выполнение экстренного оперативного вмешательства, целью которого является остановка кровотечения и спасение жизни пациента. В этих случаях лабораторное обследование и корригирующая терапия производятся на операционном столе параллельно с выполнением хирургического вмешательства [1,4,5].



### III. ОИТ.

При достижении хотя бы временной остановки кровотечения (при продолжающемся кровотечении), а также при состоявшемся кровотечении пациентов госпитализируют в ОИТ для полноценного лабораторного обследования, определения величины кровопотери и тяжести сопутствующей патологии, проведения комплексной инфузионной и медикаментозной терапии. В ОИТ обязательно определяют степень надежности локального гемостаза, а также осуществляют эндоскопический мониторинг. Частота выполнения контрольных эндоскопических исследований зависит от степени риска рецидива кровотечения.

Тактика лечения пациента (выполнение отсроченной операции в связи с высоким риском рецидива кровотечения или продолжение комплексной консервативной терапии) зависит от причины кровотечения, надежности локального гемостаза, данных инструментальных и лабораторных методов исследования, а также от эффективности проводимой медикаментозной и корригирующей терапии.

Пациентов, находящихся в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, сразу госпитализируют в ОИТ, где без промедления начинают интенсивное корригирующее лечение. Если состояние пациента удалось стабилизировать, обследование проводят по вышеописанной схеме.

Если в процессе лечения отмечаются признаки рецидива кровотечения (снижение АД, показателей крови, рвота кровью и т.д.) – пациенту показана экстренная операция, целью которой является остановка кровотечения.

### **ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИСТОЧНИКА ОКППК. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА**

Основное значение в успешном лечении ОКППК имеет ранняя и точная диагностика причины и источника кровотечения.

На протяжении длительного времени врачи могли лишь предположить, какое заболевание является причиной кровотечения и где может располагаться его источник. Современный этап диагностики и лечения ОКППК начался в

1962 году, когда Hirschowitz впервые выполнил **ФЭГДС**. В дальнейшем была доказана возможность и необходимость выполнения эндоскопического исследования у крайне тяжелых пациентов. В настоящее время трудно переоценить значение экстренного эндоскопического исследования. Этот метод позволяет не только установить причину и характер источника кровотечения, его расположение и размеры, но и оценить надежность местного гемостаза, а также проводить мероприятия, направленные на остановку продолжающегося кровотечения и профилактику его рецидива. Минимальное время, затрачиваемое на его выполнение, и незначительная травматичность при очень высокой точности (до 95%) сделали этот метод совершенно незаменимым в диагностике ОКППК.

Эндоскопическая характеристика источника кровотечения положена в основу современной лечебной тактики. Кроме того, эндоскопическое исследование позволяет точно диагностировать причины кровотечения, ранее остававшиеся нераспознанными (острые язвы и эрозии слизистой оболочки, синдром Маллори-Вейсса и др.) [4,6].

Широко применявшееся ранее экстренное рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а также экстренная ирригография на сегодняшний день утратили свое значение. Более точным методом выявления локализации источника кровотечения из ободочной кишки является **ФКС**.

Наибольшие трудности возникают при установлении причины кровотечения из тонкой кишки. Используемая для этого **энтерография** редко достигает своей цели. Зачастую кровотечение из тонкой кишки предполагается только после исключения патологии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, прямой и ободочной кишки. Заболевания тонкой кишки встречаются нечасто, редко проявляются массивным кровотечением и редко требуют экстренного хирургического вмешательства. С целью выявления таких «скрытых» источников кровотечения G.Annes (1976), J.Gabriel (1978) предложили избирательное рентгенологическое контрастирование ветвей чревной и брыжеечной артерий, положив начало **ангиографии**. Метод оказался высокоэффективным, особенно

при продолжающемся кровотечении.

Ангиографический метод позволяет с большой достоверностью определять локализацию выхода контрастного вещества в просвет желудочно-кишечного тракта (экстравазаты) даже из нескольких потенциально возможных его источников. Селективная катетеризация ветвей чревной и брыжеечных артерий не только повышает диагностическую эффективность ангиографии, но и позволяет осуществить гемостаз путем введения эмболизирующих препаратов. Совершенствование рентгенологического метода привело к созданию отдельного направления – рентгенэндоваскулярной хирургии.

Ангиография (с селективной канюляцией мезентериальной артерии) является альтернативным диагностическим методом у пациентов с кровотечением из нижнего отдела пищеварительного тракта. По данным различных исследований, диагностическая ценность ангиографии колеблется в пределах 40-78%. Данный метод позволяет не только выявлять кровотечение в труднодоступных для осмотра местах, но и выполнять остановку продолжающегося кровотечения. В качестве лечебных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, применяется введение вазопрессина. Методика позволяет достичь остановки кровотечения в 90% случаев, хотя его рецидив после прекращения введения препарата достигает 50-70%. Отсутствие долговременного эффекта, высокий уровень осложнений (до 35%) привели к тому, что этот метод в последние годы применяется нечасто.

Альтернативой является *суперселективная эмболизация* кровоточащего сосуда. Для этого катетер подводят к месту кровотечения и через его просвет вводят эмболизирующие препараты. Эффективность эндоваскулярной катетерной эмболизации кровоточащего сосуда составляет 87,2-94,3% [7,8,9].

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

*Основные задачи эндоскопического исследования при ОКППК:*

- установить источник кровотечения и его локализацию;
- установить, продолжается ли кровотечение на момент осмотра или остановилось; в случае остановившегося кровотечения определить степень риска его возобновления;
- определить показания к проведению местного лечения через эндоскоп и его вид;
- провести эндоскопический гемостаз или профилактику рецидива кровотечения.

*Показания и противопоказания.* Показанием к выполнению экстренного эндоскопического исследования является даже подозрение на наличие ОКППК. Чем раньше оно выполнено, тем выше его диагностическая и прогностическая ценность. Эндоскопическое исследование должно быть выполнено сразу после поступления пациента в стационар, независимо от того, имеются ли признаки состоявшегося или продолжающегося кровотечения.

Противопоказаниями к выполнению эндоскопического исследования являются: агональное состояние пациента, острое нарушение мозгового кровообращения, резкая деформация шейного отдела позвоночника.

У пациентов с продолжающимся кровотечением, поступающих в состоянии геморрагического шока, эндоскопическое исследование выполняют на операционном столе до начала или во время экстренного хирургического вмешательства. Если пациент поступает в состоянии геморрагического шока, но клинические признаки продолжающегося кровотечения отсутствуют, то эндоскопию выполняют после кратковременной инфузионной корригирующей терапии и стабилизации артериального давления.

Если при первичном исследовании источник кровотечения не установлен и отсутствуют признаки продолжающегося кровотечения, эндоскопию следует повторить в течение первых 4-6 часов.

При отсутствии патологии верхних отделов пищеварительного канала и

наличии признаков кишечного кровотечения необходимо провести подготовку пациента к выполнению колоноскопии. Для этого в приемном или хирургическом отделении выполняются очистительные клизмы или ортоградный лаваж кишки. Пассивное удаление кишечного содержимого не приводит к усилению или возобновлению кровотечения. Более того, введение в просвет кишки холодной воды зачастую способствует уменьшению активности кровотечения. Использование такой схемы промывания толстой кишки позволяет у большинства пациентов с кишечным кровотечением в короткий срок (в течение 2-4 часов) обеспечить адекватную подготовку к исследованию и качественное его выполнение.

Исследование толстой кишки можно начать с выполнения ректороманоскопии после минимальной подготовки. Если патология в дистальных отделах не найдена, подготовку пациента необходимо продолжить.

Как показывает опыт, адекватно подготовить пациента к выполнению ФКС в большинстве случаев удается уже в течение первых суток нахождения его в стационаре. Потеря времени здесь не столь существенна, поскольку кровотечения из толстой кишки редко бывают профузными и потребность в экстренных хирургических вмешательствах невелика.

*Премедикация* при ФЭГДС осуществляется путем местной анестезии ротоглотки орошением 10% раствором лидокаина. Лишь у пациентов с неуравновешенной психикой в качестве премедикации применяют 2 мл седуксена, иногда в сочетании с 1 мл 2% раствора промедола.

*Премедикация при подготовке к проведению ФКС* решает следующие задачи: обеспечение психологического комфорта больного перед обследованием, устранение чувства тревоги, страха, болевого синдрома; уменьшение секреции желез дыхательной и пищеварительной систем; предупреждение аллергических реакций на вводимые препараты.

В схему премедикации могут быть включены следующие препараты:

– Сибазон (диазепам) – 0,14 мг/кг или ивадал (золпидем) – 10 мг (у пациентов старческого возраста – 5 мг);

- Промедол – 1 мл 2% раствора;
- Димедрол – 0,14 мг/кг или супрастин – 0,28 мг/кг.

Соблюдение всех перечисленных методик подготовки, премедикации и особенностей проведения эндоскопического исследования значительно повышает эффективность экстренной эндоскопии у пациентов с ОПККП и уменьшает риск возникновения осложнений при их проведении [1,3,5,6].

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ВИДОВ ОКПК

Все кровотечения делят на *продолжающиеся (активные)* и *остановившиеся (состоявшиеся)*.

*Типы активного кровотечения (по интенсивности):*

- струйное – кровотечение пульсирующей струей;
- диффузное: а) капельное (просачивание) – на поверхности слизистой оболочки после отмывания струей воды тотчас появляется капля крови без четко видимого дефекта слизистой оболочки; б) потоком (подтекание) – кровь течет по стенке из места повреждения;
- массивное – интенсивное поступление крови, когда место кровотечения невозможно точно определить.

При описании места кровотечения используют следующие термины:

- кровотокающая точка (диаметром 1 мм);
- кровотокающее пятно (кровотечение с поверхности от 1 до 5 мм в диаметре).

Указанные кровотечения могут носить локальный или диффузный характер («плачущая» слизистая оболочка).

В постгеморрагическом периоде при эндоскопическом осмотре выделяют *признаки остановившегося кровотечения:*

- наличие в полости желудка неизменной и/или редуцированной крови, сгустков крови;
- фиксированный пристеночный тромб-сгусток (сгусток, прикрепленный

к поврежденному участку слизистой оболочки и устойчивый к отмыванию);

- видимый сосуд в дне язвы в виде красноватого бугорка – «часового» тромба или в виде блестящего «жемчужного» бугорка в дне, крае язвы или выступающего над поверхностью ее дна;

- плоское черное пятно или точка на слизистой оболочке (отложение гематина).

Первые три признака служат критерием высокого риска возможного рецидива кровотечения. При наличии гематинового струпа и точечных отложениях гематина риск рецидива кровотечения невысок [6,11].

В 1974г. Forrest и соавт. описали и систематизировали эндоскопические признаки кровотечения из пептической язвы. В настоящее время эта классификация получила признание во всем мире. Ее преимущество в том, что она является базисной в определении риска рецидива кровотечения и тактики ведения пациентов.

Тип F I – активное кровотечение:

- I a – пульсирующей струей;

- I b – потоком.

Тип F II – признаки недавнего кровотечения:

- II a – видимый (некровоточащий) сосуд;

- II b – фиксированный тромб-сгусток;

- II c – плоское черное пятно (черное дно язвы).

Тип F III – язва с чистым (белым) дном.

При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз. При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения. При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ИСТОЧНИКОВ ОКПК

*Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки* – наиболее часто встречающаяся причина кровотечения (2/3 всех кровотечений из хронических язв). Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, как правило, имеют размеры от 0,5 до 0,8 см, однако отмечается устойчивая тенденция к увеличению «средних» размеров дефектов. Форма язв чаще неправильная, полигональная. Отмечается выраженное перифокальное воспаление с формированием воспалительного вала, еще больше затрудняющего осмотр этой зоны. Края отечные, неровные, с зернистыми возвышениями, легко контактно кровоточат.

Может отмечаться конвергенция складок к дефекту. В процессе заживления язвы именно эта конвергенция приводит к формированию грубой деформации просвета луковицы двенадцатиперстной кишки. Слизистая оболочка луковицы достаточно подвижна, что в сочетании с относительно небольшими размерами луковицы приводит к значительным затруднениям при осмотре дефекта. При этом складки слизистой оболочки могут закрывать язвенный дефект, особенно небольших размеров.

Заподозрить наличие язвы помогает внимательное изучение рельефа слизистой оболочки, наличие участков локальной гиперемии и отека. В дне язвенного кратера могут определяться тромбированные сосуды различного калибра и цвета, выступающие в просвет или находящиеся на уровне дна, а также сгустки, темный или алый геморрагический налет, некротические массы.

Выраженные рубцовые изменения луковицы двенадцатиперстной кишки иногда не позволяют четко определить локализацию язвы. Поэтому в некоторых случаях в описании приходится указывать ориентировочную локализацию, применяя термины «переднемедиальный контур», «заднелатеральная стенка» и т.д. Те же рубцовые изменения значительно затрудняют и сам поиск источника кровотечения.

Необходимо помнить о возможности существования двух и более источников кровотечения. Обнаружив язву с признаками нестабильного гемостаза,



следует продолжить осмотр органа и убедиться, что дополнительных язвенных дефектов или других источников кровотечения больше нет. В последнее время отмечается тенденция к увеличению количества язв, расположенных в выходном отделе луковицы и в залуковичных отделах. Осмотру этих отделов следует уделять особое внимание [11,12,13].

**Язвы желудка** наиболее часто локализуются по малой кривизне, в антральном и препилорическом отделах, реже в верхних отделах желудка и своде. В большинстве случаев язвы желудка бывают одиночными, однако с возрастом отмечается тенденция к возникновению множественных язв.

Размеры язв желудка переменны – от 0,5 до 2-3 см. Встречаются язвенные дефекты гигантских размеров, достигающие 5-10 см (как правило, у людей пожилого и старческого возраста). В последние годы отмечается тенденция к выявлению сочетанной патологии, когда на фоне существующей хронической язвы выявляются острые эрозивно-язвенные поражения или синдром Маллори-Вейсса.

Эндоскопическая картина кровоточащей язвы желудка значительно «обогащается» разнообразием содержимого полости желудка и картиной дна язвенного дефекта. В просвете желудка могут определяться стигматы кровотечения – содержимое типа «кофейной гущи», алые или темные сгустки крови, малоизмененная кровь. Наличие того или иного вида содержимого зависит от времени, прошедшего от момента начала кровотечения, его интенсивности, возникновения рецидивов, особенностей моторно-эвакуаторной функции желудка.

Чем меньше времени прошло с момента начала кровотечения, тем чаще при эндоскопическом исследовании выявляется малоизмененная кровь и алые сгустки, и тем выше риск рецидива кровотечения.

Наибольшую опасность и сложность представляет *продолжающееся струйное кровотечение*. В желудке источником такого кровотечения, как правило, бывают язвы, локализованные в зоне так называемой «ахиллесовой пяты». Эта зона располагается вдоль малой и большой кривизны желудка, слева и справа от нее, на расстоянии 2 – 3 см. Именно в этой зоне близко к поверхност-

ным слоям слизистой оболочки, не разделяясь, проходят первичные ветви желудочных артерий, проникают через собственную мышечную оболочку, образуют сплетения, из которых ретроградно отходят сосуды, питающие мышечные слои. Вокруг артерий формируются мышечные волокна, фиксирующие сосуды в виде «стоячей петли». При аррозии сосуда в этой зоне не происходит инвагинации интимы сосуда, обеспечивающей спонтанную остановку кровотечения.

Интенсивность струйного кровотечения зависит от калибра сосуда, косвенно совпадающая с глубиной язвенного дефекта. Как правило, струйное кровотечение возникает из одного сосуда. Однако в дне язвенного кратера могут определяться несколько сосудов различного диаметра. Они представляют собой потенциальную опасность развития рецидива кровотечения.

Нередко после эндоскопической остановки кровотечения отмечается его рецидив. При этом источником его могут быть другие сосуды, расположенные в дне язвы. Это необходимо помнить при выполнении эндоскопических манипуляций и определении тактики дальнейшего лечения пациента. Наличие нескольких, особенно крупных сосудов в дне дефекта, даже после успешного выполнения эндоскопического гемостаза следует рассматривать как высокий риск рецидива кровотечения. Тактика в этом случае подразумевает выполнение оперативного вмешательства.

Второй вид *продолжающегося кровотечения* – *диффузное кровотечение* из сосуда или из-под сгустка в дне язвы – капельное (просачивание) или потоком (подтекание). Отношение к данной ситуации аналогичное струйному кровотечению и требует выполнения эндоскопического гемостаза.

Третий вид *продолжающегося кровотечения* – *массивное кровотечение*, т.е. массивное поступление крови, когда невозможно точно определить место кровотечения на слизистой оболочке. Это одна из наиболее сложных ситуаций, требующая не только активных действий, но и высокой профессиональной подготовки врача-эндоскописта.

Эффективность эндоскопического гемостаза в таких случаях зависит от

калибра кровоточащего сосуда, локализации источника и удобства работы с ним, наличия современной аппаратуры и квалификации врача, выполняющего манипуляции.

Продолжающееся кровотечение встречается у 5-9% пациентов. Чаще всего врач-эндоскопист сталкивается с ситуациями состоявшегося (спонтанно остановившегося) кровотечения. Особое внимание в данном случае следует уделить детальному изучению дна и краев язвенного дефекта для выявления признаков ненадежного гемостаза – тромбированных сосудов, сгустков и геморрагического налета. Наиболее часто выявляются мелкие, реже крупные тромбированные сосуды. В дне дефекта определяется некротический или чаще темный геморрагический налет, который помогает врачу выявить дефект на фоне анемичной слизистой оболочки.

Возникновение кровотечения – проявление срыва компенсаторных возможностей организма. Именно поэтому очень часто отмечается выраженная контактная ранимость краев дефекта, кровоточивость слизистой оболочки вокруг язвенного кратера, что следует учитывать при проведении эндоскопических манипуляций.

Известно, что чем глубже расположен сосуд, тем больше его калибр, тем менее надежен местный гемостаз и тем выше вероятность рецидива кровотечения. Важную роль играет особенность аррозии самого сосуда – концевая или боковая. В первом случае вероятность спонтанной остановки кровотечения существенно выше. При этом возникает спазм кольцевидных мышц сосудистой стенки, вворачивание интимы, что приводит к уменьшению интенсивности кровотечения, активизации процессов тромбообразования. К сожалению, при эндоскопическом исследовании выявить эти различия удастся далеко не всегда. Большое значение имеет степень выстояния сосуда в просвет органа. Крупный, выстоящий в просвет тромбированный сосуд подвержен воздействию травмирующих факторов (соляная кислота, пепсин, пища). Кроме того, велика вероятность травмирования сосуда при эндоскопических манипуляциях. В этом случае риск возникновения рецидива кровотечения достаточно высок.

Сгустки крови в дне язвы определяются у 20-25% пациентов. Сгусток является признаком того, что процессы внутрисосудистого тромбообразования еще не завершились, риск развития рецидива кровотечения высок, следовательно, отношение к данной категории пациентов должно быть настороженным. Ни в коем случае не следует выполнять грубых манипуляций, пытаться аспирировать весь сгусток или механически сдвинуть его. Это может привести к возобновлению кровотечения. Все манипуляции должны производиться достаточно аккуратно. Необходимо попытаться поэтапно аспирировать часть сгустка, начиная с периферии, рыхлой его части, затем продолжить выполнение эндоскопических манипуляций [6,11,14,15,16,17,18].

***Кровоточащие острые язвы и эрозии.*** Острые эрозии, как правило, округлой или овальной формы, размером от 0,1 до 0,3 см. Глубина дефектов колеблется от 0,5 до 2 мм. Края их невысокие, сглаженные, легкоранимые при контакте с инструментом. Вокруг плоских (поверхностных) и геморрагических эрозий отмечается отек и гиперемия слизистой оболочки в виде ободка. Геморрагические эрозии на слизистой оболочке выглядят в виде «укола булавкой».

Острые язвы отличаются от эрозий, прежде всего, размерами и глубиной. Размеры «стандартных» острых язв колеблются от 0,5 до 1,5 см, хотя бывают и больше. Как правило, острые язвы выглядят в виде «штампованных» дефектов округлой или овальной формы, одинаковых по размерам и глубине. Острые язвы чаще всего поверхностные, с гладкими четкими краями. Однако деструктивный процесс может распространяться практически на все слои стенки органа, вплоть до развития перфорации. Края их подвижны, гиперемированы, слизистая оболочка вокруг дефекта эластична. Воспалительный вал, характерный для хронических язв, отсутствует.

При эндоскопическом осмотре в фазе активного кровотечения острые эрозии и язвы имеют вид кровоточащих пятен. Кровотечение из эрозий – диффузное или потоком, из язв – потоком или даже струйное. Поражения носят обычно диффузный характер. Острые эрозии одинаково часто локализуются в пищеводе и желудке, острые язвы – преимущественно в желудке. Описаны случаи

локализации острых язв в тощей и даже подвздошной кишке. Лекарственные язвы чаще локализуются на большой кривизне желудка.

В постгеморрагическом периоде эндоскопическая картина также имеет полиморфный характер: это может быть геморрагическая эрозия (в виде черного пятна) или афтоидная эрозия с вкраплениями гематина (в виде желтого пятна с вкраплениями черных точек). Острые язвы обычно имеют округлую форму, часто прикрыты сгустком крови, в дне их обнаруживаются мелкие или крупные тромбированные сосуды, налет фибрина, некротических масс.

Наибольшая путаница в терминологии касается так называемых эрозивно-геморрагических гастритов. В научной литературе долгое время главенствовал этот термин, объединяющий все виды кровотечений из эрозивных поражений, не обусловленных язвенной болезнью. В настоящее время все большее число исследователей стали разделять понятие эрозии и гастрита и выделять острые эрозии и острые язвы, или острое эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки, и геморрагическую гастропатию.

Геморрагическая гастропатия была охарактеризована Дъелафуа как «плачущий кровью» желудок. При эндоскопическом осмотре в интрагеморрагический период определяется кровоточащая точка диаметром до 1 мм с капельным подтеканием крови. Кровоточащие точки чаще множественные и могут располагаться разбросанно или кучно.

В постгеморрагический период на неизменной слизистой оболочке видны множественные точечные отложения гематина в виде черных точек, расположенных одиночно, сгруппированных в одной области или диффузно [1,17].

**Синдром Маллори-Вейсса.** Наиболее типичная локализация разрывов слизистой оболочки – эзофагокардиальная зона: абдоминальный отдел пищевода, «зубчатая линия», кардиальный отдел желудка, значительно реже – остальные отделы пищевода и желудка. При эндоскопическом исследовании выявляются один или несколько продольных разрывов слизистой оболочки различной глубины длиной от 0,5-1 до 5-10 см и шириной 0,1-0,8 см. Тяжесть кровотечения зависит от глубины разрыва стенки. Чаще отмечается умеренное

кровотечение, которое в большинстве случаев останавливается самостоятельно. При глубоких разрывах и повреждении крупных сосудов (артерий и вен) кровотечение может быть массивным. Дно разрывов, как правило, прикрыто сгустком крови или покрыто геморрагическим налетом. Состояние краев, стенок и дна разрыва зависит от времени, прошедшего от момента возникновения разрывного синдрома. Края разрыва неровные, имбибированы кровью, отмечаются внутри- или подслизистые гематомы, в связи с чем зона разрыва из-за отека возвышается над остальной поверхностью слизистой оболочки. Хорошо виден диастаз между краями свежего разрыва. Размеры диастаза краев колеблются от 2-3 до 10 мм. Чем глубже разрыв, тем больше диастаз краев.

При свежих разрывах, не сопровождающихся массивным кровотечением, иногда удается рассмотреть частично поврежденные мышечные волокна, расположенные между стенками разрыва. При неосторожных манипуляциях или чрезмерной инсуффляции воздуха края разрыва расходятся, что может привести к повреждению этих мышечных волокон и сосудов, возобновлению или усилению кровотечения.

Чем больше времени прошло от момента эпизода кровотечения, тем более плотными становятся края, поверхность разрыва не увеличивается при нагнетании воздуха, в дне определяется налет фибрина. Поверхностные дефекты эпителизируются в течение недели и не оставляют после себя никаких изменений на слизистой оболочке, неглубокие – в течение 8-10 дней, при этом на месте разрыва иногда определяется рубец, не деформирующий слизистую оболочку. Глубокие разрывы, достигающих до мышечного слоя, оставляют после себя грубые рубцовые изменения [1,8,11].

***Варикозное расширение вен пищевода и желудка.*** Наиболее частой причиной развития варикозного расширения вен пищевода и желудка является портальная гипертензия, обусловленная циррозом печени.

Эндоскопическая картина зависит от степени варикозного расширения вен. Во время ФЭГДС, даже при наличии признаков кровотечения из варикозно расширенных вен, обязательному осмотру подлежат желудок и двенадцатипер-

стная кишка, так как почти у 40% таких пациентов обнаруживается другой источник кровотечения – острые язвы и эрозии, синдром Маллори-Вейсса, хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При наличии тромба над варикозным узлом, до проведения эндоскопа в дистальные отделы рекомендуется осуществить профилактику рецидива кровотечения – склеротерапию.

Кровотечение при варикозе пищевода и желудка развивается из дефекта в стенке варикозного узла (часто на фоне эрозивного эзофагита или гастрита) и обычно носит струйный (массивный) характер. При продолжающемся кровотечении отмечается наличие малоизмененной крови в просвете пищевода и желудка, а из эрозированного участка отмечается струйное кровотечение.

При состоявшемся кровотечении можно выявить один или несколько участков слизистой оболочки над варикозными венами, покрытых геморрагическим или фибринозным налетом, сгустками крови. Как правило, эти участки расположены в дистальной части пищевода.

После эпизода кровотечения и снижения давления в портальной системе может отмечаться существенное спадение вен. Полностью вены не исчезают, а становятся менее напряженными, эластичными, что иногда затрудняет диагностику.

Диагностировать кровотечение из варикозно расширенных вен кардии и свода желудка сложнее, поскольку часто при наличии гастрита вены принимают вид утолщенных складок. О варикозе свидетельствует наличие в своде желудка узловатых, не расправляющихся складок, иногда с эрозиями на их гребнях [1,19,20].

**Опухоли пищеварительного тракта.** Наиболее часто кровотечением осложняются злокачественные опухоли, значительно реже – доброкачественные. По эндоскопической картине и клиническим проявлениям все опухоли пищеварительного тракта можно условно разделить на три группы.

*Подслизистые опухоли.* Наиболее часто подслизистые опухоли встречаются в абдоминальном отделе пищевода, дне (своде) желудка, кардиальном отделе и выходном отделе желудка, в начальном отделе тощей и подвздошной кишок.

При внутривисцеральном расположении и небольших размерах опухоли могут визуально не определяться.

Внешне эти опухоли имеют четкие границы. Слизистая оболочка над ними не изменена, эластична, подвижна, гладкая, очень редко бугристая. Размеры образований 1-3,5 см и более. При наличии кровотечения в центре или дистальном крае можно обнаружить один (чаще) или несколько участков изъязвления, покрытых сгустками, геморрагическим налетом. Струйные кровотечения встречаются редко.

*Полипы.* Локализуются полипы чаще в теле и антральном отделе желудка, в сигмовидной и прямой кишке.

Геморрагические осложнения возникают при изъязвлении верхушки полипа или травме образования. Наиболее часто кровотечение возникает у пациентов с полипами ободочной кишки – в 13-37% случаев, а при диффузном семейном полипозе – практически в 100% случаев. Кровотечение из доброкачественных опухолей склонно к самопроизвольной остановке.

*Злокачественные экзофитные новообразования.* Среди всех кровоточащих злокачественных опухолей пищеварительного канала наиболее часто встречается рак желудка – в 79% случаев, рак прямой и ободочной кишки – в 18,5% случаев.

Геморрагические осложнения характерны для всех форм злокачественных опухолей. Они возникают при эрозии опухоли крупных кровеносных сосудов (как правило, такие кровотечения массивны, имеют развернутую клиническую картину, сопровождаются развитием геморрагического шока), при поверхностном повреждении ткани опухоли грубой пищей и др. Капиллярные, неинтенсивные кровотечения часто протекают без выраженной клинической картины, часто остаются незамеченными, однако могут приводить к выраженной анемизации пациента [1,5,9].



## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ

Первичный гемостаз должен выполняться во время выполнения экстренного эндоскопического исследования. Выбор способа гемостаза во многом зависит от источника кровотечения, его интенсивности, технических возможностей и квалификации врача-эндоскописта. Гемостаз считается эффективным, если нет визуального подтверждения продолжения кровотечения в течение 5 минут.

Если пациент поступает с состоявшимся кровотечением, следует применить эндоскопические методы гемостаза, направленные на профилактику его рецидива. В дальнейшем всем пациентам с ОКППК выполняют контрольные эндоскопические исследования, частота которых определяется степенью риска рецидива кровотечения.

Наиболее опасными эндоскопическими признаками, свидетельствующими о высоком риске рецидива кровотечения, являются: присутствие в полости органа следов малоизмененной крови; рыхлый, желеобразный тромб-сгусток, прикрывающий источник кровотечения. Кроме этого, к группе высокого риска рецидива кровотечения относят пациентов, которым выполнялся первичный эндоскопический гемостаз. Этим пациентам необходимо выполнение контрольных эндоскопии через 4-6 часов после первичного исследования. В остальных случаях контрольные исследования выполняются через 10-12 часов до полного исчезновения признаков нестабильного гемостаза.

Критериями прекращения эндоскопического мониторинга риска рецидива кровотечения являются: очищение источника кровотечения от геморрагического или некротического налета; отсутствие стигмат кровотечения; гладкое, покрытое фибрином дно источника кровотечения.

Все способы эндоскопического гемостаза можно разделить на три основные группы: физические, механические и медикаментозные (таблица 3). Они могут применяться как для остановки продолжающегося ОКППК, так и для профилактики его рецидива.

## Характеристика основных способов эндоскопического гемостаза

<i>Методы</i>	<i>Тип</i>	<i>Основной механизм действия</i>
<i>Физические</i>	Диатермоэлектрокоагуляция (монополярная, биполярная)	Заваривание, коагуляция кровотока сосуда, стимуляция и создание условий для тромбообразования
	Термокоагуляция (криокоагуляция, тепловой зонд)	
	Лазерная коагуляция	
	Аргонплазменная коагуляция	
	Радиоволновая коагуляция	
<i>Механические</i>	Инфильтрационный (инъекция физиологического раствора, медицинского клея)	Сдавление кровотока сосуда
	Клипирование	
	Лигирование	
	Комбинированный инфильтрационный (инъекции физиологического раствора, эпинефрина, прокоагулянтов)	Сдавление кровотока сосуда+ вазоконстрикция+ стимуляция тромбообразования
<i>Медикаментозные</i>	Эпинефрин	Вазоконстрикция
	Склерозанты	Химическая коагуляция

**Физические методы** эндогемостаза давно и широко используются в клинической практике.

*Область применения:* кровотечение из хронических и острых гастродуоденальных язв, ангиодисплазий и разрывов слизистой оболочки, кровоточащих полипов и опухолей.

**Механические методы** – достаточно надежные способы гемостаза. Некоторые из них (клипирование и лигирование кровотока сосуда) применяются пока недостаточно широко, другие (инфильтрационный метод) являются весьма распространенными и эффективными методами временного эндогемостаза.

*Область применения:* продолжающееся кровотечение из хронических и острых гастродуоденальных язв, ангиодисплазий и разрывов слизистой оболочки, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

*Медикаментозные методы* являются самыми экономически и технически доступными из всех эндохирургических методов. Их применение не зависит от характера, локализации источника ОКППК и локализации сосуда в самом источнике.

*Область применения:* кровотечение из хронических и острых гастродуоденальных язв, ангиодисплазий и разрывов слизистой оболочки, кровоточащих полипов, варикозно расширенных вен пищевода [8,21-24].

Согласно Международному консенсусу по лечению неварикозных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [25], рекомендован следующий подход к эндоскопическому лечению ОКППК.

1. Каждая клиника должна располагать протоколом мультидисциплинарного лечения пациентов с ОКППК, включая наличие эндоскописта, подготовленного для выполнения эндоскопического гемостаза.

2. В любое время должен быть доступен персонал, подготовленный к оказанию помощи дежурному эндоскописту.

3. Раннее эндоскопическое исследование (в течение 24 часов от начала кровотечения) рекомендуется выполнять большинству пациентов с ОКППК.

4. Выполнение эндоскопического гемостаза не показано пациентам с малоопасными стигмами ОКППК (язва с чистым дном или плоскими окрашенными точками в дне).

5. Фиксированный к дну язвы тромб-сгусток требует прицельного отмывания для его удаления и направленного воздействия на подлежащий сосуд.

6. Роль эндоскопического гемостаза при наличии несмываемого, фиксированного к язве сгустка остается до конца неясной. Эндоскопический гемостаз можно выполнять, однако не исключено, что будет достаточно интенсивного лечения ингибиторами протонной помпы.

7. Эндоскопический гемостаз рекомендуется выполнять у пациентов с высокозначимыми стигмами ОКППК (продолжающееся кровотечение или обнаженный сосуд в дне язвенного дефекта).

8. Инъекции адреналина не обеспечивают должной эффективности и должны применяться в комбинации с другими методами эндоскопического гемостаза.

9. Ни один из термических коаптивных методов эндоскопического гемостаза не обладает преимуществами перед другими.

10. У пациентов с высокозначимыми стигмами ОКППК необходимо применять клипирование, термокоагуляцию или инъекции склерозантов изолированно или в комбинации с инъекциями адреналина.

11. Рутинное выполнение повторного контрольного эндоскопического исследования не рекомендуется.

12. При рецидиве кровотечения обычно рекомендуется выполнение повторного эндоскопического гемостаза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая эндоскопия – быстро прогрессирующий раздел малоинвазивной хирургии, прочно занявший главенствующее место не только в диагностике, но и лечении ОКППК. Сегодня ни у кого уже не вызывает сомнения тот факт, что основным и ведущим методом диагностики является эндоскопическое исследование, которое в большинстве случаев позволяет установить характер и локализацию источника кровотечения, его интенсивность, осуществить гемостаз, провести мероприятия, направленные на профилактику рецидива ОКППК. Это позволяет избежать оперативного вмешательства или выполнить его в более благоприятных условиях.

Разнообразие эндоскопических методов гемостаза требуют от эндоскописта высокой квалификации и умения правильно выбрать оптимальный способ его выполнения, особенно в случаях прогностически неблагоприятной локализации источника кровотечения.

Вопросы тактики ведения пациентов с ОКППК должны решаться совместно хирургом, эндоскопистом и анестезиологом-реаниматологом. При этом необходимо учитывать характер патологического процесса, осложнившегося кровотечением, надежность и эффективность консервативных способов гемостаза, вероятность рецидива кровотечения, степень выраженности нарушений гомеостаза, вызванных кровопотерей и основным заболеванием, состояние пациента и его компенсаторные возможности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко, П.Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала: Практическое руководство./П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко. Донецк, 2006. 420 с.
2. Ганжий, В.В. Новые тактико-технические решения в хирургическом лечении хронических медикаментозных гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением/ В.В. Ганджий // Хірургія Україні. 2004. №2(10). С. 32–34.
3. Гринберг, А. А. Неотложная абдоминальная хирургия: справочное пособие для врачей./А.А. Гринберг. Москва, 2000. 495 с.
4. Кузнецов, Н.А. Кровотечения: Основы клинической хирургии / Н.А. Кузнецов, А.А. Бронтвейн; под ред. Н.А. Кузнецова. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009. С. 360–391.
5. Савельев, В.С. Диагностика и лечение кровотечений: Клиническая хирургия/В.С. Савельев, Н.А. Кузнецов/Национальное руководство под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М., ГЭОТАР-Медиа. 2009. Том 1. С. 231–252.
6. Подшивалов, В.Ю. Эндоскопия кровоточащих гастродуоденальных язв. /В.Ю. Подшивалов//Хирургия. 2006. №5. С. 33–38.
7. Тимен, Л.Я. Тактика и эндоскопическая диагностика редких источников тонко- и толстокишечных кровотечений при заболеваниях и синдромах, обусловленных сосудистой патологией/Л. Я. Тимен, Т.Л. Сидоренко, С.В. Стоногин//Интернет-ресурс: [www.rusmedserv.com/misc/103/103.htm](http://www.rusmedserv.com/misc/103/103.htm), дата доступа – 29.04.2014г
8. Катанов, Е.С. Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ/ Е.С. Катанов, Л.Л. Спиридонов, Д.Н. Трофимов и соавт.//Интернет-ресурс: [www.nchk-gb.med.cap.ru/559454/567410/567415/Page.aspx](http://www.nchk-gb.med.cap.ru/559454/567410/567415/Page.aspx), дата доступа 29.04.2014г.
9. Marion, Y. The management of lower gastrointestinal bleeding/ Y. Marion, G. Lebreton, V. Le Pennec et al.//Journal of Visceral Surgery. 2014, Apr 23. pii: S1878-7886(14)00051-4. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2014.03.008. Epub ahead of print.

10. Bayless, T.M. Advanced Therapy in gastroenterology and liver disease/T.M. Bayless, A.M. Diehl// Fifth Edition. B.C.Decker Inc. Hamilton, London. 2005. P. 167-176
11. Федоров, Е.Д. Эндоскопическая диагностика и остановка острых гастродуоденальных кровотечений и прогнозирование риска их рецидива/ Е.Д. Федоров, А.И. Михалев, С.Ю. Орлов//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2002. №1. С. 9–18.
12. Лебедев, Н.В. Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений/Н.В. Лебедев// Хирургия. 2007. №3. С. 17–21.
13. Черневская, Н.Е. Диагностическая и лечебная гастродуоденоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии/Н.Е. Черневская//Медицинская помощь. 2006. №4. С.13–16.
14. Климов, А.Е. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями /А.Е. Климов//Российский медицинский журнал. 2007. №2. С. 16–18.
15. Крылов, Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение/Н.Н. Крылов// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2001. №2. С. 76–87.
16. Ogasawara, N. Predictive factors for intractability to endoscopic hemostasis in the treatment of bleeding gastroduodenal peptic ulcers in Japanese patients/ N. Ogasawara, M. Mizuno, R. Masui et al.// Clinical Endoscopy. 2014. № 47(2). P. 162–173.
17. Lo, A.O. Gastrointestinal bleeding/ A.O. Lo, J.Y. Lau// Endoscopy. 2014. № 46(4). P. 310–313.
18. Shepet'ko, I.M. Modern approach to prognostication of the acute hemorrhage recurrence from duodenal ulcer/ I.M. Shepet'ko, V.V. Iefremov// Klinichna Khirurgia. 2013. № 9. P. 12

19. Верткин, А.Л. Новые возможности лечения и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени/А.Л. Верткин, П.С. Соснин, А.А. Машарова//Российский медицинский журнал. Интернет-версия: [www/rmj.ru/articles\\_9114.html](http://www/rmj.ru/articles_9114.html). Дата доступа – 29.04.2014г.
20. Chung, W.J. Management of portal hypertensive gastropathy and other bleeding/ W.J. Chung// Clinical Hepatology. 2014. №20 (1). P. 1–5
21. Грубник, В.В. Применение различных методов эндоскопического гемостаза в терапии кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта/ В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, Ю.А. Мельниченко и соавт.// Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 2001. Т.5. С. 18–19.
22. Бойко, В.В. Эффективность эндоскопического гемостаза у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением/ В.В. Бойко, С.В. Сушков, Д.А. Нетиков и соавт.//Харківська хірургічна школа. 2005. №1(15). С. 99–101.
23. Харченко, В.П. Сравнительная оценка физических методов гемостаза при остановке язвенных гастродуоденальных кровотечений/В.П. Харченко//Эндоскопическая хирургия. 2003. №4. Стр. 32–35.
24. Чуманевич, О.А. Эндоскопический гемостаз при гастродуоденальных кровотечениях/ О.А. Чуманевич, В.Н. Бордаков, В.А.Стельмах и соавт.// Медицинские новости. 2006. №6. Т.1. С. 7–15.
25. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding// Annals of Internal Medicine. 2010. №152. P. 101–113.