**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**Ибадильдин А.С., Амантаева К.К., Аталыков Б. Е, Абылгазиева Э,**

**Досжанов Н.С.**

**КазНМУ, г.Алматы**

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) продолжают оставаться одним из серьезных осложнений различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также являются следствием патологии других органов и систем, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. Ежегодно ЖКК становятся причиной более 300 тыс. случаев госпитализации в США. В европейских странах от 48 до 144 пациентов на 100 тыс. населения обращаются в стационары с признаками ЖКК. Установлено, что ЖКК значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет, а вероятность появления кровотечений у больных пожилого возраста значительно выше, достигая 70–90 % случаев [1, 6].

В связи с этим своевременная помощь больному в догоспитальном и госпитальном этапах играют решающую роль в судьбе больного.

**Первая помощь на догоспитальном этапе при ОЖКК** должна включать следующее:

1. Холод на эпигастральную область, покой (строгий постельный режим), при резком снижении АД – положение Тренделенбурга. Следует помнить, что введение таким пациентам сердечных и сосудистых препаратов противопоказано ввиду опасности усиления кровотечения.2. Кислородотерапия через маску или назальные зонды.

3. Внутривенное или внутримышечное введение дицинона (2–4 мл 12,5% раствора).

4. Внутривенное введение 10 мл 10% раствора глюконата кальция или хлорида кальция.

5. Введение 0,025% раствора адроксана 1–2 мл внутримышечно. Прием внутрь глотками аминокапроновой кислоты (400–500 мл 5% холодного раствора); невсасывающихся антацидов (маалокс, фосфалюгель и др.); блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов или ингибиторов протонного насоса.

7. При резком снижении АД – внутривенное введение плазмозамещающих растворов.

8. Экстренная госпитализация в специализированное отделение.

**Помощь на госпитальном этапе.** В задачи консервативного лечения в период наблюдения и решения вопроса о хирургическом лечении входит: восполнение кровопотери, дефицита объема циркулирующей крови, нормализация гемодинамики и медикаментозная гемостатическая терапия.

Консервативное лечение ОЖКК предусматривает:

1. Инфузионно-трансфузионную терапию, направленную на восстановление кровопотери, дефицита ОЦК и нормализации гемодинамики.

Учитывая динамичные фазовые изменения в системе гемостаза и многокомпонентный характер коагулопатического синдрома при ОЖКК, схему лечения необходимо подбирать с учетом преобладающих коагуляционных расстройств, тяжести кровопотери и корригировать в зависимости от состояния свертывающей системы крови.

2. Медикаментозная гемостатическая терапия. Учитывая, что постгеморрагический период характеризуется развитием многокомпонентного коагулопатического синдрома, основой гемостатической терапии может служить свежезамороженная плазма (СЗП), которая в сбалансированном количестве содержит как факторы свертывающей, так и противосвертывающей системы. Объем переливаемой плазмы зависит от клинических показаний и должен определяться с учетом конкретной ситуации. При острой массивной кровопотере (более 30% ОЦК), сопровождающейся развитием острого гипокоагуляционного ДВС-синдрома, количество переливаемой СЗП должно составлять не менее 25–30% всего объема трансфузионных сред, используемых для восполнения кровопотери [3, 6].

Известно, что при рН желудочного сока выше 5 не происходит лизиса образовавшегося в дне язвы тромба, в связи с этим рекомендуется назначать антисекреторную терапию блокаторами Н2-гистаминовых рецепторов или ИПП. Предпочтение следует отдавать препаратам для парентерального введения. Очевидно, что применение внутривенных ИПП более эффективно, чем H2-блокаторов, так как устойчиво поддерживает pH в желудке > 6,0 [2]. ИПП значительно снижает риск желудочно-кишечных кровотечений (доказательства I уровня) [1, 4]. Показано также применение аналогов соматостатина, который за счет угнетения секреции желудочного и панкреатического сока, снижает кровоток в органах брюшной полости. Внутривенная непрерывная инфузия соматостатина проводится не менее 5 дней [4].

В настоящее время в связи с усовершенствованием эндоскопической техники и разработкой новых методов местного гемостаза эндоскопическая остановка кровотечений заняла ведущее место. Для воздействия на источник кровотечения с целью достижения гемостаза и профилактики рецидива в зависимости от характера кровотечения применяют: коагуляцию током высокой частоты; лазерное излучение; инъекции сосудосуживающих и склерозирующих растворов; нанесение пленкообразующих веществ и клея; клипирование сосуда в дне язвы. В последние годы все большую актуальность приобретает эндоскопический гемостаз с использованием аргонно-плазменной коагуляции в комбинации с инъекцией гемостатических растворов, который позволяет в 95% случаев добиться окончательной остановки кровотечения и существенно снизить количество вынужденных операций.

Показаниями к применению эндоскопических методов гемостаза являются активное, продолжающееся на момент осмотра кровотечение, а также высокий риск его рецидива. Все методы эндоскопического гемостаза не являются достаточно надежными, , за исключением гемоклипирования,

Если риск оперативного лечения очень велик, то рекомендуется ежедневная, в течение 3 дней, повторная ФЭГДС для контроля за признаками возможного рецидива кровотечения. Если эти признаки сохраняются, эндоскопический метод лечения может быть повторен [2].

Пациенты с наличием варикозно расширенных вен пищевода имеют особенности в тактике лечения. Прежде всего необходима тщательная коррекция гипокоагуляционных свойств крови, которая проводится с учетом результатов исследования протромбинового времени. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода может быть купировано при первой эндоскопии путем склерозирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка или эндоскопической перевязке кровоточащих вен. При проведении склерозирующей терапии приблизительно в 40% случаев возникают различные осложнения, такие как изъязвления, стриктуры, двигательные нарушения пищевода и медиастинит. Эндоскопическая перевязка кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода достаточно эффективна, частота развития осложнений при ее выполнении значительно меньше [5].

Хороший гемостатический эффект при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода демонстрирует внутривенное введение вазопрессина, однако нет доказательств того, что его применение увеличивает продолжительность жизни пациентов. Одновременное внутривенное введение нитроглицерина снижает неблагоприятные эффекты вазопрессина на сердечно-сосудистую систему. В некоторых работах указывается, что внутривенное введение соматостатина – тоже эффективный способ остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, который имеет гораздо меньше побочных гемодинамических эффектов [4]. Если введение вазопрессина или соматостатина не приводит к остановке кровотечения, необходимо применять баллонную тампонаду кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода, используя зонды Сенгстакена – Блэкмора или Минессота – Линтона.

При неэффективной склеротерапии (кровотечение не останавливается или возобновляется после двукратного введения склерозирующих средств) накладывают портокавальный шунт [5].

Таким образом, проблема ОЖКК остается актуальной для хирургов. Несмотря на расширение диагностических и терапевтических возможностей, риск возникновения кровотечений и их опасность для жизни все еще достаточно высоки. Вместе с тем точная информация об источнике кровотечения упрощает ведение больного, облегчает выбор тактики лечения.

В большинстве случаев ОЖКК удается лечить консервативным путем или малоинвазивными методами лечения – при помощи фармакологического и эндоскопического методов гемостаза. Клиническая настороженность и выявление факторов риска развития ОЖКК позволяют своевременно начать профилактические мероприятия с целью предотвращения развития возможных кровотечений и их рецидивов.

**Литература**

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и Helicobacter pylori // Сonsilium medicum. – 2002. – Т.04, №7. www.consilium-medicum.com/media/consilium/02\_07c/11.shtml

2. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. – М.: Миклош, 2007 – 602 с.

3. Kalula S.Z., Swingler G.H., Louw J.A. Clinical predictors of outcome in acute upper gastrointestinal bleeding // S. Afr. Med. J. – 2003. – 93. – Р. 286-290.

4. Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients // World J. Gastroenterol. – 2006. – June 14, 12 (22). – Р. 3597-3601.

5. Tripathi D., Therapondos G., Jackson E., Redhead D.N., Hayes P.C. The role of the ransjugular intrahepatic portosystemic stent shunt (TIPSS) in the management of bleeding gastric varices: clinical and haemodynamic correlations // Gut. – 2002. – № 51. – Р. 270-274.

6. Van der Wouden E.J., Westerveld B.D. A patient with diabetes mellitus and recurrent peristomal bleeding // J. Med. – 2006. – Vol .64, №. 8. – P. 314-316.