

**КУРАЦІЯ ХВОРОГО  
З МЕЛЕНОЮ ТА ГЕМАТОМЕЗИСОМ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА  
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ  
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

***Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**КУРАЦІЯ ХВОРОГО**  
**З МЕЛЕНОЮ ТА ГЕМАТОМЕЗИСОМ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА**  
**ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ**  
**З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

*Методичні вказівки*  
*для студентів та лікарів-інтернів*

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 2 від 21.02.2019.

**ХАРКІВ**  
**ХНМУ**  
**2019**

Курація хворого з меленою та гематомезисом (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами) : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. О. Я. Бабак, Е. Ю. Фролова, М. І. Кліменко та ін. – Харків : ХНМУ, 2019. – 24 с.

Упорядники    О. Я. Бабак  
                      Е. Ю. Фролова  
                      М. І. Кліменко  
                      Л. І. Овчаренко  
                      В. І. Молодан  
                      Г. Ю. Панченко  
                      М. О. Візір  
                      К. А. Лапшина

**1. Кількість годин:** аудиторна робота – 5 академічних годин (225 хв), СРС – 3 год.

**2. Матеріальне та методичне забезпечення теми:** таблиці, мультимедійні презентації, електрокардіограми, дані лабораторно-інструментальних методів дослідження.

**3. Обґрунтування теми.**

Профузна кровотеча в просвіт травного каналу – дуже тяжке, а нерідко смертельне ускладнення багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту.

Відомо більше 100 причин гострих гастродуоденальних кровотеч, найчастішою з них є виразкова хвороба 12-палої кишки та шлунка. Летальність при профузних виразкових кровотечах досягає 8–15 %, при кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу – 25–40 %. Кількість хворих зі шлунково-кишковими кровотечами збільшується, що зумовлено багатьма факторами, наприклад, використанням для лікування деяких медичних препаратів (нестероїдних протизапальних). Велика кількість хворих із профузними шлунково-кишковими кровотечами, складність діагностики та лікування, значна летальність обумовлюють актуальність проблеми адекватного лікування хворих цієї категорії.

**4. Мета заняття:**

- загальна: оволодіння (удосконалення) тактикою при виникненні мелени та гематомезису;
- конкретна: передбачити об'єм обстеження та надання першої допомоги хворим на рівні практичного лікаря

<b>Конкретні цілі. Студент повинен знати:</b>	<b>Початковий рівень знань – умінь. Студент повинен вміти:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• основні механізми розвитку кровотеч з ШКТ;</li><li>• основні методи надання допомоги таким хворим</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• аналізувати виявлені зміни, клінічні симптоми;</li><li>• дати оцінку стану хворого, а також оцінити прогноз;</li><li>• надати допомогу хворому;</li><li>• оцінити прогноз у пацієнта з меленою та гематомезисом</li></ul>

**Перелік практичних навичок, якими повинен оволодіти студент**

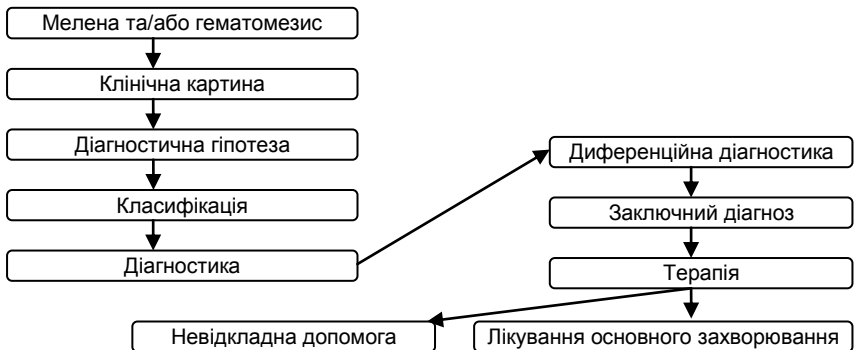
1. Обстеження хворих з меленою та гематомезисом.
2. Інтерпретація отриманих даних, які відображають ці патології.
3. Надання невідкладної первинної допомоги таким хворим.

**Матеріали для самостійної підготовки**

<b>Дисципліна</b>	<b>Знати</b>	<b>Вміти</b>
Анатомія	Анатомічну будову серцево-судинної, нервової та ендокринної систем, шлунково-кишкового тракту	

Дисципліна	Знати	Вміти
Фізіологія	Фізіологію кровообігу, нервової та ендокринної систем, шлунково-кишкового тракту	
Патофізіологія	Патогенетичні механізми розвитку станів, що пов'язані з меленою та гематомезисом	
Пропедевтика внутрішньої медицини	Навички фізичного обстеження хворого, демонструвати вміння володіти ними	Діагностувати, інтерпретувати дані ЕКГ, рентгенологічних досліджень, скласти схему лікування

### 5. Граф логічної структури теми



### 6. Орієнтована карта роботи студентів:

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- б) вибір найбільш інформованих тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- в) призначення лікування, виписування рецептів (знання механізму дії ліків);
- г) вибір методу фізіотерапевтичного лікування;
- д) визначення прогнозу та працездатності хворого;
- ж) визначення групи інвалідності;
- з) профілактика захворювання.

### Зміст теми

Шлунково-кишкова (ШК) кровотеча є симптомом розладу у травному тракті. Кров часто з'являється в калі або блювоті, але не завжди помітна, хоча це може призвести до того, що випорожнення буде виглядати чорним або смоляним. Рівень кровотечі може варіюватися від легкого до важкого і становити загрозу для життя.

Складна технологія візуалізації, коли це необхідно, зазвичай допомагає знайти причину кровотечі. Лікування залежить від джерела кровотечі.

## **Симптоми**

Ознаки і симптоми шлунково-кишкової кровотечі можуть бути очевидними (явними), або прихованими (окультними), залежать від місця розташування кровотечі, яке може виникнути в будь-якій ділянці шлунково-кишкового тракту, і швидкості кровотечі.

Кровотеча може з'явитися у вигляді блювання з кров'ю, яка може бути червоною або темно-коричневою, і нагадує текстуру кавової гущі. Випорожнення чорні, смоляні. Ректальна кровотеча, як правило, супроводжується наявністю крові у калі.

При окультних кровотечах можуть з'явитися запаморочення, важке дихання, непритомність, біль у грудях та животі.

Кровотеча може бути **гострою**, якщо виникає раптово, і **хронічною** – починається непомітно й нерідко триває довгий час. Гостра кровотеча в просвіт травного каналу (ГКПТК) є одним з найбільш важких і складних екстрених захворювань органів черевної порожнини. У структурі гострих хірургічних захворювань черевної порожнини ГКПТК займає 4-е місце після гострого апендициту, гострого панкреатиту й гострого холециститу. Захворюваність на ГКПТК в Україні становить 4,55 (2,79–6,33) на 10 000 населення.

Симптоми шоку. Якщо кровотеча починається раптово і швидко прогресує, може виникнути шок, ознаки і симптоми якого включають наступне:

- різке зниження артеріального тиску;
- анурію або нечасте сечовипускання, в невеликих кількостях;
- швидкий пульс;
- непритомність.

Якщо у хворого є симптоми шоку, необхідно зателефонувати за номером медичної допомоги.

## **Діагностика й диференційна діагностика ГКПТК**

Перебіг гострої кровотечі в просвіт травного каналу поділяється на два періоди: прихований і явний.

### **Прихований період ГКПТК**

Найбільшу складність становить діагностика кровотечі в початковий, так званий, прихований період. Саме в цей період з'являються найбільш ранні ознаки гострої кровотечі, однак вони не є специфічними :

- слабкість (спостерігається практично в 100 % хворих);
- збліднення шкіри (в 70–90 %);
- запаморочення (в 60–80 %);
- мерехтіння перед очима;
- шум у вухах;
- тремор рук;

- холодний піт;
- серцебиття;
- непритомність (у 10–30 %).

Перераховані симптоми є проявом гіповолемії і як наслідок – гіпоксії мозку. Ступінь їхньої виразності залежить від інтенсивності кровотечі, вихідного стану хворого й компенсаторних можливостей організму.

Разом із тим, всі вказані вище симптоми або їх сполучення можуть спостерігатися при різних станах, що перераховані нижче.

### **1. Кровотечі.**

1.1. Зовнішні кровотечі (причина – як правило, травма).

1.2. Кровотечі в черевну порожнину (перервана трубна вагітність, спонтанний розрив селезінки, травма – розрив паренхіматозного органа, відрив кишкової брижі й ін.).

1.3. Кровотечі в просвіт травного каналу.

### **2. Інфаркт міокарда.**

### **3. Перитоніт.**

### **4. Гострий панкреатит (особливо в стадії ферментативного шоку).**

### **5. Кровотечі на тлі перфоративної виразки.**

### **6. Анемії різного генезу.**

### **7. Тромбоз мезентеральних судин (гостра судинна недостатність кишечника).**

### **8. Онкопатологія.**

Огляд хворого й коротке опитування дозволяють лікареві досить швидко запідозрити ту або іншу патологію, а застосування допоміжних методів діагностики – визначити її точно.

Огляд хворого дозволяє визначити, чи є *зовнішня кровотеча*.

Біль за грудниною є частим симптомом *інфаркту міокарда*. Основний метод діагностики – ЕКГ.

Відомості про нещодавно отриману *травму живота* повинні насторожити на думку про імовірність розриву паренхіматозного органа, відриву кишкової брижі зі внутрішньочеревною кровотечею. УЗД, а також лапароцентез, у тому числі з використанням "шарячого" катетера і лапароскопія (кров у животі) дозволяють установити правильний діагноз.

Виникнення напередодні болю у животі може бути проявом *спонтанного розриву селезінки, перерваної трубної вагітності, гострої судинної недостатності кишечника, перитоніту*. Методи діагностики: УЗД, лапароцентез у тому числі з використанням "шарячого" катетера, лапароскопія.

Болям у животі може супроводжуватися й гострий панкреатит. Дослідження активності амілази/діастази крові/ сечі, УЗД й КТ дозволяють підтвердити діагноз.

Біль у животі може спостерігатися при кровотечі на тлі перфоративної виразки. Для встановлення діагнозу використовують оглядову рентгенографію органів черевної порожнини на предмет вільного газу, пневмогастрографію, гастродуоденоскопію.

Усі перераховані вище симптоми можуть не виявлятися. В такому разі причиною слабкості, збліднення шкірних покривів, запаморочення та ін. можуть бути гостра кровотеча в просвіт травного каналу, анемії, різноманітні пухлини черевної порожнини. Слід провести дослідження прямої кишки пальцем, дослідження шлункового вмісту за допомогою зонда, гастродуоденоскопію, колоноскопію, УЗД, КТ.

### **Явний період ГКПТ**

Кровотеча з верхніх відділів ШТ.

Причини кровотечі

1. Виразкова хвороба. Це найчастіша причина виникнення кровотечі з верхнього відділу ШТ. Пептичні виразки – це виразки, які розвиваються на слизовій оболонці шлунка і верхньої частини тонкої кишки. Шлункова кислота, бактерії, вживання протизапальних препаратів пошкоджує слизову оболонку, що навіть призводить до утворення виразки.

2. Синдром Маллорі-Вейса, що найчастіше зустрічається у людей, які зловживають алкоголем.

3. Аномальні, збільшені вени стравоходу (варикоз). Цей стан найчастіше зустрічається у людей із серйозним захворюванням печінки.

4. Езофагіт.

Під час **явного періоду** провідними клінічними ознаками зовнішніх проявів ГКПТ є **криваве блювання** (гематомезис) і **кривавий кал**. Причому якщо перше спостерігається в 60–70 %, то друге є більш постійною ознакою ГКПТ і спостерігається практично у всіх хворих.

При кровотечах в стравоході, шлунку або дванадцятипалій кишці (частина тонкої кишки) кал звичайно чорний, смоляний із дуже неприємним запахом. Блювота може бути яскраво-червоною або мати вигляд кави, коли кровотеча відбувається зі стравоходу, шлунка або дванадцятипалої кишки.

Якщо кровотеча прихована, можна не помітити будь-яких змін у кольорі випорожнення.

Треба враховувати, що деякі ліки, такі як залізо, вісмут і антибіотик цефдинір, а також деякі продукти харчування, такі як буряк, можуть надавати випорожненню червоного або чорного вигляду, що нагадує присутність крові.

Симптоми також змінюються залежно від швидкості кровотечі.

У разі раптової масивної кровотечі хворий може відчувати запаморочення, слабкість, задишку, біль у животі або діарею.



По перше, слід проводити ендоскопію. Ця звичайна процедура дає змогу лікарю точно побачити, де відбувається симптом. У багатьох випадках лікар може також використовувати ендоскоп для лікування причини кровотечі. Це тонкий, гнучкий інструмент, який можна вставити через рот або пряму кишку, щоб побачити ділянки, що викликають занепокоєння, і взяти зразок тканини, або біопсію, якщо це необхідно.

Деякі інші процедури можуть бути використані для пошуку джерела кровотечі.

**Блювання** більш характерне для джерела кровотечі, розташованого в стравоході, шлунку, рідше – в початковому відділі дванадцятипалої кишки. Характер блювотних мас (червона кров, згустки темно-вишневого кольору або шлунковий вміст кольору "кавової гущі") залежить від перетворення гемоглобіну під впливом соляної кислоти на солянокислий гематин. Якщо кровотеча має помірний характер, тобто кров повільно надходить у шлунок або дванадцятипалу кишку й вільно просувається далі в кишечник, блювання може взагалі не бути – основним проявом ГКПТК буде мелена.

**Багаторазове криваве блювання й поява згодом мелени** спостерігаються при масивній кровотечі. При рясній кровотечі кров сприяє швидкому розкриттю воротаря, прискоренню перистальтики кишечника й випорожненню у вигляді "вишневого желе" або з домішками малозміненої крові (*табл. 1*).

**Таблиця 1**

**Диференційно-діагностичне значення зовнішніх проявів ГКПТК**

<b>Ознака</b>	<b>Локалізація джерела кровотечі/інтенсивність кровотечі</b>
<b>Криваве блювання</b>	Стравохід, шлунок, початковий відділ дванадцятипалої кишки
<b>Блювання малозміненою кров'ю</b>	Інтенсивна кровотеча (частіше – хронічні або гострі виразки шлунка, пухлини шлунка, синдром Маллорі-Вейса)
<b>Блювання вмістом типу "кавової гущі"</b>	Хронічна виразка дванадцятипалої кишки, помірна за інтенсивністю шлункова кровотеча (частіше – хронічна виразка)
<b>Блювання темною кров'ю й згустками крові</b>	Стравохідно-кардіальні флєбектазії на тлі портальної гіпертензії
<b>Мелена (чорний, дьогтеподібний кал)</b>	Кровотеча з верхніх відділів травного каналу (стравохід, шлунок, початковий відділ дванадцятипалої кишки), яка свідчить про тривале перебування крові в кишечнику
<b>Кал темно-вишневого кольору</b>	Профузна кровотеча з верхніх відділів травного каналу. Кровотеча із правої половини ободової кишки
<b>Кал типу "малинового желе"</b>	Кровотеча з лівої половини ободової кишки
<b>Малозмінена кров у калі</b>	Кровотеча з прямої кишки (інтенсивна)
<b>Оформлений чорний кал</b>	Вихід старої крові

**Блювання, що повторюється через короткі проміжки часу**, свідчить про триваючу кровотечу. Повторне блювання кров'ю через тривалий проміжок часу – ознака відновлення кровотечі. Гостра кровотеча в просвіт травного каналу, основною ознакою якої є тільки мелена, має більш сприятливий прогноз, ніж кровотеча, що проявляється насамперед рясним повторним кривавим блюванням.

**Найбільшу небезпеку** становлять кровотечі, які на початку проявляються рясним блюванням малозміненою кров'ю. Найбільш висока ймовірність несприятливого прогнозу виникає з одночасним кривавим блюванням й меленою. Якщо ж першою ознакою кровотечі є мелена, можна думати про відносно помірну її інтенсивність і така кровотеча має більш сприятливий прогноз.

Кратність блювання також має певне прогностичне значення. Частіше у хворих спостерігається одноразове криваве блювання. Це, як правило, свідчить про помірну інтенсивність кровотечі.

**Значно тривожнішим симптомом є блювання майже незмінною кров'ю. Причому, чим частіше воно виникає, тим вища ймовірність летальності.**

ГКПТК слід диференціювати від легеневої кровотечі, за якої криваве блювання має пінистий характер і супроводжується кашлем. У легенях нерідко вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

**Мелена** – виділення зміненої крові з каловими масами (дьюгтеподібне випорожнення) спостерігається при кровотечі з дванадцятипалої кишки та масивній шлунковій кровотечі зі втратою крові, що досягає 500 мл і більше.

**Кал темно-вишневого кольору** більш характерний для випадку, коли джерело кровотечі розташоване в правій половині ободової кишки. У ряді випадків може спостерігатися при профузних кровотечах з верхніх відділів травного каналу.

**Кал типу малинового желе** здебільшого спостерігається при кровотечі з лівої половини ободової кишки.

**Малозмінена кров у калі** характерна для кровотечі з прямої кишки, причому нерідко досить інтенсивної.

**Оформлений кал чорного кольору** свідчить про вихід старої крові.

**Об'єктивне дослідження хворого.** При огляді хворого лікар, у першу чергу, повинен дати оцінку загального стану хворого.

**У разі задовільного стану хворого або стану середньої тяжкості** виконують наступне:

– **об'єктивне дослідження пацієнта** (збирання скарг, анамнезу хвороби й життя, об'єктивне обстеження) з паралельним вивченням лабораторних показників крові й сечі (загальний аналіз крові й сечі, амілаза сечі та ін.);

– *пальцеве дослідження прямої кишки* й визначення характеру її вмісту;

– *аспірацію вмісту шлунка* за допомогою зонда й промивання шлунка.

Останнє дозволяє істотно підвищити точність і ефективність наступного етапу обстеження – *ургентної ФЕГДС*.

Прояв кровотечі – гематомезис передбачає кровотечу, близьку до зв'язки Трейтца. Наявність відверто кривавого блювання свідчить або помірну або важку кровотечу, яка може тривати деякий час.

Мелена (чорні, смоляні випорожнення) бере початок проксимально до зв'язки Трейтца (90 %), хоча може також походити з ротоглотки або носоглотки, тонкої кишки або правої половини ободової кишки. Мелену можна спостерігати з різною мірою крововтрати, що спостерігається лише з 50 мл крові.

Гематохезія (червона або темно-бордова кров у випорожненні) зазвичай пояснюється нижньою кровотечею. Проте вона може відбуватися з масивною верхньою шлунково-кишковою кровотечею, яка зазвичай пов'язана з ортостатичною гіпотензією.

Попередній анамнез – пацієнтів слід запитати про попередні епізоди кровотечі з верхніх відділів ШКТ, оскільки до 60 % пацієнтів з анамнезом верхньої кровотечі з ШКТ страждають від кровотечі з того ж ураження. Крім того, попередню історію хвороби пацієнта слід переглядати для визначення важливих коморбідних станів, які можуть призвести до кровотечі з верхнього відділу ШКТ або вплинути на подальше лікування пацієнта.

Потенційні джерела кровотечі, запропоновані попередньою історією хвороби пацієнта, включають наступне:

– гастропатію порталльної гіпертензії у пацієнта з захворюванням печінки або при зловживанні алкоголем;

– аорто-ентеральну норичу у пацієнта з анамнезом аневризми черевної аорти або аортального трансплантата;

– ангіодиплазію у пацієнта з нирковими захворюваннями, стенозом аорти або спадковою геморагічною телеангіектазією;

– виразкову хворобу у пацієнта з анамнезом інфекції *Helicobacter pylori*, нестероїдного протизапального препарату (НПЗП) або куріння;

– злоякісні захворювання у пацієнта з історією куріння, зловживання алкоголем або інфекції *H. pylori*;

– крайові виразки (виразки на місці анастомозу) у пацієнта зі шлунково-кишковим анастомозом.

Коморбідні захворювання можуть впливати на лікування пацієнтів при встановленні гострої верхньої кровотечі, також вони можуть:

– зробити пацієнтів більш чутливими до несприятливих наслідків анемії (наприклад, захворювання коронарних артерій, легеневі захворювання), таким пацієнтам може знадобитися підтримка при більш високих рівнях гемоглобіну, ніж у пацієнтів без цих розладів;

– вимагати призначення пацієнтам об'ємного перевантаження в умовах активної реанімації рідини або переливання крові (наприклад, захворювання нирок, серцева недостатність), такі пацієнти можуть потребувати більш інвазивного моніторингу під час реанімації;

– викликати результат у кровотечах, які важче контролювати (наприклад, коагулопатії, тромбоцитопенія, значна печінкова дисфункція), такі пацієнти можуть потребувати переливання свіжозамороженої плазми або тромбоцитів;

– передбачити аспірацію вмісту верхніх відділів ШКТ у легені (наприклад, деменція, печінкова енцефалопатія), у таких пацієнтів слід розглядати ендотрахеальну інтубацію.

Необхідно отримати ретельну історію лікування, приділяючи особливу увагу лікам, які:

– передбачають формування виразкової хвороби, наприклад аспірин та інші НПЗЗ, включаючи інгібітори ЦОГ-2;

– пов'язані з езофагітом;

– сприяють кровотечам, зокрема це антиагреганти (наприклад, клопідогрель) та антикоагулянти;

– можуть змінити клінічну картину, наприклад, вісмут і залізо надають випорожненню чорного кольору.

Оцінка симптомів: пацієнтів слід запитати про симптоми як частину оцінки тяжкості кровотечі та потенційних джерел кровотечі. Симптоми, які свідчать про сильну кровотечу, включають в себе ортостатичне запаморочення, сплутаність, стенокардію, серцебиття і холодні/липкі кінцівки.

Конкретні причини кровотечі з верхніх відділів ШКТ можуть бути пов'язані з такими симптомами у пацієнта:

– виразкова хвороба: верхній біль у животі;

– виразка стравоходу: одинофагія, гастроєзофагеальний рефлюкс, дисфагія;

– синдром Маллорі–Вейса: блювання, зволоження або кашель перед гематемою;

– кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу або портальна гіпертензивна гастропатія: жовтяниця, здуття живота (асцит);

– злоякісність: дисфагія, раннє насичення, мимовільна втрата маси тіла, кахексія.

Деякі інші процедури можуть бути використані для пошуку джерела кровотечі, зокрема якщо під час ендоскопічного обстеження вдалося встановити джерело кровотечі, то здійснюють ендоскопічний гемостаз (при триваючій кровотечі), або ендоскопічну профілактику рецидиву кровотечі (при зупиненій кровотечі). Хворих госпіталізують у відділення інтенсивної терапії для проведення комплексної інфузійної і медикаментозної терапії.

У тих випадках, коли під час екстреного ендоскопічного дослідження встановити джерело кровотечі не вдається, в умовах ВІТ протягом 4–6 год хворим виконують екстрену ФКС або іригографію. Якщо й ці дослідження не дозволяють установити осередок й причину кровотечі, то повторно виконують ФЕГДС. Якщо й це не дало необхідного результату, можна припустити, що джерело кровотечі, імовірно за все, знаходиться у порожній або клубовій кишці. У цьому випадку доцільно виконати контрастне дослідження тонкої кишки (ентерографію) або селективну мезентерикографію.

Хворих, що перебувають у важкому або вкрай важкому стані, відразу госпіталізують у ВІТ, де без зволікання починають інтенсивне коригуюче лікування. Якщо стан хворого стабілізувався, обстеження проводять за вищеописаною схемою.

Якщо в процесі лікування мають місце ознаки рецидиву кровотечі (зниження АТ, показників крові, блювання кров'ю та ін.), хворому показана екстрена операція, метою якої є виявлення джерела кровотечі та її припинення.

Велику роль у діагностиці та лікуванні відіграють поведження хворого й дані об'єктивного дослідження, які значною мірою пов'язані з об'ємом крововтрати, тривалістю кровотечі, а також з тим, припинилася кровотеча чи ні.

При тривалій кровотечі хворі, як правило, неспокійні, збуджені, дещо перелякані. Вони постійно змінюють своє положення у ліжку, скаржаться на спрагу. Часто спостерігаються позіхання й непритомний стан, що свідчить про гіпоксію мозку. Кінцівки холодні на дотик, відзначається виражений ціаноз губ, акроціаноз. Дихання часте, поверхневе. Пульс слабкого наповнення, більше 120 уд/хв. У ряді випадків на периферичних артеріях він взагалі не визначається. Систолічний тиск знижується до 90 мм рт. ст. і нижче. При цьому діастолічний тиск може дорівнювати нулю. При значній крововтраті хворий відчуває спрагу, відзначає сухість слизових оболонок ротової порожнини.

У разі припинення кровотечі хворі частіше спокійні. Вони правильно орієнтуються в часі й просторі. Почасти відзначається адинамія. Психологічний стан може бути дещо пригніченим. Шкіра бліда, але суха. Частота пульсу рідко перевищує 100 уд/хв, він стає задовільного наповнення. Артеріальний тиск швидко нормалізується.

При огляді хворого виявляється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, а за важкої крововтрати – ціаноз слизових оболонок і нігтьових пластинок.

У хворих із тривалою й важкою крововтратою шкіра кінцівок набуває сірого відтінку. Можуть спостерігатися безбілкові набряки нижніх кінцівок, що обумовлено не поповненням ОЦК, а також вираженими порушеннями водно-електролітного й білкового обмінів. При натисненні

пальцем на шкірі кінцівки з'являється повільно зникаюча біла пляма (ознака Бурштейна).

Живіт, як правило, не роздутий (за відсутності асцити), бере участь в акті дихання, симетричний. У хворих із кровотечею з варикозно розширених гастроєзофагеальних вен на тлі синдрому портальної гіпертензії живіт іноді розпластаний, помітне розширення підшкірних вен передньої черевної стінки. Пальпаторно в абсолютної більшості хворих із кровотечею в просвіт травного каналу живіт м'який. Лише при гастродуоденальних виразках, а іноді й при раку шлунка може відзначатися незначна болючість і досить помірне напруження м'язів черевної стінки в епігастральній ділянці.

Якщо джерелом кровотечі є злоякісне новоутворення, то у деяких хворих, особливо на за давних стадіях хвороби, можна пальпаторно виявити пухлину в черевній порожнині.

Посилення кишкових шумів, котрі визначаються аускультативно, може свідчити про триваючу кровотечу (симптом Тейлора), можливо, це пов'язано з відповідною реакцією організму на незмінену кров, що потрапляє в кишечник.

**Анамнез життя і хвороби.** Лише 60–70 % хворих із кровотечею виразкової етіології мають виразковий анамнез. При цьому такі, на перший погляд, незначні відомості, як періодичний біль в епігастральній ділянці, пов'язаний так чи інакше з прийомом їжі, сезонність появи (у весняну або осінню пору), нічний біль можуть наштовхувати на думку про виразкову природу кровотечі. Причому у деяких пацієнтів із виразковою хворобою перед кровотечею нерідко біль підсилюється, а з початком кровотечі зменшується або повністю вщухає (симптом Бергмана). Зменшення або усунення пептичного характеру пов'язане з тим, що кров нейтралізує соляну кислоту.

Нещодавнє виникнення слабкості, зниження апетиту, схуднення, постійний біль у животі можуть свідчити про **пухлинний процес**.

Дані про зловживання алкоголем, перенесені раніше вірусний гепатит, малярію, розлитий перитоніт, гострий панкреатит, тромбофлебіт селезінкової вени можуть допомогти запідозрити **синдром портальної гіпертензії**.

Поява малозміненої крові й болю наприкінці інтенсивного блювання різного походження (отруєння недоброякісними продуктами, гіпертонічний криз, надмірна кількість їжі або зловживання спиртними напоями та ін.) дають привід припустити **синдром Маллорі–Вейса**.

Відсутність названих анамнестичних даних у тучного хворого, що скаржиться на частий біль за грудниною, змушує подумати про **діафрагмальну грижу** як причину гострої кровотечі в просвіт травного каналу.

Стресова ситуація в анамнезі, важкі соматичні захворювання серця, легенів, печінки, нирок та інших органів, особливо в стадії декомпенсації, а також прийом протягом тривалого часу препаратів ульцерогенної дії

(антикоагулянтів, кортикостероїдних гормонів, нестероїдних протизапальних засобів, гіпотензивних препаратів та ін.) дозволяють припустити виникнення **гострих виразок або ерозій слизової оболонки**.

Дуже рідко зустрічаються кровотечі при простій виразці Дьєлафуа – невеликій круглій виразці на передній або задній стінці шлунка, розташованій над порівняно великою за діаметром артерією в стінці шлунка. Вона спостерігається не дуже часто – в 0,7–2,2 % хворих, але становить велику небезпеку, оскільки кровотеча виникає, як правило, з великої судини, що зазнала ерозії, й при цьому, як правило, буває масивною і часто рецидивуючою.

У хворих із **цирозом печінки** досить часто спостерігаються іктеричність склер, блідо-сірий, з жовтяничним відтінком колір шкіри, відсутність волосистості живота (симптом Клекнера), гіперемований язик зі згладженими сосочками. Нерідко можна виявити судинні "зірочки" на шкірі обличчя й відділах тулуба, збільшені печінку й селезінку, дещо рідше – асцит, розширення підшкірних вен черевної стінки.

Телеангіоектазії на слизових оболонках губ, язика, шкіри та рук дають привід думати про **хворобу Рандю–Ослера**.

Для будь-якої крововтрати характерним є одночасне зменшення числа тромбоцитів. Однак виражена тромбоцитопенія зі значною перевагою ступеня постгеморагічної анемії у сполученні з великими підшкірними крововиливами підтверджує діагноз **автоімунної тромбоцитопенії**.

Люди, котрі страждають на **гемофілію**, як правило, знають про своє захворювання. Запідозрити гемофілію допомагає виявлена туга рухливість суглобів і їх збільшення на ґрунті крововиливів. Остаточний діагноз установлюють на підставі спеціальних лабораторних досліджень системи згортання крові.

Підвищена кровоточивість, переймоподібний біль у животі в сполученні з кривавим калом і поява на симетричних ділянках тіла мономорфної папульозно-геморагічної висипки подекуди з уртикарними елементами характерні для **геморагічного васкуліту (хвороби Шенлейн–Геноха)**. Захворювання частіше за все пов'язане з перенесеною інфекцією, алергічним станом і ревматизмом.

### **Лабораторна діагностика**

У першу чергу, лікар вивчає анамнез, включаючи історію попередніх кровотеч, проводить фізичний огляд і, можливо, замовляє тести, які можуть включати наступне.

Аналізи крові: повний аналіз крові, а також тест, щоб побачити, як швидко утворюються тромби, кількість тромбоцитів і тести на функцію печінки.

Аналіз випорожнення може допомогти визначити причину окультної кровотечі.

Назогастральне промивання: через ніс хворого проходить трубка для видалення вмісту шлунка, це може допомогти визначити джерело кровотечі.

Верхня ендоскопія: при цій процедурі використовують крихітну камеру на кінці довгої трубки, яка проходить через рот, щоб лікар міг оглянути верхній відділ шлунково-кишкового тракту.

Колоноскопія: при цій процедурі використовують крихітну камеру на кінці довгої трубки, яка проходить через пряму кишку пацієнта, щоб лікар міг оглянути товстий кишечник і пряму кишку.

Капсульна ендоскопія: хворий ковтає капсулу вітамінного розміру з крихітною камерою всередині, капсула проходить через травний тракт, беручи тисячі знімків, які відправляються до рекордера, який пацієнт носить на поясі навколо талії – це дає лікареві можливість побачити, що відбувається всередині тонкої кишки.

Гнучка сигмоїдоскопія: трубка зі світлом і камерою поміщена у пряму кишку, щоб дивитися на пряму кишку і останню частину товстої кишки, що веде до прямої кишки (сигмоподібну кишку).

Аероскопія на балонній основі: спеціалізована інспекція перевіряє частини тонкого кишечника, яких не можуть досягти інші тести з використанням ендоскопа, іноді джерело кровотечі можна контролювати або лікувати під час цього тесту.

Ангіографія: контрастний барвник вводять в артерію, і приймають серію рентгенівських променів для пошуку та лікування кровотечі або інших аномалій.

Тестування зображень: для пошуку джерела кровотечі можна використовувати цілий ряд інших тестів зображення, наприклад, КТ черевної порожнини.

Якщо кровотеча зі шлунково-кишкового тракту є серйозною, і неінвазивні тести не можуть знайти джерело, може знадобитися хірургічна операція, щоб лікарі могли переглянути весь тонкий кишечник, проте, на щастя, така необхідність виникає рідко.

Лабораторні тести, які повинні бути отримані у пацієнтів з гострими шлунково-кишковими кровотечами, включають повний аналіз крові, хімію сироватки, печінкові тести та дослідження коагуляції. Крім того, серійні електрокардіограми та серцеві ферменти можуть бути показані пацієнтам із ризиком інфаркту міокарда, зокрема літнім людям, пацієнтам зі хворобою коронарної артерії в анамнезі або пацієнтам із такими симптомами, як біль у грудях або задишка.

Початковий рівень гемоглобіну у хворих із гострою кровотечею у верхніх відділах ШКТ часто буде за базовим рівнем пацієнта, оскільки пацієнт втрачає цілну кров. З часом (як правило, через 24 год або більше) рівень гемоглобіну знижуватиметься, оскільки кров розбавляється припливом екстравазкулярної рідини до судинного простору і рідиною, що вводиться під час реанімації. Слід мати на увазі, що надмірне введення



об'єму рідини може призвести до помилково низького значення гемоглобіну. Початковий рівень гемоглобіну контролюється кожні 2–8 год, залежно від тяжкості кровотечі.

Пацієнти з гострою кровотечею повинні мати нормоцитарні еритроцити. Мікроцитарні еритроцити або залізодефіцитна анемія свідчать про хронічну кровотечу. Оскільки кров поглинається при проходженні через тонкий кишечник і у пацієнтів може бути знижена перфузія нирок, у пацієнтів із гострою кровотечею у верхніх відділах ШКТ зазвичай є підвищений вміст азоту сечовини крові.

Добре відомо, що будь-яка кровотеча супроводжується зменшенням показників гемоглобіну, гематокриту й кількості еритроцитів. Ступінь їх зміни також пропорційний тяжкості крововтрати. При масивних, особливо рецидивуючих, кровотечах у периферичній крові з'являються молоді форми елементи з розвитком анізо- і поїкілоцитозу.

До обов'язкових лабораторних методик обстеження хворих із кровотечею в просвіт травного каналу слід віднести:

- аналіз крові з визначенням вмісту тромбоцитів, гематокриту й в'язкості;
- дослідження ОЦК і його компонентів;
- визначення показників центральної гемодинаміки;
- електрокардіограму;
- аналіз сечі;
- вивчення системи гемокоагуляції й ряду інших біохімічних показників крові (глюкози, білірубину, трансаміназ, амілази, сечовини, креатиніну тощо);
- вивчення білкового й водно-електролітного балансу, кислотно-основного стану крові.

### **Основні принципи діагностики й лікування ГКПТК**

При кровотечі в просвіт травного каналу головними завданнями лікаря є наступні:

- своєчасна діагностика джерела кровотечі;
- досягнення надійного локального гемостазу;
- обов'язкова паралельна корекція наслідків крововтрати;
- лікування основного й супутнього захворювань.

Треба зазначити, що ймовірність успішного результату значно зростає при вдалому вирішенні саме всіх чотирьох завдань.

### **Послідовність дій лікаря при гострій кровотечі в просвіт травного каналу**

1. Установлення самого факту ГКПТК – опитування, об'єктивне дослідження хворого (у тому числі дослідження прямої кишки пальцем).

2. Зондування й промивання шлунка – підтвердження факту ГКПТК, а також підготовка до екстреної фіброгастроендоскопії.

3. Діагностика джерела кровотечі – ургентне ендоскопічне дослідження (фіброгастроудоденоскопія, фіброколоноскопія), ентерографія, селективна мезентерикографія.

4. Припинення триваючої кровотечі й профілактика рецидиву (ендоскопічна або рентген-ендоваскулярна).

5. Лабораторне обстеження хворого.

6. Визначення величини крововтрати.

7. Інфузійна й медикаментозна коригуюча терапія.

8. Очисні клізми для видалення крові, що вилилася в кишечник.

9. Ендоскопічний моніторинг (частота контрольно-лікувальних ендоскопічних досліджень залежить від ступеня ризику рецидиву кровотечі).

10. Визначення тактики лікування хворого на підставі даних інструментальних методів дослідження, а також ефективності проведення коригуючої терапії.

Слід зазначити, що перші два етапи виконуються в приймальному відділенні, третій і четвертий – в ендоскопічному кабінеті (виняток становлять хворі, у яких є показання до виконання ентерографії або селективної мезентерикографії). Етапи 5–10 виконуються у відділенні інтенсивної терапії. Виняток становлять хворі, у яких виникає необхідність виконання екстреного оперативного втручання у зв'язку з неефективністю ендоскопічних методів гемостазу. У цих випадках лабораторне обстеження й коригуюча терапія проводяться на операційному столі паралельно з виконанням хірургічної операції.

### Основні причини ГКПТК

Гостра кровотеча в просвіт травного каналу є ускладненням різних захворювань. На сьогоднішній день відомо більше 180 захворювань, при яких вона може спостерігатися. Загальним для всіх цих захворювань (первинних або вторинних) є ушкодження (арозія) судини й витікання крові в просвіт того або іншого органа травного каналу: стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, клубової і товстої кишок.

Необхідно дати визначення поняттям **причина кровотечі** й **джерело кровотечі**. З практичної точки зору це далеко не завжди одне й те саме. Під **причиною кровотечі** розуміють захворювання (нозологічну форму), що ускладнилося кровотечею. Наприклад, виразкова хвороба шлунка, цироз печінки та ін. У цьому випадку є самостійні нозологічні форми – виразкова хвороба шлунка, цироз печінки. Під **джерелом кровотечі** розуміють ділянку ушкодження слизової оболонки травного каналу з арозією судини (артерії й/або вени) і кровотечею з неї. Наприклад, виразка антрального відділу шлунка при виразковій хворобі шлунка є джерелом кровотечі, а виразкова хвороба шлунка – причиною кровотечі. Разом із тим, цироз печінки є причиною кровотечі, а варикозно розширені вени стравоходу й/або шлунка чи гостра виразка шлунка – джерелом кровотечі.

**Найбільш часта локалізація джерела кровотечі**

№ пор.	Локалізація джерела кровотечі	Частота виникнення (в %)
1	Стравохід	6
2	Шлунок	35
3	Дванадцятипала кишка	46
4	Порожня та клубова кишки	0,2–0,5
5	Ободова кишка	1,5
6	Пряма кишка	9,5
7	Причина кровотечі нез'ясована	1,5–2

Таким чином, в одних випадках причина й джерело кровотечі збігаються, тобто пов'язані з органами травного каналу (наприклад – виразкова хвороба, пухлини травного каналу й ін.), в інших – причина кровотечі пов'язана з органами травного каналу, у той час як джерело кровотечі розташоване в тому або іншому його відділі (наприклад – гострі виразки й ерозії, синдром портальної гіпертензії та ін.).

Найбільш часті патологічні стани, при яких може спостерігатися ГКПТК:

- виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки (у тому числі пептична виразка анастомозу), яка спостерігається приблизно у 60 % хворих;
- гострі виразки й ерозії слизової оболонки травного каналу – в 11 %;
- синдром Маллорі–Вейса – в 10 %;
- пухлини травного каналу – в 9 %;
- синдром портальної гіпертензії – в 8 %.

Рідкісні причини ГКПТК зустрічаються приблизно в 1,5–3 % хворих, а в 1,5–2 % причина кровотечі залишається нез'ясованою.

Дані, наведені у *табл. 2*, свідчать про те, що в більшості хворих джерело кровотечі розташовується у верхніх відділах травного каналу – приблизно в 87 %. Значно рідше воно знаходиться у товстій кишці – приблизно в 11 % хворих, причому частіше в прямій кишці. Дуже рідко джерело кровотечі може локалізуватися в порожній і клубовій кишках – в 0,2–0,5 %.

**Класифікація ГКПТК****1. За етіологічними ознаками:**

- кровотеча, зумовлена захворюваннями органів травлення (виразкова хвороба, пухлини, неспецифічні коліти та ін.);
- кровотеча, не пов'язана з органічною патологією органів травного каналу (гострі виразки й ерозії, хвороби крові, синдром портальної гіпертензії та ін.);
- несправжня кровотеча (проковтнута кров при кровоточивості ясен або незначній легеневій кровотечі);
- кровотеча нез'ясованої етіології.

**2. За локалізацією джерела кровотечі:** кровотеча зі стравоходу, шлунка, дванадцятипалої, порожньої, ободової і прямої кишок.

**3. За клінічним перебігом:**

– прихована кровотеча;  
– явна кровотеча (триваюча струминна або дифузійна, припинена кровотеча).

**4. За ступенем важкості крововтрати:**

– кровотеча легкого ступеня (дефіцит ОЦК становить 20 % і менше);  
– кровотеча середнього ступеня важкості (дефіцит ОЦК становить 21–40 %);  
– кровотеча важкого ступеня (дефіцит ОЦК становить 41–60 %);  
– кровотеча вкрай важкого ступеня тяжкості (дефіцит ОЦК становить більш 60 %).

**5. За ступенем геморагічного шоку:**

– кровотеча з компенсованим шоком;  
– кровотеча з декомпенсованим оборотним шоком;  
– кровотеча з декомпенсованим необоротним шоком.

**Діагностика джерела кровотечі**

Оскільки у 95–97 % хворих джерело кровотечі розташовано у стравоході, шлунку, початковому відділі дванадцятипалої кишки й товстій кишці, основним і провідним методом діагностики гострої кровотечі в просвіт травного каналу слід вважати **екстрене ендоскопічне дослідження (ФЕГДС, ФКС)**. Цей метод дозволяє не тільки встановити причину й характер джерела кровотечі, його розташування й розміри, але й оцінити надійність місцевого гемостазу, а також проводити заходи, спрямовані на припинення триваючої кровотечі й профілактику рецидиву. Мінімальний час, що витрачається на його виконання, і незначна травматичність при високій точності (до 95 %) зробили цей метод незамінним у діагностиці гострої кровотечі в просвіт травного каналу. Слід зазначити, що ендоскопічна характеристика джерела кровотечі покладена в основу сучасної лікувальної тактики при різних причинах ГКПТК.

Протипоказаннями до виконання ендоскопічного дослідження є шок II–III ст. або відсутність свідомості, гостре порушення мозкового кровообігу, різка деформація шийного відділу хребта.

**Лікування**

Лікування хворих з кровотечею у просвіт травного каналу поділяється на консервативне та оперативне.

Консервативний метод лікування включає наступне:

– ендоскопічний гемостаз;  
– антикоагулянтну терапію;  
– корекцію крововтрати (інфузійну та медикаментозну терапію).  
При триваючій кровотечі здійснюється ендоскопічний гемостаз.

## **Лікувальна тактика при гострій виразковій гастродуоденальній кровотечі**

Шлунково-кишкові кровотечі, які є вторинними для виразкової хвороби, є загальним захворюванням, що призводить до високої захворюваності та витрат на медичне обслуговування. У той час як більшості пацієнтів з пептичною виразкою зупиняють кровотечу спонтанно і не повторюють цього під час госпіталізації, підгрупа пацієнтів має високий ризик повторної кровотечі і вимагає ендоскопічної терапії для зниження цього ризику. Якщо ендоскопічна терапія не вдається, може знадобитися інтервенційна ангіографія або операція.

Незважаючи на досягнення фармакологічної та ендоскопічної терапії, показники рівня смертності не покращилися. У датському дослідженні 13 498 пацієнтів із виразковою хворобою, що було здійснено в період між 2004 і 2011 роками, показники успішної ендоскопічної терапії були вищими в 2010–2011 рр., ніж у 2004–2006 рр. (94 проти 89 %). Крім того, показники регенерації були нижчими (13 проти 18 %). Проте 30-денна смертність не покращилася (11 % для обох груп), хоча спостерігалася тенденція до зниження смертності після коригування для потенційних змішувачів (скоригований відносний ризик 0,89, 95 % ДІ 0,78–1,00).

Гемодинамічно нестабільні пацієнти. Хоча принципи ведення всіх хворих з кровотечею у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту подібні, існують деякі особливі міркування, коли питання стосується пацієнтів з гемодинамічно нестабільністю (шок, ортостатична гіпотензія).

Внутрішньовенний доступ. Адекватний периферичний доступ повинен бути досягнутий за допомогою двох внутрішньовенних катетерів 18 або більшого розміру, та/або центрального шнур з одним просвітом.

Реанімація рідини повинна починатися негайно і не повинна затримуватися до переведення пацієнта у відділення інтенсивної терапії. Підхід до реанімації рідини у пацієнтів, які є гемодинамічно нестабільними, детально обговорюється в іншому місці.

Переливання крові. Пацієнти з активною кровотечею і гіповолемією можуть вимагати переливання еритроцитів, незважаючи на очевидно нормальний гемоглобін, особливо якщо пацієнт залишається гемодинамічно нестабільним, незважаючи на відповідну реаніматологію. Пацієнти без активної кровотечі, які стають гемодинамічно стабільними при проведенні реанімації рідини, повинні отримувати переливання крові, якщо рівень гемоглобіну становить < 9 г/дл (90 г/л) для пацієнтів з високим ризиком і якщо він становить < 7 г/дл (70 г/л) у пацієнтів з низьким ризиком.

Однак важливо уникати переливання крові хворим з підозрою на кровотечу з варикозами, оскільки це може викликати погіршення кровотечі. Необхідно також уникати переливання крові пацієнтам з підозрою на кровотечу з варикозом до гемоглобіну > 10 г/дл (100 г/л).

Трансфузія тромбоцитів може знадобитися, якщо кількість тромбоцитів  $< 50,000/\mu\text{кроЛ}$  і концентрат протромбінового комплексу вказаний, якщо  $\text{INR} > 2$  (ми будемо продовжувати ендоскопію, коли  $\text{INR} < 2,5$ ). Крім того, оскільки запаковані червоні кров'яні тільця не містять факторів згортання крові, слід переливати одиницю свіжозамороженої плазми (FFP) після кожних чотирьох одиниць упакуваних еритроцитів.

Ліки та ендоскопія – підхід до медикаментів (наприклад, інгібіторів протонної помпи) та ендоскопії подібний до підходу щодо пацієнтів із гемодинамічною нестабільністю порівняно з пацієнтами, які є гемодинамічно стабільними. Особливо важливо забезпечити адекватну реанімацію цих пацієнтів до проходження верхньої ендоскопії.

**Треїдинг.** Усі пацієнти з гемодинамічною нестабільністю або активними кровотечами (проявляються гематомезисом, яскраво-червоною кров'ю на назогастральній трубці або гематохезією) повинні бути введені до відділення інтенсивної терапії для реанімації та ретельного спостереження за допомогою автоматичного моніторингу артеріального тиску, електрокардіографічного моніторингу та пульсоксиметрії.

Інші пацієнти можуть бути госпіталізовані до звичайного медичного відділення, хоча ми припускаємо, що всі пацієнти, за винятком осіб із низьким ризиком, отримують електрокардіографічний моніторинг. Амбулаторне лікування може бути доречним для деяких пацієнтів з низьким ризиком.

**Загальна підтримка.** Пацієнти повинні отримувати додатковий кисень виключно за допомогою носової канюлі. Необхідно встановити два периферичні внутрішньовенні катетери великого калібру (18 або більше) або центральний венозний канал. Для пацієнтів, які є гемодинамічно нестабільними, слід встановити два внутрішньовенні катетери 16 калібру та/або великорозмірні центральні шнури.

Елективна ендотрахеальна інтубація у пацієнтів з постійною гематемою або зміненим респіраторним або психічним статусом може полегшити ендоскопію і знизити ризик аспірації. Проте серед хворих, які страждають критично, вибіркова ендотрахеальна інтубація асоціюється з гіршими результатами. Вивчення критичних випадків із 200 пацієнтами, критично хворими на кровотечу з верхніх відділів ШТ, виявило, що пацієнти із виборчою ендотрахеальною інтубацією частіше, ніж пацієнти, які не інтубували, мали негативні серцево-легеневі наслідки на підставі складного результату, який включав пневмонію, набряк легенів респіраторний дистрес-синдром і зупинку серця. Слід зазначити, що присутність респіраторного дистресу до інтубації не повідомляється, а середня оцінка Glasgow Coma Scale була 14,7 (+/- 0,95), що свідчить про відсутність зміненого психічного стану у більшості пацієнтів. Пацієнти, які були інтубованими, частіше страждали від серцево-легеневих ускладнень порівняно з пацієнтами, які не інтубувалися (20,0 проти 6,0 %). Зокрема, у пацієнтів з інтубацією частіше була діагностована пневмонія протягом 48 год (14,0 проти 2,0 %).

Застосування інгібіторів протонної помпи виконують на основі даних метааналізу 2014 р.

1. При тривалій кровотечі здійснюється ендоскопічний гемостаз.

Якщо ендоскопічний гемостаз ефективний, хворого госпіталізують у ВІТ, де проводять комплексну коригуючу й антисекреторну терапію, з обов'язковим виконанням контрольної ФГДС через 4–6 год.

У разі неефективності ендоскопічного гемостазу протягом 30 хв хворому призначають **екстрене оперативне втручання**, незалежно від ступеня крововтрати. Коригуючі інфузійна й медикаментозна терапія шоку і крововтрати проводяться безпосередньо під час операції.

2. При зупиненні кровотечі проводиться ендоскопічна й медикаментозна профілактика рецидиву кровотечі (антисекреторна терапія, корекція крововтрати й інших порушень гомеостазу, лікування супутніх захворювань та ін.), хворого також госпіталізують у ВІТ.

3. У всіх хворих, що надходять уже із припиненою кровотечею, а також у хворих, у яких триваюча кровотеча була припинена ендоскопічно, повинен визначитися ступінь ризику рецидиву кровотечі, з оцінкою його в балах.

4. Кратність і частота лікувально-контрольних ендоскопій, а також показання до виконання **відстроченого оперативного втручання** визначаються залежно від ступеня ризику рецидиву кровотечі.

5. Фактори ненадійного гемостазу. У 1974 р. J. A. N. Forrest уперше запропонував класифікацію ендоскопічних стигмат (ознак) гострої кровотечі в просвіт травного каналу:

**F – I** (Forrest I) – триваюча кровотеча:

F IA – струминна кровотеча;

F IB – дифузна кровотеча

**F-II** – кровотеча, що відбулася (зупинена):

F II A – тромбована судина (червона, чорна, біла);

F II B – фіксований згусток;

F II C – дрібні тромбовані судини (червоні, чорні цятки).

**F-III** – ознаки кровотечі відсутні (дно дефекту слизової оболонки покрите фібрином).

## 7. Завдання для самостійної роботи

1. Загальна класифікація кровотеч у просвіт травного каналу за етіологічною ознакою.

2. Класифікація за ступенем крововтрати; класифікація за Forrest.

3. Головні клінічні ознаки шлунково-кишкових кровотеч.

4. Диференційна діагностика кровотеч травного каналу залежно від локалізації патологічного процесу.

5. Методика проведення ендоскопічних методів обстеження (фіброгастроскопія, фіброколоноскопія, ректороманоскопія).





**8. Які гемодинамічні прояви характерні для кровотечі?**

- А. Рідкий пульс, малого наповнення, підвищення артеріального тиску.*
- Б. Прискорений пульс, малого наповнення, підвищення артеріального тиску.*
- В. Зниження артеріального тиску.*
- Г. Прискорений пульс малого наповнення, зниження артеріального тиску.*

**9. При якому товстокишковому захворюванні, яке часто супроводжується хронічною кровотечею, зустрічаються лихоманка, артрит, афтозний стоматит, вузлувата еритема, первинний склерозуючий холангіт, ураження очей (ірит, іридоцикліт)?**

- А. Геморой.*
- Б. Виразковий коліт.*
- В. Дивертикули.*
- Г. Целиакія.*

**10. Які засоби для лікування шлункової кровотечі є препаратами вибору?**

- А. ІПП парентерально.*
- Б. Антациди.*
- В. H<sub>2</sub>-блокатори гістаміну.*
- Г. Антагоністи кальцію.*

### **Література**

#### Основна

1. База даних тестового контролю МОЗ України – Київ, 2015.
2. Внутренняя медицина : в 3 т. / А. С. Свиницкий, Л. Ф. Коноплева, Ю. И. Фешенко и др.; под ред. Е. Н. Амосовой. – Киев : ВСИ "Медицина", 2010. – Т. 2. : ученик. – 1128 с.
3. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини: підручник : у 3 т. / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – Вінниця : Нова книга, 2010. – Т. 3. – 998 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посібник / А. С. Свінціцький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар та ін. ; за ред. А. С. Свінціцького. – Київ : ВСВ "Медицина", 2014. – 1272 с.
5. Клиническая фармакология : учебник / О. Я. Бабак, А. Н. Беловол, Н. П. Безуглая и др. ; под ред. О. Я. Бабака, А. Н. Беловола, И. С. Чекмана. – Киев : ВСИ "Медицина", 2012. – 728 с.

#### Допоміжна

1. Діагностика, лікування та профілактика основних кардіологічних захворювань: навч. посіб. : у 2 ч. / О. М. Біловола, П. Г. Кравчун, В. Д. Бабаджан та ін. ; за ред. О. М. Біловола, П. Г. Кравчуна. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2010. – Ч. 1. – 264 с. – Ч. 2. – 200 с.
2. Практикум з внутрішньої медицини: навч. посібник / К. М. Амосова, Л. Ф. Коноплева, Л. Л. Сидорова та ін. – Київ : Український медичний вісник, 2010. – 416 с.
3. Сучасна практика внутрішньої медицини : навч. посібник / за ред. О. М. Біловола, П. Г. Кравчуна, Л. А. Лапшиної. – Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2012. – 644 с.

**Навчальне видання**

**ВЕДЕННЯ ХВОРОГО  
З МЕЛЕНОЮ ТА ГЕМАТОМЕЗИСОМ**

**(СУЧАСНА ПРАКТИКА  
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ  
З НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ)**

**Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів**

Упорядники    Бабак Олег Якович  
                      Фролова Еліна Юріївна  
                      Кліменко Миколай Іванович  
                      Овчаренко Людмила Іванівна  
                      Молодан Володимир Ілліч  
                      Панченко Галина Юріївна  
                      Візір Марина Олександрівна  
                      Лапшина Катерина Аркадіївна

Відповідальний за випуск            О. Я. Бабак



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 19-33733.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.