

*«Острые желудочно-кишечные  
кровотечения».*

*Современные принципы диагностики  
и лечения.*



# Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта



## ЧАСТЫЕ



Эрозивно-язвенный процесс в гастродуоденальной слизистой оболочке (преобладают кровотечения из двенадцатиперстной кишки) -7-13%





# Клинические проявления кровотечений

---



- ✓ Крoвавая рвота - гематомезис (ярко красная кровь и/или темные кровяные сгустки и/или содержимое рвотных масс типа «кофейной гущи»)
- ✓ Мелена - черные, жидкие, клейкие испражнения со своеобразным запахом
- ✓ Слабость, сухость во рту(жажда), потливость, сердцебиение
- ✓ Обморочное состояние с кратковременной потерей сознания вплоть до шока



# Неблагоприятные прогностические факторы при ЖКК



**Возраст больного старше 60 лет.**



**Наличие 2х и более сопутствующих заболеваний**



**Массивная кровопотеря больше 2 литров**



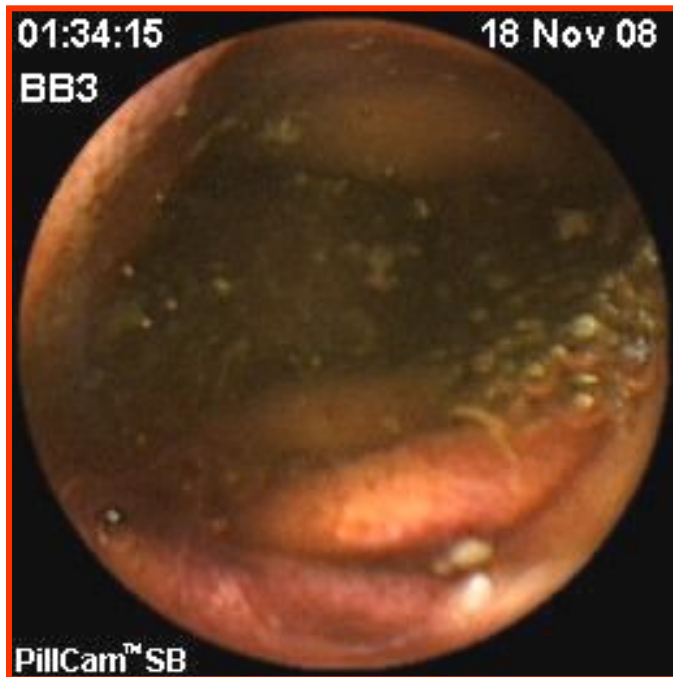
**Шок при поступлении**



**Рецидив кровотечения в течение 72ч.**



# Капсульная эндоскопия





# Классификация язвенных кровотечений по J.A.N.Forrest (1976)



активное кровотечение	FI a - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spouting hemorrhage))
	FI b - венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение потоком (active bleeding (oozing hemorrhage))
состоявшееся кровотечение	FII a - видимый тромбированный сосуд (visible vessel-pigmented protuberance)
	FII b - фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)
	FII c - геморрагическое пропитывание дна язвы, плоское черное пятно (black base)
	FIII – чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных внешнеперечисленных признаков (no stigmata)



# Активное кровотечение

Форрест 1А (F1a) - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spouting hemorrhage))



При массивном артериальном кровотечении из язвы применяющиеся методики остановки кровотечения с помощью эндоскопа в большинстве случаев **НЕЭФФЕКТИВНЫ!**

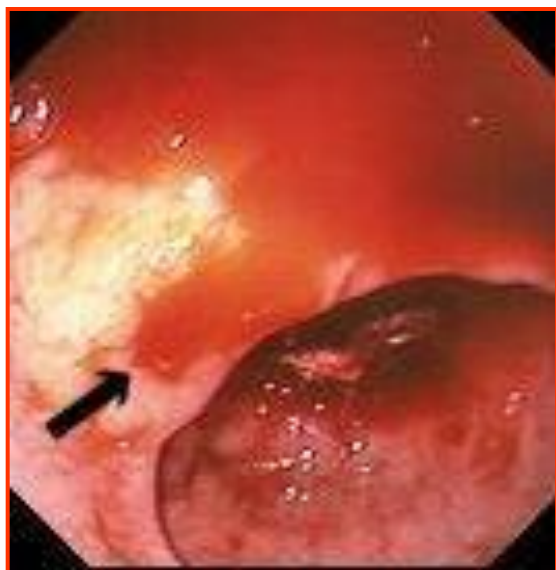




# Активное кровотечение



**Форрест 1В (F1b) - венозное, вялое, паренхиматозное  
кровотечение потоком (active bleeding (oozing  
hemorrhage))**







# Состоявшееся кровотечение

**Форрест 2А (FIIa) - видимый тромбированный сосуд  
(visible vessel-pigmented protuberance)**





# Состоявшееся кровотечение



**Форрест 2В (FIIb) - фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)**

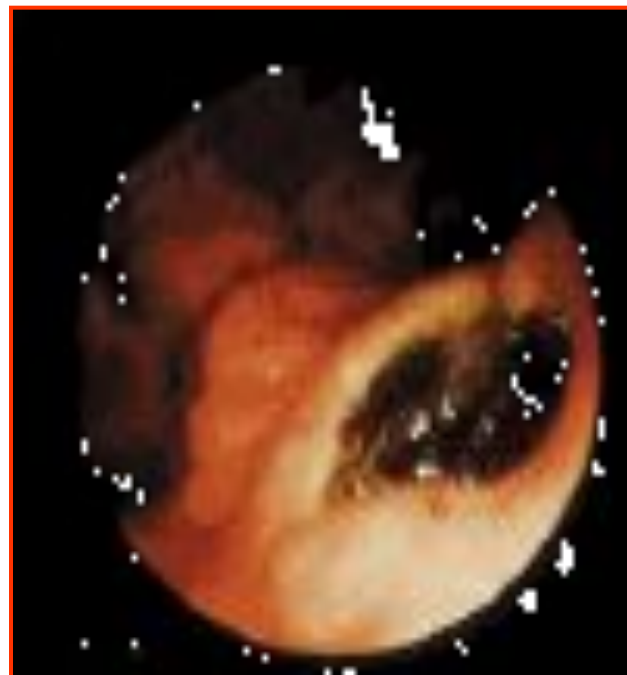




# Состоявшееся кровотечение



**Форрест 2В (FIIb)** - геморрагическое пропитывание  
дна язвы, плоское черное пятно (black base)

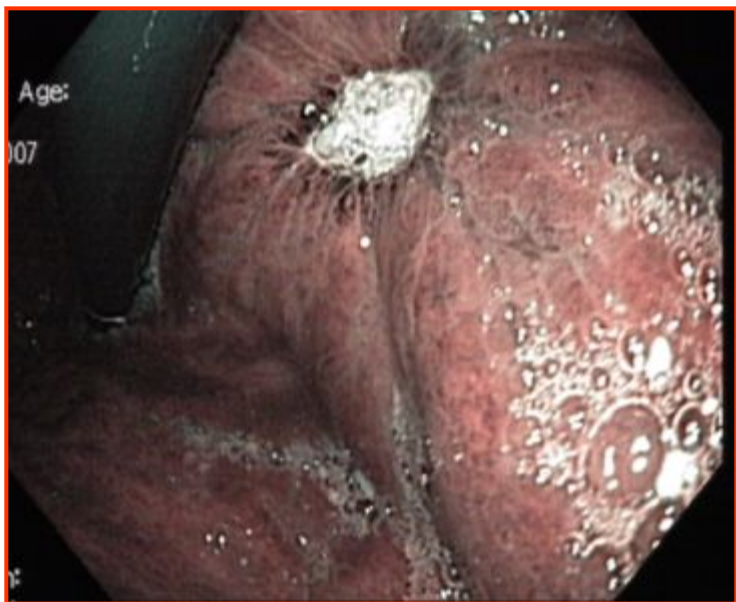




# Состоявшееся кровотечение



**Форрест 3 (FIII) – чистое дно язвы, отсутствие прямых видимых вешеперечисленных признаков (no stigmata)**





# Диагностика желудочно-кишечных кровотечений



**Фиброколоноскопия**



**Спиральная компьютерная томография**



**Капсульная эндоскопия (Израиль)**



**Рентгено-энтерография**



**Фиброэнтероскопия**



**Селективная ангиография**



**Радиоизотопная сцинтиграфия (Xr)**



# Схема консервативного лечения (первый этап)

## Схема в/в инъекций

- \* Sol. NaCl 0,9% - 400,0 ml\*
- \* Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100,0 ml\*
- \* СЗП одногруппная – 300 ml\*
- \* Sol. Glucosi 10% - 400,0 ml + Insulini 10 ED + Sol. Acidi ascorbinici 5% - 3,0 ml\*
- \* Sol. KCl 4% - 100,0 ml\*
- \* Р-р реополиглюкина 400,0 мл\*
- \* Sol. Chlasoli (Ringeri и т.д.) – 400,0 ml\*
- \* Омепразол по 80 мг, а потом по 20 мг 2 раза в сутки в/в. При отсутствии фамотидин (квamatел) по 20 мг. 2 раза в сутки в/в

## Схема в/м инъекций

- \* Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; в/м 4 раза в сутки
- \* - при признаках продолжающегося кровотечения и отсутствия перегрузки объемом повторить через 4-5 часов.



# Схема консервативного лечения (второй этап)



## После остановки кровотечения

### Схема в/м инъекций (гемостатическая терапия):

- \* Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; в/м 4 раза в сутки

### Схема лечения per os:

- \* Омепразол по 20 мг 2 раза в сутки.
- \* кларитромицин (кларид) 250 мг. 2 раза в день. При отсутствии амоксициллин по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.
- \* метронидазол (трихопол) по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.
- \* Sol. Acidi aminosarponici 5% по 1 столовой ложке 6-8 раз в сутки.

**Оптимальной дозой является 80 мг омепразола болюсно, в последующем – 8 мг/ч на протяжении первых трех дней лечения.**





Для профилактики кровотечения из верхних отделов ЖКТ рекомендуются два вида терапии:



**I.** Непрерывная (в течении месяцев) поддерживающая терапия омепразол по 20 мг или фамотидин (квamatел) по 20 мг на ночь.

**II.** Профилактическая терапия "по требованию", предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения заболевания прием омепразола в полной суточной дозе по 20 мг. утром и вечером в течении 3 дней, а затем по 20 мг. на ночь.



# Виды эндоскопического гемостаза

---

**Диатермокоагуляция**

**Тепловая коагуляция**

**Лазерная фотокоагуляция**

**Аргоно-плазменная коагуляция**

**Инъекционный метод сосудосуживающими средствами**

**Инъекционный метод инъекцией этанола**

**Клеевая пломбировка**

**Механические методы гемостаза  
(доклипирование, наложение  
резиновых колец)**

**Комбинированное  
использование методов  
гемостаза**



# Показания для проведения эндоскопического гемостаза

---



- I.** Продолжающееся в момент исследования кровотечение ( Форрест FI a, FI b)
  
- II.** Остановившееся на момент эндоскопии кровотечение с сохраняющимся высоким риском рецидива кровотечения (Форрест FII a, FII b)



# Противопоказания для проведения эндоскопического гемостаза

---



- I.** Отсутствие стигм кровотечения в дне и краях источника (Форрест III)
- II.** Невозможность адекватного доступа к источнику кровотечения (например, грубая деформация, стенозирование просвета)
- III.** Опасность возникновения перфорации органа (глубокие язвы или глубокие разрывы слизистой)
- IV.** Отсутствие условий для адекватного выполнения гемостаза.



# Эндоскопические факторы прогноза рецидива кровотечения



**I. Дно язвы после кровотечения чистое**

Рецидив кровотечения **5-7%**

Послеоперационная летальность не превышает **2%**

**II. Язва полностью или частично заполнена свертком крови**

Рецидив кровотечения **20%**

Послеоперационная летальность **5-7%**

**III. В дне язвы виден крупный тромбированный сосуд**

Рецидив кровотечения **40%**

Послеоперационная летальность превышает **10%**

**IV. При продолжающемся струйном кровотечении или подтекании крови из-под свертка крови, которое удастся остановить при ЭГДС.**

Рецидив кровотечения **50%**

Послеоперационная летальность превышает **15%**



# Методы эндоскопического гемостаза в зависимости от этиологии кровотечения



## Язва желудка и 12 п\кишки

1. Клипирование видимого сосуда
2. Аргоно-плазменная коагуляция.
3. Инъекционный метод
4. Коагуляционный метод
5. Смешанные методы





# Эндоваскулярные методы гемостаза

## Рентгеноперационный кардиоваскулярный комплекс

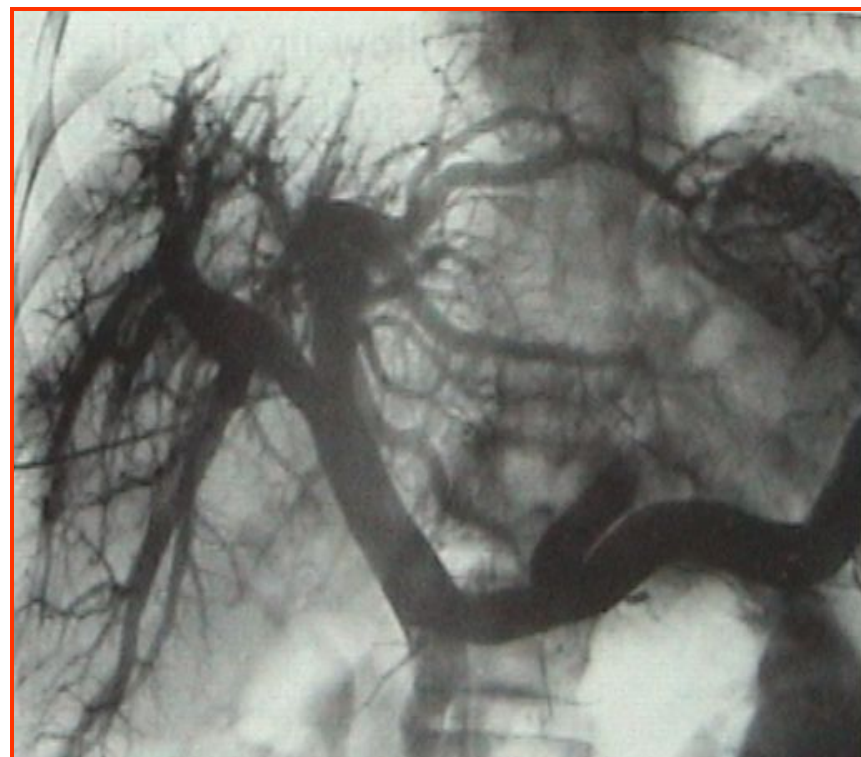






# Эндоваскулярные методы гемостаза

## Чрескожнаячреспеченочная портография и эмболизация левой желудочной вены





# Эндоваскулярные методы гемостаза

## Ангиография и эмболизация системного портального анастомоза



Ангиография расширенного  
портокавального анастомоза



Эмболизация портокавального  
анастомоза





# Хирургическая тактика

---



**Настойчивые попытки остановить кровотечение, используя эндоскопические методики, приводят в конечном итоге к запоздалым в связи с глубокими изменениями гомеостаза оперативным вмешательствам, упущению благоприятных сроков их выполнения и высокой летальности, достигающей среди таких больных **70%**.**



**Показания к выполнению экстренной операции в любое время суток у больных с язвенными гастродуоденальным кровотечением**



**I. Продолжающееся кровотечение, которое не удастся остановить используя и эндоскопические методики.**

**II. Рецидив на фоне проводимого лечения.**

**III. Угроза рецидива кровотечения при содержании Hb до 80 г/л и Ht до 25% и отрицательную эволюцию язвы по данным эндоскопии.**



# Срочные и плановые оперативные вмешательства



**Выполняются в первые 12-24 часа после остановки кровотечения на фоне проводимого лечения, в том числе и с использованием методик эндоскопического гемостаза больным с высоким риском рецидива кровотечения.**

**Плановые операции выполняются через 2-3 недели лечения больных в гастроэнтерологическом отделении.**



# Принципы оперативного вмешательства



- Главным требованием к операции при кровотечении является удаление самого язвенного субстрата, обеспечивающая окончательный гемостаз.
- Заканчивая операцию по поводу ЖКК, хирург должен быть уверен, что кровотечение не повторится.
- При кровотечении из хронической язвы желудка методом выбора хирургического лечения является резекция желудка. При высокой степени риска оперативного вмешательства и продолжительности операции допускается возможность иссечения язвы – экстрагастрацию.