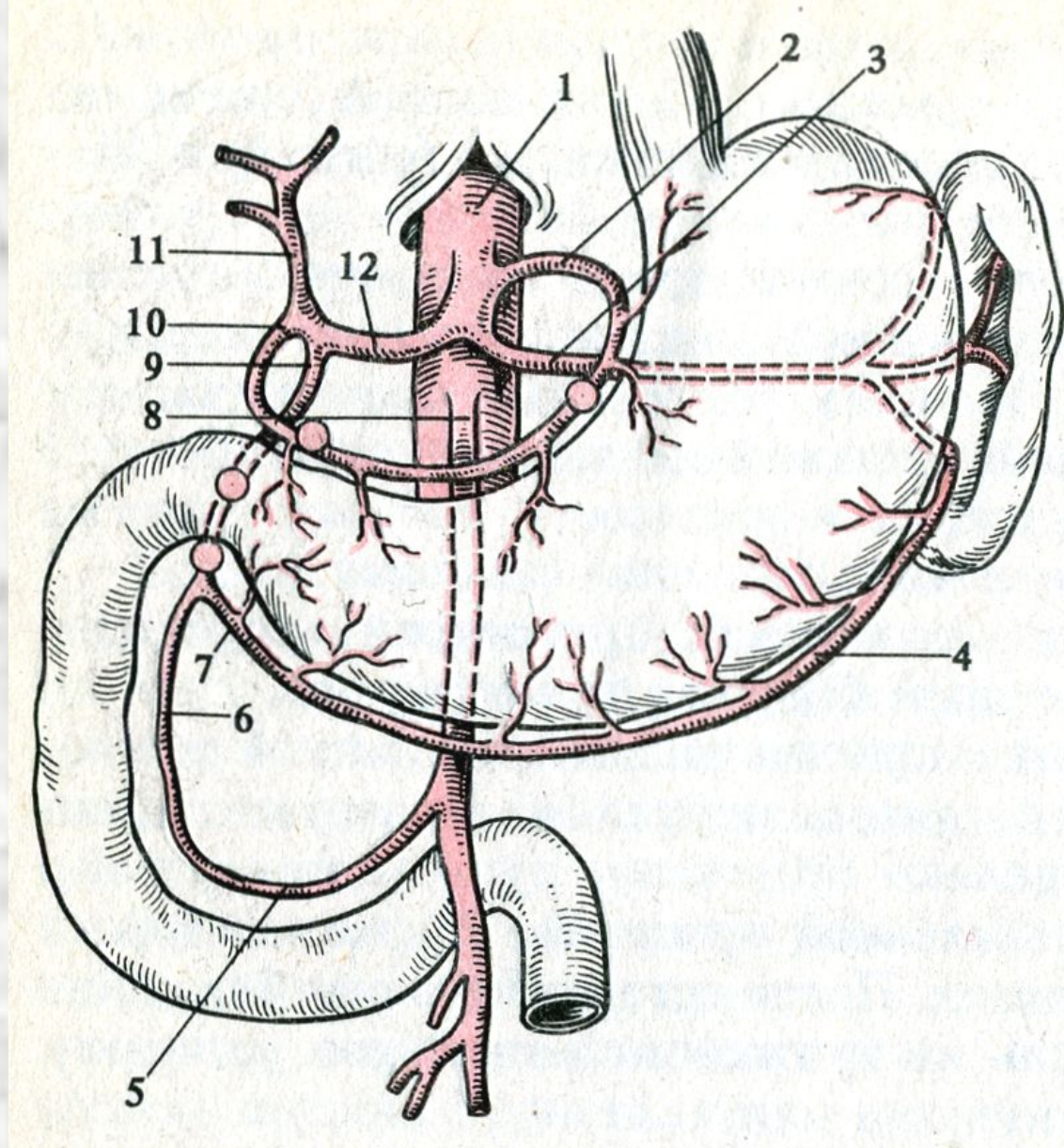


Язвенная болезнь, осложненная кровотечением

*Новосибирский Государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии*



Кровоснабжение желудка и ДПК

У 15-33% больных с ЯБ кровотечение – первый и единственный симптом.

Жалобы:

- слабость,
- головокружение,
- кровавая рвота,
- стул «черного цвета».

Анамнез заболевания (информация о характере и интенсивности кровотечения, но *возможно преувеличение*):

- 3/5 пациентов имеют т.н. язвенный анамнез,
- ***симптом Бергмана*** – усиление язвенных болей и диспептических явлений накануне кровотечения и снижение или полное исчезновение их в момент или после кровотечения.

Анамнез жизни:

- очень важны сведения о лечении при сопутствующих заболеваниях (НПВС, гормональные препараты, антикоагулянты);
- желтуха, сведения о болезни гепатобилиарной зоны, алкоголизм – кровотечение из ВРВ пищевода при синдроме портальной гипертензии;
- синдром Мэллори-Вейсса (патогномоничный симптом – кровь при многократной рвоте после употребления алкоголя или тяжелой работы);
- рак желудка – наличие «малых желудочных» жалоб (похудание, признаки дисфагии).

Осмотр:

- гематемезис,
- мелена,
- признаки геморрагического шока (бледность, тахикардия, гипотония, холодный пот, обморочное состояние).

Пульс, АД – динамика!

Исследование per rectum – обязательно!

Обязательные лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови – однократно.

Затем Ер, Нв, Нт каждые 6 часов в первые сутки, затем 2 раза в сутки до достижения Нв (на фоне лечения) уровня 100 г/л.

2. Однократно (в первые 2 часа после поступления):

- группа крови, Rh-фактор,

- общий анализ мочи,

- сахар крови, билирубин, мочевины, общий белок.

Обязательные инструментальные обследования:

1. ФГДС (при неуточненном источнике – повторить в течение первых суток!).

1.1. Эндоскопическая биопсия, если нет угрозы рецидива кровотечения (при язве желудка, пептической язве анастомоза, подозрении на рак, лейомиоме желудка) – обязательно!

ФГДС-контроль через 5-7 суток.

2. ЭКГ.

Обязательные инструментальные обследования:

3. R-скопия желудка (через 3-5 суток от начала консервативной терапии для исключения ГПОД, дивертикулов желудка и ДПК, инфильтративной формы рака желудка, дуоденостаза, а также осложнений ЯБ – пенетрации и стеноза).

R-скопия желудка в условиях анемии тяжелой степени может дать ложные сведения о наличии хронической дуоденальной непроходимости или стеноза за счет атонии желудка или ДПК.

4. ФЛГ – профилактическое исследование в плановом порядке.

Дополнительные методы исследования:

1. УЗИ печени, желчных протоков, поджелудочной железы, почек – по показаниям.
2. Дуоденальное зондирование (причиной 30% всех видов язв является описторхоз).
3. Другие дополнительные обследования – при подозрении на злокачественные заболевания, при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний.

Оценка тяжести кровопотери: (В.К. Гостищев, 2004 г.)

Тяжесть кровопотери	Дефицит ОЦК (в %)	Критерии диагностики (1 и 2 отдельно или в совокупности)	
		1. Клинические проявления	2. Уровень Hb, Ht
I степень	≤ 15%	Ортостатическая тахикардия или отсутствие симптомов	Hb ≥ 100 г/л Ht 40-45%
II степень	15-25%	Ортостатическая гипотензия (АД ↓ > 15 мм рт. ст.) тахикардия (ЧСС ↑ > чем на 20 уд. в мин)	Hb 80-100 г/л Ht 30-40 %
III степень	25-35%	Артериальная гипотензия (80 < АД сист. < 100 мм.рт.ст.), тахикардия (ЧСС > 100 в мин). Тахипноэ (30 > ЧДД > 25 в мин.) Периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), диурез < 20 мл/час, ортостатический коллапс	Hb – 60-80 г/л Ht 20-30%
IV степень	>35%	Артериальная гипотензия (АД сист. < 80 мм. рт. ст.), тахикардия (ЧСС > 120 в мин.), тахипноэ (ЧДД > 30 в мин.) периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), анурия, нарушение сознания	Hb < 60 г/л Ht < 20 %

Определение источника и интенсивности кровотечения: (J. Forrest, 1989)

Интенсивность кровотечения	Эндоскопические признаки
Forrest I a	Струйное артериальное кровотечение
Forrest I b	Активное венозное кровотечение
Forrest II a	Активного кровотечения нет. Видимый тромбированный сосуд в дне язвы
Forrest II b	Активного кровотечения нет. Сгусток крови на дне язвы.
Forrest II c	Активного кровотечения нет. Солянокислый гематин на дне язвы.



Российское общество хирургов
ЯЗВЕННЫЕ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ
КРОВОТЕЧЕНИЯ

Национальные клинические
рекомендации

Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе

- Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ
- Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе
- Рекомендуется постоянная назогастральная интубация



Раздел II. Диагностическая и лечебная ЭНДСКОПИЯ

- Пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации
- Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest (1974)
- При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз
- При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения

Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия (продолжение)

Повторное эндоскопическое исследование рекомендовано:

- при неполном первичном осмотре;
- неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения);
- в ряде случаев – при рецидиве геморрагии.



Раздел III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей

- Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина **менее 90 г/л.** (по международному консенсусу - ≤ 70 g/L).
- При дефиците факторов свертывания крови показана трансфузия свежезамороженной плазмы.
- При гипоксии показана кислородотерапия. Для временного поддержания доставки O₂ тканям можно использовать перфторан, внелегочную оксигенацию

Раздел III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей (продолжение)

- Вазопрессоры показаны при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии.

Использование их с дофамином улучшает почечный и мезентериальный кровоток.

Рекомендовано применение антиоксидантов (реамберин, мексидол, орготеин, аллопуринол).

Применение серотонина рекомендовано для улучшения периферического кровообращения и местного гемостаза;

- *Критерием восстановления микроциркуляции следует считать восстановление гемодинамики и почасового диуреза;*



Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H_2 -блокаторов **не рекомендовано;**
- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов **не рекомендовано;**

Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

- **Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность и может быть рекомендовано всем больным с высоким риском рецидива геморрагии;**



Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

- С третьих суток рекомендуется перевод на *пероральные* формы ингибиторов протонной помпы;
- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие *Нр-*инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре;

Раздел V. Хирургическое лечение

Основными задачами оперативного вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении являются:

- обеспечение надежности гемостаза,
- устранение источника геморрагии
- профилактика рецидива кровотечения;



Раздел V. Хирургическое лечение

- Экстренная операция показана у пациентов с **продолжающимся кровотечением** при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при **рецидиве кровотечения;**
- При кровоточащей язве желудка рекомендуется **выполнять резекцию желудка;**

Раздел V. Хирургическое лечение

При кровоточащих язвах 12-перстной кишки могут быть рекомендованы следующие оперативные вмешательства:

- Пилородуоденотомия с иссечением язвы передней стенки, пилоропластикой по Финнею (Гейнеке-Микуличу) и стволовой ваготомией;
- Пилородуоденотомия с прошиванием язвы задней стенки, пилоропластикой по Финнею (Гейнеке-Микуличу) и стволовой ваготомией;
- Резекция желудка;
- **У пациентов, находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы;**



Раздел VI. Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано стратифицировать **по степени риска рецидива** геморрагии;
- Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются клинические (*тяжелая кровопотеря, кол-лапс в анамнезе, возраст больного, тяжелая сопутствующая патология*) и лабораторные признаки (*низкий уровень гемоглобина*);
- Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются *кровотечение типа FIA-B, FIIA-B, а также глубина, размеры и локализация язвы*;

Клинические предикторы повышенного риска рецидива кровотечения и смертности включают:

- возраст старше 65 лет,
- шок,
- плохой общий статус здоровья,
- сопутствующие заболевания,
- низкий исходный уровень гемоглобина,
- мелена,
- необходимость трансфузии,
- кровь цвета красного мяса при ректальном исследовании, в рвоте или назогастральном аспирате,
- сепсис, повышение мочевины, креатинина или уровня сыворо-точных аминотрансфераз.
- Другие факторы включают: хронический алкоголизм, активный рак или неподходящие социосемейные условия, количество бал-лов по АРАСНЕ II 11 и больше.



Раздел VI. Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения

- У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение **срочного** оперативно-го вмешательства (в течение 24 часов, после короткой предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии.
 - Рекомендуемый объем срочных операций изложен в предыдущем разделе.
- Выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется!

Раздел VII. Клинические рекомендации по ведению больных с рецидивом кровотечения

- Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки, что оценивается по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным;
Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:
- Повторный эндоскопический гемостаз;
- Чрескожная эмболизация артерий желудка и 12-перст-ной кишки;
- Экстренная операция.



Раздел VIII. Клинические рекомендации по ведению больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приёме НПВП, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений;

При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на **селективные ингибиторы ЦОГ-2** в сочетании с постоянным приемом ингибиторов протонной помпы или **мизопростола**;

При развитии кровотечения приём НПВП должен быть прекращен (замена препаратами других групп).

Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза;

Тактика хирурга при гастродуоденальных кровотечениях:

- госпитализация в *хирургическое отделение*,
- тщательно отмывание желудка перед ФГДС (ледяной водой зондом максимального диаметра),
- если кровотечение продолжается при ФГДС необходимо сразу поставить в известность старшего дежурного хирурга.

Противопоказания к ФГС:

- острый инфаркт миокарда,
- острое нарушение мозгового кровообращения,
- агональное состояние.

Методы эндоскопического гемостаза:

- 1) электрокоагуляция (моно- или биполярная),
- 2) клипирование или лигирование,
- 3) обкалывание адреналином, 70° спиртом на растворе новокаина, 10% этоксисклеролом,
- 4) лазерная фотокоагуляция,
- 5) клеевые и пленкообразующие вещества (ферракрил, трансамча, капрофер и др.),
- 6) местная гипотермия (хлорэтил, углекислый газ термозонд),
- 7) аргоноплазменная коагуляция,
- 8) комбинированный эндогемостаз.

Консервативная терапия

1. Полный физический и психический покой (строгий постельный режим). Транспортировка и процедуры — только в положении лежа.
2. Локальная гипотермия желудка (пузырь со льдом).
3. Диета Мейленграхта.
4. Сифонные клизмы до «чистой воды».
5. Гастропротекторы: альмагель по 1 столовой ложке 6 раз в сутки или его аналоги.

Консервативная терапия

6. Парентерально:

а) раствор кваматела 20 мг в/в 2 раза/сутки в течение 3 дней, затем – квамател 40 мг в сутки per os (или омепразол, париет, лосек);

б) этамзилат натрия (или дицинон) 12,5% - 2,0 в/м 4 раза/сутки;

в) платифиллин 0,2% - 1,0 п/к 3 раза/сутки.

7. Восполнение ОЦК – инфузионная терапия в зависимости от объема кровопотери.

Переливание эритромаcсы, плазмы, перфторана показано только при кровопотере тяжелой степени (дефицит ОЦК > 30%, Hb < 80 г/л).

Показания к операции и метод оперативного вмешательства

Активно-индивидуализированная тактика!

Определяется на основании данных ФГДС и тяжести состояния больного.

Экстренная операция показана:

- при профузном кровотечении сразу после поступления,
- при любом рецидиве кровотечения в стационаре.

Срочная операция показана:

- через 4-6 часов после поступления после короткой интенсивной предоперационной подготовки при эндоскопически неустойчивом гемостазе (Forrest IIa или IIb) и высоком риске рецидива кровотечения.

Критерии риска рецидива кровотечения

Клинические критерии: возраст пациента, язвенные кровотечения в анамнезе, тяжесть кровопотери, давность от начала кровотечения, характер сопутствующих заболеваний, характер проводимой консервативной терапии.

Анатомо-морфологические критерии: локализация язвы (язва малой кривизны желудка, задней стенки ДПК), размеры (более 1 см), состояние краев язвы (каллезные, подрывные).

Высокий риск рецидива кровотечения:

- кровотечение тяжелой и средней степени тяжести,
- эндоскопически – неустойчивый гемостаз,
- возраст пациентов > 30 лет,
- ранее ЯБ уже осложнялась кровотечением,
- наличие хронической пенетрирующей язвы,
- локализация язвы на задней стенке ДПК или на малой кривизне желудка,
- размеры язвы > 1 см,
- давность кровотечения < 2 суток.

Низкий риск развития рецидива кровотечения:

- кровотечение легкой степени тяжести,
- эндоскопически — устойчивый гемостаз (Forrest IIc),
- возраст < 30 лет,
- отсутствие язвенного анамнеза,
- локализация язвы на передней стенке ДПК,
- размеры язвы < 1 см,
- давность кровотечения > 2 суток.

Плановая операция показана:

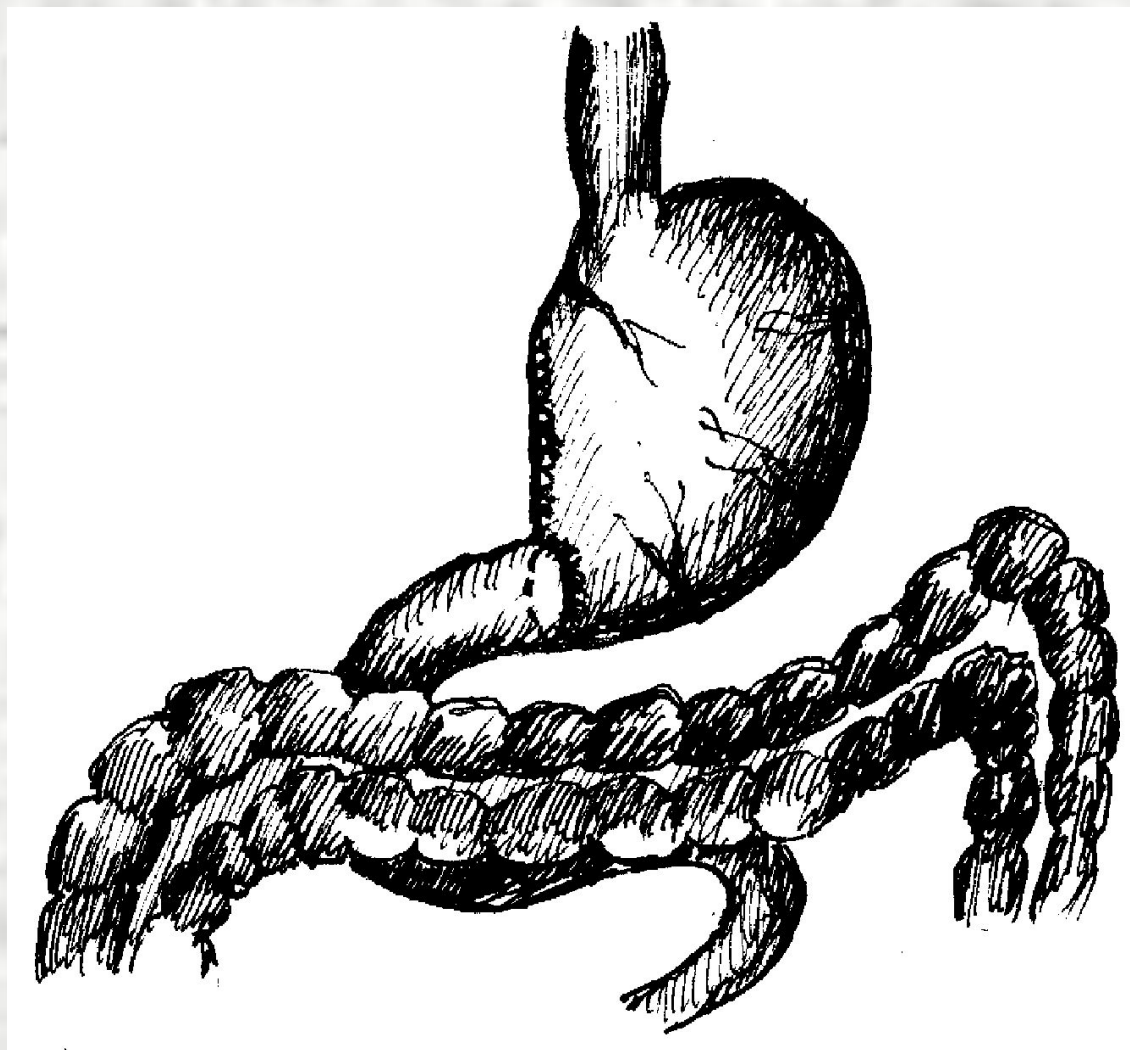
- через 18-21 день после полной остановки кровотечения при незажившей язве и при наличии других осложнений ЯБ (пенетрация, стеноз).

При ЯБ желудка, осложненной кровотечением, выполняют *резекцию желудка* с сохранением пилорического жома или *по Бильрот-1*.

Операция *иссечения язвы порочна* — кажущийся выигрыш во времени не оправдан из-за частых рецидивов кровотечения со смертельным исходом.

Гастротомия или дуоденотомия с *прошиванием язвы* показаны только при наличии *тяжелой сопутствующей патологии*.

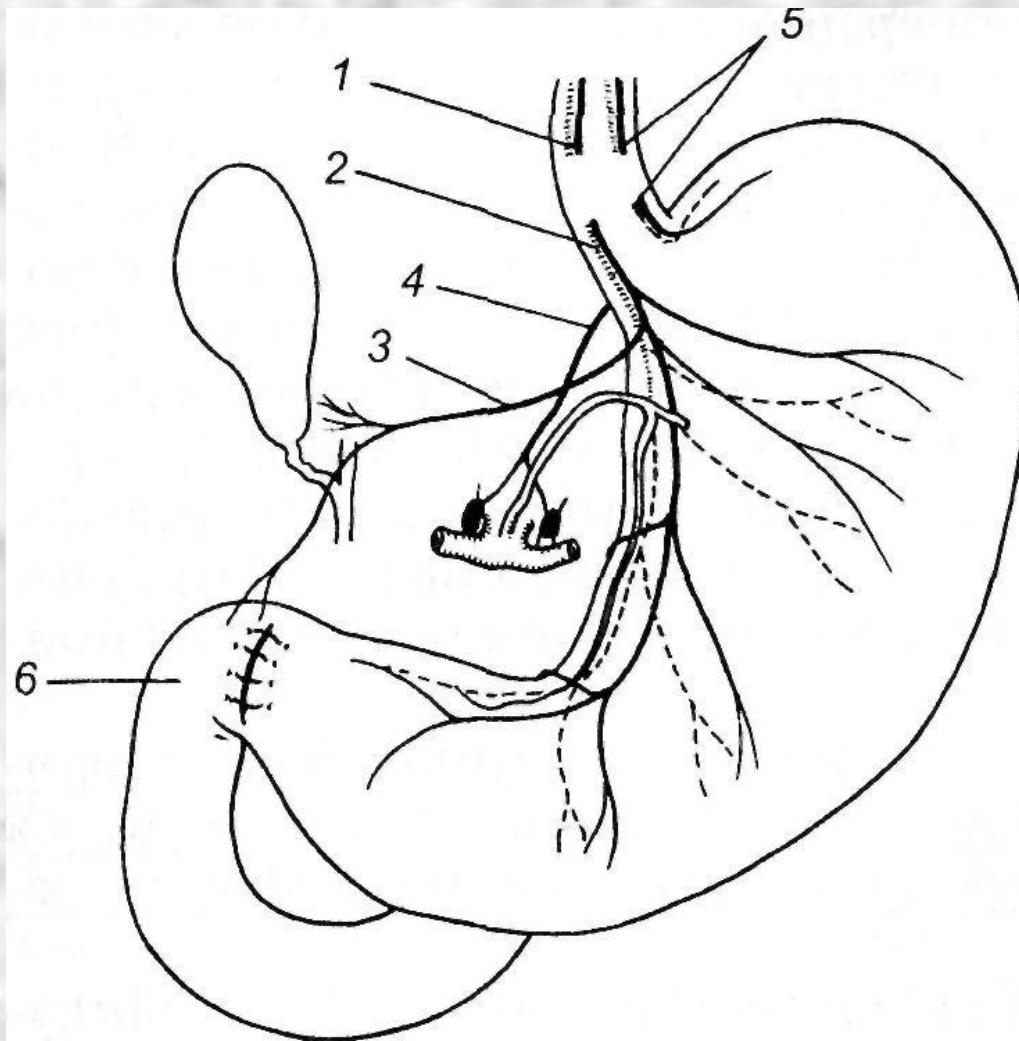
Резекция желудка по Бильрот-І



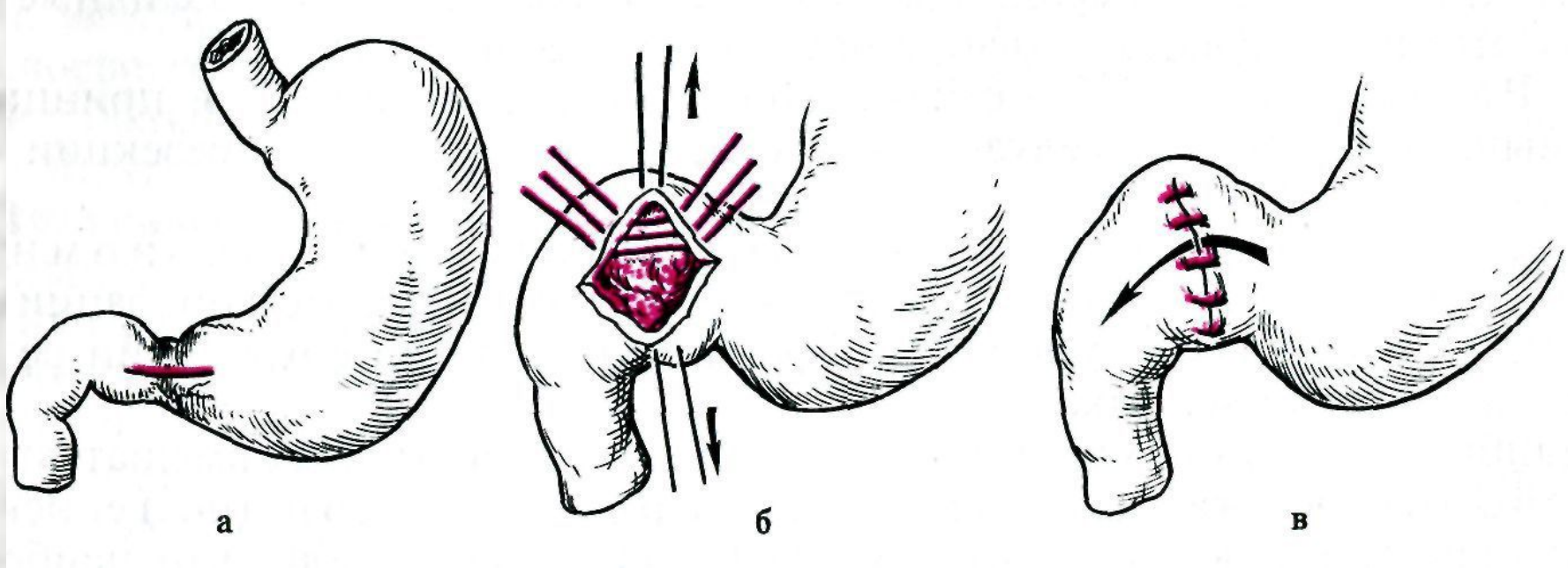
При ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, показана **стволовая ваготомия + пилоропластика** по Гейнеке-Микуличу (с иссечением язвы или экстерриоризацией).

При невозможности ее выполнения (огромные, каллезные язвы, пенетрация в соседние органы) показана **резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру** или, при низких язвах, на **У-образно выключенной петле с ушиванием культи ДПК по Е.М.Благитко**.

Резекция желудка «на выключение» не обеспечивает гемостаза и поэтому не показана!

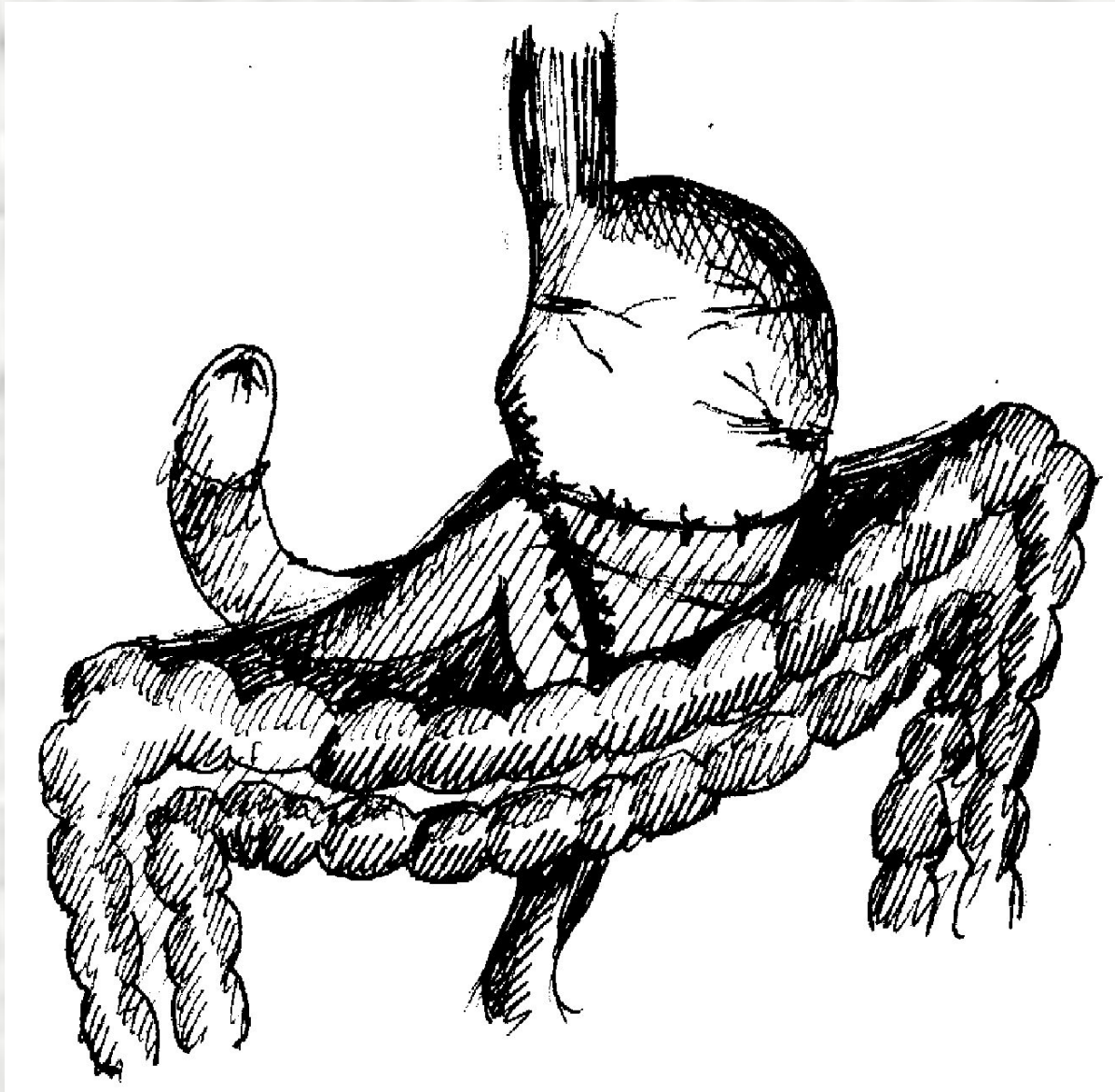


Стволовая ваготомия с пилоропластикой



Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу: а —
рассечение пилорического жома в продольном
направлении; б — ушивание краев разреза в
поперечном направлении; в — сформированное соустье

Резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру



Резекция желудка по Ру



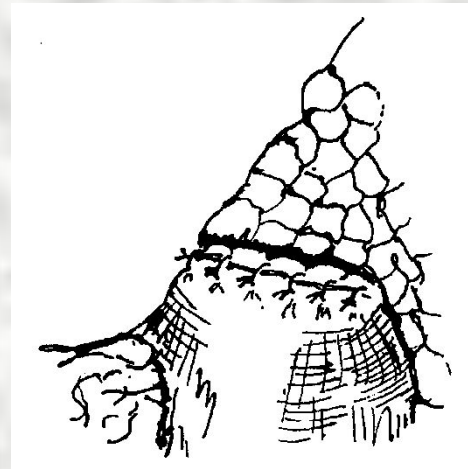
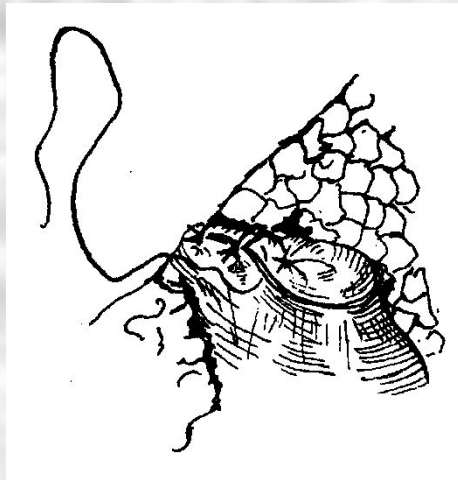
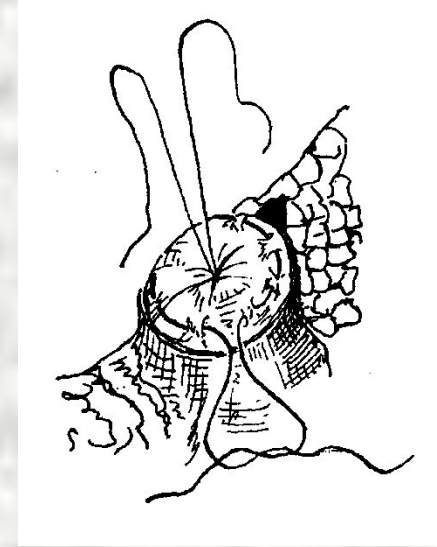


Схема ушивания культи двенадцатиперстной кишки гофрирующим и кисетным швами (по Е.М. Блажитко)

Кровотечение при раке желудка

Ведущее место в диагностике рака имеет ФГДС, т.к. при этом возможна гистологическая верификация. Следует помнить, что за опухоль может быть принят сгусток крови в желудке.

Не всегда кровотечения свидетельствуют о запущенности рака. Вопрос о радикальности операции и ее объеме может решиться только во время операции.

Всем больным, поступающим в стационар с кровотечением при раке желудка, назначается консервативная гемостатическая терапия в полном объеме. Если кровотечение удалось остановить, то проводится обследование, позволяющее уточнить диагноз, распространенность процесса, наличие метастазов (УЗИ, рентгенография легких, рентгеноскопия желудка, лапароскопия).

При продолжающемся кровотечении больного следует оперировать. Только при прямых противопоказаниях (резко выраженная легочно-сердечная недостаточность, наличие отдаленных метастазов и при наличии гистологического подтверждения рака!) от операции следует отказаться и продолжить консервативную терапию.

Если во время операции опухоль признана нерезектабельной, имеются отдаленные метастазы, то операцию следует закончить прошиванием кровоточащего участка, по возможности - прошиванием тканей вокруг опухоли, перевязкой левой желудочной артерии. В ряде случаев (небольшая опухоль при наличии отдаленных метастазов) допустима паллиативная резекция желудка.

При резектабельной опухоли - выполняется радикальная операция по онкологическим принципам.

Синдром Маллори-Вейсса

Кровотечение, как правило, артериальное. Тяжесть кровотечения зависит от количества, протяженности и глубины разрывов стенки желудка, характера и калибра поврежденного сосуда.

Основной метод диагностики - ФГС. При выполнении ФГС при продолжающемся кровотечении показана эндоскопическая остановка кровотечения, гемостатическая и дезинтоксикационная терапия.

Операция показана при продолжающемся кровотечении при кровопотере тяжелой степени при безуспешности эндоскопической его остановки.

Объем операции - гастротомия, прошивание разрывов слизистой отдельными узловыми или П-образными, или Z-образными швами нерассасывающими нитями. Целесообразно предварительно захватить кровоточащие сосуды зажимами и перевязать их. Ушивать разрывы следует с нижнего их угла. Прошивание разрывов дополняется перевязкой левой желудочной артерии (операция Стойка).

В послеоперационном периоде основное внимание уделяют ликвидации анемии, борьбе с парезом кишечника, профилактике и лечению алкогольного делирия и печеночной недостаточности.

Эрозивный гастрит

Гастрит является причиной кровотечений у 5-30% больных со всеми кровотечениями. Наиболее частая причина его возникновения - употребление алкоголя. Чаще всего диагноз геморрагического гастрита ставится путем исключения других заболеваний. Патогномоничных симптомов нет. Основной метод диагностики - ФГДС. Кровотечение при геморрагическом гастрите капиллярное (слизистая оболочка «плачет» кровью).

Лечение при геморрагическом гастрите консервативное. Показаны повторные ФГДС с эндоскопической остановкой кровотечения с настойчивым поиском других хирургических источников кровотечения (дивертикул ДПК, низкая язва, лейомиома).

Стрессовые, лекарственные язвы. Консервативное лечение, при безуспешности эндоскопической остановки — оперативное лечение в минимальном объеме (гастро- или дуоденотомия, прошивание язвы).

Пептическая язва анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки.

Большое значение имеет тщательный сбор анамнеза о сроках и объеме выполненных операций, характере и продолжительности болевого синдрома.

Диагноз уточняется при ФГС - необходимо осматривать не только анастомоз, но и отводящую, и приводящую петлю тощей кишки.

Начинают лечение с консервативных мероприятий, делая упор на максимальные дозы H_2 -блокаторов.

При остановленном кровотечении после купирования анемии показано дообследование - рентгеноскопия желудка (размеры культи желудка, ширина анастомоза, начало эвакуации, ее окончание, ширина отводящей петли и пассаж по ней, наличие заброса бариевой взвеси в приводящую петлю и время задержки в ней, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы), анализ желудочного сока (через 2 суток после отмены всех H_2 -блокаторов, антацидов и спазмолитиков), дуоденальное зондирование.

Оперативное лечение при поступлении показано только при продолжающемся кровотечении. Минимальный объем - гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы, при наличии технических возможностей - стволовая ваготомия.