

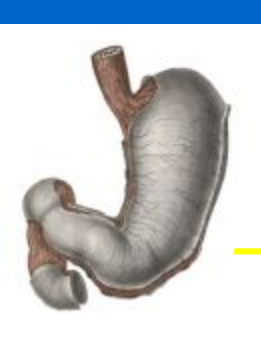


**НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ  
ЦЕНТР  
им. Н.И. ПИРОГОВА**

*«Острые желудочно-кишечные  
кровотечения».*

*Современные принципы диагностики  
и лечения.*





**Докладчик: д.м.н. А.Л.Левчук**



# Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта



## ЧАСТЫЕ

-  Эрозивно-язвенный процесс в гастродуоденальной слизистой оболочке (преобладают кровотечения из двенадцатиперстной кишки) - **7-13%**
-  Синдром Мэллори-Вейсса (разрывно-геморрагический синдром) - **6-16%**
-  Варикозное расширение вен пищевода и желудка при портальной гипертензии - **8 - 65%**
-  Злокачественные опухоли пищевода и желудка – **6 -12%**



# Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта



## РЕДКИЕ

- Мальформация сосудов (телеангиэктазии, ангиодисплазии, геморрагическая гастропатия и др.)
- Дивертикулез и дивертикулит (Меккелев дивертикул и др.)
- Болезнь Крона
- Опухоли тонкой кишки
- Болезнь Дъелафуа
- Нарушение коагуляционного гемостаза, в т.ч. в результате приема лекарств



# Клинические проявления кровотечений из ВОПТ



- ✓ 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



# Диагностика желудочно-кишечных кровотечений



**Фиброколоноскопия**



**Спиральная компьютерная томография**



**Капсульная эндоскопия (Израиль)**



**Рентгено-энтерография**



**Фиброэнтероскопия**



**Селективная ангиография**



**Радиоизотопная сцинтиграфия (Xr)**



# Основные позиции активной дифференцированной лечебно-диагностической тактики



- Неотложная диагностика источника, характера и активности кровотечения
- Оценка тяжести и гемодинамических последствий кровопотери, их активная коррекция
- Достижение надежного, окончательного гемостаза оптимальными методами в необходимые сроки — дифференцированно:
  - ◆ неотложная операция; или
  - ◆ лечебная эндоскопия в комплексе с интенсивной медикаментозной терапией
- Определение вероятности рецидива кровотечения при эндоскопическом методе гемостаза



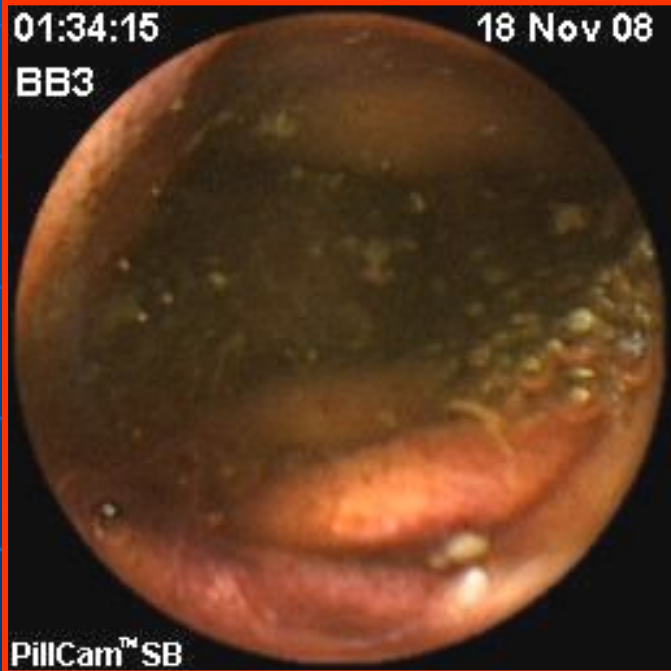
# Неблагоприятные прогностические факторы при ЖКК



- **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 вешеперечисленных признаков (no stigmata)



# Активное кровотечение



Форрест 1А (F1a) - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spitting 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)**

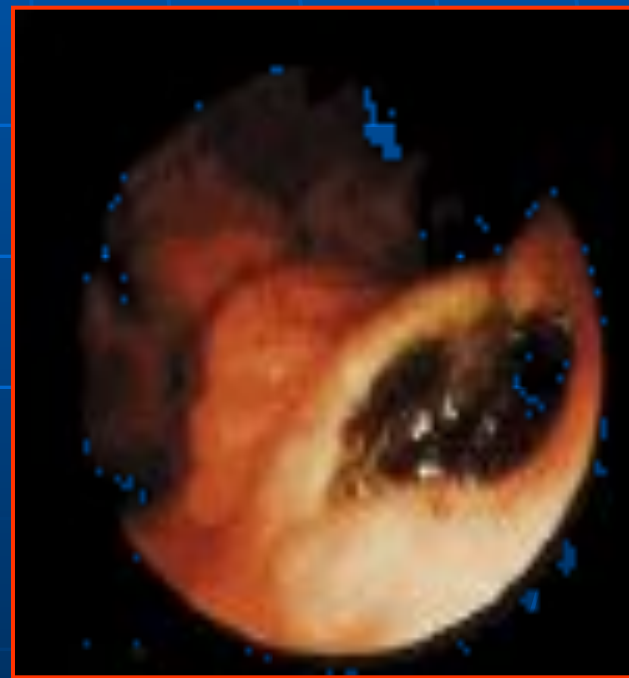




# Состоявшееся кровотечение



**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)**





# 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 (клацид) 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 удается 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





# Кровотечение при синдроме Маллори-Вейса



## Основные методы:

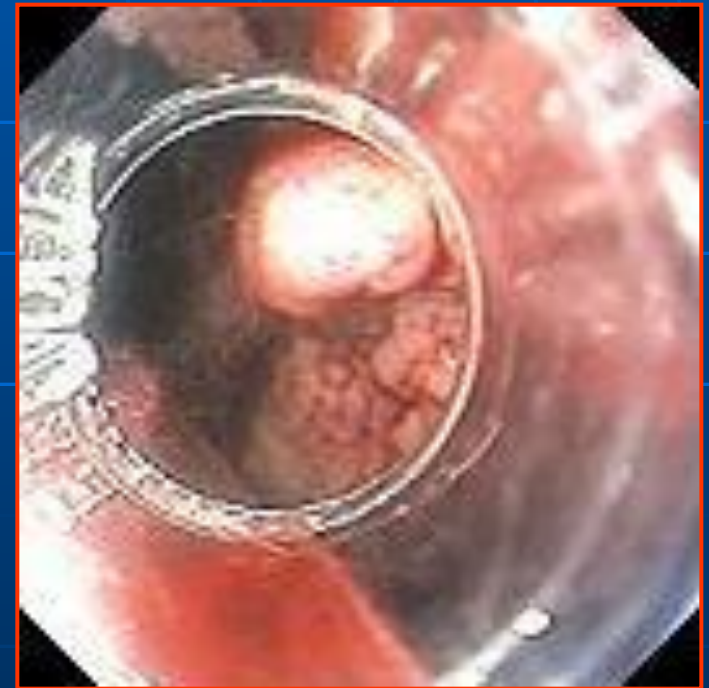
- Клипирование
- Инъекционный (тампонирующий и склерозирующий эффекты)
- Диатермокоагуляция



# Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка



- ❑ Наложение резиновых колец
- ❑ Склеротерапия





# Эндоваскулярные методы гемостаза



## Рентгеноперационный кардиоваскулярный КОМПЛЕКС

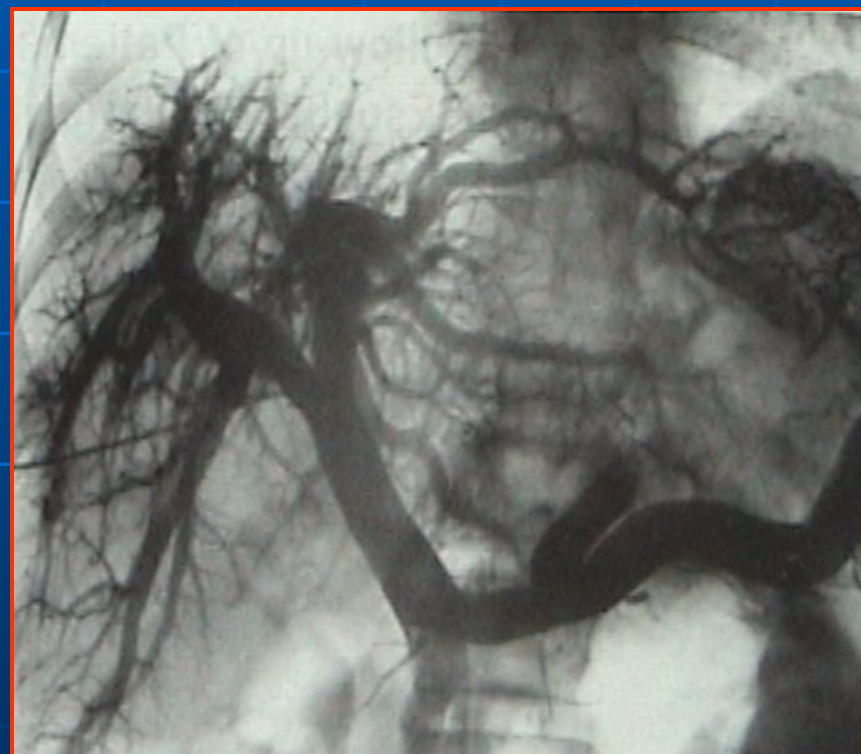




# Эндоваскулярные методы гемостаза



## Чрескожнаячреспеченочная портография и эмболизация левой желудочной вены





# Эндоваскулярные методы гемостаза



## Ангиография и эмболизация системного портального анастомоза



Ангиография расширенного  
портокавального анастомоза



Эмболизация портокавального  
анастомоза



# Эндоваскулярные методы гемостаза



Рентгенэндоваскулярный катетерный гемостаз  
при кровотечениях из ВРВ пищевода и кардии



Экстравазация контрастного  
вещества



# 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.



*Спасибо  
за внимание!*