Желудочно-кишечные кровотечения

Северный государственный медицинский университет

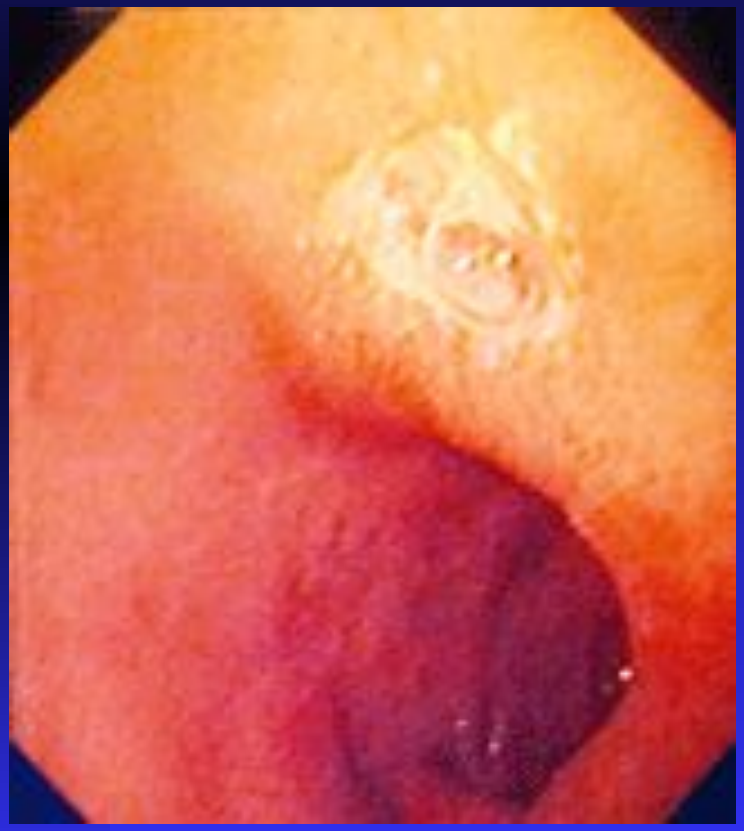
Кафедра хирургии СГМУ

г.Архангельск

Дуберман Б.Л.

2016

Язвенная болезнь – хроническое заболевание, основным морфологическим выражением которого служит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, возникающая на фоне гастрита, вызванного инфекцией *Helicobacter pylori* (Т.Л. Лапина, 2005)



Язвенная болезнь – группа заболеваний ЖКТ, характеризующихся образованием участка деструкции слизистой оболочки под действием соляной кислоты и пепсина

- Страдает 5% взрослого населения (в Японии до 18%)
- Язвенные кровотечения возникают у 20% пациентов
- Летальность достигает 10%

Язвенная болезнь – теории возникновения

принцип Шварца (1911) - без кислоты нет язвы,

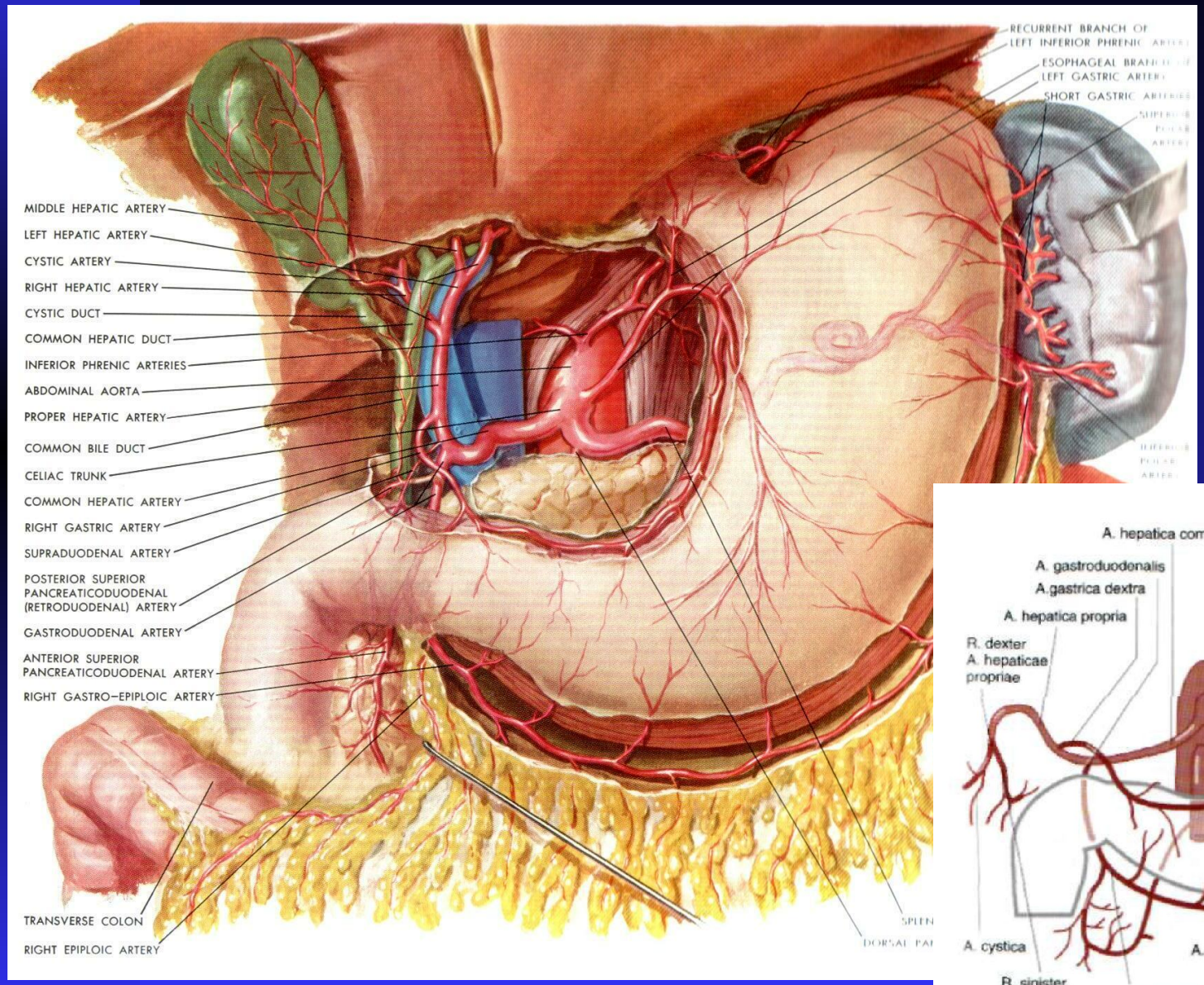
теория Быкова-Курцнера (1930-1980) – кортико - висцеральная теория

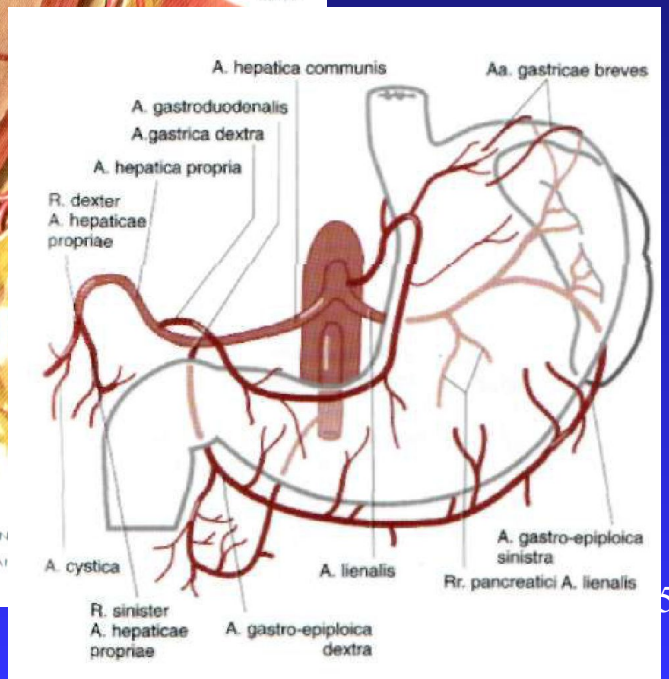
нет H. pylori и кислоты — нет язвы (1980-1990).

нет цитотоксических штамов H. pylori и кислоты

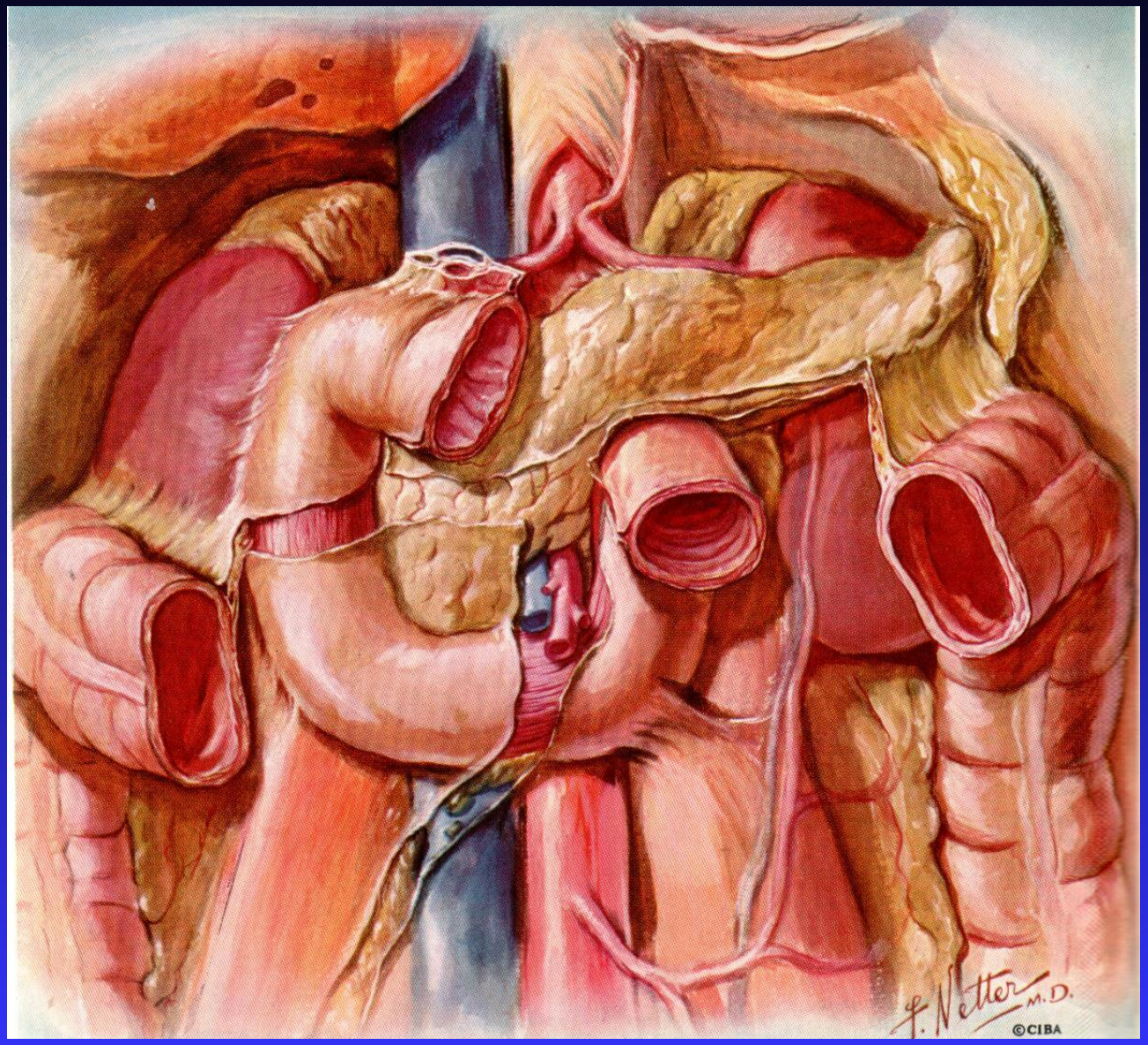
— нет язвы (1990)

Язвенная болезнь – анатомические аспекты





Язвенная болезнь – анатомические аспекты



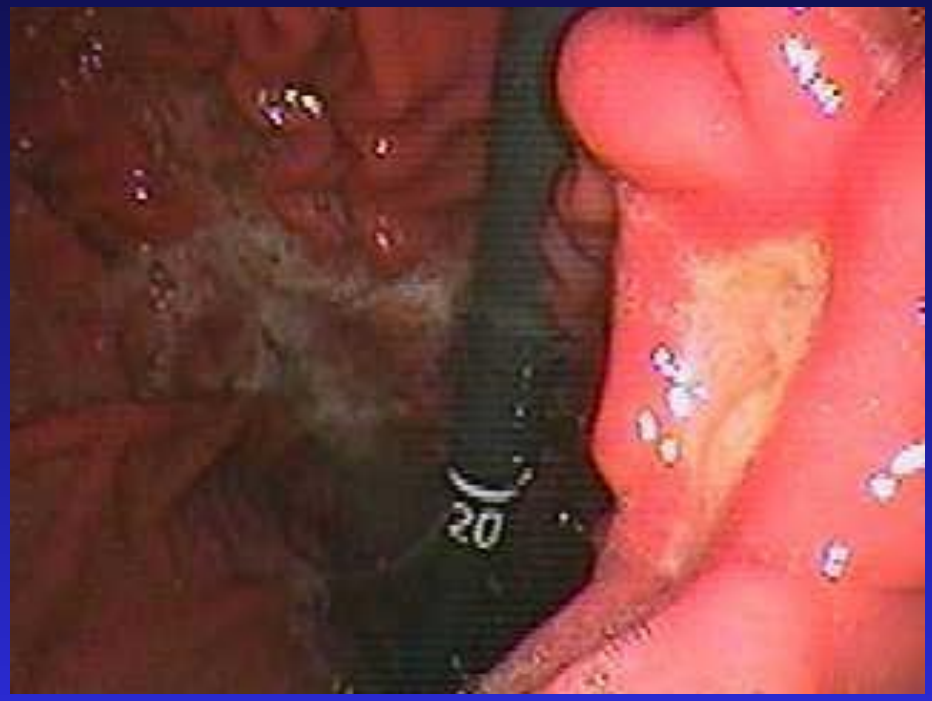
Методы диагностики язвенной болезни

- Сбор анамнеза – отягощенная наследственность, типичные язвенные боли (90%), диспептический синдром (80%), астеноневротический синдром
- Осмотр
- Пальпация живота – напряжение, опухолевидные образования, болезненность, «шум плеска»
- Перкуссия – тимпанит, укорочение печеночной тупости
- Аускультация – пульсация аорты в эпигастрии, перистальтика
- Ректальное исследование – дегтеобразный стул, инфильтраты, трещины прямой кишки

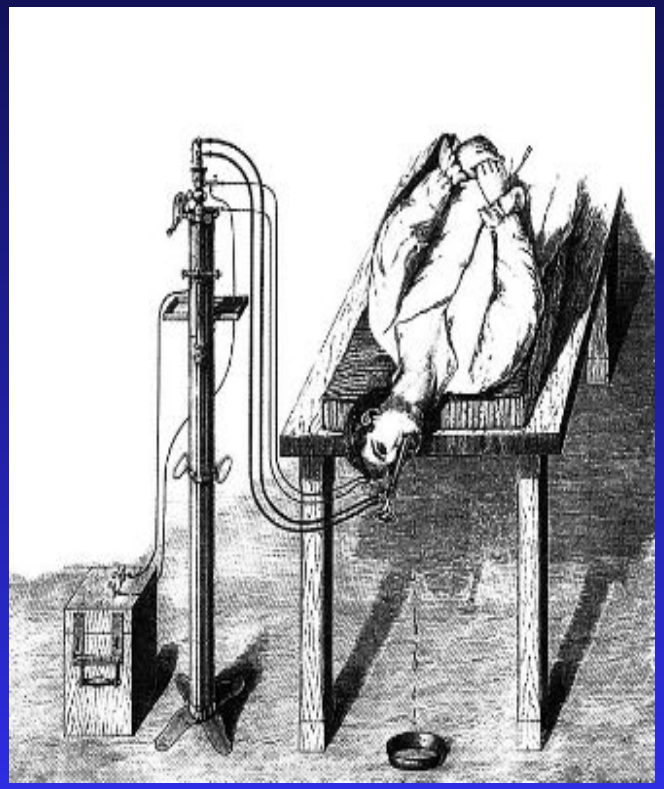
Инструментальные методы исследования

- Лабораторные исследования – имеют ограниченное значение в диагностике заболеваний пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки

- Эзофагогастродуоденоскопия – наиболее ценный метод диагностики заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки с уреазным тестом биопсийных фрагментов и гистологическим исследованием препаратов слизистой оболочки желудка

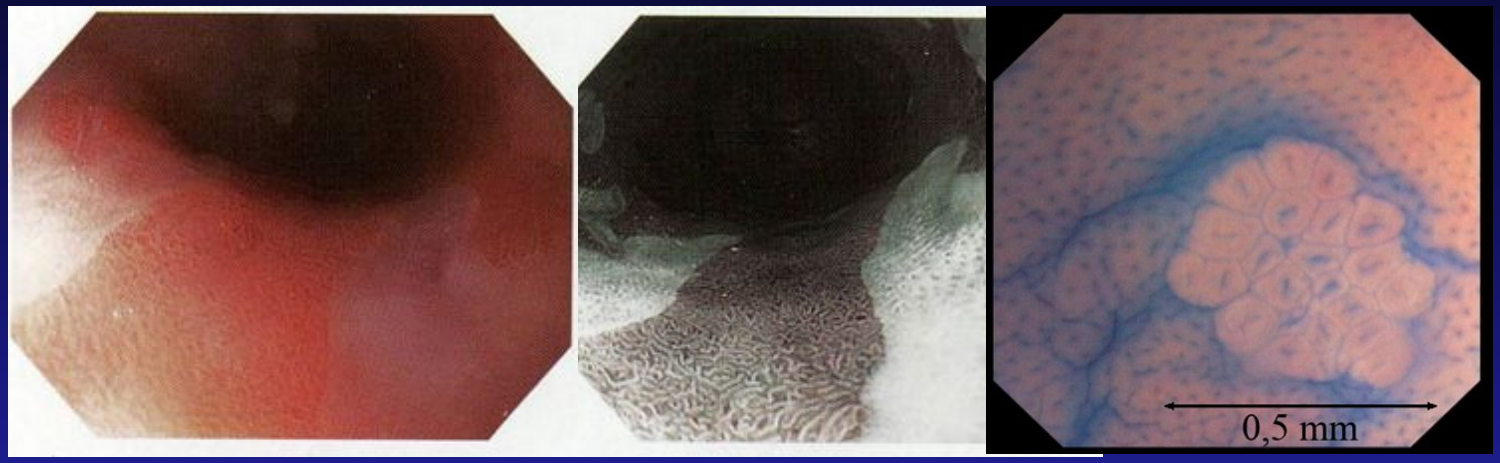


Гастроскоп И. Микулича (Johann Mickulich) – 1881г.

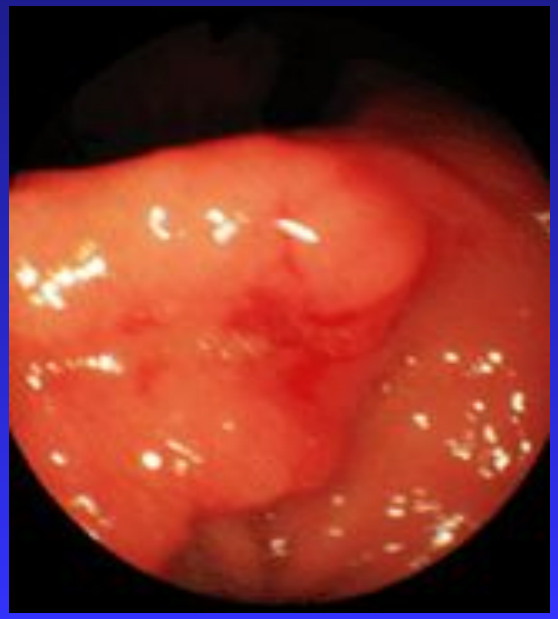


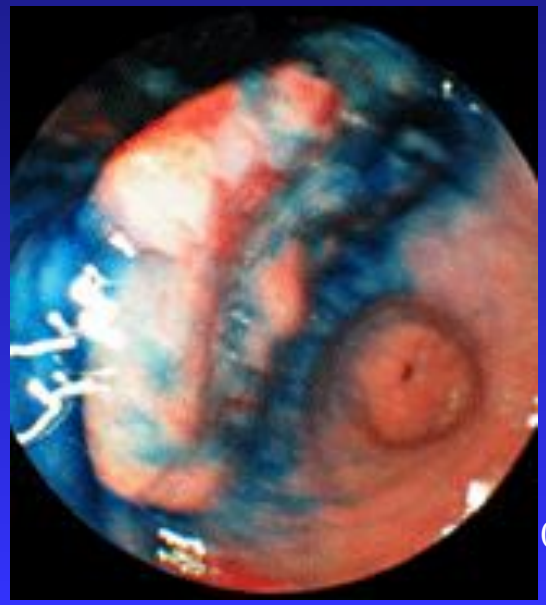
Эзофагогастродуоденоскопия с современными возможностями

NBI (narrow band imaging) с ZOOM эндоскопией

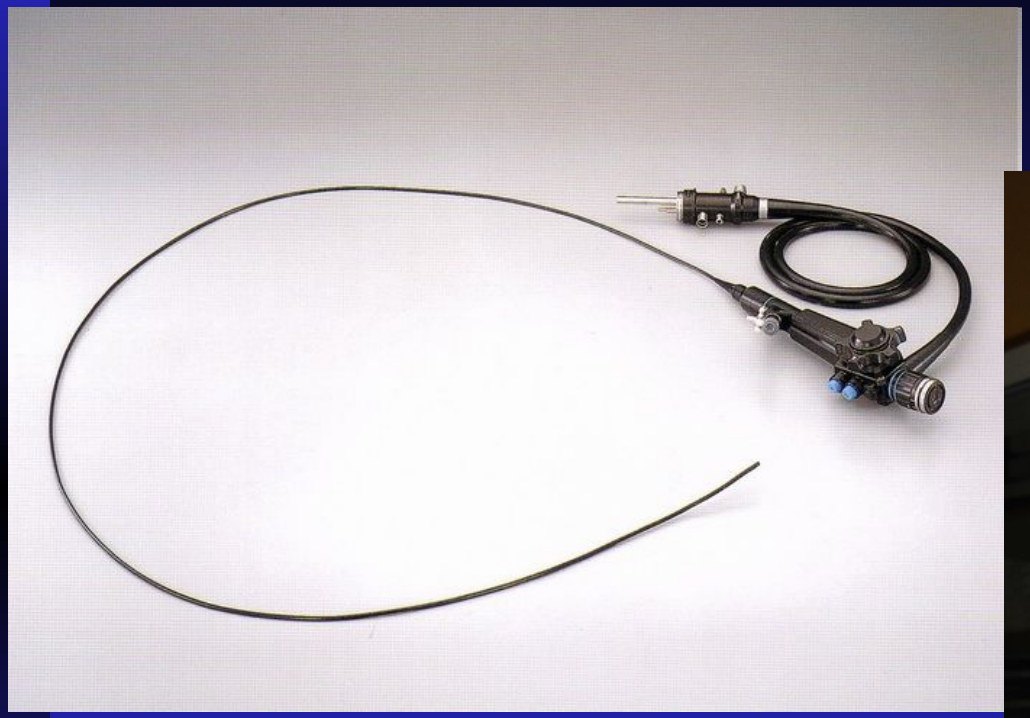


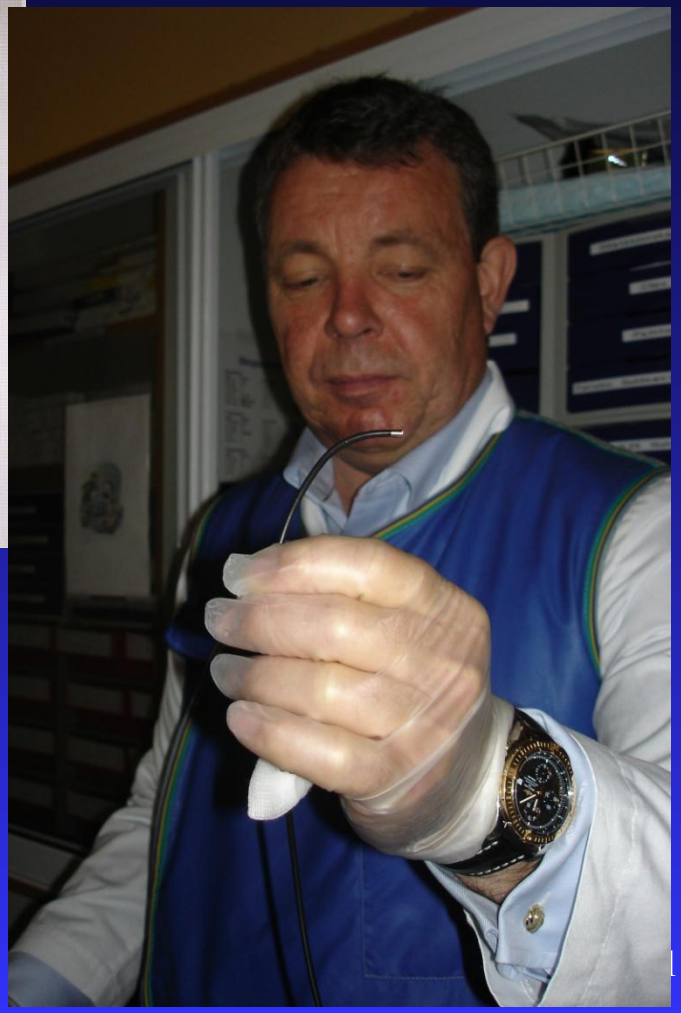
Ранний рак желудка





Эзофагогастродуоденоскопия с современными возможностями – ультратонкие эндоскопы



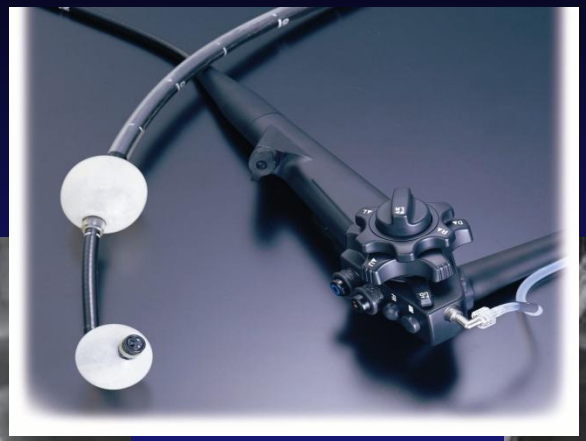


Позволяет проводить осмотр без неприятных ощущений, трансназально.

Осмотру доступны не только желудочно-кишечный тракт, но и желчные и панкреатические протоки.

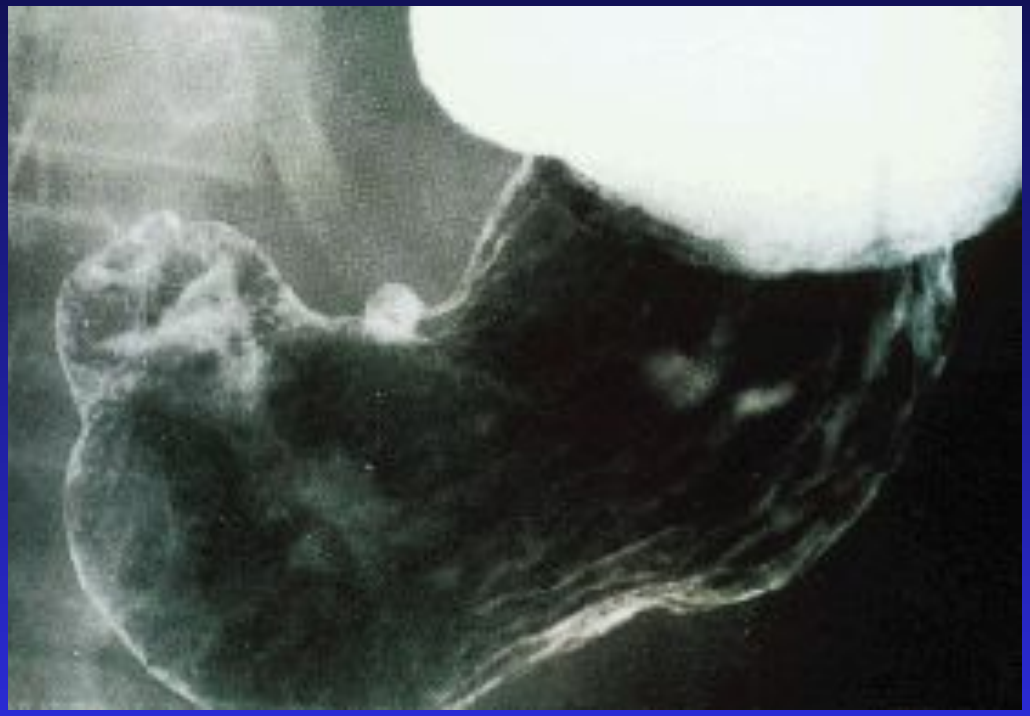
Эзофагогастродуоденоскопия с современными возможностями – видеоэнтероскопы

Антеградная двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ)



Ретроградная ДБЭ

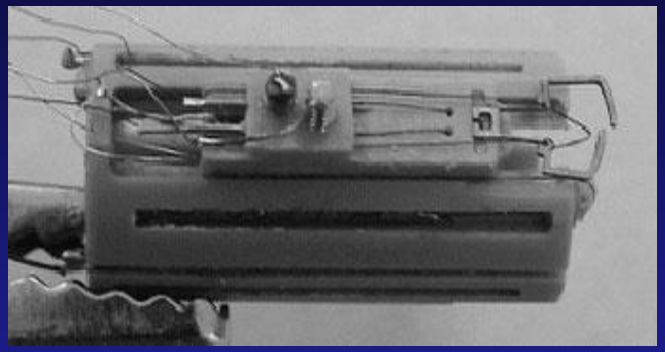
Рентгеноскопия желудка с контролем за эвакуаторной функцией



Конвергенция складок

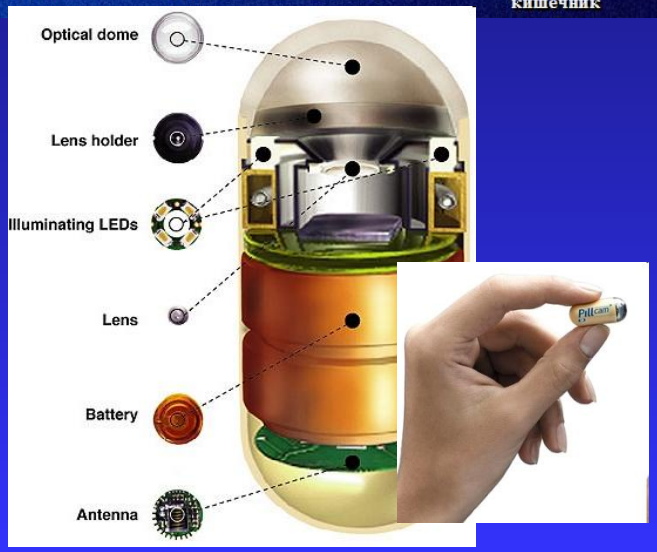
Синдром «ниши»

Будущее – эндоскопические роботы?

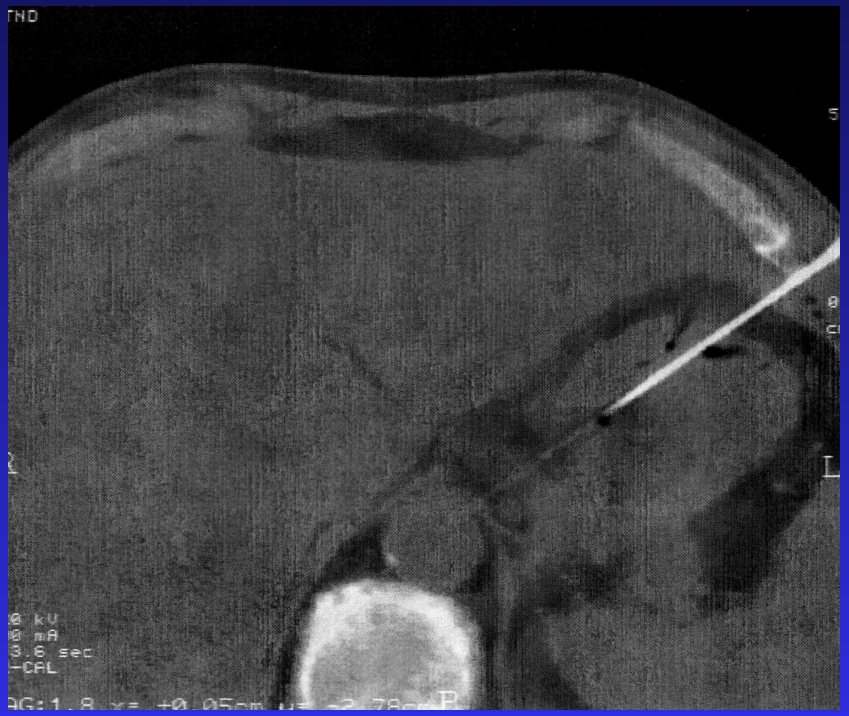


Инструментальные методы исследования – капсульная эндоскопия

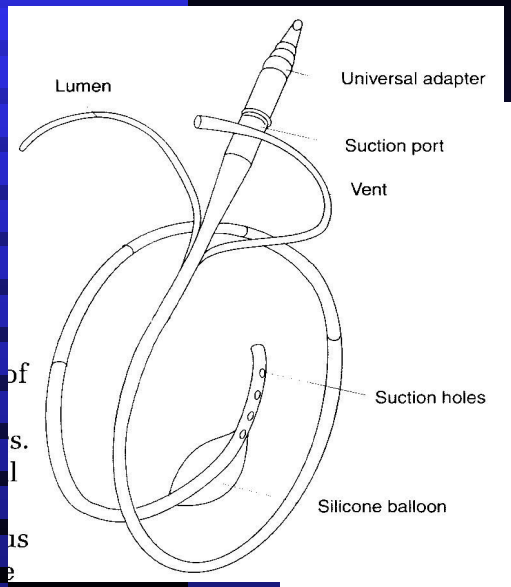
- Эндоскопическое исследование

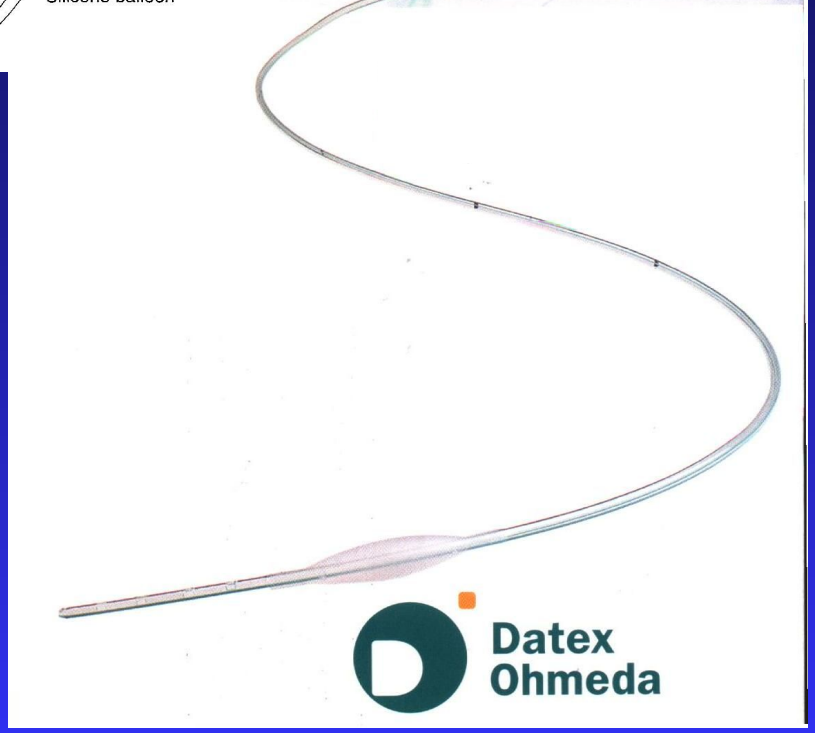


Рентгеновская компьютерная томография



PH-метрия с медикаментозными пробами





pH-мониторинг: состояние базальной секреции желудка (нормо-, гипо-, гиперацидное состояние)

Состоятельность кардиального пищеводного сфинктера: оценка доли времени с pH в пищеводе менее 4,0 (в норме pH<4 фиксируется на протяжении не более 4,2% общего времени исследования)

Схемы эрадикационной терапии инфекции H. pylori, рекомендованные согласительной конференцией в Маастрихте, 2000 г. (по P.Malfertheiner и соавт., 2002)

Тройная терапия Продолжительность лечения минимум 7 дней	**Терапия первой линии**	**Ингибитор протонной помпы* в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день**
Квадротерапия Продолжительность лечения минимум 7 дней	**Терапия второй линии (назначают в случае неудачи предшествующего эрадикационного курса)**	**Ингибитор протонной помпы* в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субцитрат/субсалицилат120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день**

Ингибиторы проточного насоса (помпы)

ПОКОЛЕНИЕ	НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА	ДОЗА
I	ОМЕПРАЗОЛ (ЛОСЕК)	20 - 40 мг в сутки
II	ПАНЗОПРАЗОЛ	30 мг в сутки
III	ПАНТОПРАЗОЛ	20 - 40 мг 2 раза в сутки
IV	РАБЕПРАЗОЛ (ПАРИЕТ)	20 мг в сутки
V	ЭЗОМЕПРАЗОЛ (НЕКСИУМ)	40 мг в сутки

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

- ✔ тошнота;
- ✔ диарея;
- ✔ слабость;
- ✔ головная боль.

Осложнения язвенной болезни

Осложнения	Частота возникновения,%	Клиническая картина
Кровотечение	10–15	• Кровавая рвота • Мелена • Симптомы острой кровопотери
Перфорация	6–20	• Типичные проявления: "кинжальная" боль в эпигастрии, симптомы пневмоперитонеума, затем перитонита
Пенетрация	15	• Клиническая картина зависит от глубины проникновения язвы и органа, вовлеченного в процесс
Стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки	6–15	• По мере декомпенсации стеноза рвота (в том числе съеденной накануне пищей), отрыжка тухлым, истощение

Показания к операции

Абсолютные

Неотложные (перфорация, профузные кровотечения)

Отсроченные (суб– и декомпенсированный стенозы)

Условно абсолютные

Большие каллезные язвы, пенетрация язвы, рецидивирующее (кровотечение

Относительные

Неэффективность консервативной терапии с частыми рецидивами и краткосрочными ремиссиями при длительности язвенного анамнеза при желудочной локализации до 1 года, дуоденальной локализации 3-5 лет

Желудочно-кишечные кровотечения

- самое частое осложнение язвенной болезни
- в 10% случаев является осложнением «немых» язв
- отмечается тенденция к увеличение числа больных, несмотря на адекватную консервативную терапию
- летальность снижается в связи с внедрением методов малоинвазивного гемостаза

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Частота кровотечений 30 -170 случаев на 100000 взрослого населения.

Blatchford O et al., 1997; Курыгин А.А. и соавт., 2001

- Ежегодные затраты на лечение а в США 750 000 000 $.

Jiranek G.C., Kozarek R.A., 1996

- Уровень смертности - 5 до 10%

Курыгин А.А. и соавт., 2001

- Оперативная активность при кровотечениях колеблется от 3 до 55 %, летальность – 2-12% (в зависимости от стационара)

Доклад Главного хирурга СПБ

Причины ЖКК(более 100)

- Язвенные > 52%
- Неязвенные: острые эрозии - 5-25%

  Варикозное расширение вен - 5-18%

  Синдром Маллори-Вейса-3-8%

  Опухоли ЖКТ - 8-10%

  другие заболевания –до 15%
- Невыясненные причины – 1-3%

Различия в организации лечения пациентов с ЖКК

Россия:

- хирургическая проблема
- взаимодействие хирурга (лечащий врач) и эндоскописта
- язвенные и неязвенные кровотечения

Европа-США-Япония:

- Нехирургическая проблема
- Интервенционный гастроэнтеролог – лечащий врач
- Подключение хирурга только при безуспешности эндоскопического и медикаментозного лечения
- Неварикозные и варикозные кровотечения

- *Рекомендация 14. При неудаче эндоскопического гемостаза необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве*

Consensus…2003

Периоды ЖКК: латентный и явный

Латентный период.

Клиника обусловлена нарушениями внутриорганного кровообращения в результате кровопотери:

- слабость;
- бледность слизистых оболочек и кожи;
- потливость;
- головокружение, головная боль;
- мелькание “мушек” перед глазами;
- учащение пульса;
- снижение артериального давления.

Явный период кровотечения

- Рвота алой или темной кровью (у большинства рвотные массы имеют цвет кофейной гущи).
- Живот обычно втянут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области.
- Положительный симптом Бергмана - уменьшение интенсивности или исчезновение болей в животе во время кровотечения.
- Стул - черный или дегтеобразный через 8-10 часов после начала желудочного кровотечения.

Активная индивидуализированная тактика ЖКК

Сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация, ректальное обследование

Интенсивное клинико-лабораторное наблюдение (ОАК каждые 4 часа, группа крови и резус фактор)

Противошоковые мероприятия (ABC –airway, breathing, circulation) затем эндоскопия!

Информированное согласие / Запись о консилиуме
Метод анестезии?

Зондовое промывание

Индекс Альговера - ЧСС/САД (норма 0,5-0,7)

Индекс Альговера	Дефицит ОЦК в % от должного
0,54	0
0,78	10-20%
0,99	20-30%
1,11	30-40%
1,38	40-50%

* В первые 12 часов от начала кровотечения

Определение степени тяжести кровопотери при желудочно-кишечных кровотечениях (по Горбашко А.И., 1974)

Клинико-лабораторные данные	I степень (лёгкая)	II степень (средней тяжести)	III степень (тяжёлая)
Сознание	Не нарушено	Не нарушено	Спутанное
Бледность кожных покровов	Нет	Умеренная	Резкая
Симптом «бледного пятна»	До 3 сек.	Более 3 сек.	Не определяется
Частота сердечных сокращений в 1 минуту	Меньше 100	100 – 120	Больше 120
Систолическое АД, мм. рт. ст.	Больше 100	80 – 100	Меньше 80
Центральное венозное давление, см. вод. ст.	5 – 15	Меньше 5	0
Гемоглобин, г/л	Больше 100	80 – 100	Меньше 80
Эритроциты, х 10^{12}	3,5	3,5 – 2,0	Меньше 2,0
Гематокрит, %	Больше 40	30 – 40	Меньше 30
Дефицит ГО, % от должного	20	20 – 30	Больше 30
Приблизительная величина кровопотери	500 мл	1000 мл	1500 мл

Язвенные кровотечения (1989г.)

Forrest I – продолжающееся кровотечение

- Forrest Ia – продолжающееся струйное кровотечение
- Forrest Ib – подтекание крови из язвы

Forrest II – состоявшееся кровотечение

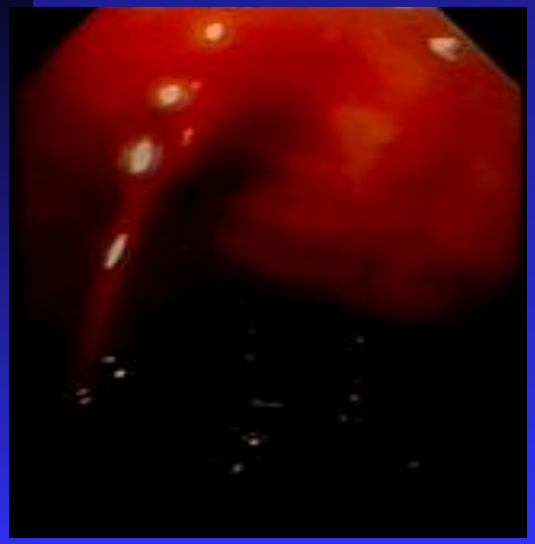
- Forrest IIa – видимый сосуд в дне язвы
- Forrest IIb- язва прикрытая плотным сгустком крови
- Forrest IIc – гематин в дне язвы

Forrest III – язва без признаков кровотечения

Язвенные кровотечения

Forrest I – продолжающееся кровотечение

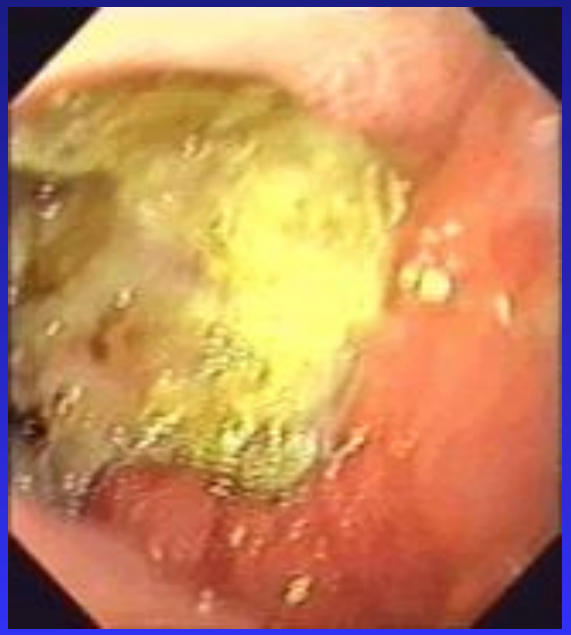
- Forrest Ia – продолжающееся струйное кровотечение
- Forrest Ib – подтекание крови из язвы



Forrest II – состоявшееся кровотечение

- Forrest IIa – видимый сосуд в дне язвы
- Forrest IIb – язва прикрытая плотным сгустком крови
- Forrest IIc – гематин в дне язвы

Forrest III – язва без признаков кровотечения



Методы остановки язвенного кровотечения

- Эндоскопические методы
- Консервативные методы
- Эндоваскулярные методы
- Оперативные методы

СПОСОБЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

Медикаментозные способы

Орошение растворами медикаментов:

а) сосудосуживающими

б) денатурирующими

Нанесение пленкообразующих препаратов;

Инфильтрационный гемостаз:

а) раствором адреналина

б) клей медицинский

в) масляные растворы

г) спирто-новокаиновые смеси

д) физиологические растворы

е) денатурирующие растворы

Эндоскопическое лечение

1. Инфильтрационный гемостаз

- Адреналин - редукция риска рецидива с 35% до 10%
- Адреналин - объем инъекции 20-30-40 мл (рецидив 20-5-3%), увеличение болевого синдрома, риск перфорации
- Адреналин - более 13 мл эффективнее менее 13 мл
- Склерозанты (полидоканол, этаноламин) - увеличение риска осложнений

Кащенко В.С., 2010

2. Механические способы

- лигирование эластичными кольцами
- лигирование эндопетлей
- клипирование сосуда гемостатическими клипсами

Эффективность гемостаза выше, чем при инъекции (87% vs 75%)

Снижение риска рецидива кровотечения с 20% до 10%

Снижение необходимости хирургического вмешательства (с 7% до 2%)

Эффективность сопоставима с монополярной коагуляцией

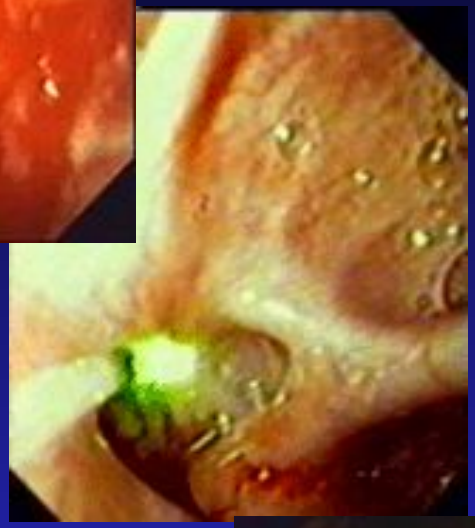
Нет различий по летальности с другими методами

3. Физические способы

Термовоздействие:

а) термозонд

б) криовоздействие



Электрокоагуляция:

а) монополярная

б) биполярная

Лазерная коагуляция

Аргон-плазменная коагуляция

Преимущества аргоноплазменной коагуляции

- Бесконтактное воздействие
- Контролируемая глубина коагуляции
- Хорошо заметная зона десикации
- Хороший доступ к источникам кровотечения, расположенным в «неудобных» местах

Повторная диагностическая эндоскопия (second look)

Рекомендация 12. Выполнение в плановом порядке повторных эндоскопических вмешательств не рекомендуется.

Consensus… 2003

Уменьшение риска рецидива 12% vs 18% и 11% vs 16%

Не прибавляет осложнений

Не изменяет летальность

(Management …2007)

Рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза – 3-40%

<u>Факторы риска рецидива:</u>

- размер язвы более 20 мм, и наличие шока у пациента на момент манипуляции

  Brullet E.и соавт 1996

- уровень гемоглобина на момент поступления ниже 80 г/л, локализация язвы на задней стенке луковицы 12-перстной кишки, наличие язвенного кровотечения в анамнезе

  Thomopoulos K.C. и соавт 2004

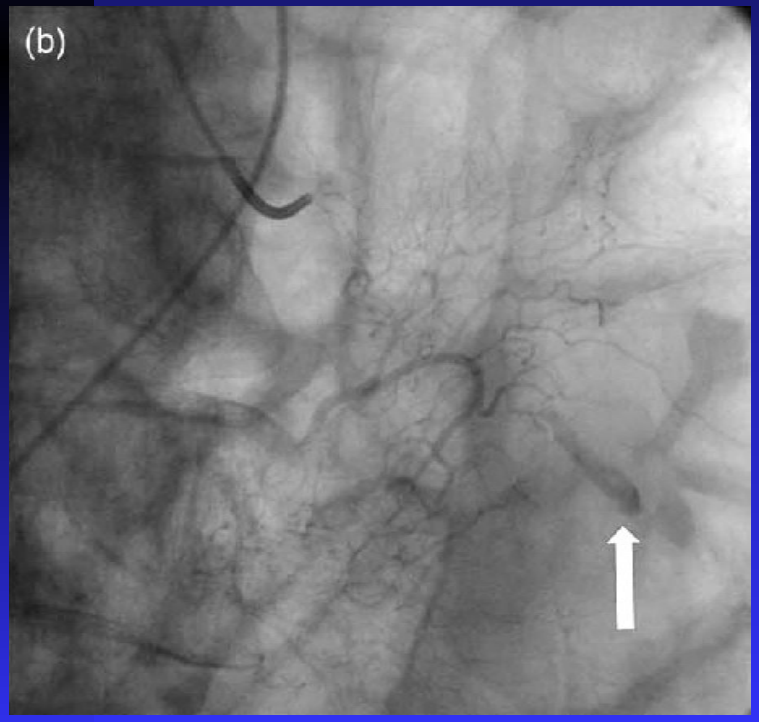
- наличие у пациента цирроза печени, предшествующие хирургические вмешательства на желудке, шок на момент поступления, источник кровотечения Forrest 1A и 1B, размер и локализация язвы

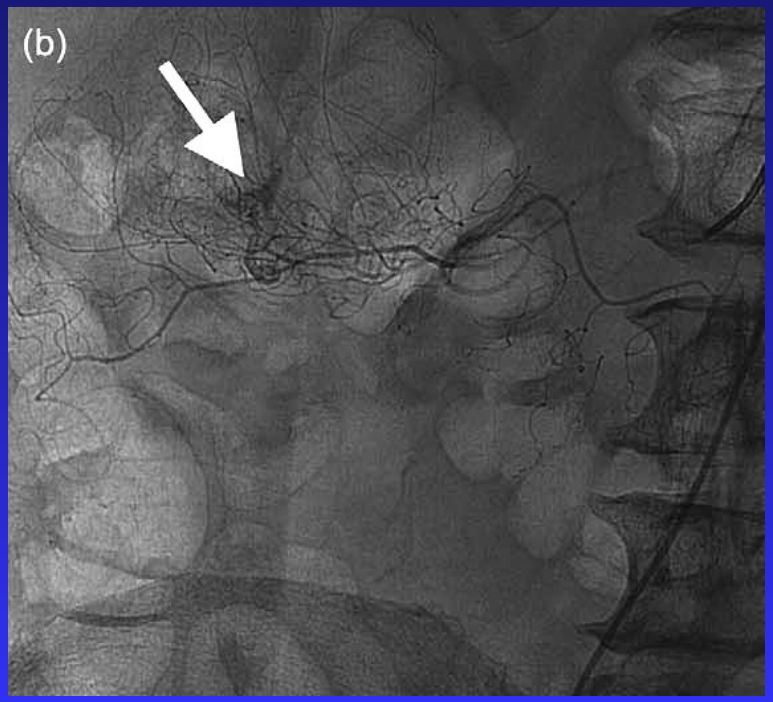
  Guglielmi A, и соавт. 2002

Рецидив кровотечения после эндоскопического лечения – главная тактическая проблема

Эффективность селективной эмболизации сопоставима с результатами хирургического лечения

Ripoll C et al 2004:





Рецидив кровотечения после эндоскопического лечения – главная тактическая проблема

Операция vs. повторное эндоскопическое лечение

По эффективности сопоставимы

Осложнений больше при хирургическом лечении

Lau J.Y. et al. 1991

Учет локальных особенностей лечебного учреждения!

Консервативная терапия

- Гемостаз при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ является pH-зависимым
- Применение H2-гистаминоблокаторов малоэффективно, препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы в высоких дозировках
- Эрадикация Helicobacter pilory
- Целесообразность применения октреотида в рутинной терапии кровотечений не доказана

Гемостатическая терапия.

- Раствор Ɛ-аминокапроновой кислоты 5% до 200 мл\сут.
- Раствор хлорида кальция 1% - 100-200 мл.
- Викасола 0,3 или 1% - 2-5 мл.
- дицинон 12,5% 1-2 мл до 2-4 мл в сутки в/в или в/м.
- Этамзилат натрия 2-4 мл в/в или в/м через каждые 4-6 часов.

Гемотрансфузионная терапия

- При кровопотере до 20% ОЦК можно воздержаться от срочной гемотрансфузии.

- При кровопотере 20-30% ОЦК- одномоментно переливается до 500 мл крови, при необходимости эту дозу повторяют на следующий день.

- При кровопотере > 30% ОЦК- гемотрансфузия достигает 750 мл и более с последующим её повторением.

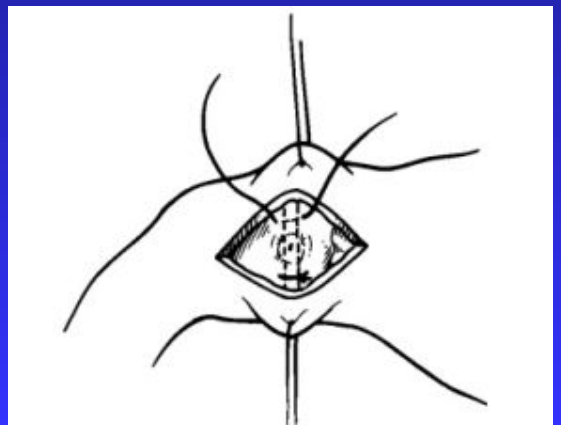
✓ Противоязвенная терапия

Механизм действия:

- ✓ конкурентное ингибирование действия гистамина на H_2- рецепторы мембраны париетальных клеток желудка;
- ✓ снижают секрецию соляной кислоты и пепсина, вызванную раздражением барорецепторов (растяжение желудка), пищевой нагрузкой, действием гормонов и биогенных стимуляторов (гастрина, гистамина, пентагастрина, кофеина);
- ✓ не влияют на адренергические системы, слабо тормозят стимуляцию желудочной секреции, вызванную холиномиметиками.

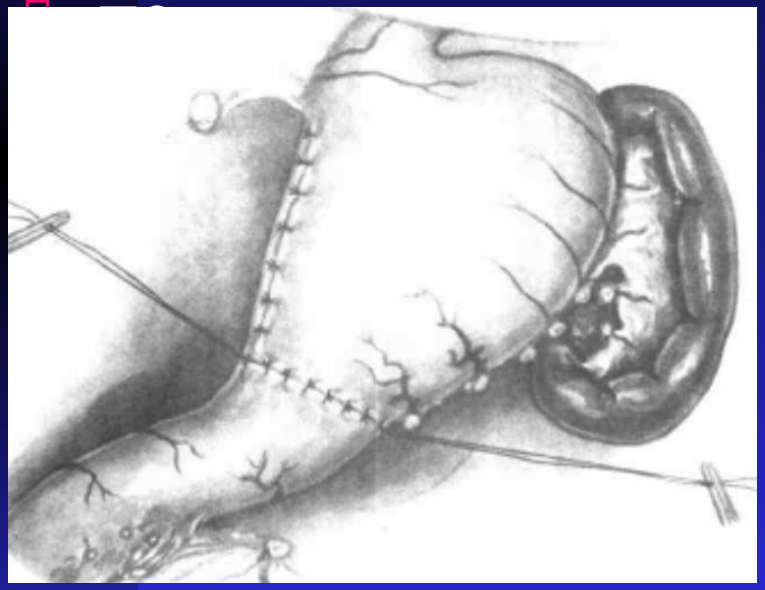
Оперативное лечение – при неэффективности консервативного лечения (8-10% больных)

- Органоуносящие операции - Резекция желудка с язвой (по Бильрот 1, по Бильрот 2).
-
- Органосохраняющие операции - иссечение язвы с ваготомией и пилоропластикой.
- Паллиативные вмешательства- обкалывание язвы, перевязка сосудов на протяжении, электрокоагуляция, клиновидная резекция, резекция на выключение.

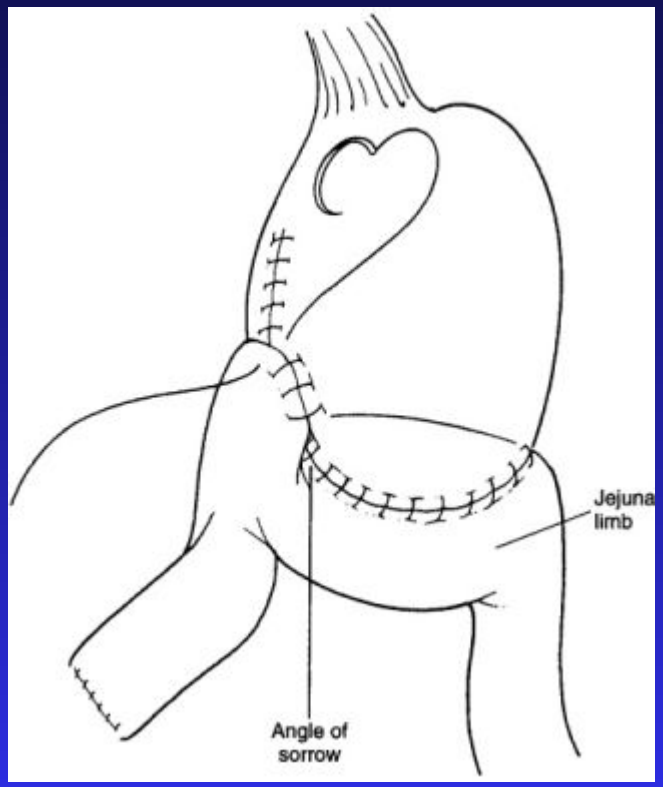


Оперативное лечение – при неэффективности консервативного лечения (8-10% больных)

- Органоуносящие операции - Резекция желудка, гастрэктомия.



Бильрот 1

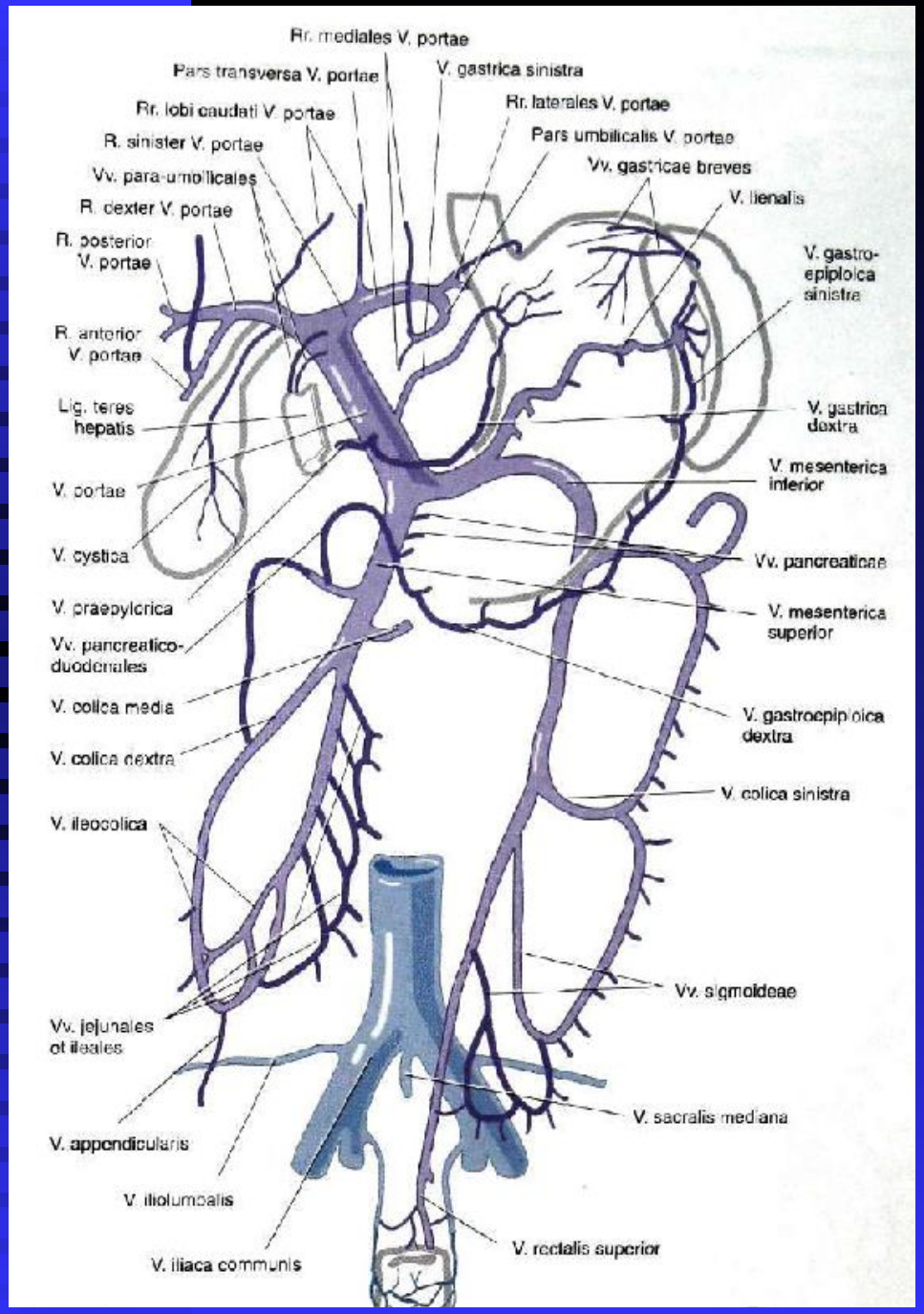


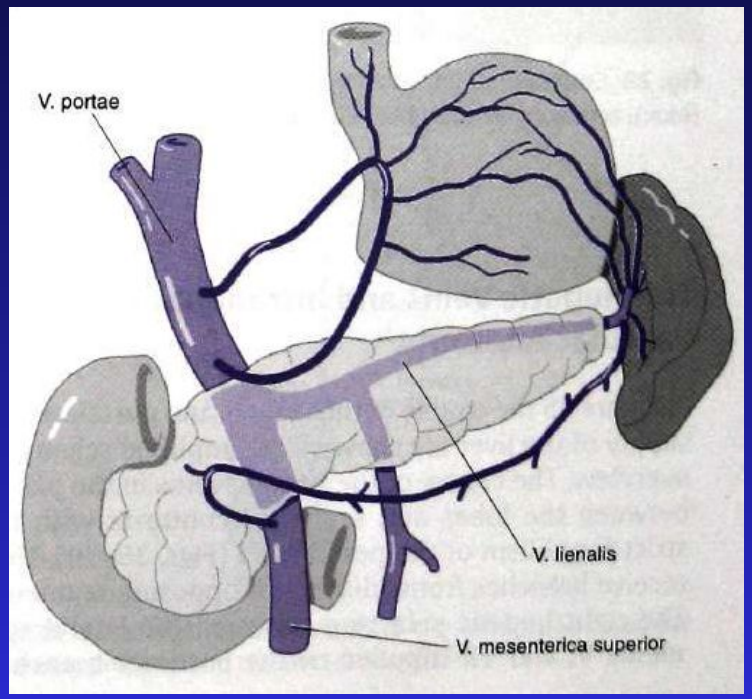
по Бильрот 2

Кровотечения портального генеза: прогноз, профилактика, лечение

- Риск возникновения первого кровотечения в первые 2 года после постановки диагноза ВРВ - 30%
- Летальность при первом кровотечении – 40-70%
- Частота развития рецидивов составляет 50 – 90%
- Летальность после оперативного лечения, выполняемого на высоте кровотечения составляет 50-100%, частота развития рецидивов 27-49%

Анатомические предпосылки





H.Scheuerlein, F. Kockerling, 2006

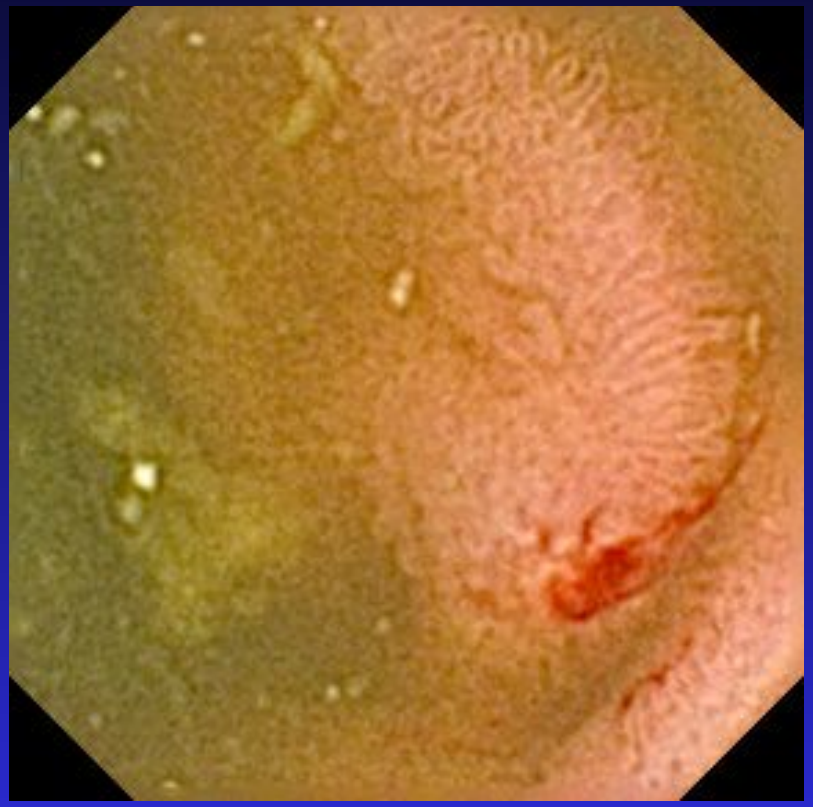
Диагностика варикозного кровотечения

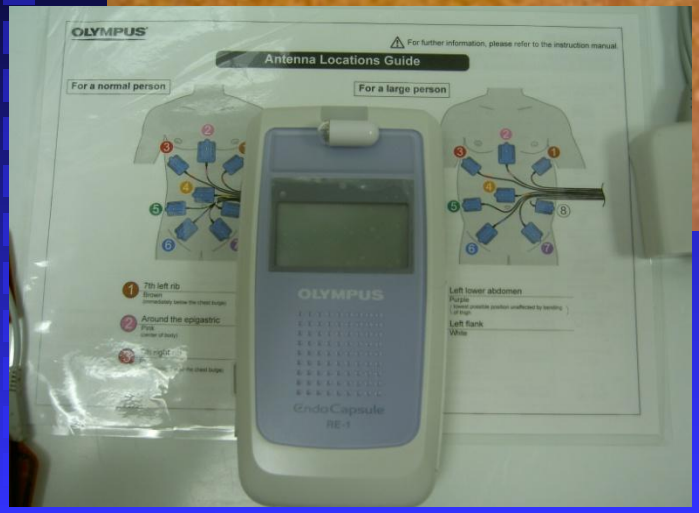
- Экстренная эндоскопия после оптимальной стабилизации (ABC)

- пищевод 60-70%
- кардиальный отдел желудка – 15-40%
- дно желудка 5-8%
- портальная гипертезивная гастропатия 5-18%

Кащенко В.С., 2010

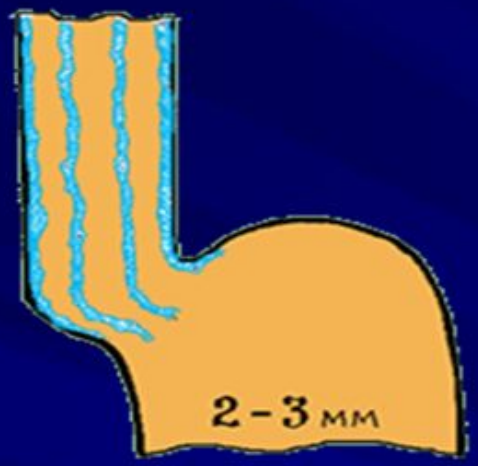
Источник кровотечения- эктопические вариксы тонкой кишки

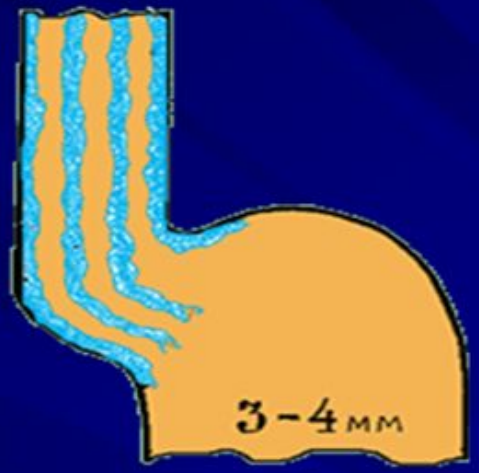


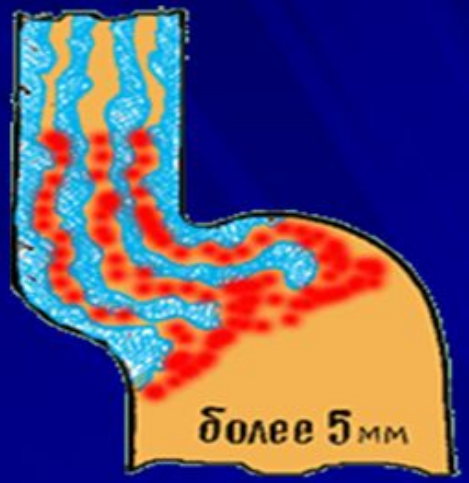


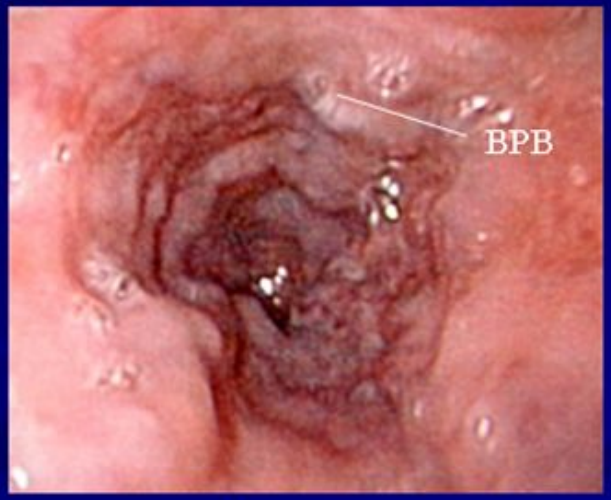
Капсульная эндоскопия – диагностика редких эктопических вариксов

Классификация вариксов

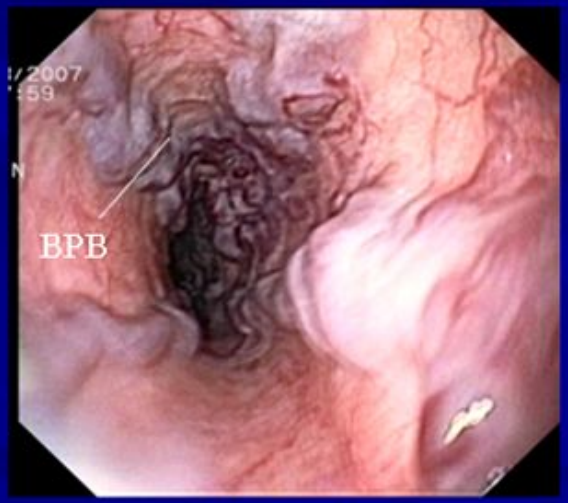








I степень



II степень

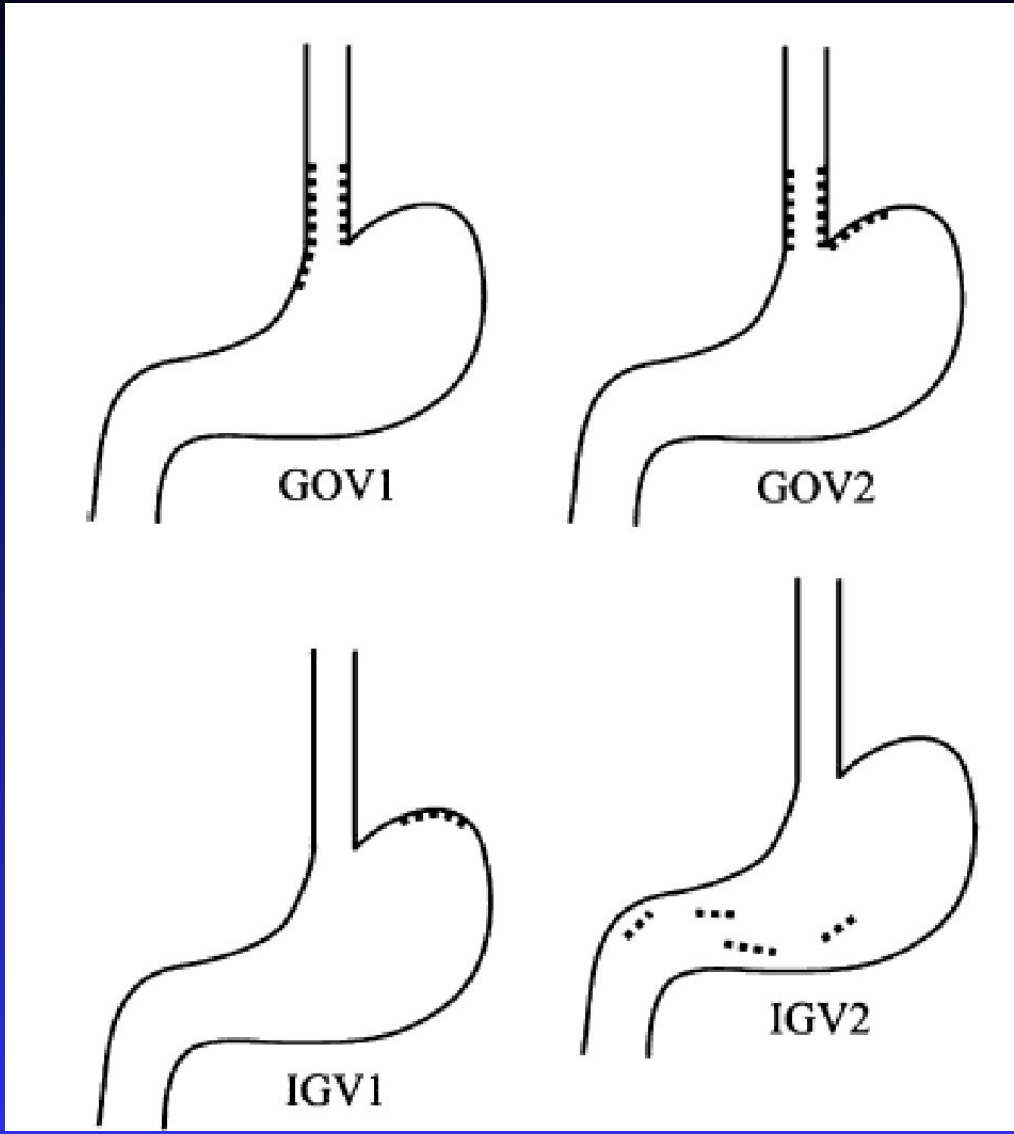
III степень

Шерцингер А.Г. Дис. … д-ра мед. наук. М., 1986.

Классификация вариксов

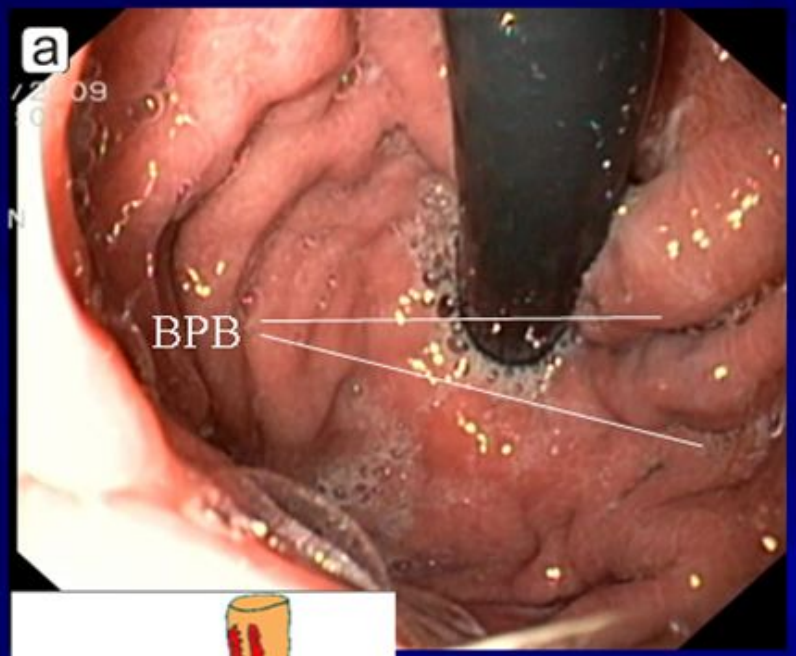
Распространенность:

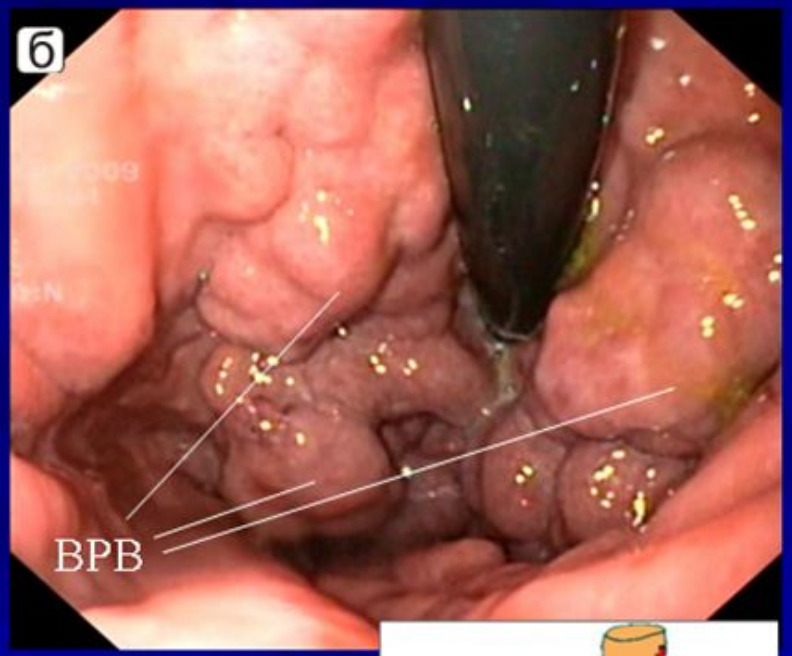
- GOV1 – 70%
- GOV2 – 21%
- IGV1 – 7%

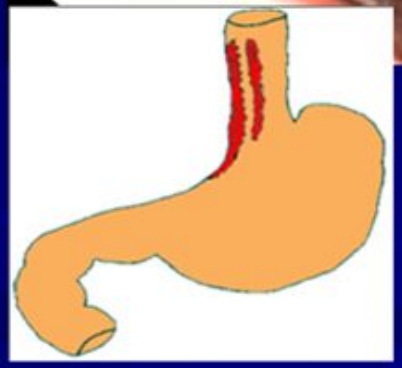


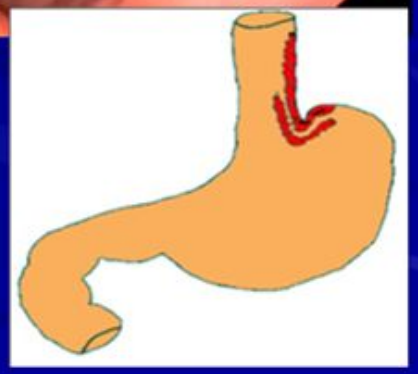
S. K. Sarin, 1989 в модификации Североитальянского эндоскопического клуба – Baveno IV

Классификация вариксов





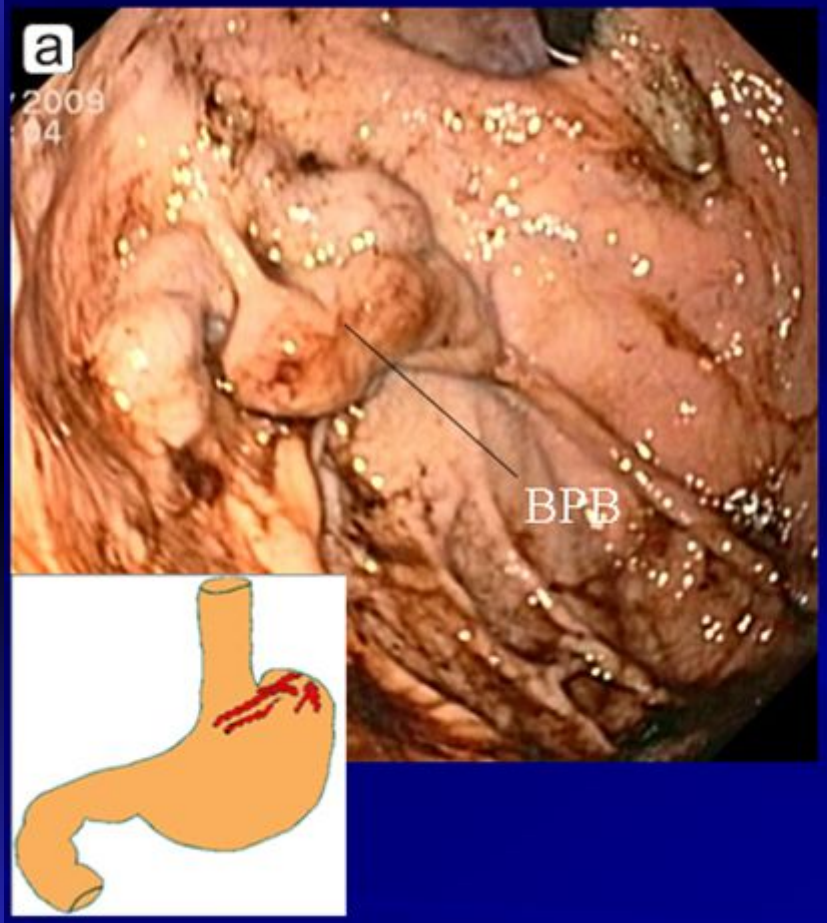


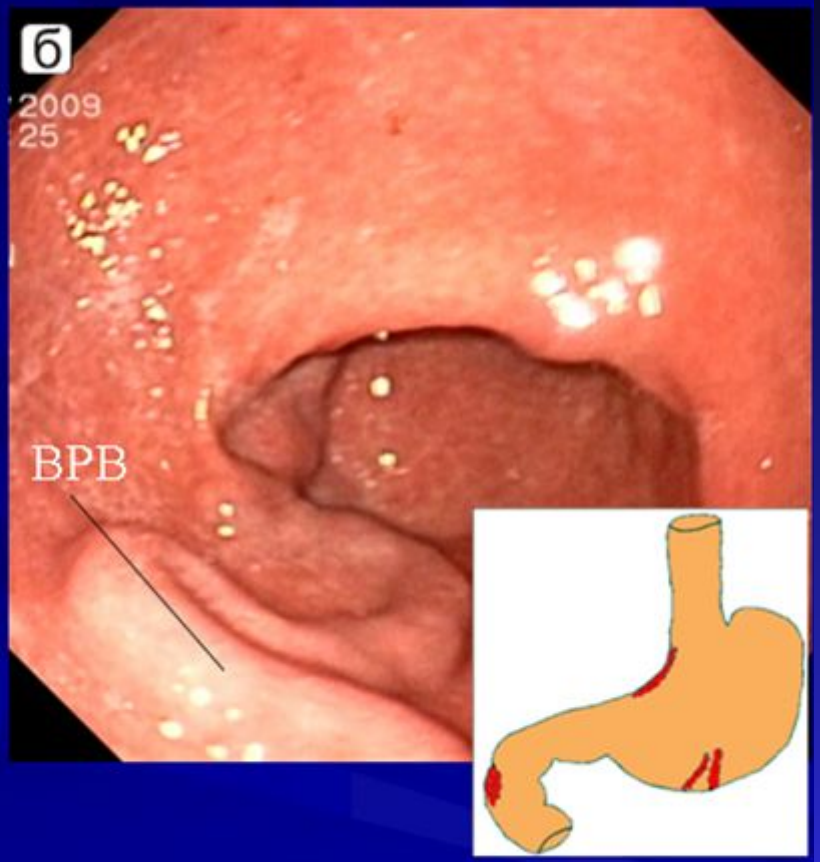


Продолжение ВРВ пищевода:
а – по малой кривизне желудка – I тип
б – по большой кривизне желудка – II тип

Жигалова С.Б. и др. Ann. хир. гепатол. 2010; 15 (3): 84–94

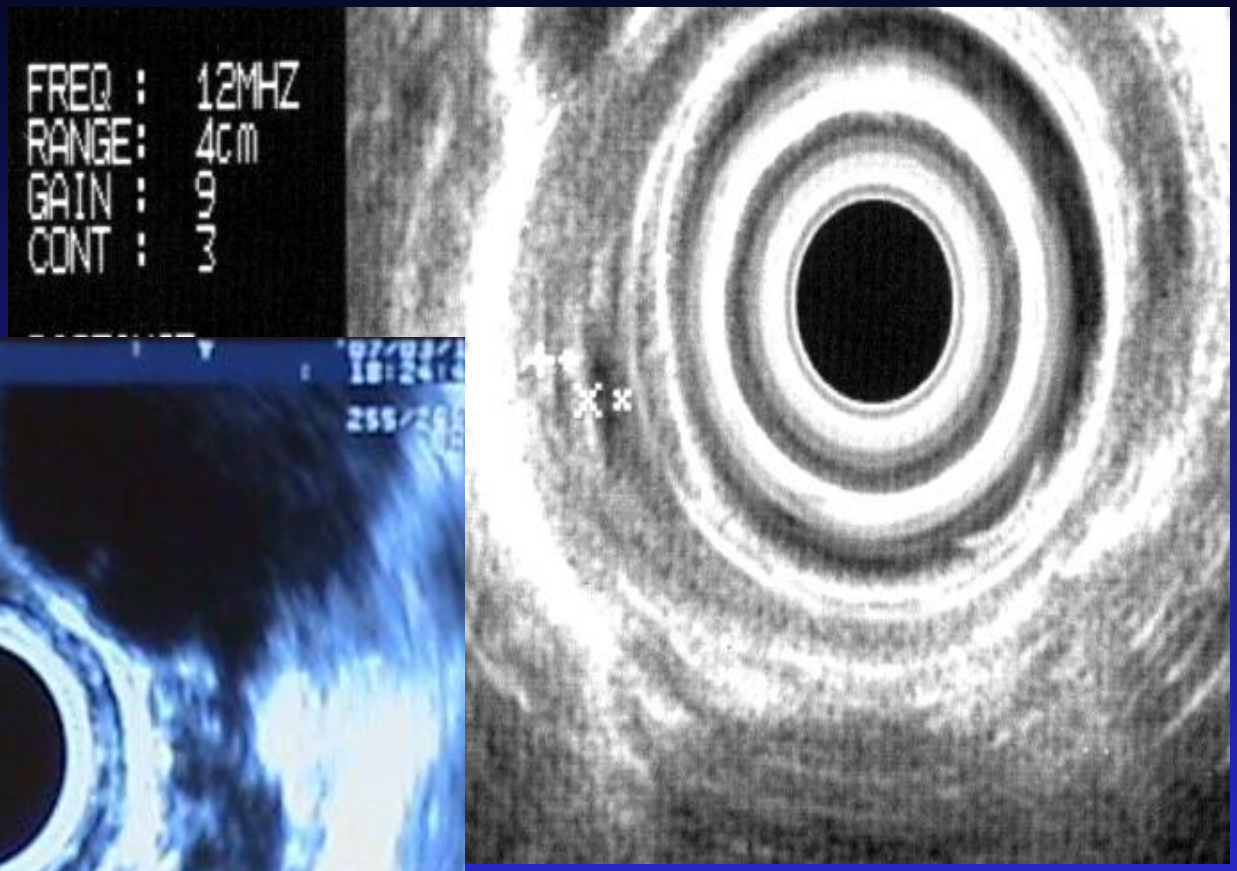
Классификация вариксов



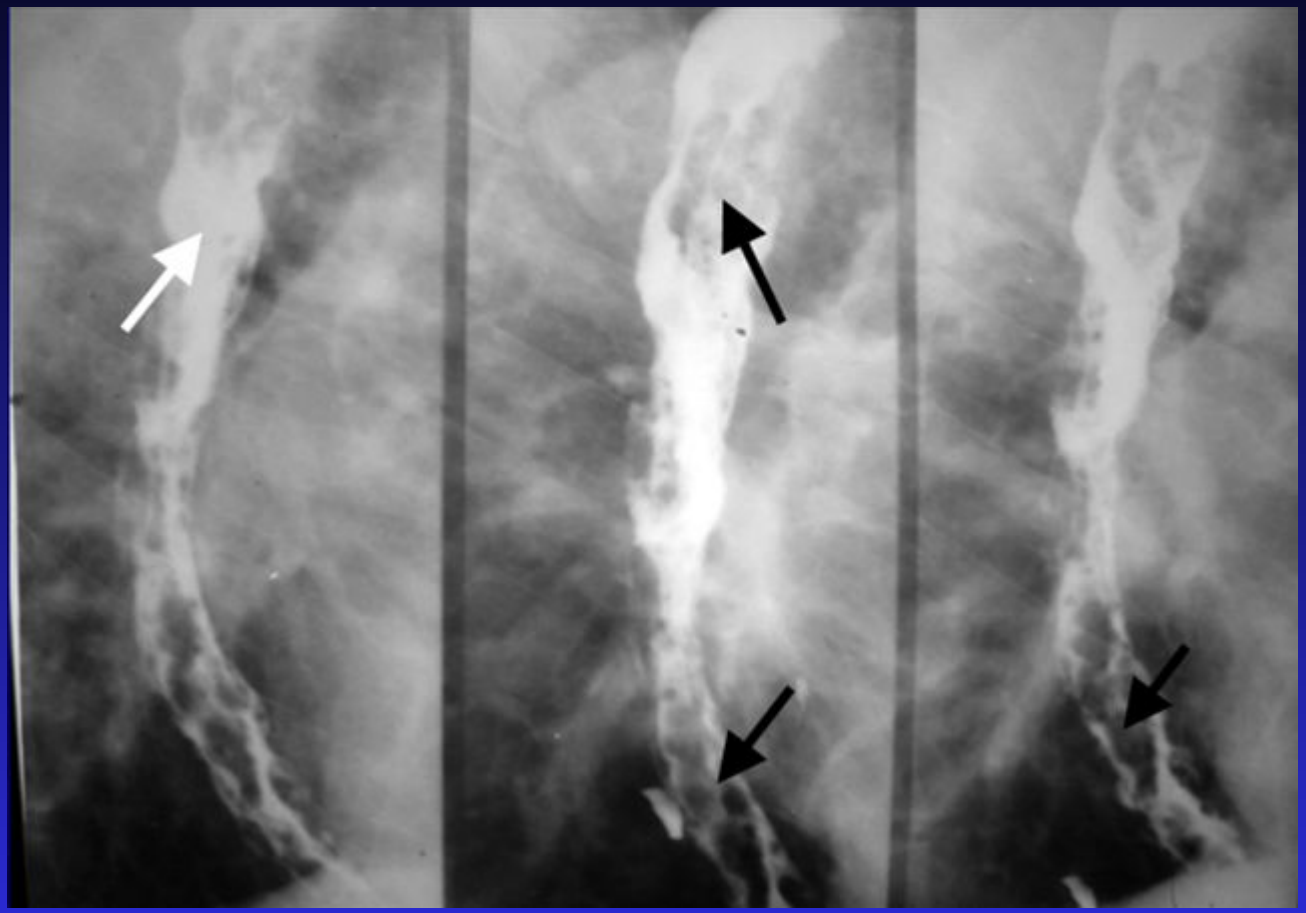


Жигалова С.Б. и др. Ann. хир. гепатол. 2010; 15 (3): 84–94

Эндосонографическая визуализация перфорантных вен



Рентгенологическое исследование пищевода с бариевой взвесью



Дилатация пищевода (белая стрелка)
Дефект наполнения – ВРВ (черные стрелки)

Критерии функционального класса цирроза печени по Child-Pugh (1973)

Параметр	1	2	3
Асцит	Нет	Умеренно выраженный	Значительно выражен
Энцефалопатия	Нет	Легкая	Тяжелая
Билирубин, мкмоль/л	<35	35 – 50	50
Альбумин, г%	> 3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
ПТВ, кратность увеличения	1 – 3	4 – 6	6
Питание	Хорошее	Среднее	Сниженное

Сумма баллов 5 – 6 соответствует классу А, класс В - 7 – 9 , класс С -10 – 15

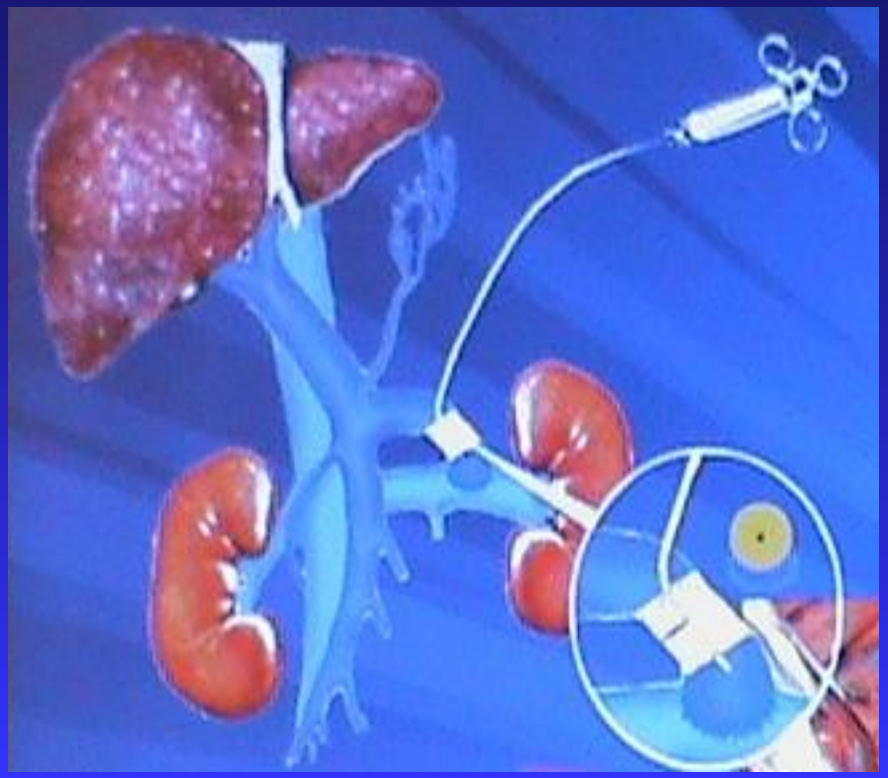
Линии лечения варикозных кровотечений

- 1 линия – Зонд обтуратор
- 2 линия - Эндоскопические вмешательства (лигирование склеротерапия)

•3 линия – Эндоваскулярные вмешательства (РТО, TIPS)

•4 линия – портосистемное шунтирование

•5 линия - портоазигальное разобщение



Зонд – обтуратор (Sengstaken – Blakemore)

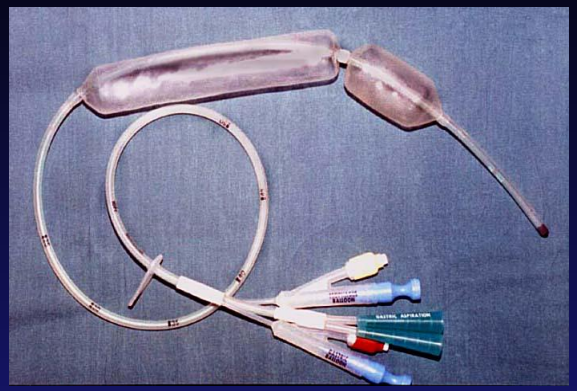
Table 6.4. Proper Use of the Sengstaken–Blakemore Tube

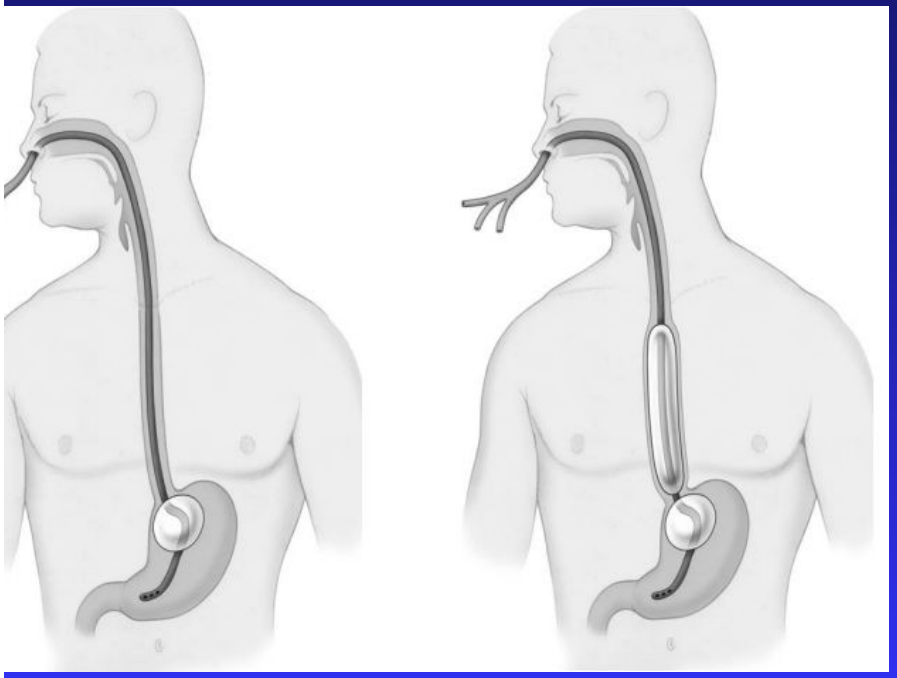
Pre-insertion
- Assess need for nasogastric intubation
- Apply topical anesthesia to nasal passage
- Evacuate stomach of blood
- Label gastric and esophageal tubes

Insertion
- Through nostril is preferred
- Insert tube well into stomach
- Inflate gastric balloon to 250 ml of air
- Pull gastric balloon snugly to gastroesophageal junction
- Plain abdominal x-ray to check placement
- Insert #14 Salem into esophagus and apply suction
- If bleeding is controlled, no need to inflate esophageal balloon
- If bleeding is not controlled, inflate esophageal balloon to 25–45 mm Hg
- Chest and abdominal x-rays to check position of balloons

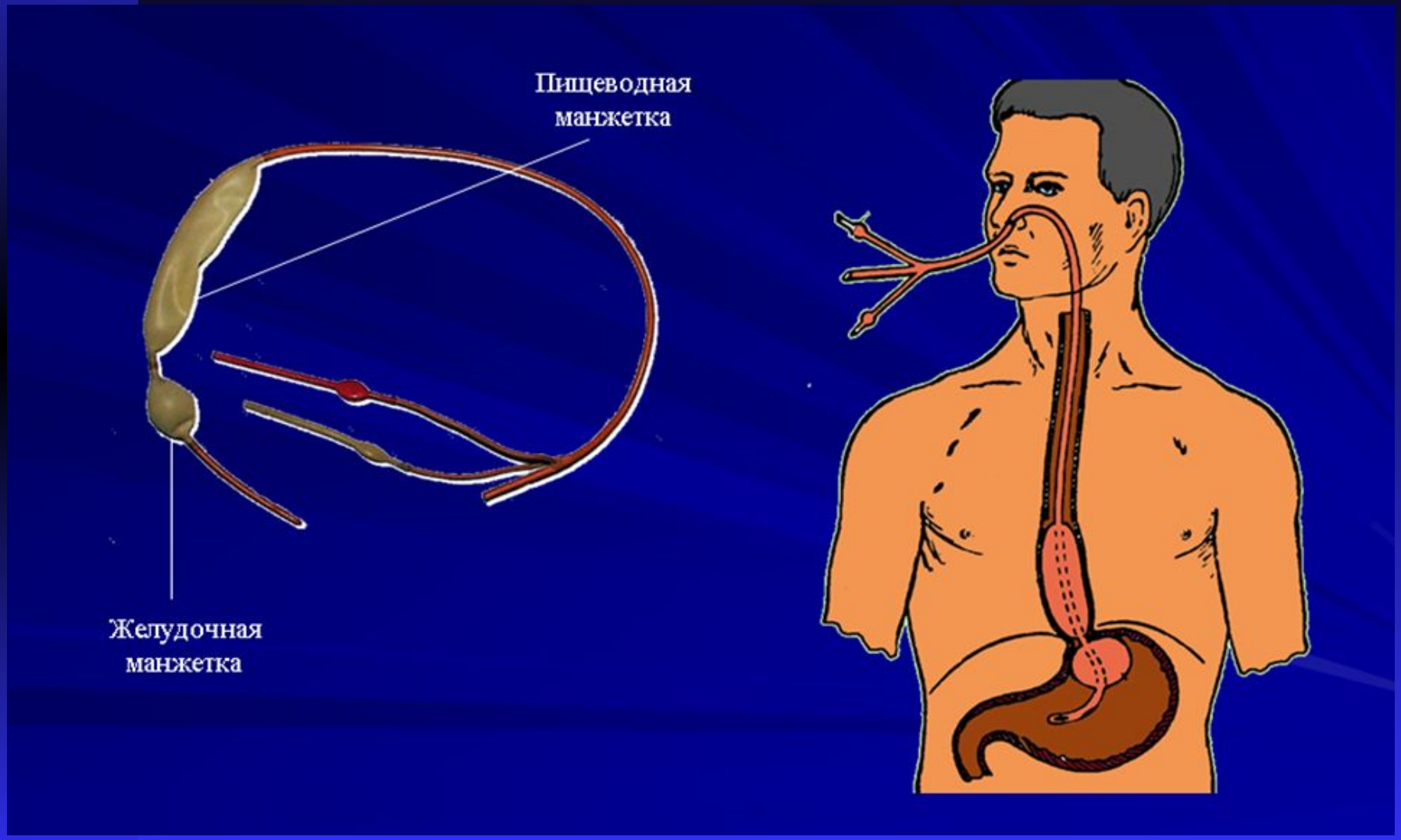
Follow-up
- 24–h/day nursing supervision
- Tape scissors to head of bed to cut tubes in case of respiratory difficulty
- Serial hematocrit levels every 6 h
- Deflate balloons in 24 h but leave tube in situ for additional 24 h
- Remove tube if no bleeding occurs in 24 h

Source: Reprinted with permission from Rikker, Goldsmith, eds. Practice and Surgery. Philadelphia: Harper & Row, 1981.

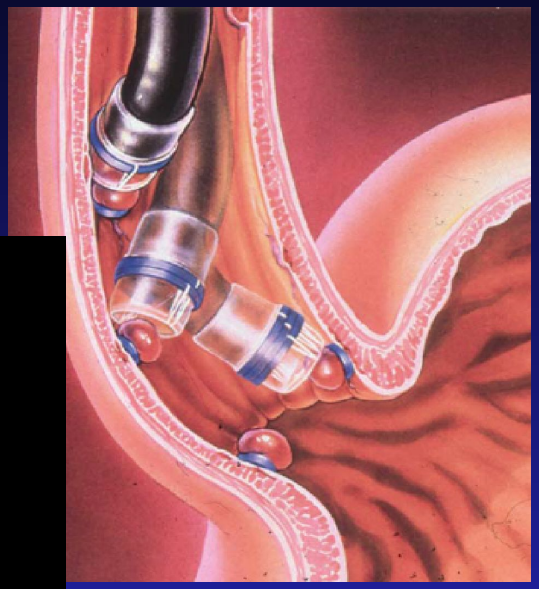




Зонд Сенгстакена – A.H. Blakemore – 1 линия остановки острого ЖКК



Эндоскопическое лигирование (EVL) – 2 линия лечения и профилактики



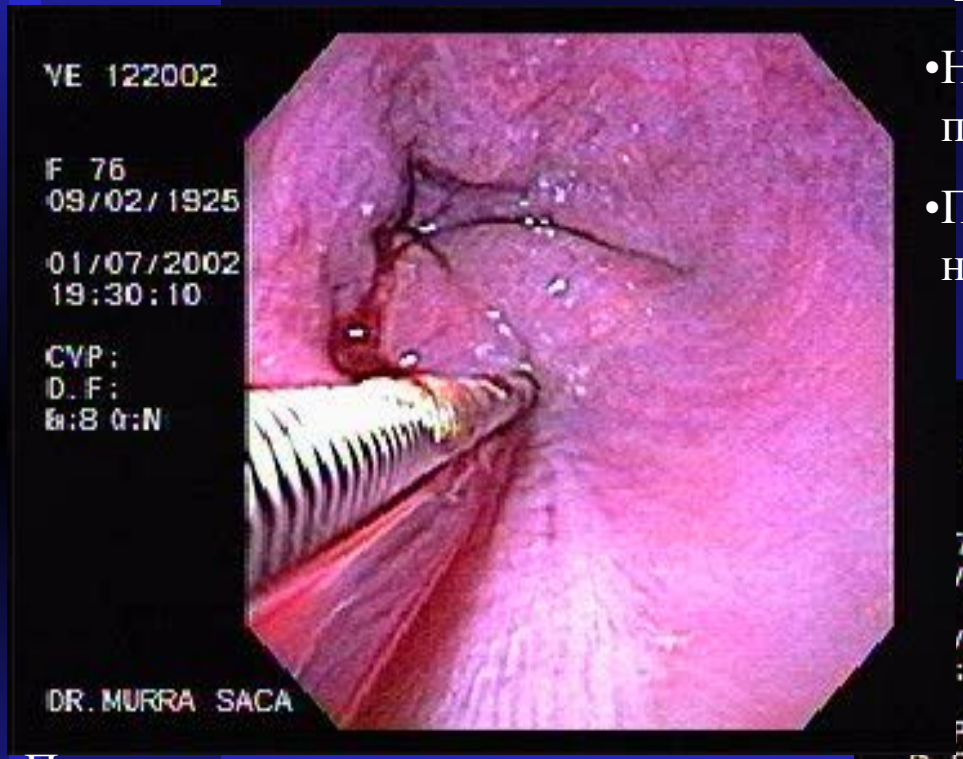
Противопоказания: ВРВ I степени (2-3 мм)

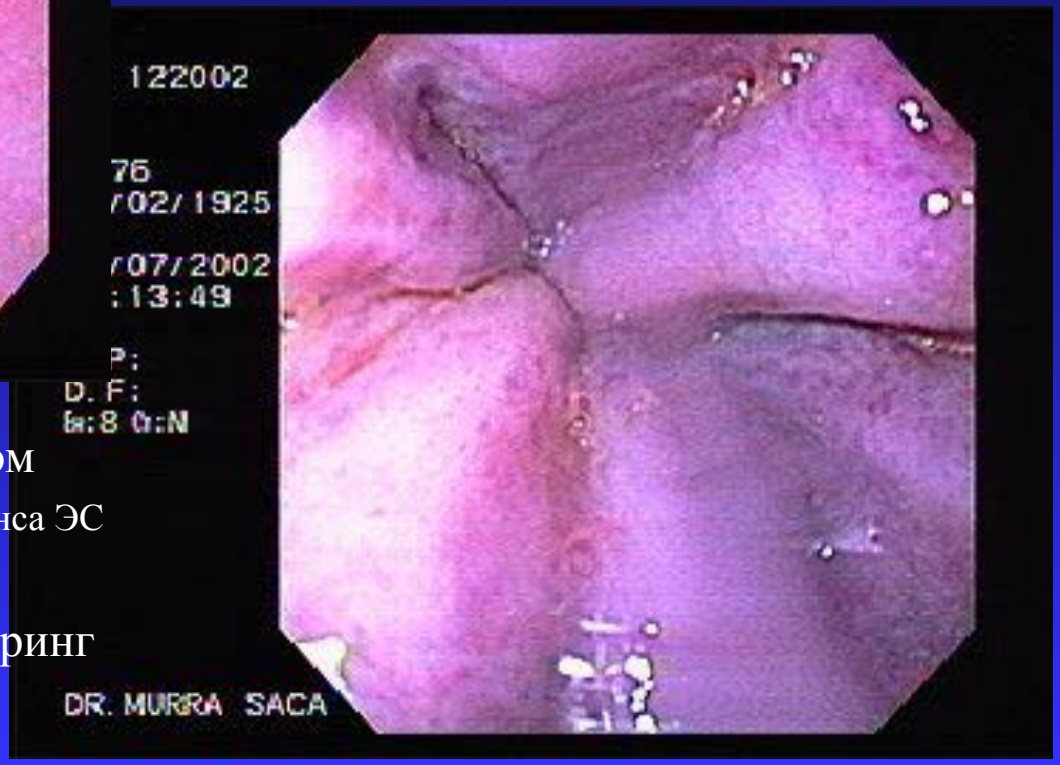
- Крупные вариксы более 15 мм

Эндоскопическая склеротерапия (р-р этоксисклерола 0,5%)

- Паравазальное введение склерозанта
- Не дает значимых осложнений при профилактическом лечении
- Плановая контрольная этапная склеротерапия, не дожидаясь рецидива

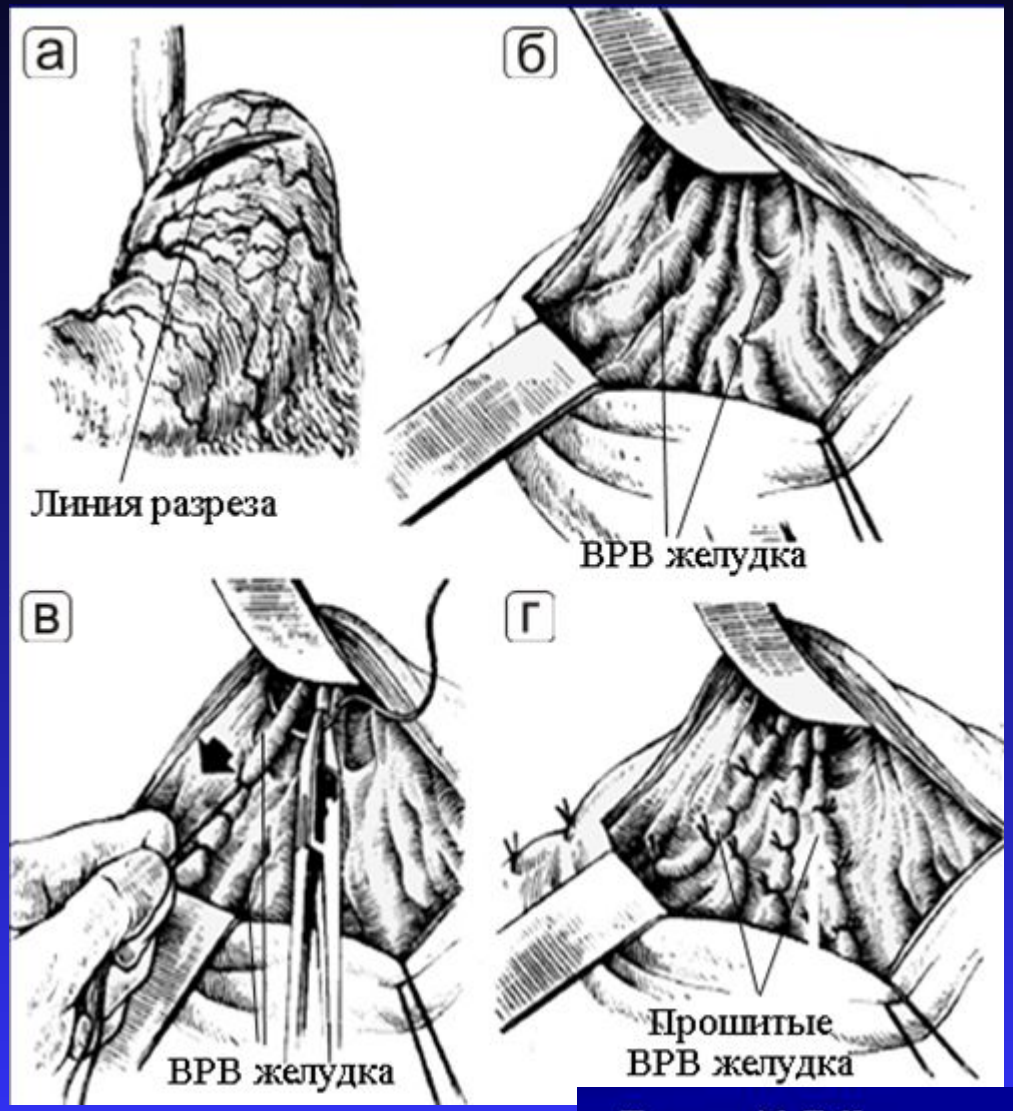
С.Б. Жигалова и др., 2010





- Паллиативная мера, приводящая к устранению ВРВ только при полноценном регулярном повторении процедуры (4 сеанса ЭС за 6 месяцев)
- Динамический эндоскопический мониторинг – каждые 6 месяцев

Прямые вмешательства на варикозно-расширенных венах

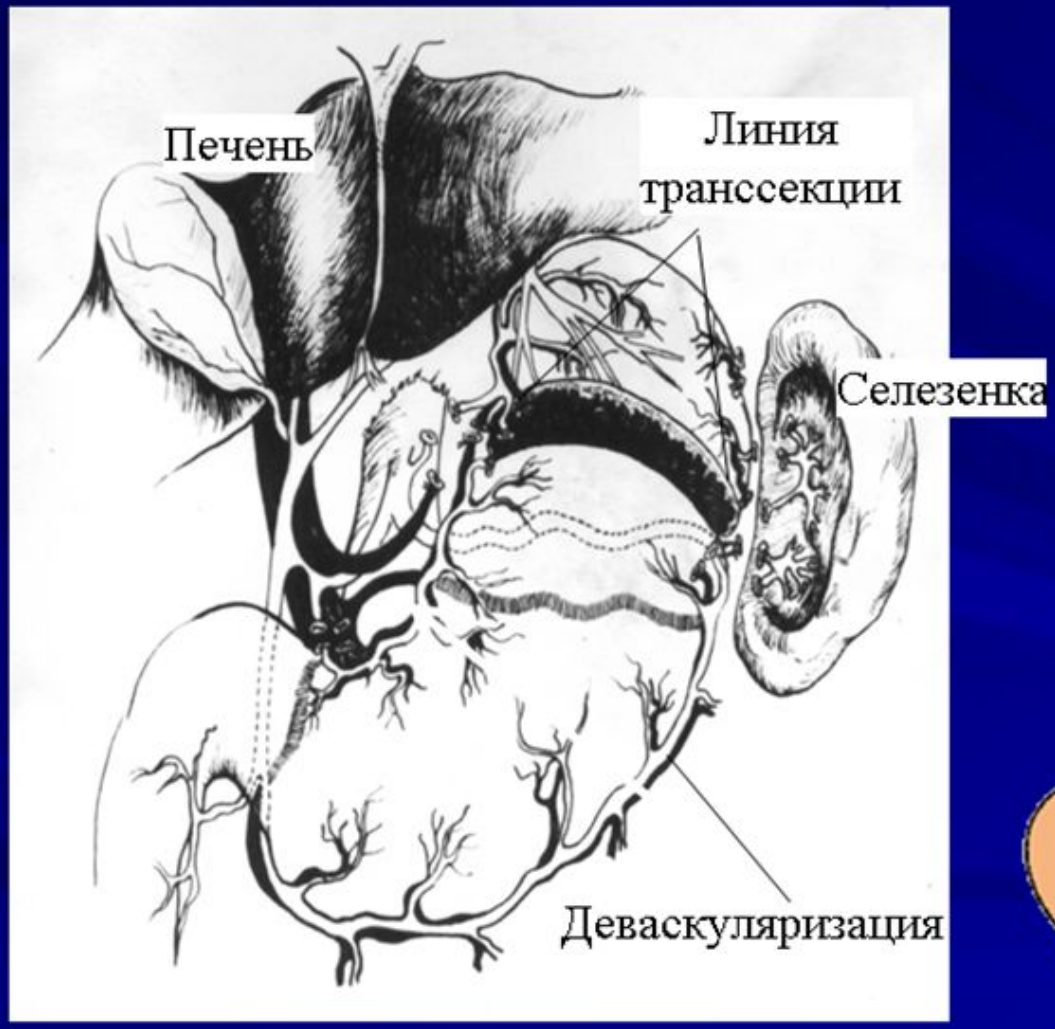


С.Б. Жигалова и др., 2010

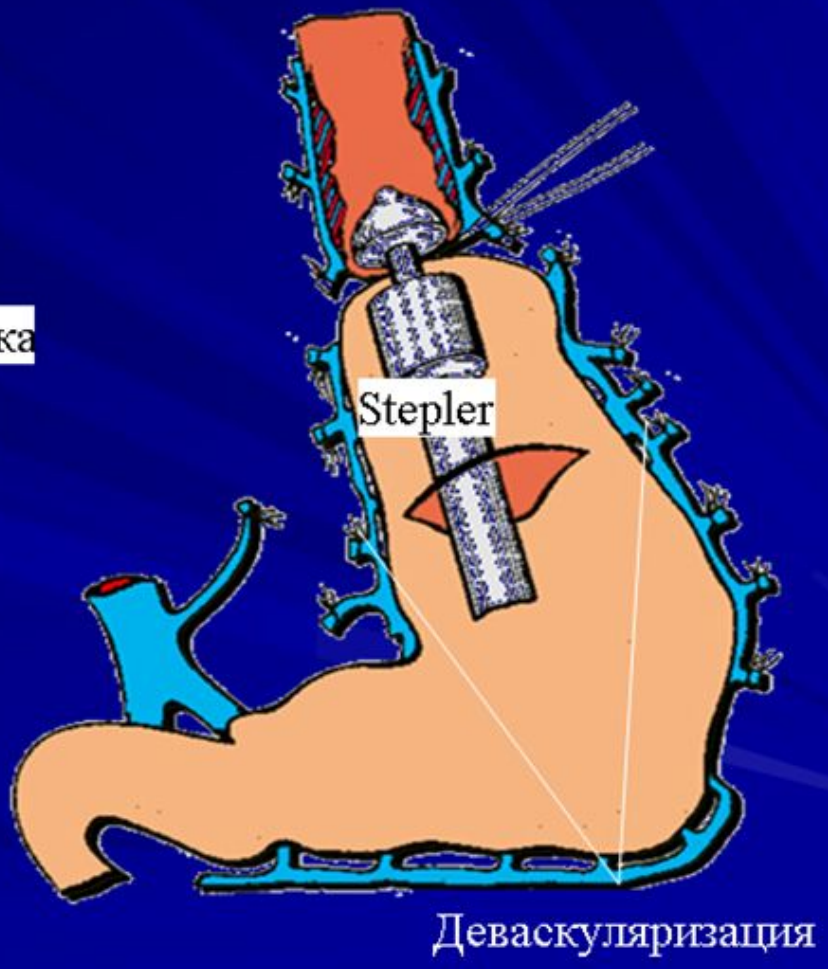
Пациора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. Ташкент : Медицина, 1984

Транссекция и резекция желудка

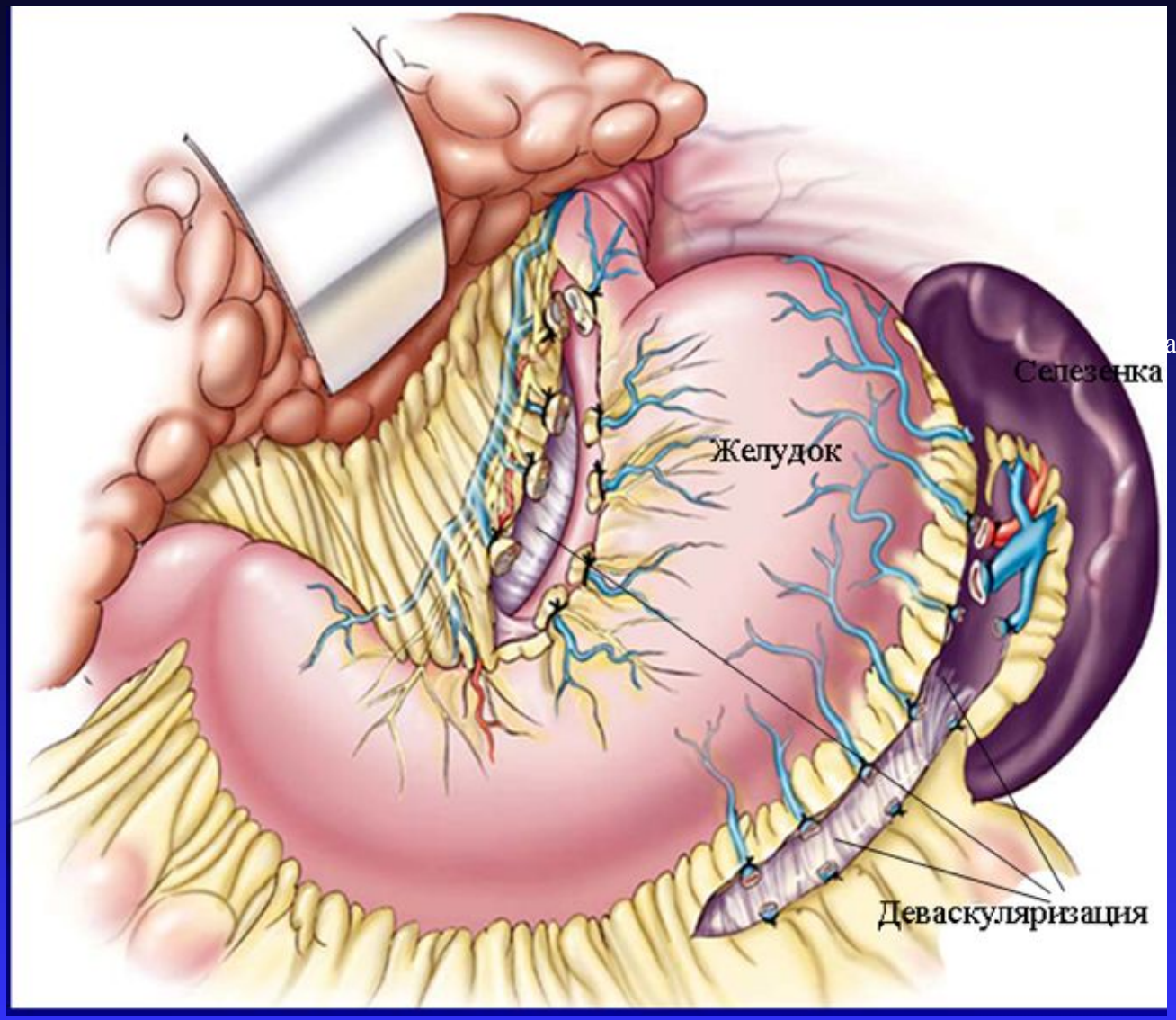
Операция N.C.Tanner



Операция с использованием EAA Stepler

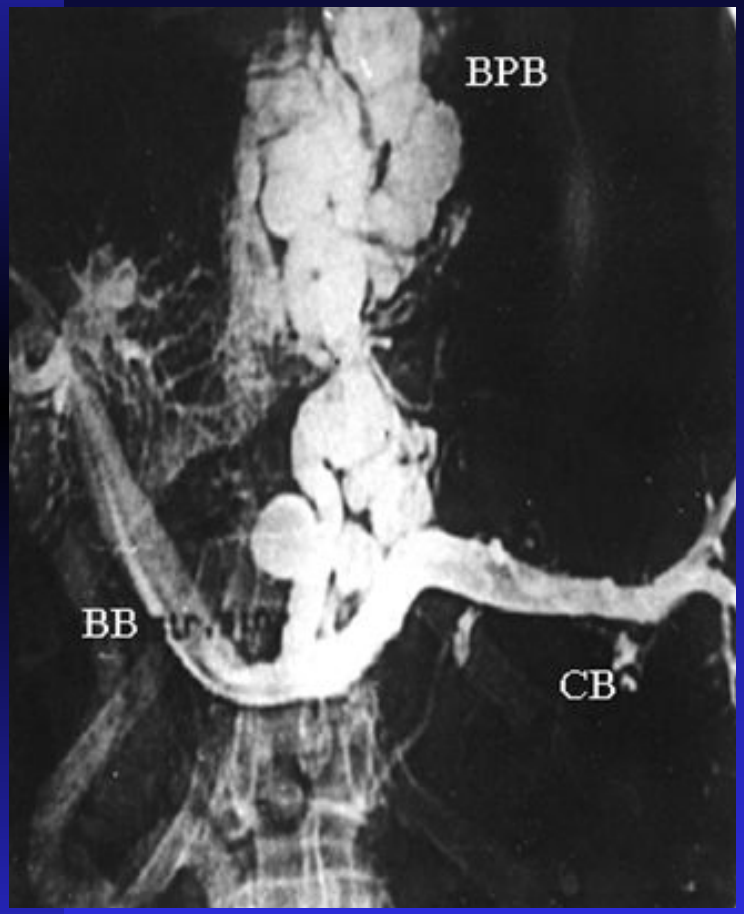


Деваскуляризация желудка (операция M. Hassab)

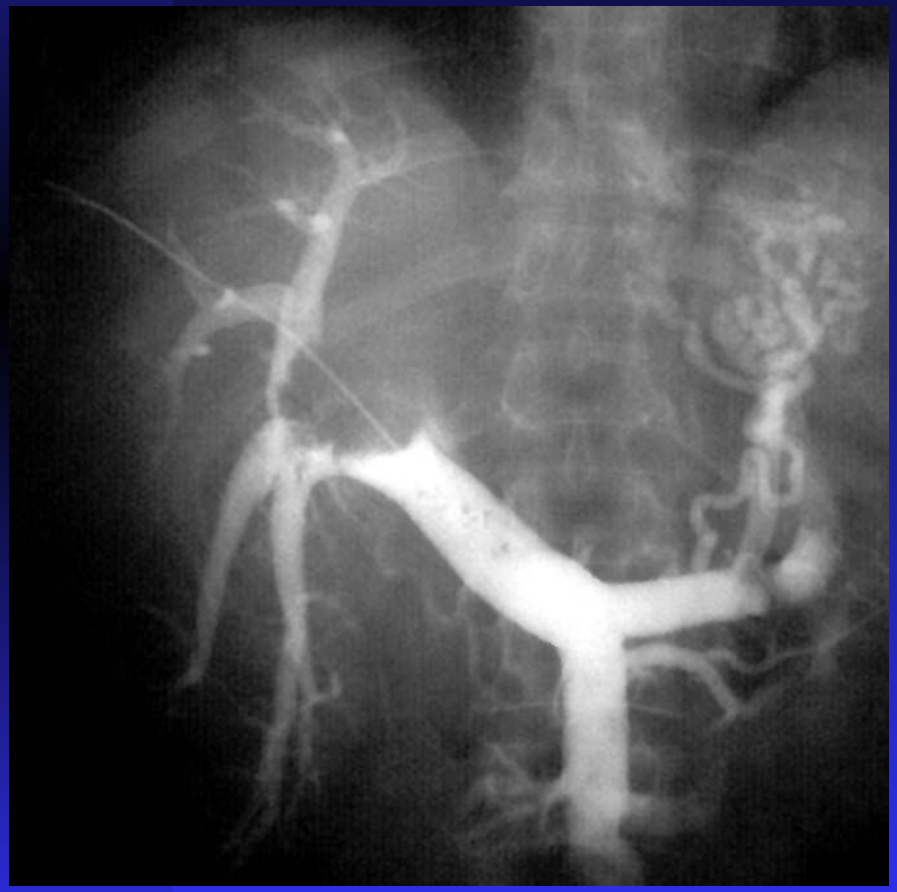


алова и др., 2010

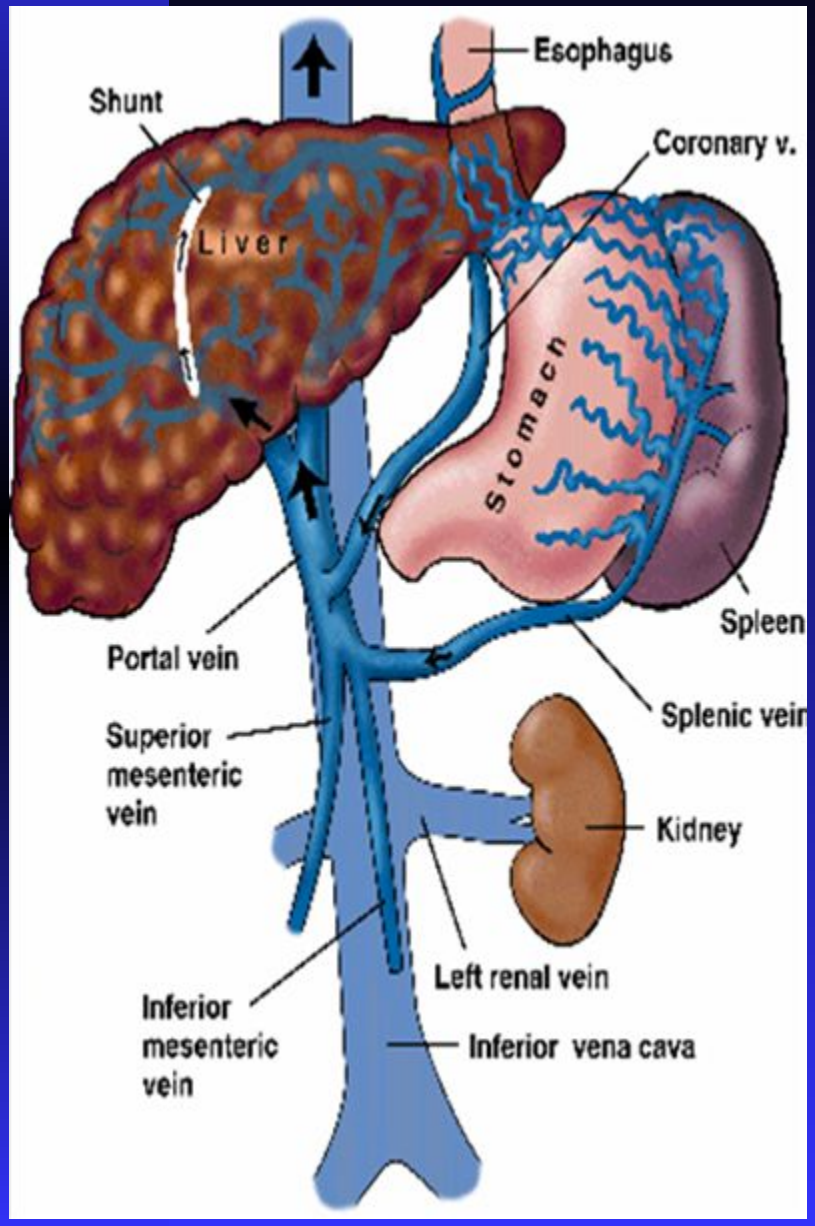
Процедура перкутанной транспеченочной облитерации вен желудка – 2 линия лечения



Процедура перкутанной транспеченочной облитерации вен желудка – 2 линия лечения

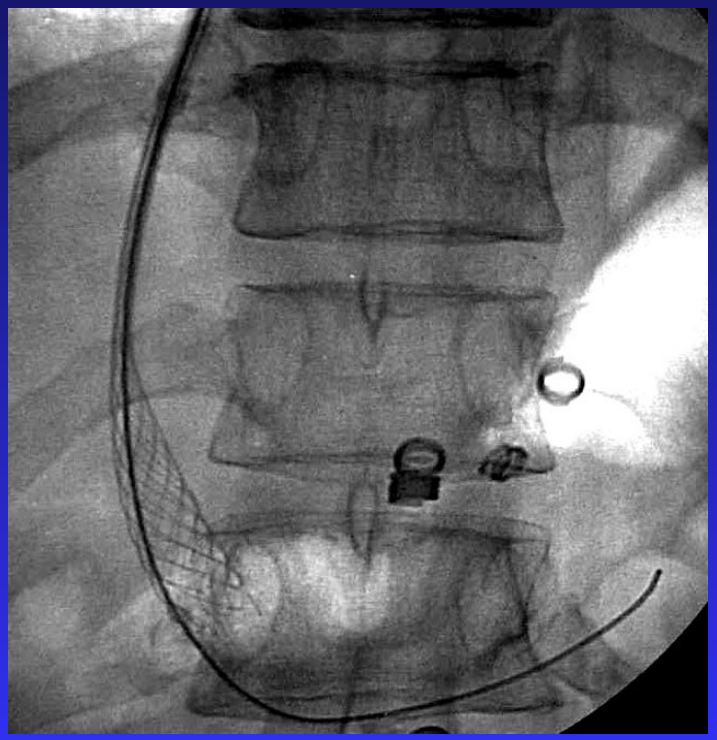


Процедура внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS)

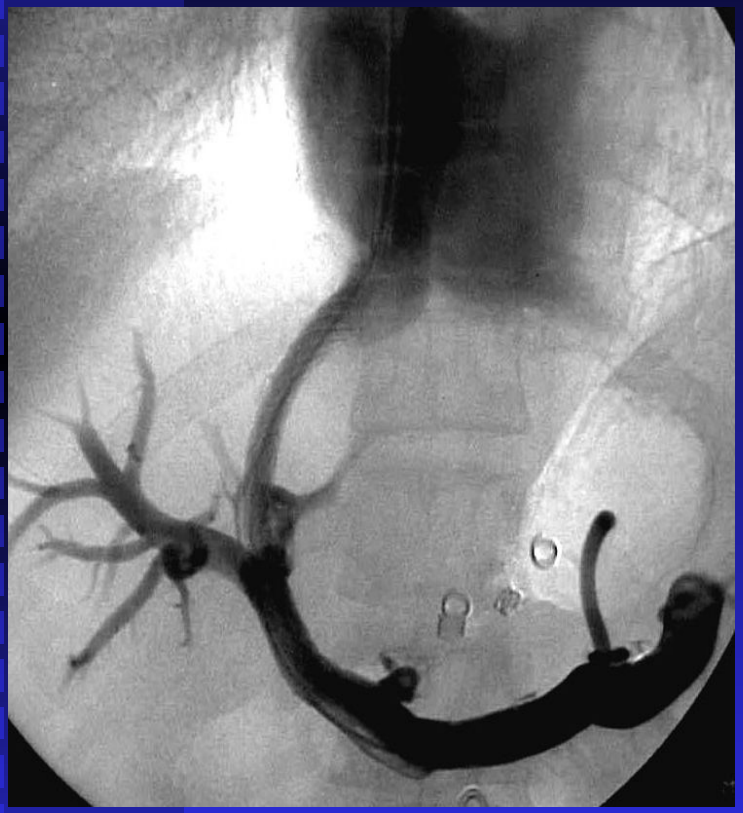


Показания:

- вторичная профилактика ЖКК
- диуретикорезистентный асцит



Процедура внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS)



Показания:
- вторичная профилактика ЖКК
- диуретикорезистентный асцит

Результаты через 7 дней:
-ВРВ I – II степени
- снижение давление в v. portae
-Уменьшение количества асцита
- частота рецидивов ЖКК 16,7% в течение 18 месяцев

Адъювантная фармакотерапия после эндоскопического лечения при варикозных кровотечениях

- Антисекреторная терапия (ИПП, гастропротекторы) – уменьшают риск рецидива неварикозного кровотечения

- Антибактериальная терапия (фторхинолоны) – снижение риска бактериальной транслокации

Адъювантная фармтерапия после эндоскопического лечения при острых варикозных кровотечениях

- Вазоконстрикторы:
  - вазопрессин, глипрессин – уменьшают артериальный приток
  - В-адреноблокаторы неселективные (пропранолол, надолол) – снижают сердечный выброс и артериальный приток, уменьшают риск повторных кровотечений на 40%
  - соматостатин (стиламин, сандостатин) – селективная вазоконстрикция внутренних органов, подавление секреции соляной кислоты, снижение частоты повторных кровотечений на 13%
- Венозные вазодилятаторы:
  - Нитроглицерин – периферический вазодилятатор – снижает печеночный венозный градиент на 44%, (перлинганит), изосорбид5-мононитрат
  - нитропруссид натрия (нанипрусс)

Заключение и перспективы

- Пути улучшения результатов лечения больных с ПГ:
  - постоянный эндоскопический мониторинг за состоянием ВРВ и проведение первичной профилактики кровотечений;
  - диспансерное наблюдение врачами гепатологами и гематологами.
- Эндоскопические технологии являются мероприятиями первой линии в лечении и профилактике ПЖК. Эндоваскулярные методы позволяют повысить качество лечения синдрома ПГ.
- Шунтирование с дозированной декомпрессией ПС является операцией выбора у больных ЦП класса «А».
- Сосудистый ПКА у больных с ВПГ следует рассматривать как радикальное вмешательство.
- Трансплантация печени – радикальная операция у больных с внутрипеченочной формой ПГ.

Перфорация язвы

- Частота перфорации язв составляет 3-5% от всех больных, страдающих язвенной болезнью
- У 50% является первым проявлением язвенной болезни
- Летальность снижается в связи с внедрением методов малоинвазиного гемостаза

Клинические формы перфоративных язв (А. П. Подоненко-Богданова, 1985г)

- Классическая (открытая) – в свободную брюшную полость (87%)
- Прикрытая перфорация (9%)
- Атипичная перфорация (4%) – в сальниковую сумку, между листками большого и малого сальника
- Стертая перфорация (на фоне тяжелой сопутствующей патологии, асцита)
- Реперфорация ранее ушитых язв
- Двойные перфорации

Перфорация язвы

А) локализация боли, точное время и характер начала, интенсивность (внезапно появившаяся, острая, "кинжальная" боль – симптом Делафуа, постоянная);

Б) рвота, ее частота и время появления, характер рвотных масс;

В) наличие язвенного анамнеза (боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи, изжога, отрыжка, приносящая облегчение рвота, сезонность течения, язва установленная эндоскопически или рентгенологически, перенесенные по поводу язвы операции);

Г) предшествующие и способствующие моменты (обильная еда, употребление алкоголя, физическое, психическое перенапряжение, обострение болей).

Перфорация язвы

Дополнительные исследования:

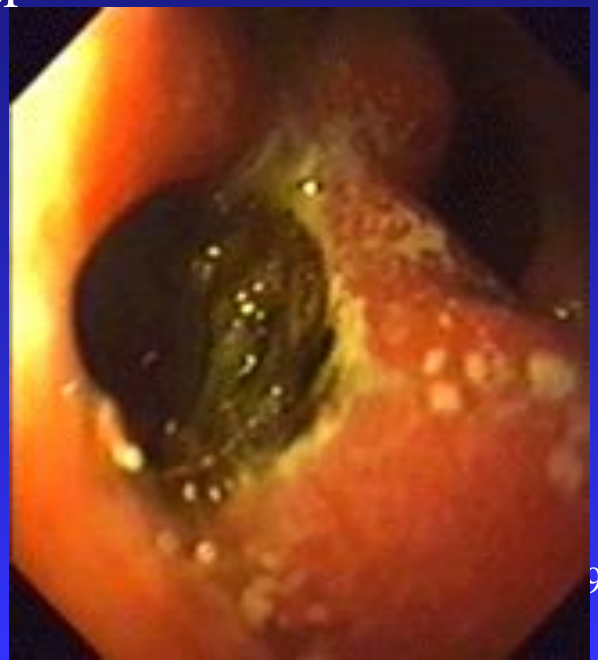
а) общий анализ крови (выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево);

б) рентгенологическое исследование – наличие свободного газа в виде серповидного просветления между печенью и куполом диафрагмы справа (определяется у 75-80% больных), пневмогастрография, рентгено- скопия желудка с контрастированием;

в) фиброгастроскопия;

г) лапароцентез, лапароскопия

(при сомнениях в диагнозе).



Перфорация язвы

Лечение

- Срочная госпитализация в хирургическое отделение и неотложное оперативное вмешательство (жизненные показания).
- Предоперационная подготовка:

а) борьба с шоком (введение обезболивающих, сердечных, переливание растворов электролитов, крови и ее заменителей) начинается на операционном столе и продолжается во время операции;

б) опорожнение желудка зондом,

Перфорация язвы

Лечение

- Вид обезболивания.
- Протокол операции и показания к тому или другому виду операции (органосохраняющая (ушивание, иссечение язвы) или органоуносящая (резекция желудка), тщательная санация брюшной полости, адекватное дренирование.
- Показания к планируемой лапароскопической санации брюшной полости.
- Современная противоязвенная и эрадикационная терапии

Пенетрация язвы - проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и др.

Язва желудка, глубоко пенетрирующая в головку поджелудочной железы.

Пенетрация в двенадцатиперстную кишку с образованием «ложного привратника» (верхнее отверстие).

Малигнизация язвы

- Ежегодно регистрируется почти 800 тысяч новых случаев и 628 тысяч смертей от этого заболевания.
- Странами–«лидерами» являются Япония, Россия, Чили, Корея, Китай (40% всех случаев)
- Рак желудка занимает 2 место (у мужчин) и 3 место (у женщин).
- Смертность за последние годы в нашей стране не снизилась. Выявляемость ранних форм, с одной стороны, низкая, однако, с другой стороны, является единственным шансом на выздоровление (В.Ю. Сельчук, 2003).
- ***Необходимо подозревать РЖ у любого пациента старше 40 лет с новыми диспепсическими жалобами, особенно с анорексией***

Малигнизация язвы - клиника

- ***Синдром «малых признаков»*** (А.И. Савицкий): немотивированную слабость, утомляемость, отвращение к мясной пище, анемию, похудание, «желудочный дискомфорт»
- ***Признаками запущенности болезни являются***

1) ***метастаз Вирхова*** – в надключиный лимфоузел слева между ножками «кивательной» мышцы,

2) ***метастаз Шницлера*** – в парарактельную клетчатку,

3) ***метастаз Крукенберга*** – в яичник у женщин,

4) ***метастаз Айриша*** – метастаз в подмышечный лимфоузел,

5) ***метастаз сестры Джозеф*** – в пупок.

6) асцит, желтуха и наличие пальпируемой опухоли в эпигастрии

Малигнизация язвы

Бляшковидный рак желудка – по большой кривизне на границе средней трети и антрального отдела.

рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод

Малигнизация язвы – классификация TNM

- T1 – прорастание слизистой и подслизистого слоя,
  T2 – прорастание мышечного слоя до субсерозы,
  T3 – пенетрация серозы желудка,
  T4 – прорастание прилежащих структур.

- N - поражение лимфоузлов
  N1 - поражение метастазами от 1 до 6 ,
  N2 - от 7 до 15
  N3 - более 15 лимфоузлов

- M – наличие метастазов
  M0 – нет отдаленных метастазов
  M1 – выявлены отдаленные метастаз
  Mx – достоверных данных не выявлено

Малигнизация язвы – лечение

Радикальная операция

«Условно радикальная операция», при котором подразумевается полное удаление опухоли и видимых ее проявлений, однако предполагается раннее метастазирование или наличие неудаленных метастазов.

Паллиативная операция - ***«шунтирующие» операции***, еюностома, обходные гастро-энтероанастомозы при раках, локализующихся в антральном отделе

Химиотерапия улучшает качество жизни

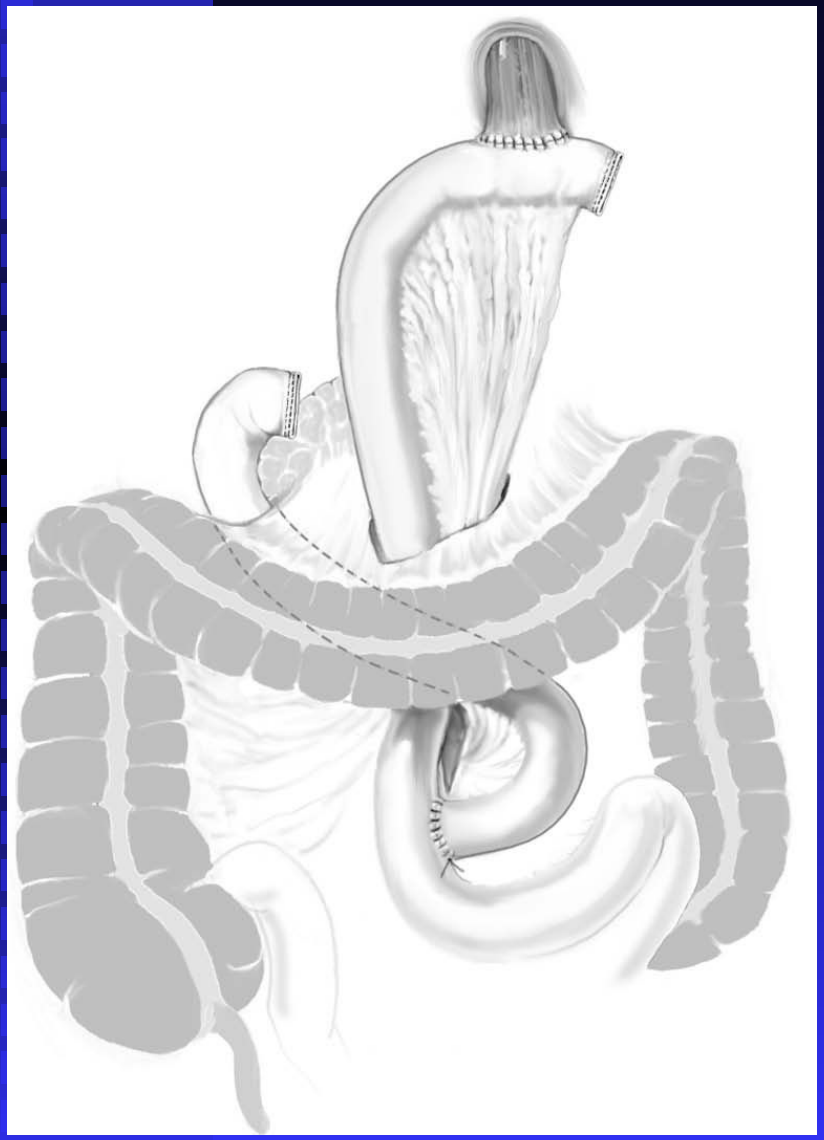
- увеличивает безрецидивную выживаемость, не влияя на общую выживаемость,
- мало эффективна в адъювантном режиме
- увеличивает продолжительность жизни при неоперабельном РЖ.

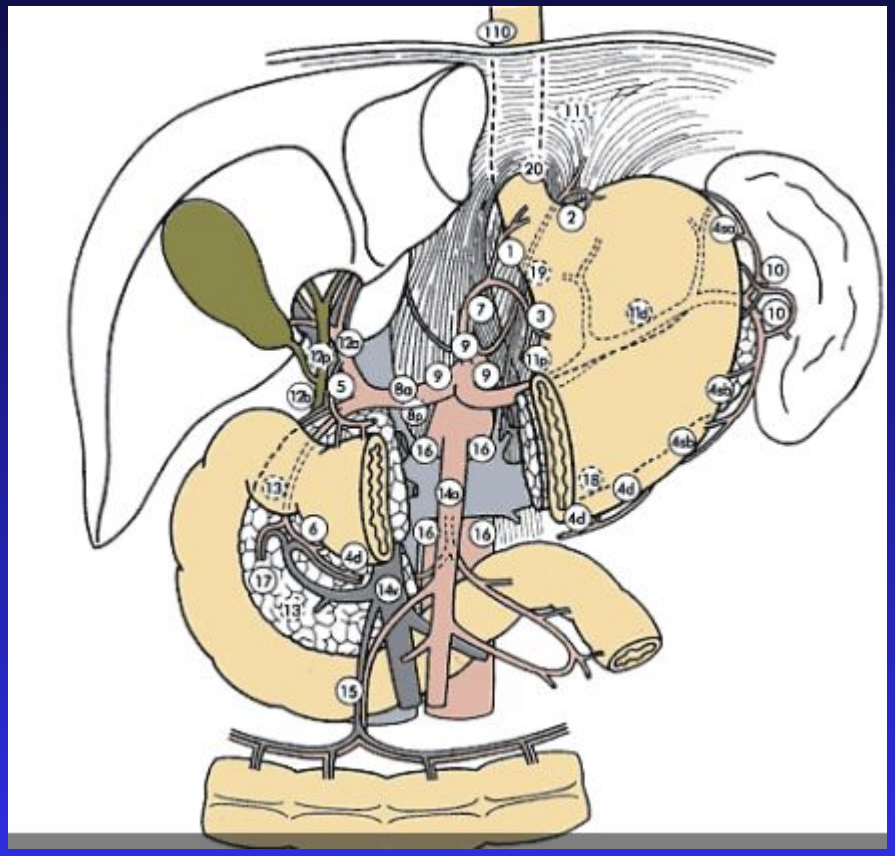
Малигнизация язвы – лечение

На IV Международном Конгрессе по раку желудка в Нью–Йорке (США, 2001 год) лимфодиссекция D2 - стандартный объем радикального хирургического вмешательства

- Гастрэктомия D1 (от слова *dissection*) - удаление перигастральных лимфоколлекторов в связочном аппарате желудка (N1–6),
- Гастрэктомия D2 - удаление кроме N1–6, удаление лимфоузлов чревного ствола (N9) и его ветвей – левой желудочной (N7), общей печеночной артерии (N8), селезеночной (N11), лимфоузлов ворот селезенки (N3), т.е. при лимфодиссекции D2 должно удаляться не менее 27 лимфоузлов .
- Лимфодиссекция D3 - в дополнение к выше перечисленным лимфоузлы гепатодуоденальной связки (N12), ретропанкреатодуоденальные (N13), лимфоузлы корня брыжейки (N14), брыжейки поперечноободочной кишки (N15), парааортальных лимфоузлов, расположенных на уровне брюшной аорты (N16), при D3 – не менее 40 лимфоузлов .

Гастрэктомия с лимфодиссекцией D2





Стеноз выходного отдела желудка -

формируется после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки

Вид стенозированного привратника желудка у больного с длительно текущей язвенной болезнью.

Деформация и сужение пилорического отдела желудка при язвенной болезни