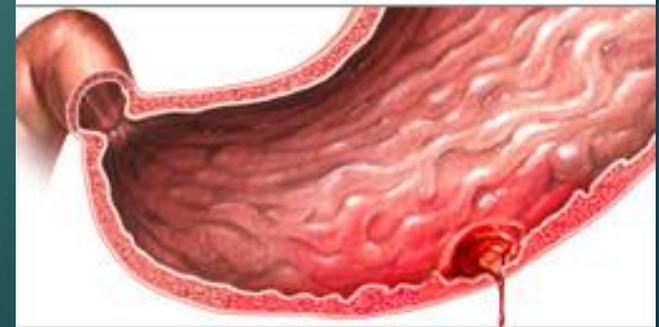
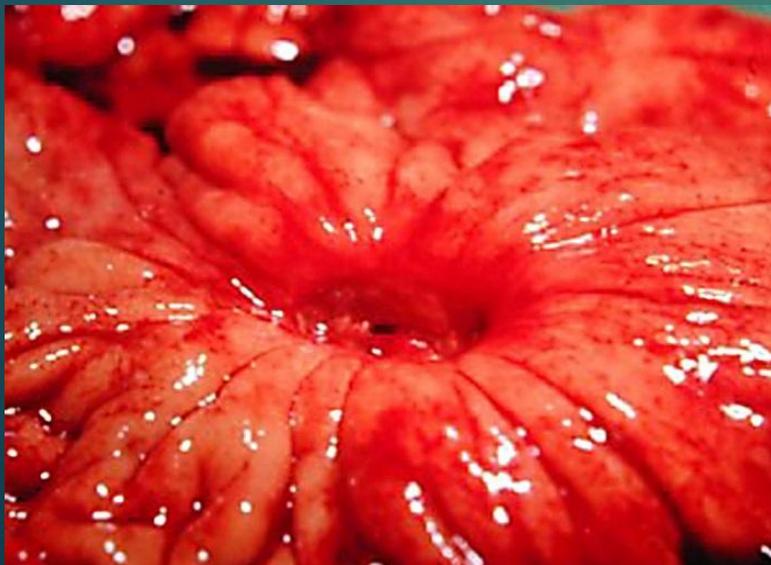


Кровотечения из пищеварительного тракта



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

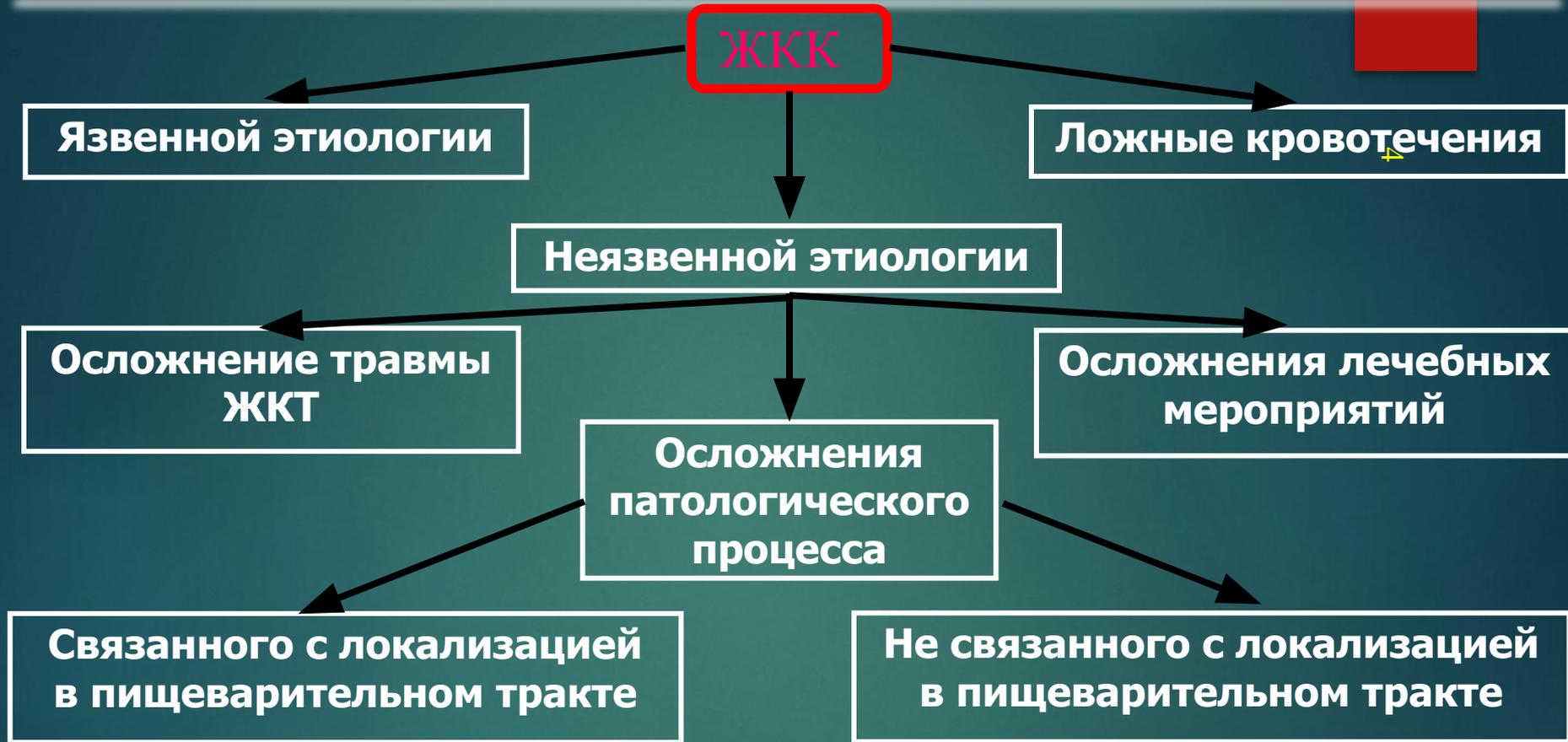


Болезнь Дъелафуа



Нарушение коагуляционного гемостаза, в т.ч. в результате приема лекарств

Классификация ЖКК:



Злокачественные новообразования
Гастрит, дуоденит, колит
селезеночной вен

Полипоз
Дивертикулез

болезнь
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
Инвагинация
Доброкачественные опухоли
Геморрой и т.д.

Цирроз печени
Тромбоз воротной и

Заболевания системы крови
Тромбоэмболическая

Болезни желчных путей
Аутоинтоксикация
Отравления
Авитаминозы и т.д.

1. Скрытое кровотечение

(скрытая кровь в желудочном содержимом или кале).

2. Явное кровотечение

(цельная кровь или «кофейная гуща» в желудочном содержимом, кал с кровью или мелена).

2. Клинически-значимое кровотечение

(явное кровотечение, осложненное в течение 24 часов нарушением гемодинамики, требующее проведения гемотрансфузии и, нередко, выполнения хирургического вмешательства).

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

Степень тяжести кровопотери:

7

Показатель	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Число эритроцитов	> 3,5	3,5-2,5	< 2,5
Уровень Hb	> 100	83-100	< 83
Частота пульса	до 80	80-100	> 100
Систолическое АД	> 110	110-90	< 90
Уровень Ht	> 30	25-30	< 25
Дефицит ГО, % от должного	до 20	20-30	> 30

Диагностика желудочно-кишечных кровотечений



Фиброколоноскопия



Спиральная компьютерная томография



Капсульная эндоскопия



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

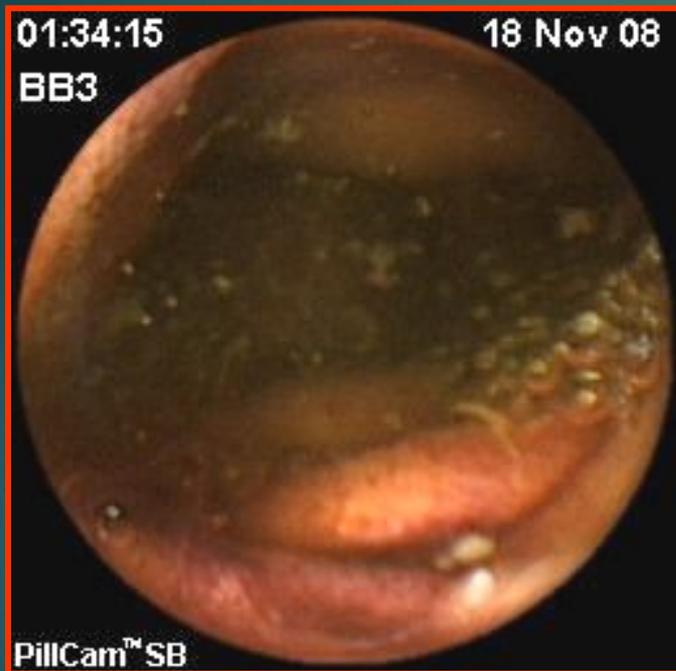


Шок при поступлении



Рецидив кровотечения в течение 72ч.

Капсульная эндоскопия





Капсульная эндоскопия – современный, неинвазивный и высокоинформативный метод исследования отделов тонкого кишечника. Суть метода проста – пациент проглатывает специальную капсулу, оборудованную камерой. В процессе движения по желудочно-кишечному тракту устройство делает снимки и передает информацию на записывающий ресивер. Врач анализирует полученные данные и дает заключение. Спустя время капсула выводится из организма естественным путем.

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 (spouting hemorrhage))



При массивном артериальном кровотечении из язвы применяющиеся методики остановки кровотечения с помощью эндоскопа в большинстве случаях **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 aminocarponici 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 aminocarponici 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



Синдром Маллори- Вейса

- ▶ — поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, сопровождающиеся кровотечением. Возникает рвота кровью (гематемезис). Кровотечение редко бывает интенсивным. Также может проявляться в виде мелены

ВРВП (по диаметру)

- ▶ I степень – диаметр вен 2-3 мм;
- ▶ II степень – диаметр вен 3-5 мм
- ▶ III степень – диаметр вен >5 мм

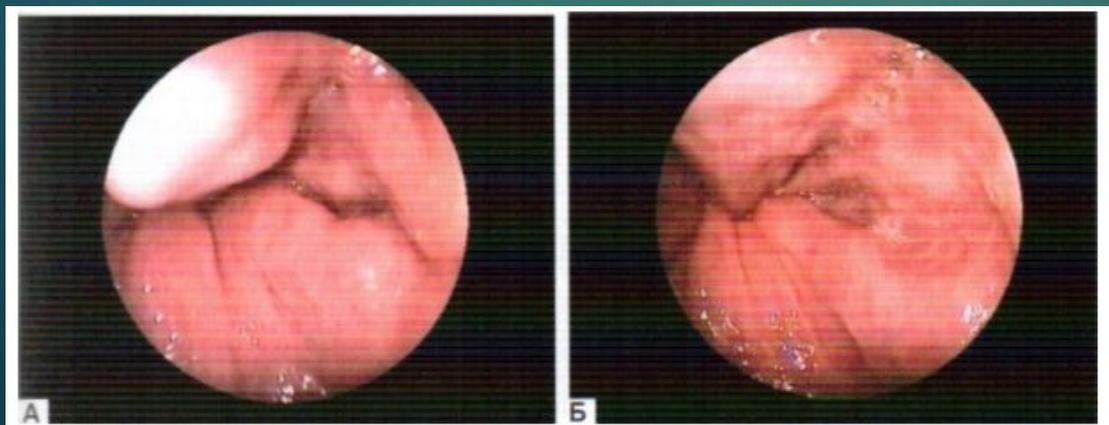
1 степень



2 степень



3 степень



ВРВП (по напряженности)

- ▶ Вены при инсуффляции воздуха спадаются (не напряжены) – давление в портальной системе невысокое и риск развития кровотечения мал
- ▶ Вены при инсуффляции не спадаются (напряжены) – давление в портальной системе высокое – соответственно высокий риск развития кровотечения.

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

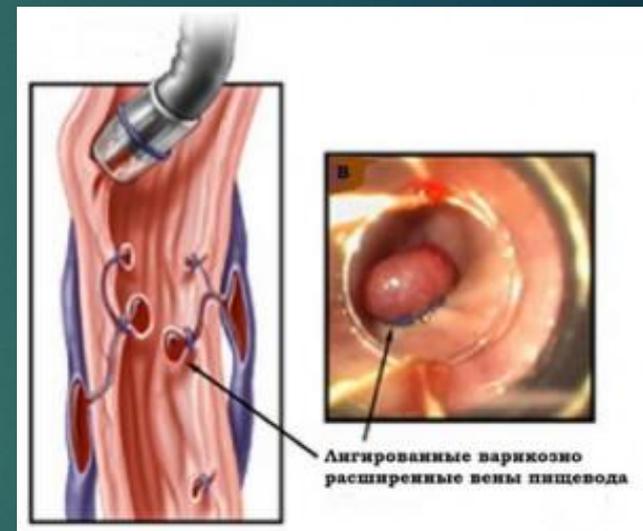


Эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода

- ▶ Создание отека подслизистого слоя
- ▶ 4-5 сеансов склеротерапии в год
- ▶ Динамический контроль
осуществляется в последующем
1 раз в 6 месяцев



Эндоскопическое лигирование ВРВП



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.

Хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений:

Синдром Меллори-Вейса

гастротомия, прошивание разрывов

Эрозивный гастродуоденит

гастротомия, гемостаз

стволовая ваготомия, пилоропластика

резекция желудка

гастрэктомия

Язвенная болезнь желудка

гастротомия, прошивание язвы

гастротомия, иссечение язвы

резекция желудка

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

дуоденотомия, прошивание язвы, пилоропластика

то же + ваготомия

дуоденотомия, иссечение язвы, пилоропластика

Особенности ведения раннего п/о периода и возможные осложнения:

1. 1-2 сутки - голод; 3 - прием жидкости; 4-5 - назначение специальной диеты
 2. Послеоперационное дренирование желудка
 3. Инфузионная терапия (окончательное восстановление ОЦК и лечение анемии)
 4. Лекарственная терапия
 5. Очистительные клизмы
 6. Антибактериальная терапия
 7. Лечебная гимнастика
 8. Снятие швов - 8-10 сутки
- Перитонит, обусловленный недостаточностью швов соустья или без расхождения швов
 - Инфильтраты и абсцессы брюшной полости
 - Кровотечения внутрибрюшинные или в просвет пищеварительного тракта
 - Послеоперационный панкреатит
 - Нарушение эвакуации из желудка или его культи



Геморрой - это заболевание заднего прохода, связанное с увеличением объема и с избыточной подвижностью внутренних геморроидальных сплетений, которые смещаются к выходу или выпадают из заднего прохода наружу, тромбируются и кровоточат.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По механизму возникновения

- ▣ врожденный (наследственный)
- ▣ приобретённый.
 - первичный — т.е. возникший как самостоятельное заболевание
 - вторичный — являющийся симптомом или осложнением другого недуга (например, цирроза печени, аденомы предстательной железы или опухоли матки).

По месту локализации

- ▣ наружный (подкожный) - геморроидальные узлы образуются при расширении нижнего прямокишечного венозного сплетения. Они расположены ниже так называемой зубчатой линии и покрыты многослойным плоским эпителием.
- ▣ внутренний -внутренние геморроидальные узлы образуются из верхнего прямокишечного венозного сплетения. Они расположены выше зубчатой линии, т.е. находятся непосредственно в прямой кишке, и покрыты цилиндрическим эпителием.

Четыре стадии хронического геморроя по Генри-Свошпу:

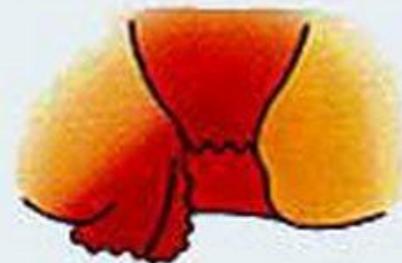
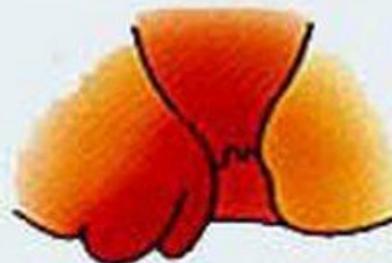
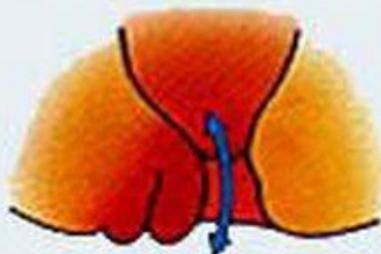
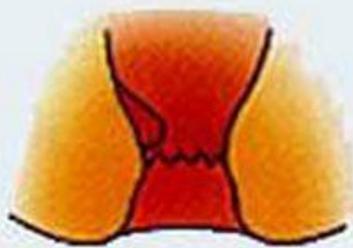
I стадия — геморроидальный комплекс локализован над зубчатой линией анального канала;

II стадия — геморроидальный комплекс смещен ниже зубчатой линии;

III стадия — геморроидальный комплекс вместе с актом дефекации выходит наружу и затем самостоятельно вправляется обратно;

IV стадия — комплекс локализуется у входа в анальный канал.

Четыре стадии геморроя:



I стадия

II стадия

III стадия

IV стадия

I стадия. Характерны взбухание узлов и периодические кровотечения.

II стадия. Узлы увеличиваются. Добавляются выпадения, но узлы вправляются самостоятельно.

III стадия. То же самое, но узлы при выпадении сами уже не вправляются.

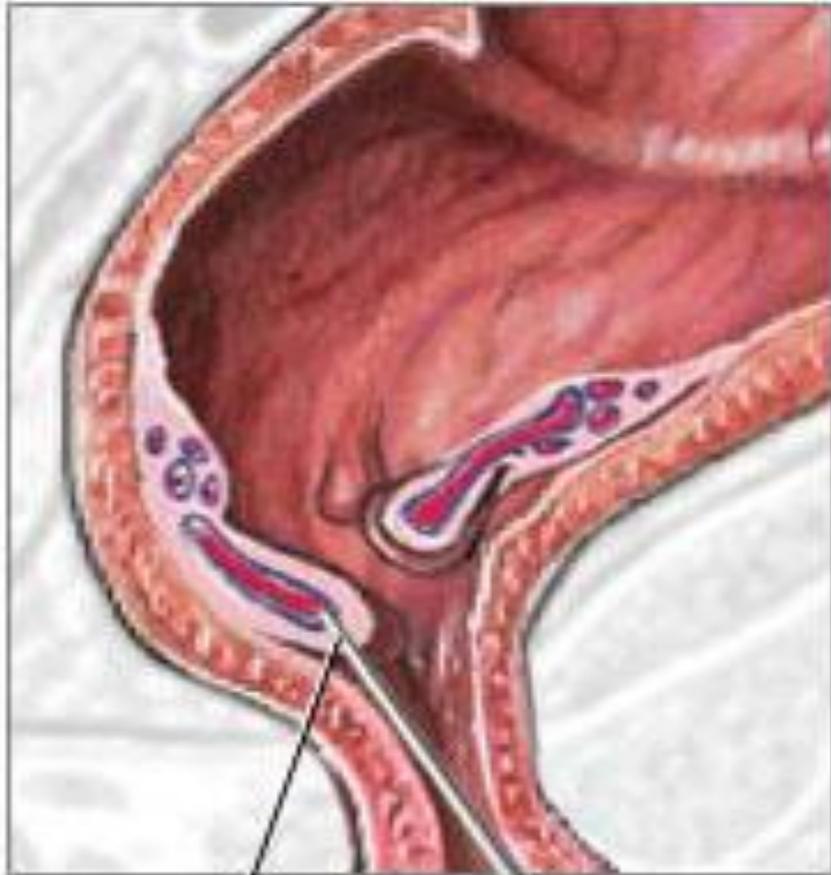
IV стадия. Постоянное выпадение кровоточащих узлов.

Три степени тяжести острого геморроя

- При I степени наружные геморроидальные узлы небольшой величины, тугоэластической консистенции, располагаются ниже зубчатой линии. При пальпации они болезненны. Периаанальная кожа слегка гиперемирована.
- При II степени наблюдаются более выраженный отек большей части периаанальной области, гиперемия. Пальпация этой области и пальцевое исследование прямой кишки резко, болезненны.
- При III степени вся окружность заднего прохода занята "воспалительной опухолью". Пальпация узлов очень болезненна. В области заднего прохода видны багровые или синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, покрытые фибриновыми пленками.

Склеротерапия

Суть метода заключается в том, что при помощи аноскопа и специального шприца в геморроидальные узлы вводят склерозирующий препарат, под действием которого сосуды, которые находятся в узле, замещаются соединительной тканью, в результате чего прекращается кровотечение, а сам узел уменьшается. Для обезболивания и усиления противовоспалительного эффекта этот вид лечения дополняется терапевтическим инфракрасным лазером.

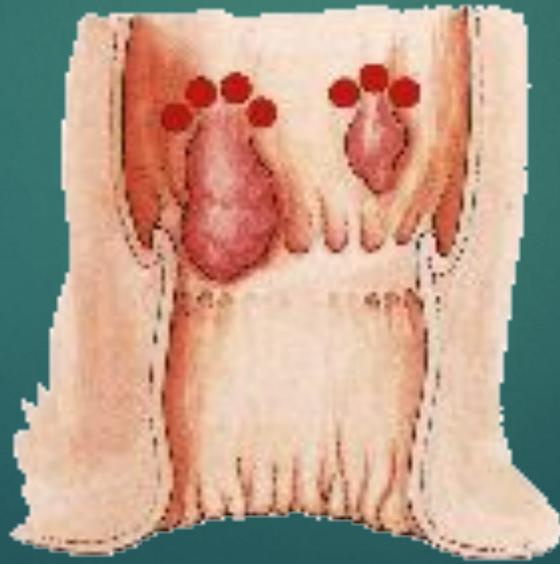


инъекция
склерозирующего
вещества



Инфракрасная фотокоагуляция

Для фотокоагуляции применяется аппарат «Инфратон», состоящий из инфракрасного фотокоагулятора и жесткого кварцевого световода. Сфокусированный отражателем световой поток от галогеновой лампы направляется в световод, наконечник которого через аноскоп подводится к основанию геморроидального узла. В результате воздействия теплового потока происходит коагуляция стенки сосудистой ножки геморроидального узла с последующим его склерозом.



Лигирование геморроя латексными кольцами

На ножку геморроидального узла набрасывают циркулярную лигатуру из специальной латексной резины. После сдавливания ножки и прекращения притока крови к узлу он отторгается вместе с лигатурой на 11 - 14 день после манипуляции. В результате постепенного прорезывания тканей эластичной лигатурой после его отторжения образуется культя, покрытая соединительной тканью.

