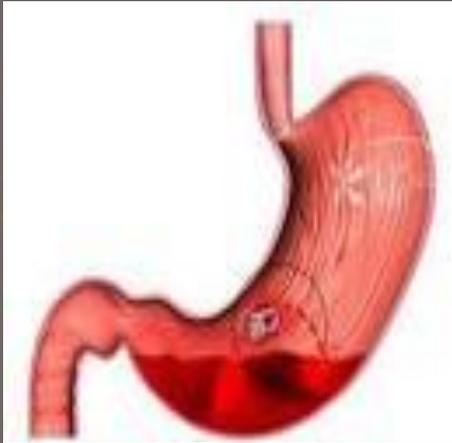


**«Острые гастродуоденальные
кровотечения»
Принципы диагностики и лечения.**

Доцент Горфинкель И.В.



Этиология ЖКК из верхних отделов ЖКТ

Язвенные ЖКК:

- пептические эрозии и язвы;
- острые язвы и эрозии;
- изъязвленные опухоли;
- изъязвленные дивертикулы.

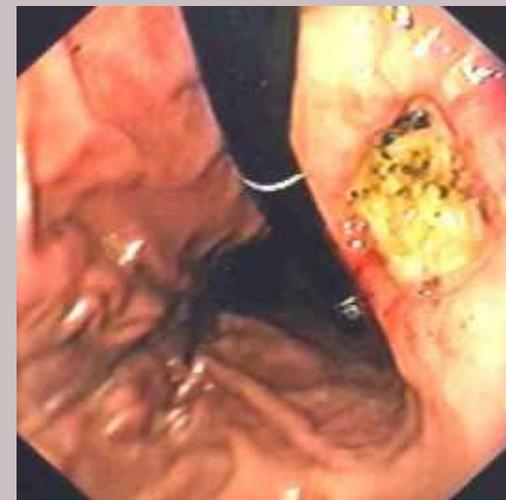
Неязвенные ЖКК:

- синдром Маллори-Вейсса;
- варикозно расширенные вены пищевода;
- различные врожденные и приобретенные поражения сосудов;
- различные врожденные и приобретенные нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови.

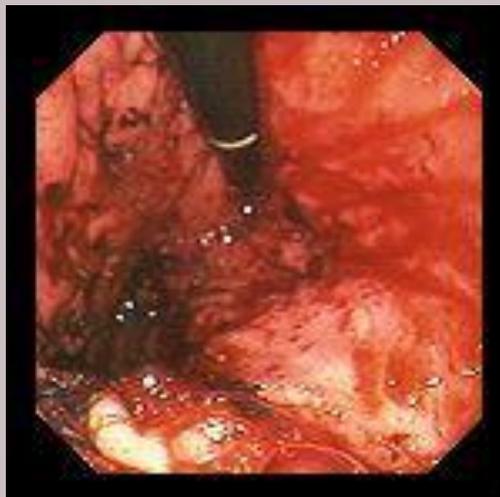
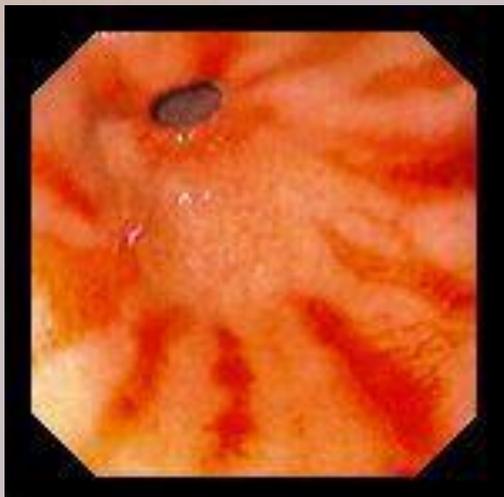
Наиболее частые причины:

- Язвенная болезнь желудка и ДПК – 50%
- Эрозивный гастрит, гатродуоденит – 13%
- Варикозно-расширенные вены пищевода – 10%
- Ангиодисплазии – 7%
- Эрозивный эзофагит – 6%
- С-м Мэлори-Вейса – 10-15% (5%)
- Опухоли ЖКТ – 2-5%
- Другие причины – 1-2%
- Неизвестный источник – 3-4%
- Отсутствие признаков ЖКК – 5% (10%)

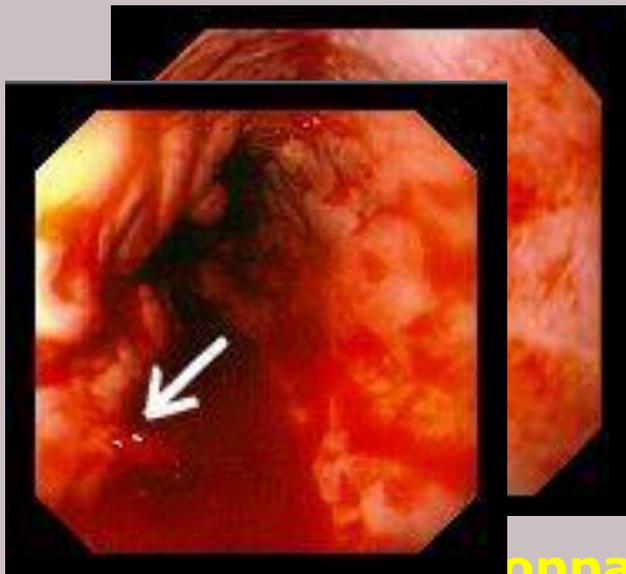
Кровотечение из пептической язвы



Геморрагический гастрит, эзофагит

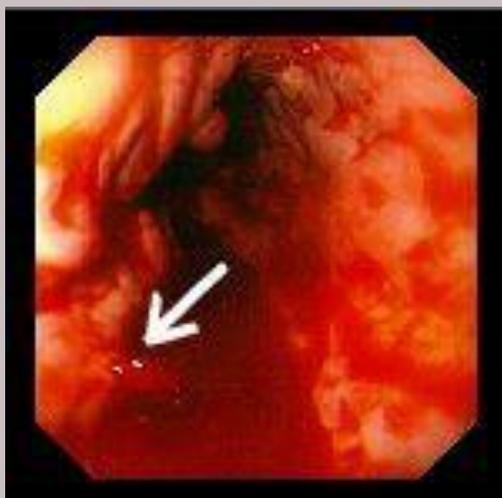
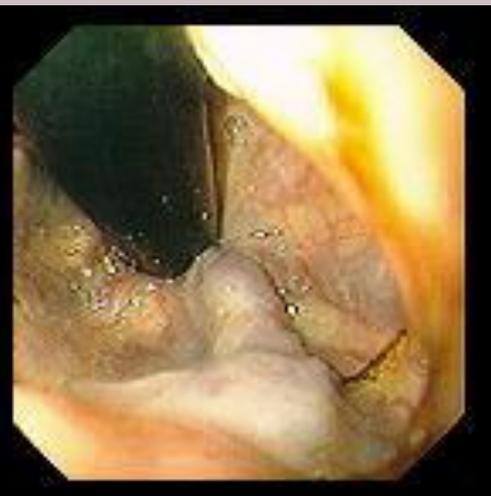
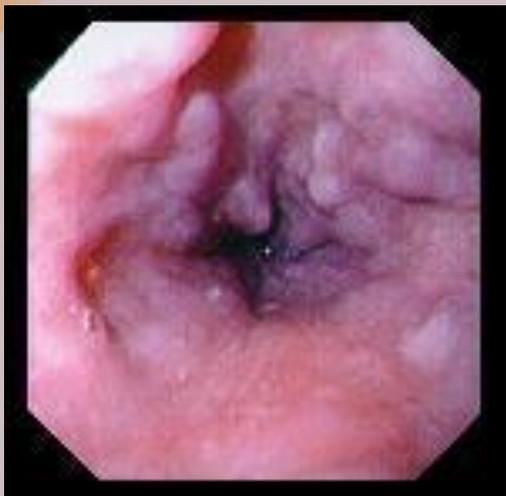


Геморрагический гастрит



Геморрагический эзофагит

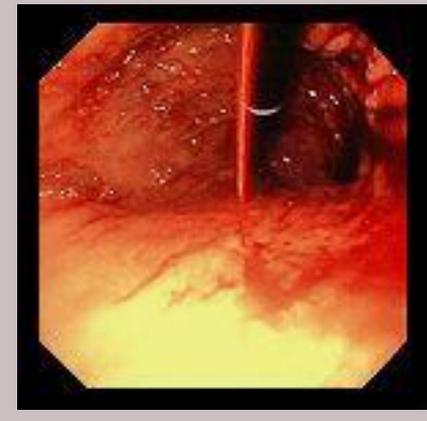
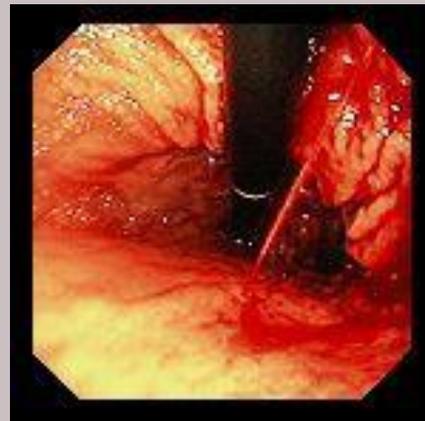
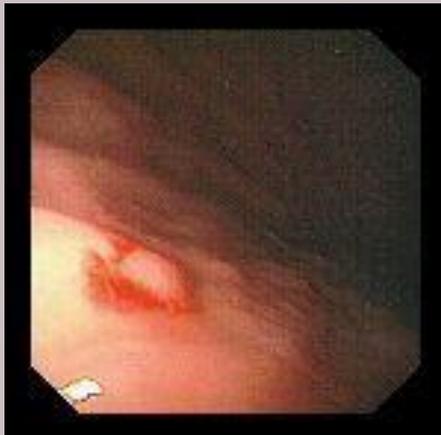
Варикозно-расширенные вены пищевода



Ангиодисплазии

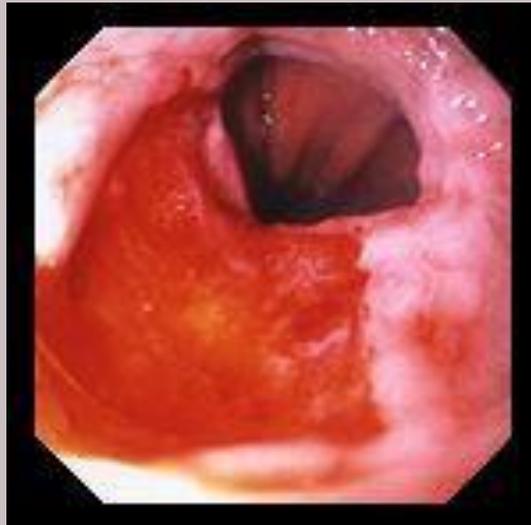
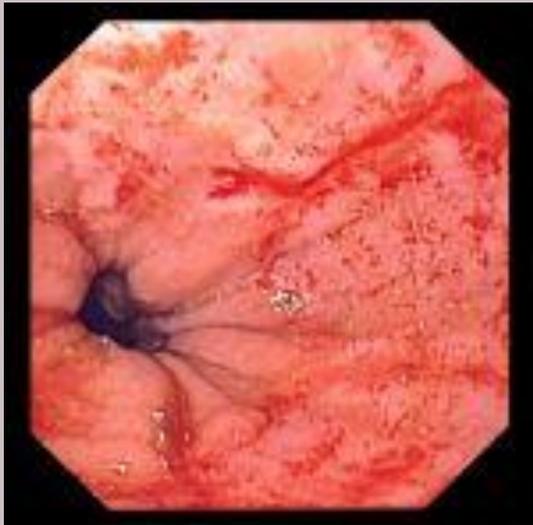


Синдром Дъелафуа





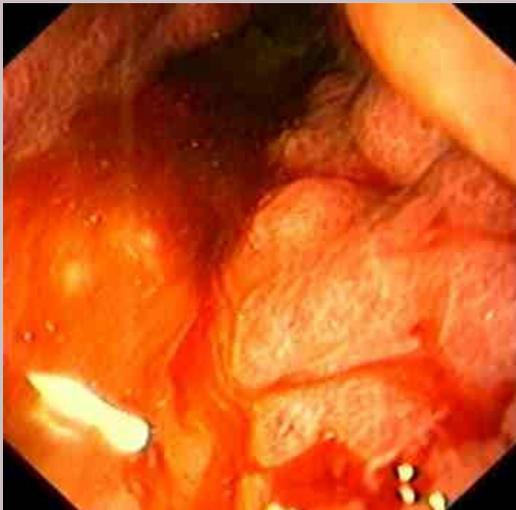
Синдром Мэлори-Вейсса



Опухоли ЖКТ



Доброкачественные –
лейомиома желудка



Злокачественные –
аденокарцинома
желудка





Клинические проявления кровотечений из ВОПТ

- ✓ Крoвавая рвoта - 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



Диагностическая программа

Цель:

- ▣ 1. Установить источник кровотечения
- ▣ 2. Установить степень кровопотери
- ▣ 3. Установить продолжается ли кровотечение или нет.

Диагностическая программа

- ▣ 1. Собрать анамнез заболевания;
- ▣ 2. Произвести физикальное обследование;
- ▣ 3. Произвести пальцевое исследование прямой кишки;
- ▣ 4. Сделать экстренную ЭГДС;
- ▣ 5. Подсчитать частоту пульса и дать его характеристики;
- ▣ 6. Определить артериальное давление;
- ▣ 7. Подсчитать шоковый индекс;
- ▣ 8. Определить группу крови и резус фактор;
- ▣ 9. Сделать общий анализ крови;
- ▣ 10. Определить показатели гематокрита и вязкости крови;
- ▣ 11. Определить ЦВД;
- ▣ 12. ЭКГ.
- ▣ 13. Сделать коагулограмму или тромбоэластограмму;
- ▣ 14. Определить дефицит циркулирующей крови;
- ▣ 15. Сделать общий анализ мочи;
- ▣ 16. Определить почасовой диурез;

Диагностическая программа



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



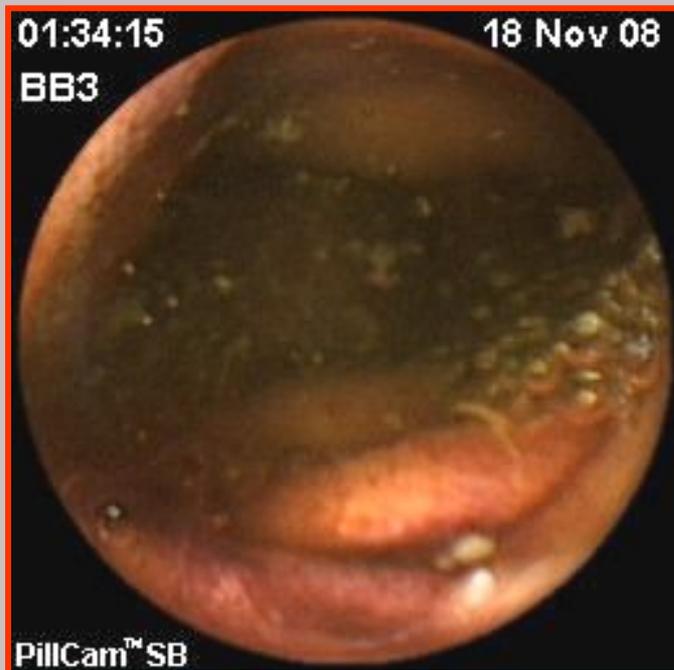
Определение вероятности рецидива кровотечения при эндоскопическом методе гемостаза



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

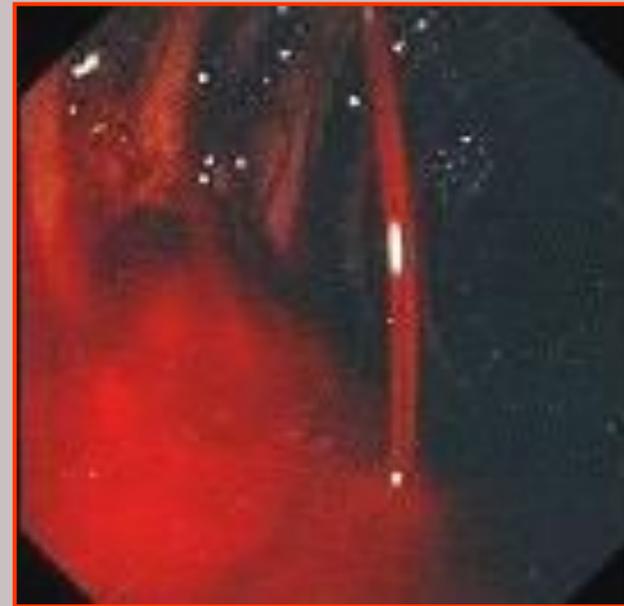
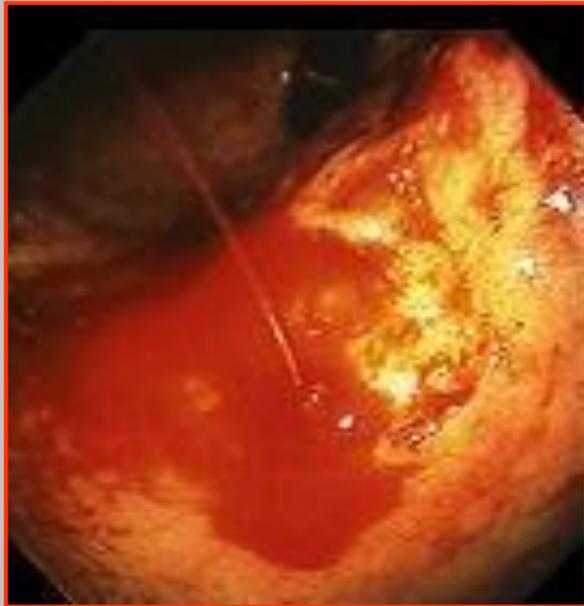


Классификация I.Forrest (1974)

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

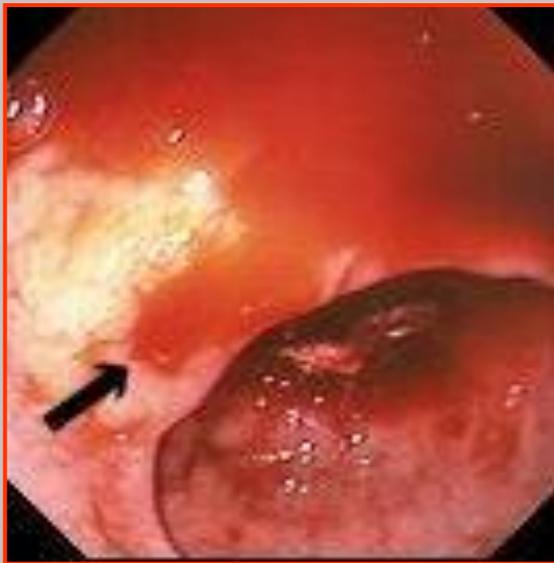
Форрест 1А (F1a) - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spouting hemorrhage))



При массивном артериальном кровотечении из язвы применяющиеся методики остановки кровотечения с помощью эндоскопа в большинстве 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)



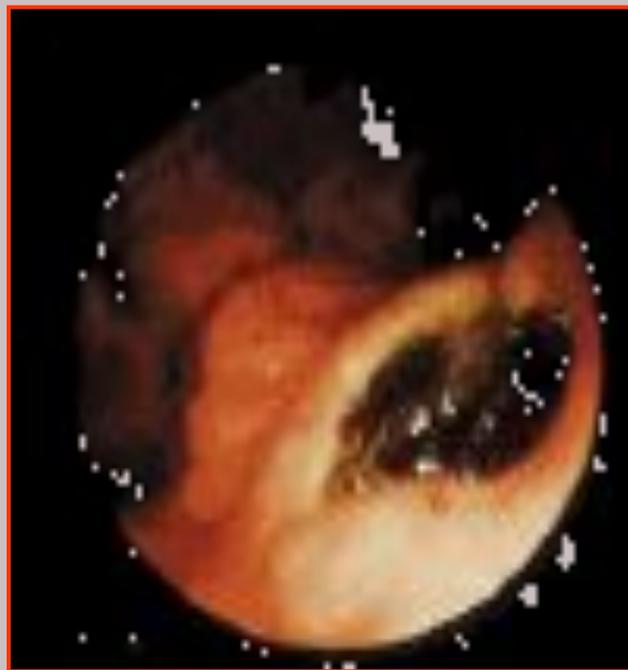
Состоявшееся кровотечение

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



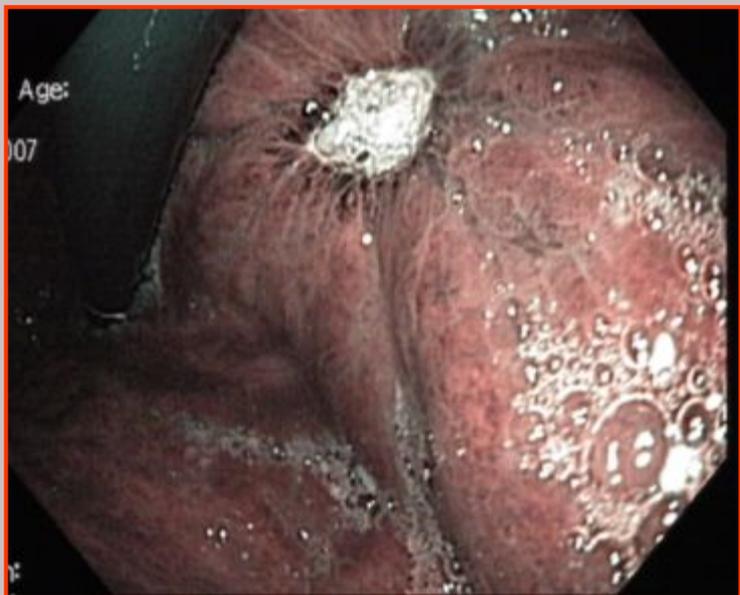
Состоявшееся кровотечение

Форрест 2В (F2b) - геморрагическое пропитывание
дна язвы, плоское черное пятно (black base)



Состоявшееся кровотечение

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



Российская классификация 2001 г

I. Продолжающееся кровотечение:

- a) массивное (струйное артериальное кровотечение из крупного сосуда);
- b) умеренное (излившаяся кровь из венозного или малого артериального сосуда быстро заливает источник после ее смывания и стекает по стенке кишки широкой струей; струйное артериальное кровотечение из мелкого сосуда, струйный характер которого периодически прекращается);
- c) слабое (капиллярное) - слабое подтекание крови из источника, который может быть прикрыт сгустком.

II. Состоявшееся кровотечение:

- a) наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, с большим количеством измененной крови со сгустками или содержимого типа "кофейной гущи";
- b) видимый сосуд с тромбом коричневого или серого цвета, при этом сосуд может выступать над уровнем дна, умеренное количество содержимого типа "кофейной гущи".
- c) наличие мелких точечных тромбированных капилляров коричневого цвета, не выступающих над уровнем дна, следы содержимого типа "кофейной гущи" на стенках органа.

III. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков бывшего кровотечения.

Тактика лечения определяется следующими показателями:

- 1) кровотечение продолжается
- 2) кровотечение спонтанно остановилось,
- 3) объем кровопотери,
- 4) источник кровотечения:
 - а) варикозно-расширенные вены пищевода;
 - б) спонтанный разрыв слизистой;
 - в) язва желудка, язва ДК (острая, хроническая, локализация, глубина, размеры, одиночная или множественные, возраст больного, пол, наличие *H. pylori*, доброкачественная или злокачественная).

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 (кларид) 250 мг. 2 раза в день. При отсутствии амоксициллина по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.

* метронидазол (трихопол) по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.

* Sol. Acidi aminosarcosinici 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.

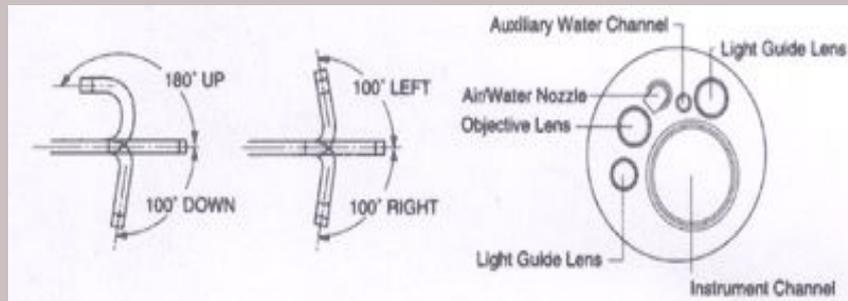


Для профилактики кровотечения из верхних отделов ЖКТ рекомендуются два вида терапии:

- 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.

Эндоскопические методы





Задачи эндоскопических методов:

Диагностические:

- Определение локализации источника кровотечения;
- Характеристика источника кровотечения (эрозия, язва, разрыв слизистой, опухоль, ангиодисплазия и пр.);
- Характеристика кровотечения:
 - активное (массивное, струйное, потоком, просачивание),
 - состоявшееся (тромбированный сосуд, сгусток, черные точки и пятна);
- Прогноз рецидива (эндоскопические критерии



Задачи эндоскопических методов:

Лечебные:

- Окончательный гемостаз;
- Временный гемостаз в качестве подготовки к хирургическому вмешательству;
- Профилактика рецидива при состоявшемся кровотечении.

Эндоскопические методы гемостаза

Медикаментозный орошение растворами медикаментов:

- ◆ гемостатиками: хлорид кальция, аминокaproновая кислота, капрофер и сосудосуживающими препаратами (мезатон, адреналин)
- ◆ денатурирующими препаратами (этиловый спирт и др.)

нанесение пленкообразующих препаратов (лифузоль, статизоль)

инфильтрационный гемостаз:

- ◆ раствором адреналина
- ◆ физиологическим раствором (гипертоническим)
- ◆ медицинским клеем
- ◆ цианакрилатами
- ◆ силиконовыми композициями
- ◆ масляными растворами
- ◆ спирт-новокаиновыми смесями

Механический

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

Физический

- термовоздействие
- криовоздействие
- электрокоагуляция
 - ◆ монополярная
 - ◆ биполярная
- лазерная фотокоагуляция
- плазменная коагуляция
- радиоволновое воздействие



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%**

Риск рецидива:

Абсолютные критерии:

- Кровотечение из большой каллезной язвы диаметром более 3 см (желудок) или 2 см (ДПК);
- Уровень Hb менее 50 г/л.

Относительные критерии:

Показатели	Критерии	Баллы
Клиническая характеристика	Высокая интенсивность кровотечения	1
	Коллапс в анамнезе	1
Эндоскопическая характеристика гемостаза	Эндоскопический гемостаз	1
	Видимый тромбированный сосуд	1
	Фиксированный сгусток	1
Эндоскопическая характеристика язвы	Желудок – более 1,3 см	1
	ДПК – более 0,8 см	1

Более 2 баллов – рецидив с достоверностью 92%

Медикаментозный гемостаз

Орошение растворами медикаментов и нанесение пленкообразующих препаратов

Гемостатические препараты:

- Кальция хлорид
- Аминокапроновая кислота
 - Капрофер
 - Феракрил

Сосудосуживающие препараты:

- мезатон
- адреналин.

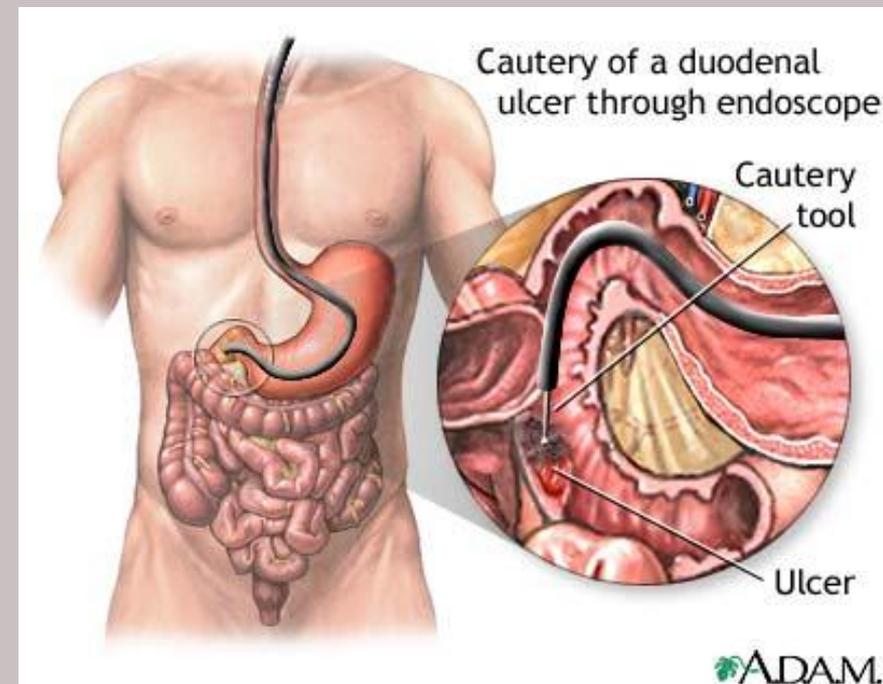
Денатурирующие препараты:

- спирт этиловый 96%

Пленкообразующие препараты:

- лифузоль, гастрозоль, статизоль
- МК-6, МК-7, МК-8

Используется при капиллярных кровотечениях, для профилактики рецидива и в комплексном лечении!



Инфильтрационный гемостаз

Методики:

- Достижение механического сдавления:
 - ❖ Гипертонический р-р адреналина;
 - ❖ Фибриновая пломбировка (берипласт);
 - ❖ Цианокрилаты (гистоакрил);
 - ❖ Двухкомпонентные силиконовые композиции (СКНМ-НХ);
 - ❖ Масляные р-ры витаминов;
 - ❖ 5% р-р глюкозы;
 - ❖ Спирто-новокаиновые смеси.
- Усиление тромбообразования:
 - ❖ Спирт 96%;
 - ❖ Этоксисклерол 1%

Применяется практически во всех случаях локального кровотечения как самостоятельный метод или в комбинации с другими методиками.



Механический гемостаз

Клипирование -
наложение
металлических скобок
на видимый сосуд или
очаг кровотечения.

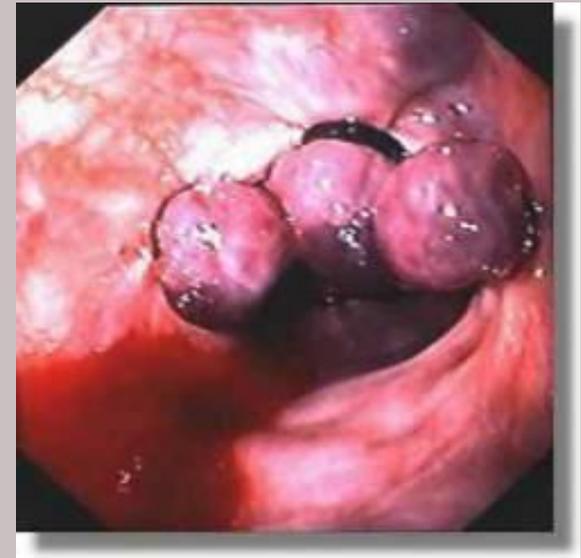
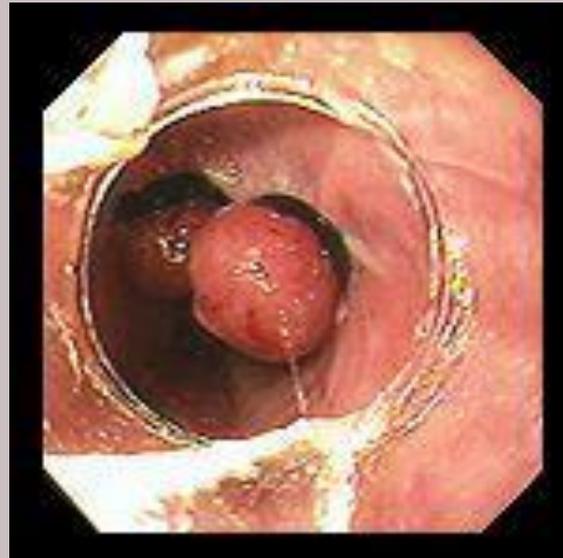
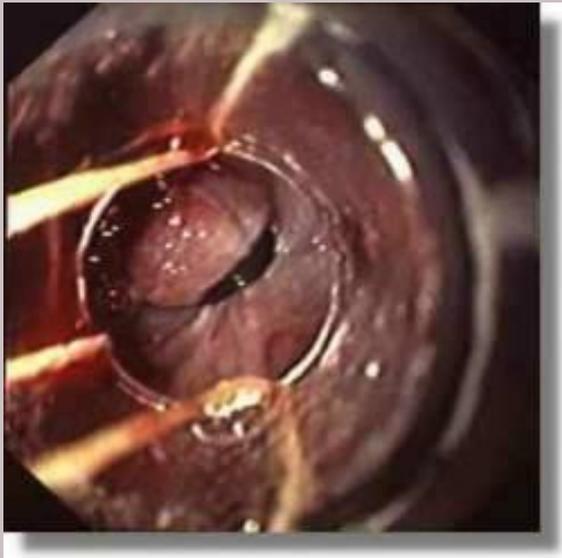
Показания:

- Видимый кровоточащий или некровоточащий сосуд,
- Кровотечение с ограниченной поверхностью



Механический гемостаз

Лигирование - присасывание варикозного узла и набрасывание резинового кольца на его основание для того, чтобы прервать кровоток.



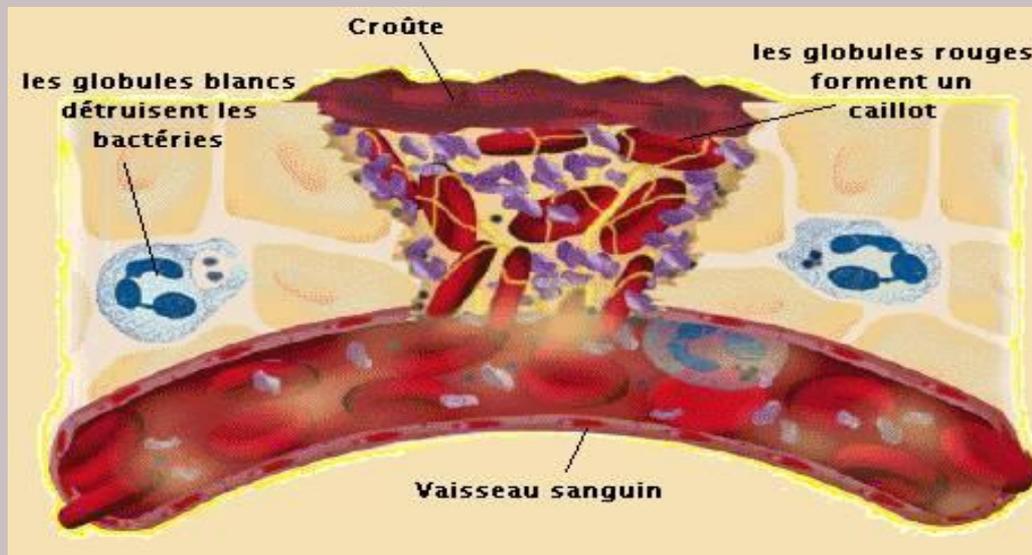
Физический гемостаз

Электрокоагуляция – это воздействие на ткани переменного тока высокой частоты (500 кГц – 2 МГц), который приводит к выделению большого количества тепла, но не влияет на эндогенные электрические процессы.

Гемостаз обеспечивается сдавлением сосуда образующимся струпом и усилением тромбообразования

Методы:

- Монополярная
- Биполярная
- Фульгурация
- Десикация
- Коагуляция на протяжении



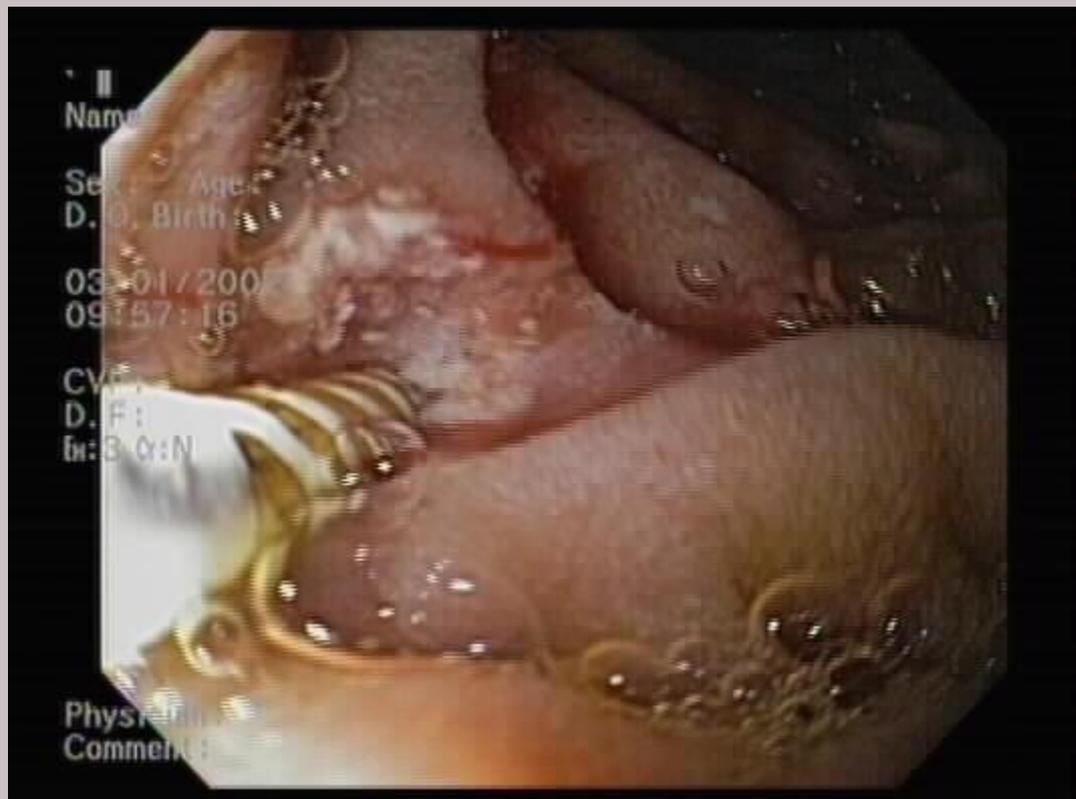
Электрокоагуляция

Показания к монополярной коагуляции:

- Кровотечения из распадающихся опухолей;
- Кровотечения из дна хронической язвы;

К биполярной коагуляции:

- Активные кровотечения при острых эрозивно-язвенных поражениях;
- С-м Мэллори-Вейсса;
- Профилактика рецидива при наличии тромбированного сосуда



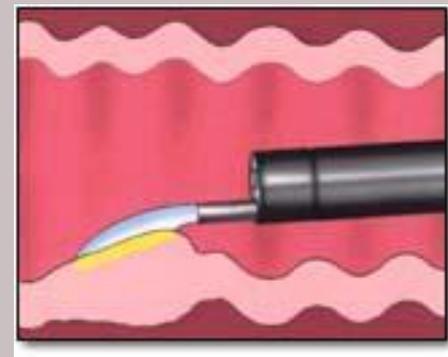
Опасность перфорации! Не рекомендуется применять при глубоких язвах, дивертикулах и диаметре сосуда более 1 мм!

Аргонноплазменная коагуляция

- это метод, при котором энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного и, тем самым, электропроводящего газа - аргона (аргоновая плазма).

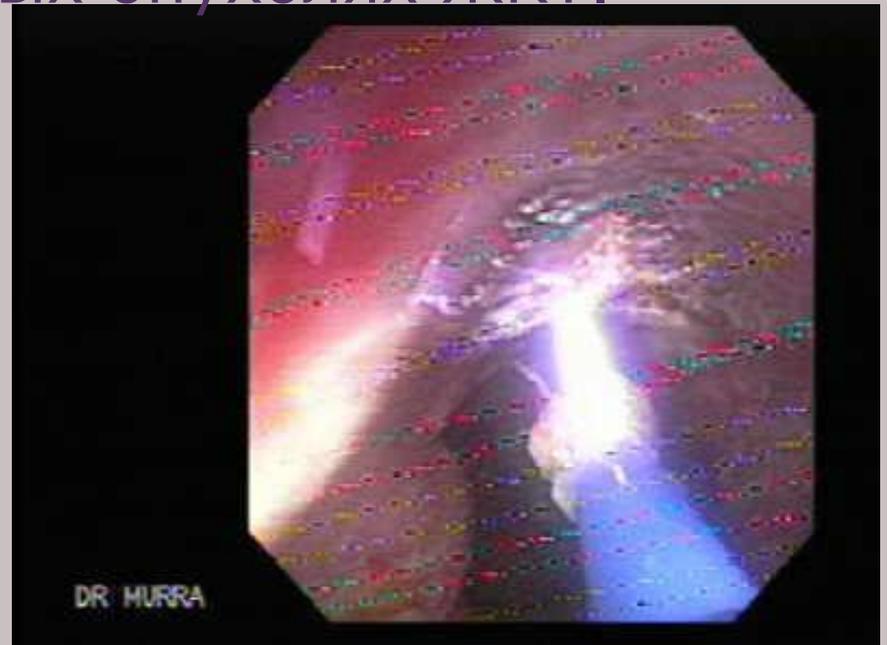
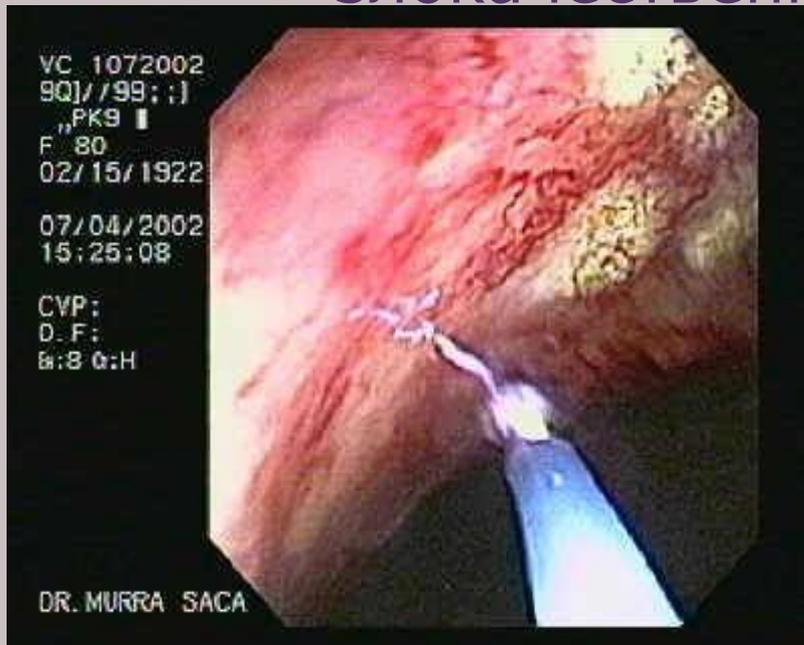
Преимущества:

- максимальная глубина коагуляции составляет 3 мм;
- струя аргоновой плазмы может действовать не только в осевом направлении, но и в поперечном или радиальном, а также "стекать за угол";
- отсутствие дыма;
- "сродство" аргоновой плазмы к крови;
- меньшее закисление тканей, что способствует скорейшему заживлению.



Аргонноплазменная коагуляция

Применяется практически во всех случаях кровотечений из пищеварительного тракта, особенно эффективен метод при злокачественных опухолях ЖКТ.



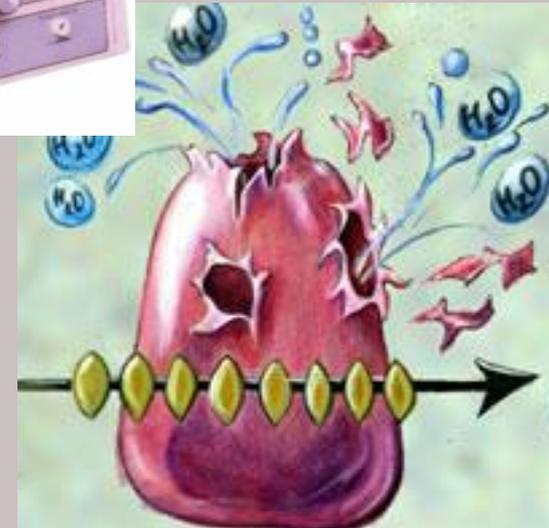
Радиоволновое воздействие

- Это метод, основанный на преобразовании электрического тока в радиоволны определенных диапазонов с выходной частотой 3,8 МГц, которые, концентрируясь на кончике электрода, повышают молекулярную энергию внутри каждой клетки и разрушают ее, вызывая нагревание ткани и

фактически испаряя клетку.
Возможна работа в режиме фульгурации (для активного струйного кровотечения) и коагуляции (подтекание крови и профилактика рецидива).

Достоинства:

- Меньшая травматизация окружающих тканей;
- Ускоренное заживление;
- Невозможность ожога пациента.





Методы эндоскопического гемостаза в зависимости от этиологии кровотечения

Язва желудка и 12 п\кишки

1. Клипирование видимого сосуда
2. Аргано-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



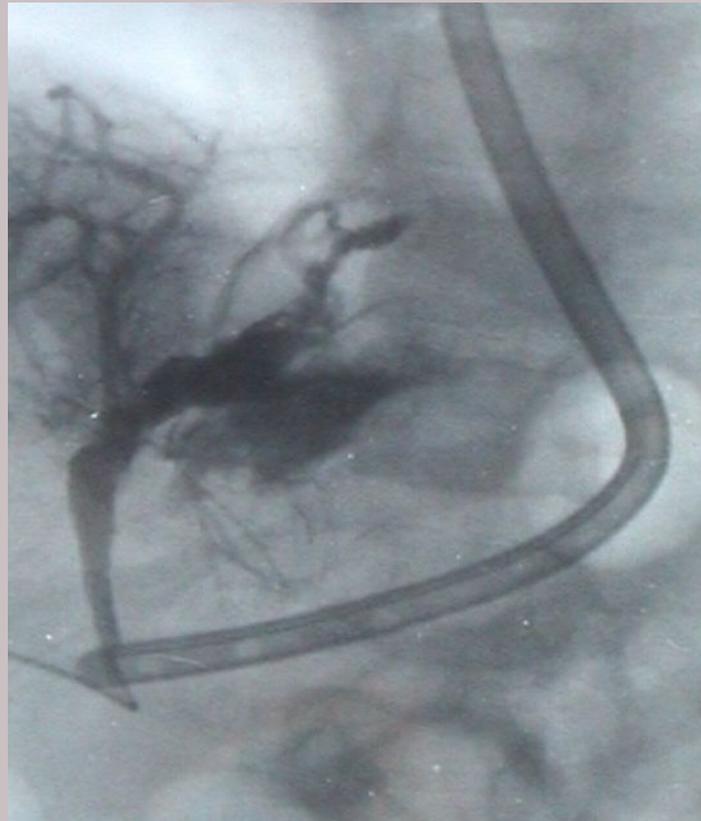
Ангиография расширенного
портокавального анастомоза



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 – экстрарагастрацию.

