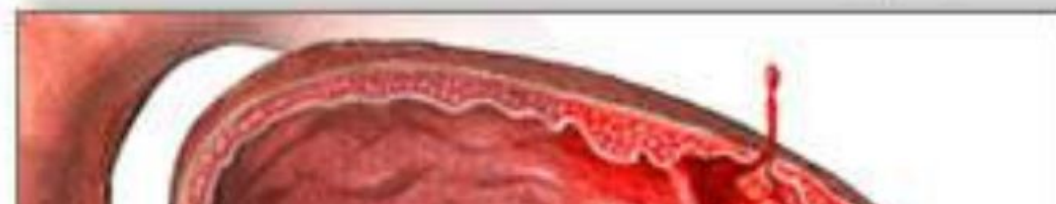
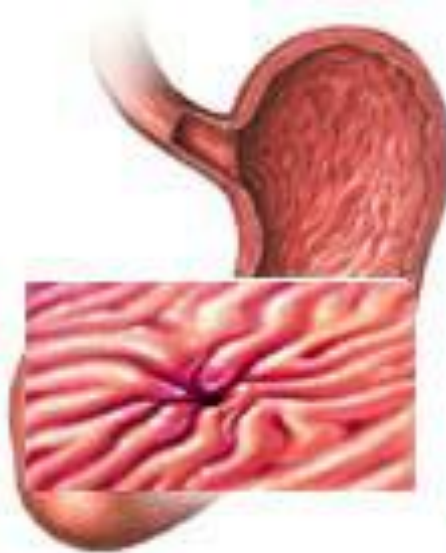


Желудочно-кишечные кровотечения



Наиболее частыми осложнениями язв желудка и двенадцатиперстной кишки являются:

- 1) кровотечение (5—10%),
- 2) перфорация (у 10%),
- 3) стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки (10—40%),
- 4) пенетрация язвы (5%).

Различают кровотечения

- скрытые (оккультные)
- проявляющиеся вторичной гипохромной анемией
- явные.

Клинические проявления кровотечений из ВОПТ кровотечений из ВОПТ

- Кровавая 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

- Спиральная компьютерная томография
- Фиброколоноскопия
- Капсульная эндоскопия
- Рентгено-энтерография
- Фиброэнтероскопия
- Радиоизотопная сцинтиграфия (Xr)
- Селективная ангиография



- Кровотечение при язвенной болезни является опаснейшим осложнением.
- Оно возникает вследствие аррозии ветвей желудочных артерий (правой или левой).
- При язве двенадцатиперстной кишки источником кровотечения являются аа. pancreaticoduodenales в области дна язвы.

Эндоскопическая классификация язвенных кровотечений по Форресту(1987г.)

- *F IA – струйное кровотечение из язвы*
- *F IB – капельное кровотечение из язвы*
- *F IIA – тромбированные сосуды на дне язвы*
- *F IIB – сгусток крови, закрывающий язву*
- *F IIC – язва без признаков кровотечения*
- *F III – источники кровотечения не обнаружены*



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.



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



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**



Эндоваскулярные методы гемостаза

Рентгеноперационный кардиоваскулярный комплекс





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

- Продолжающееся кровотечение, которое не удастся остановить используя и эндоскопические методики.
- Рецидив на фоне проводимого лечения.
- 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 – экстратегастрацию.**