

# ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ Ч. II

Кафедра госпитальной хирургии  
ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П.  
Павлова» Росздрава

# НИЗКИЕ ЖКК

- **Скрытые (окультурные)**
- **Явные**
  - легкие
  - среднетяжелые
  - тяжелые (массивные)

# ЭТИОЛОГИЯ НЖКК

- ангиодисплазии тонкой и толстой кишки (30%);
- дивертикулез кишечника (в том числе дивертикул Меккеля) (17%);
- опухоли и полипы толстой кишки;
- опухоли тонкой кишки (лимфомы);
- хронические воспалительные заболевания кишечника;
- инфекционные колиты;
- ишемические поражения кишечника;
- радиационный колит;
- туберкулез кишечника;
- геморрой и анальные трещины;
- инородные тела и травмы кишечника;
- аортокишечные свищи;
- гельминтозы

# АНГИОДИСПЛАЗИИ

## I типа

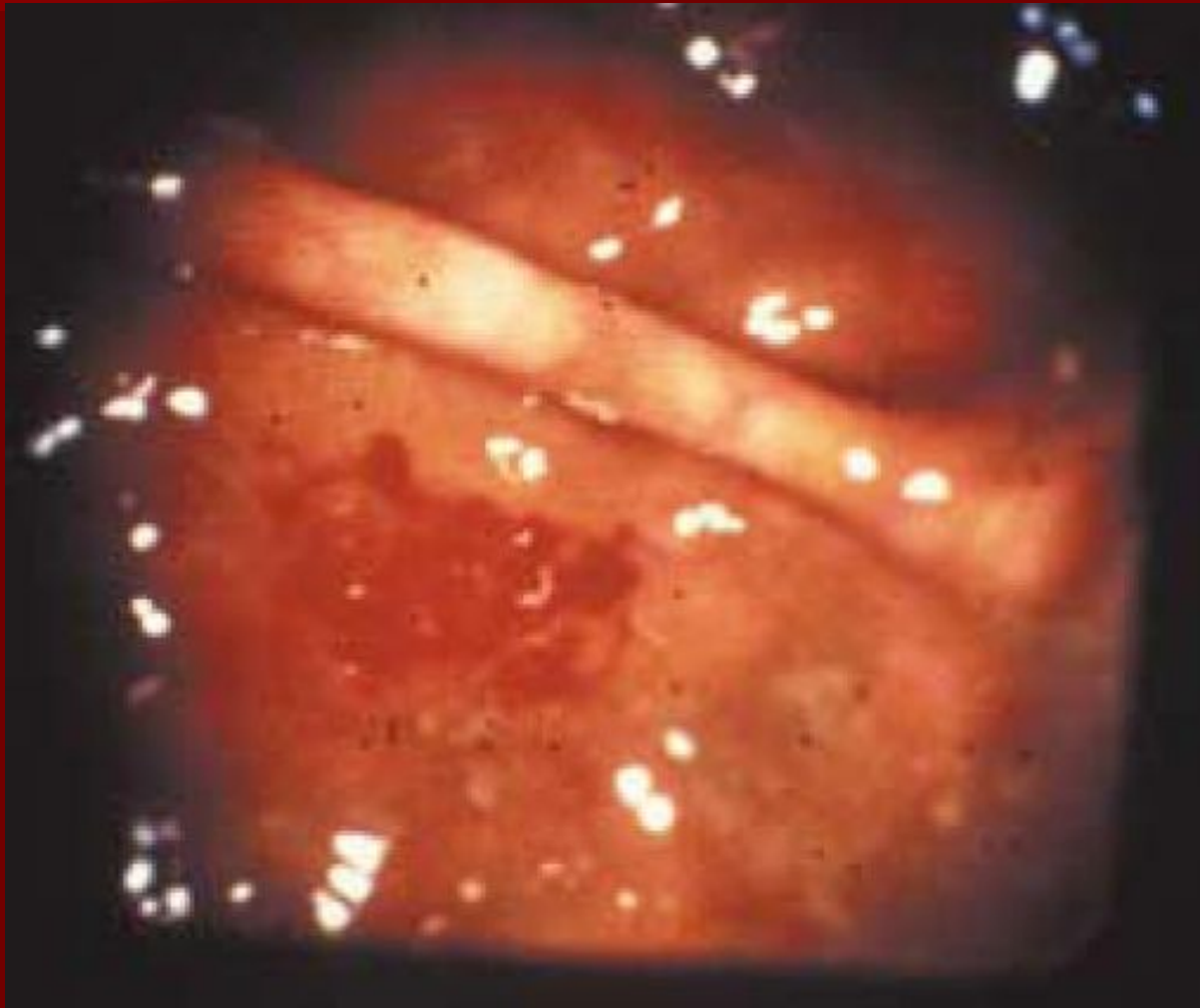
- выявляются "главным образом" у пожилых людей и локализуются в толстой кишке.
- размеры пораженных сосудов обычно не превышают 5 мм, что затрудняет их диагностику даже при лапаратомии
- нередко бывает сочетание указанных сосудистых изменений со стенозом устья аорты или пролапсом митрального клапана.

# АНГИОДИСПЛАЗИИ

## II типа

- носят, как правило, врожденный характер, выявляются у лиц моложе 50 лет
- локализуются в тонкой кишке
- имеют больший размер по сравнению с ангиодисплазиями I типа и обычно хорошо видны на операции

# Мальформация II типа (колоноскопия)



# АНГИОДИСПЛАЗИИ

## **III типа** (синдром Вебера — Ослера — Рандю)

- телеангиоэктазии, которые могут располагаться в любом отделе ЖКТ и сочетаться с телеангиоэктазией слизистой оболочки полости рта, носоглотки, а также кожных покровов
- синдром наследуется по аутосомно-доминантному типу, его признаки у родственников больного часто удается выявить при сборе семейного анамнеза

# Кровотечение из опухоли тонкой КИШКИ





# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

<b>ХАРАКТЕР КРОВОТЕЧЕНИЯ</b>	<b>ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК</b>
<b>Алая кровь, выделяется в виде капель или струйкой</b>	<b>Поражение прямой кишки (геморрой, трещины)</b>
<b>Прожилки алой крови в кале коричневого цвета</b>	<b>Поражение сигмовидной кишки</b>
<b>Темно-красная кровь, равномерно перемешанная с калом</b>	<b>Поражение проксимальных отделов толстой кишки</b>
<b>Черный дегтеобразный стул (мелена)</b>	<b>Поражение тонкой кишки</b>

# Диагностика НИЗКИХ ЖКК

- анамнез
- пальцевое ректальное исследование
- исследование кала на скрытую кровь
- anoscope
- ректороманоскопия
- колоноскопия
- enteroscopy
- enteroclysis
- angiography
- scintigraphy
- компьютерная томография и ЯМР
- диагностическая лапаротомия с интраоперационной enteroscopy, использованием красителей

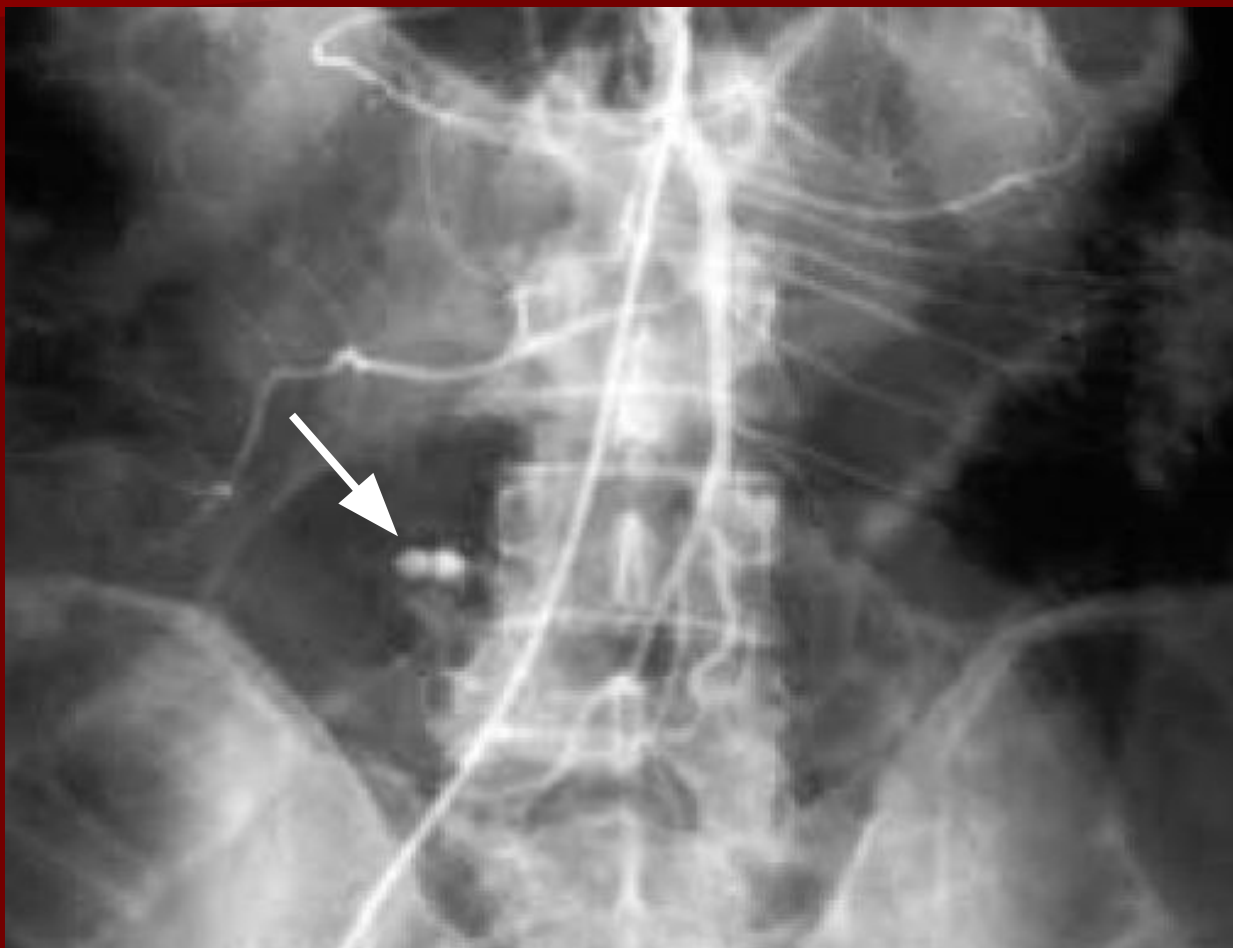
# **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БОЛИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ**

<b>ХАРАКТЕР БОЛЕЙ</b>	<b>ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ</b>
<b>Внезапные боли с последующим профузным кишечным кровотечением</b>	<b>Острые или хронические воспалительные заболевания кишечника</b>
<b>Боли предшествуют и сопровождают кишечное кровотечение</b>	<b>Разрыв аневризмы аорты в просвет тонкой кишки, инфаркт кишки</b>
<b>Боли в области прямой кишки, возникающие во время дефекации или после нее</b>	<b>Геморрой, анальные трещины</b>

# Целиако-мезентерикография

- дивертикулез и ангиодисплазия
- дает положительные результаты в 40 — 85 % случаях, если скорость кровопотери превышает 0,5 мл в 1 мин

# Мезентерикография

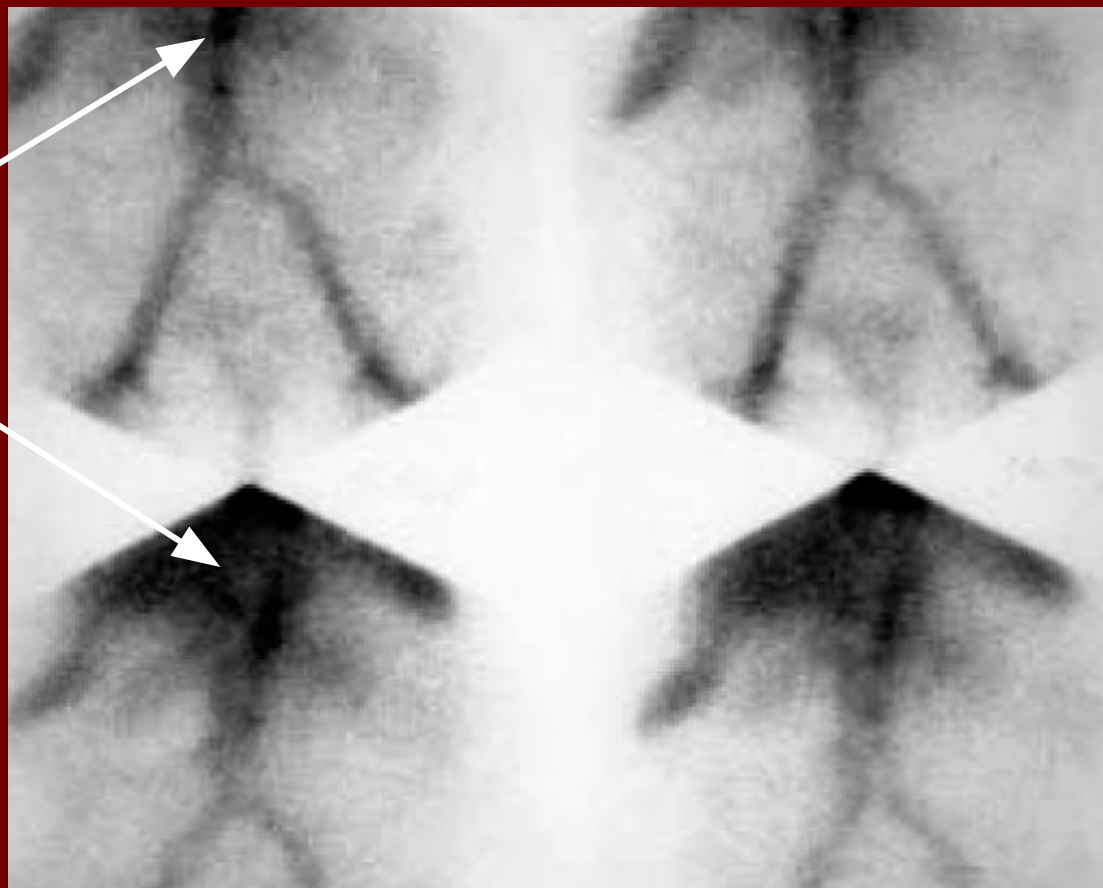


# Сцинтиграфия

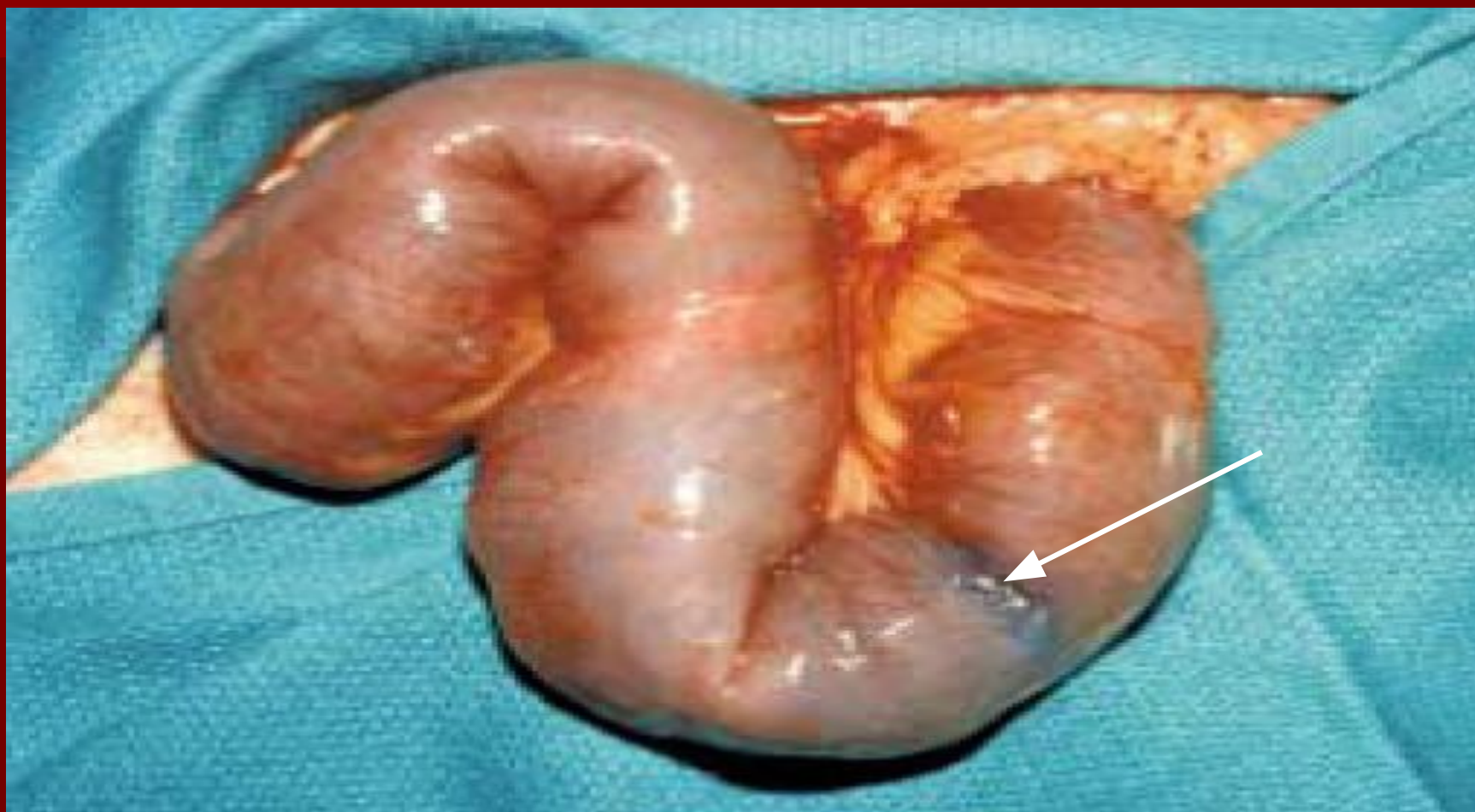
- проводится с эритроцитами, мечеными пертехнетатом технеция ( $^{99\text{m}}\text{Tc}$ ), или тромбоцитами, мечеными  $\text{In}$
- позволяет выявить источник кровотечения, если объем кровопотери превышает 0,05 — 0,1 мл в 1 мин

# Сцинтиграфия с эритроцитами, меченными $^{99m}\text{Tc}$

Скопление изотопа в  
области печеночной  
кривизны ободочной  
кишки



# Интравазальное введение метиленового синего во время операции





# НЕОТЛОЖНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ОЖКК

- ✓ **восстановить и поддерживать ОЦК (обеспечить функцию систем жизнеобеспечения организма)**
- ✓ **определить и воздействовать на источник кровотечения**
- ✓ **оценить степень кровопотери (показания к трансфузии)**
- ✓ **установить продолжается ли кровотечение или нет (показания к экстренной операции)**

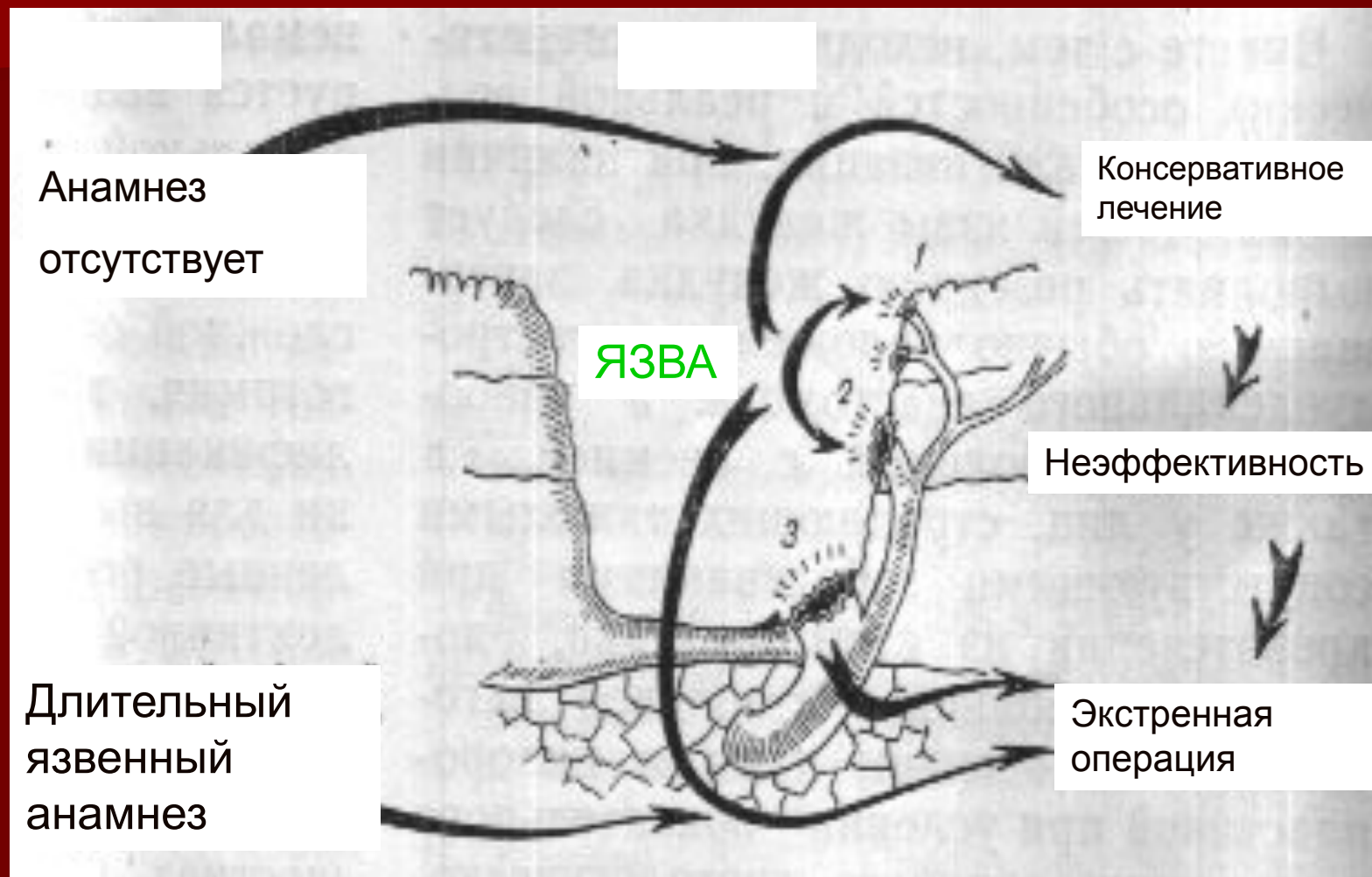
# ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА КРОВОТЕЧЕНИЯ

- - в крупную вену устанавливают катетер большого диаметра для измерения ЦВД, в одну из периферических вен руки – катетер для в/в инфузий
- - определяют группу крови, резус-совместимость, пробы
- - из вены берут кровь для определения уровня Эр, Нб, Нт, протромбинового времени и АЧТВ (дисфункция печени, коагулопатия)
- - для переливания крови заказывают сразу не менее 6 доз (одна доза – 500 мл). **Каждая доза эритромаcсы повышает гематокрит на 2-3%. И наоборот, потеря каждых 500 мл снижает гематокрит на 2-3%**
- - после начала инфузии (5% раствор глюкозы, при гипотонии декстраны, плазма, кровь) приступают к подробному сбору анамнеза. Каждые 30 мин измеряется уровень АД и ЦВД. При необходимости ставится зонд в желудок.

## ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ВЕРИФИКАЦИИ ФАКТА КРОВОТЕЧЕНИЯ

- **после стабилизации состояния больного** проводят ЭНДОСКОПИЮ и в случае ее неинформативности и продолжающемся кровотечении **СЕЛЕКТИВНУЮ АНГИОГРАФИЮ:**
  - эмболизация кровоточащего сосуда;
  - ангиографический катетер для введения вазопрессина в течение 2-6 суток.

# Тактика в зависимости от калибра сосудов при ЯГДК



# ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

## КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВИЛОСЬ. ИСТОЧНИК ИЗВЕСТЕН:

- **1. Язвенное** - если на дне язвы виден сосуд (FIIa) показан дополнительный эндоскопический гемостаз и последующее срочное (12-24 ч) хирургическое лечение. Если видимого сосуда нет – введение в желудок антацидов до pH в желудке 5,0.
- **2. Неязвенное** – консервативное лечение (восполнение ОЦК, гемостатическая терапия, направленная на профилактику рецидива кровотечения, подавление желудочной секреции).

## КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВИЛОСЬ, НО ИСТОЧНИК ВЫЯВИТЬ НЕ УДАЛОСЬ:

- - селективная ангиография
- - зонд в желудок и введение антацидов (под наблюдением за отделяемым из желудка) до pH выше 6,0

## КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

- **1. Язвенное** – эндоскопический гемостаз + введение соматостатина в/в. В случае профузного кровотечения, а также неэффективности или невозможности (эндоскоп заливаet кровью) эндоскопического гемостаза – экстренное оперативное лечение.
- **2. Неязвенное** – эндоскопический или эндоваскулярный гемостаз + прокоагулянты парентерально. При неэффективности – оперативное лечение.

# ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- Сочетание прободения и кровотечения.
- Гемодинамика не стабилизировалась после быстрого переливания 2500 мл крови.
- АД и ЧСС стабилизировалось, но для поддержания их на нормальном уровне требуется свыше 1500 мл крови менее чем за 24ч.
- Кровотечение продолжается более 24 ч.
- Рецидив кровотечения.
- Отсутствует достаточное количество крови.
- Неизбежно повторное кровотечение (например, при аорто-дуоденальном свище).  
(Donahue, P.E., Nyhus, L.M.; Mueller, X. Et al).

# **СРОЧНАЯ ОПЕРАЦИЯ (12-24 ч после остановки кровотечения)**

*Высокий риск рецидива язвенного кровотечения:*

- ▣ **F II a**
- ▣ **F I a, b** после экстренного эндоскопического гемостаза
- ▣ **F II b** при тяжелой степени кровопотери и локализации хронической язвы на малой кривизне желудка (особенно субкардиально) или задней стенке 12-перстной кишки.

# **ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ – ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ**

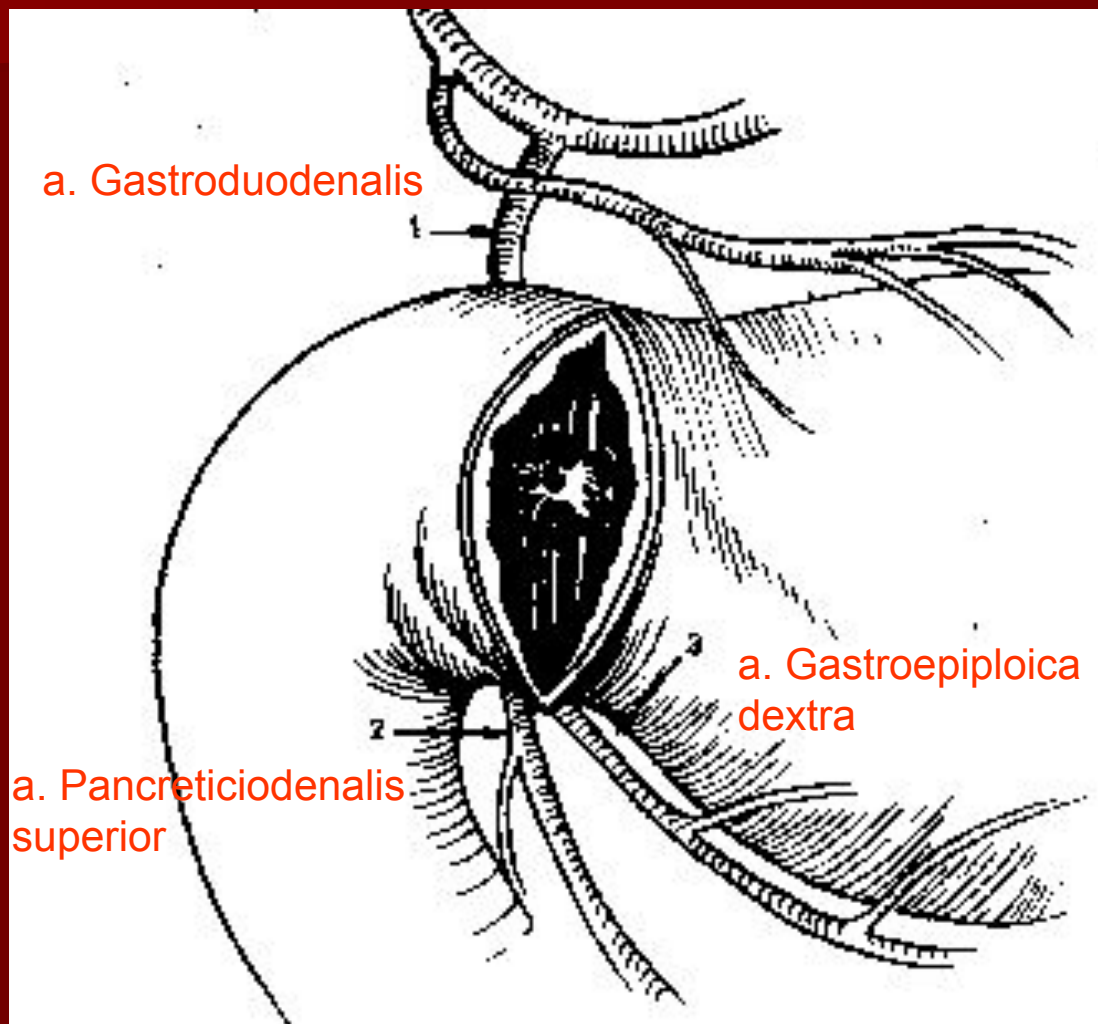
- **Два и более больших кровотечения в анамнезе (источник - хроническая язва желудка или 12-типерстной кишки)**
- **Множественные повторные язвенные кровотечения легкой и средней степени**



# **ВЫБОР МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

- **1880 год Eiselberg впервые выполнил иссечение кровоточащей язвы желудка.**
- **1882 van Kleef впервые произвел резекцию пилорического отдела желудка с язвой, осложненной кровотечением**
- **1952 год Weinberg - органосохраняющая операция: прошивание кровоточащего сосуда и пилоропластика с ваготомией при ЯГДК**

# КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ БАССЕЙНА а. Gastroduodenalis



# **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**Показания :**

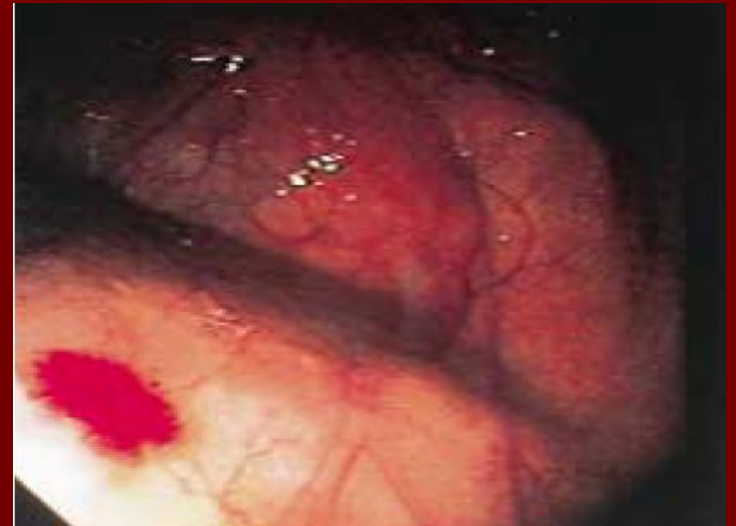
- ▣ Forrest I – II a – при язвенном не профузном кровотечении**
- ▣ Продолжающееся кровотечение из вен пищевода, острых язв, опухолей желудка**

# Методы эндоскопического гемостаза

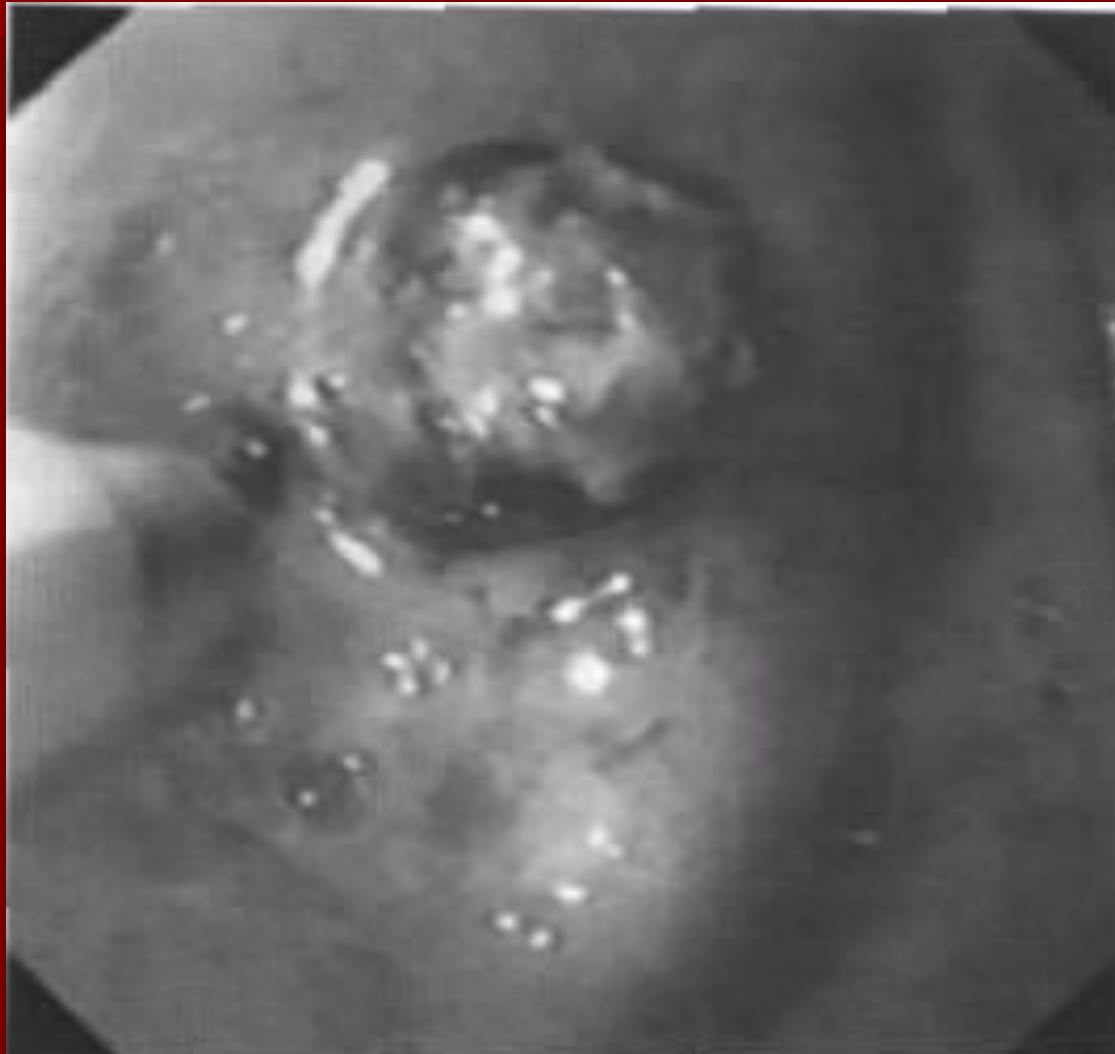
МЕТОДЫ	ТИП	ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ
Термические	Электрокоагуляция Термокаутеризация Лазерная фотокоагуляция Аргоноплазменная коагуляция.	Тромбоз сосуда в зоне кровотечения
Инъекционные	Адреналин Алкоголь. Склерозанты Цианакрилаты Тромбин Фибриновый клей	Вазоконстрикция Химическая коагуляция + дегидратация Клеевая пломбировка Клеевая пломбировка
Механические	Клипирование. Лигирование	Лигирование сосуда и источника желудочно-кишечного кровотечения

# Диатермокоагуляция при ангиодисплазии II типа

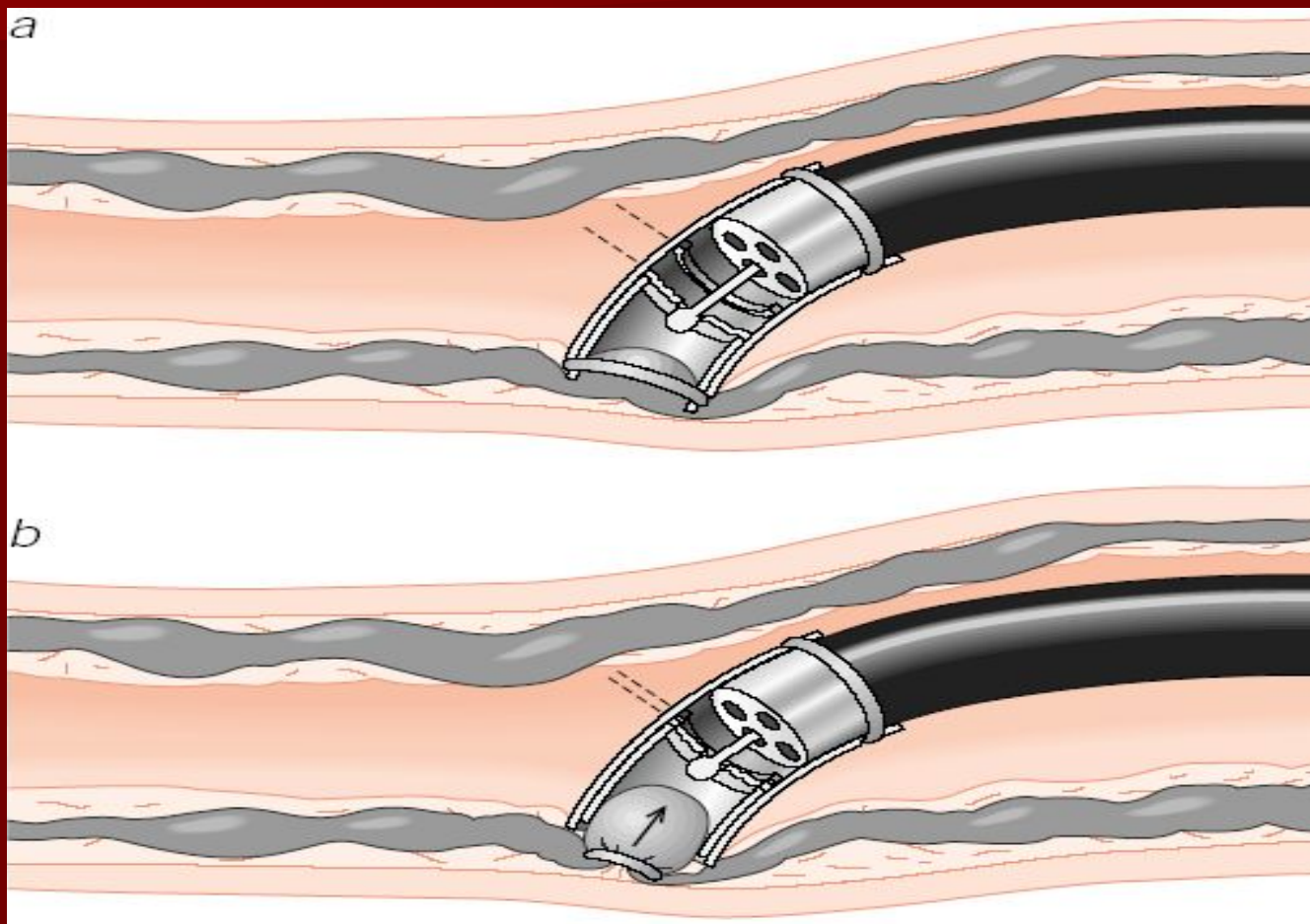
- Ангиодисплазия правых отделов colon
- После диатермокоагуляции



# Аргоноплазменная коагуляция язвы



# Эндоскопическое лигирование ВРВП



# КРИТЕРИИ ВЫСОКОГО РИСКА РЕЦИДИВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

## Клинические и лабораторные:

- Клинические признаки геморрагического шока
- Обильная рвота кровью и/или гематохез, обильная многократная мелена.
- Дефицит глобулярного объема, соответствующий тяжелой степени кровопотери.

## Эндоскопические:

- Продолжающееся артериальное кровотечение в момент исследования.
- Крупные тромбированные сосуды в язвенном кратере.
- Язвенный дефект большого диаметра и глубины.
- Локализация язвы в проекции крупных сосудов (задняя стенка луковицы 12 перстной кишки, высокие желудочные язвы по малой кривизне).

## Решающее правило (математические)



# ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- **Восполнение и поддержание ОЦК:**
  - трансфузия 10-20% альбумина 200-100 мл;
  - инфузия декстранов, рефортана (гиповолемический шок).
  - переливание свежей крови, эритроцитарной массы
- **Показания:**
  - Продолжающееся кровотечение.
  - Высокая угроза рецидива кровотечения.
  - Кровопотеря III степени.
- **Профилактика и лечение ДВС-синдрома:**
- - реополиглюкин 400-600 мл/сут + Гепарин 10 000 - 15 000 ЕД/сут

# Гемостатическая терапия (коагулопатии, синдром потальной гипертензии)

- ✓ **Питуитрин** в вену капельно 20-30 ед. (0,5 ед./мин) в 200 мл 5% раствора глюкозы в течение 15-20 минут, а затем в дозе 5-10 Ед каждые 30-40 минут для пролонгированного действия.
- ✓ **Вазопрессин** — в/в 20 ед на 100 мл 5% глюкозы со скоростью 0,2 ед в мин (1 мл/мин), не более 2 мл/мин.
- ✓ **Терлипрессин** (глипрессин, реместип) - 1 мг на 400 мл физ. раствора в течение 20-40 мин 2 раза в сутки.
- ✓ **Соматостатин**. Аналоги – стиламин и октреотид (сандостатин). Сандостатин применяется по 0,1 мг каждые 2 ч в течение 2 суток. Первую дозу препарата вводят внутривенно, последующие в/в или подкожно.
- ✓ **Нитроглицерин** (снижение АД на 30%). Внутривенное капельное введение 1% раствора из расчета 1 мл (10 мг) на 400 мл физраствора со скоростью 10-15 кап в минуту. Начало введения препарата после стабилизации АД выше 90 мм рт ст. Продолжительность 24-72 ч.
- ✓ 1% викасол 3 мл в/м; 12,5% дицинон 4 мл/сут в/в и др.

# ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ

- ✓ инъекционные  $H_2$  – блокаторы гистамина (квamatел)
- ✓ блокаторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, **ласек** и др.)
- ✓ антациды (фосфалюгель, альмагель, дебол) per os

# ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

- лечение язвенной болезни
- лечение рефлюкс-эзофагита (альмагель, фосфалюгель, мааллокс, H<sub>2</sub>-блокаторы)
- лечение печеночной недостаточности (эссенциале, солкосерил и др.)
- коррекция анемии (переливание эритромаcсы по 150-200 мл раз в неделю)
- лечение дисбактериоза

Живая проблема  
лучше мертвой  
уверенности !

