

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

Заведующий кафедрой:
д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

РЕФЕРАТ

Гастродуоденальные кровотечения – эндоскопическая и хирургическая тактика

Выполнила: ординатор 1 года обучения
Специальности 31.08.70 Эндоскопия
Иванова Юлия Андреевна

Красноярск, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Понятие и актуальность.....	3
Анатомия.....	3
Кровоснабжение.....	3
Гастродуоденальная секреция.....	4
Функция желудка и ДПК.....	4
Этиология и патогенез кровотечений.....	5
Клиническая картина.....	5
Диагностика и медицинская тактика.....	6
Эндоскопический гемостаз.....	9
Ведение больных с массивной кровопотерей.....	11
Медикаментозный гемостаз.....	11
Хирургическое лечение.....	12
Ведение больных с рецидивом кровотечения.....	12
Ведение больных с НПВС-ассоциированными кровотечениями.....	13
Послеоперационное ведение.....	13
Выводы.....	13
Список использованной литературы.....	14

ПОНЯТИЕ И АКТУАЛЬНОСТЬ

Острое гастродуоденальное кровотечение — тяжелое жизнеугрожающее состояние, проявляющееся истечением крови в просвет ЖКТ в результате различных патологических состояний и процессов верхнего отдела ЖКТ.

Несмотря на значительное снижение частоты язвенной болезни, частота кровотечений, к сожалению, сохраняется на прежнем уровне и представляет собой серьезное жизнеугрожающее состояние, требующее неотложной комплексной медицинской помощи. Частота ЖКК составляет в среднем 103 на 100000 взрослых за год, при этом средний возраст пациентов составляет 71 год. Наиболее высокая частота кровотечений у пожилых людей влечет за собой и более высокую смертность, что обусловлено наличием множественных сопутствующих патологий, несвоевременным обращением за медицинской помощью. Смертность в возрастной группе 60-80 лет составляет более 15%. Язвы остаются наиболее частой причиной кровотечений. Общая смертность при язвенных кровотечениях составляет 12%.

В настоящее время огромное значение в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений приобрела гибкая эндоскопия, позволяющая, во-первых, достоверно определить источник и локализацию кровотечения непосредственно при поступлении пациента в стационар, во-вторых, обеспечивает возможность проведения эндоскопического гемостаза (АПК, диатермокоагуляция, эндоклипирование, эндолигирование), что является малоинвазивной органосохраняющей манипуляцией и сокращает время оказания экстренной медицинской помощи, в-третьих, позволяет значительно снизить смертность при данной патологии.

Само внедрение в клиническую практику эндогемостаза помогло избежать большого числа экстренных операций, позволив принципиально иначе взглянуть на необходимость оперативного лечения многих пациентов с ОГДЯК или, как минимум, дав возможность отсроченного проведения операции после соответствующей подготовки больных.

АНАТОМИЯ

Желудок – полый мышечный орган пищеварительного тракта, расположен в левой половине верхнего этажа брюшной полости, и лишь выходной отдел его располагается правее срединной плоскости тела. На переднюю брюшную стенку он проецируется в области левого подреберья и эпигастральной области. В желудке различают кардиальную часть (кардию), дно, тело, антральный отдел и пилорический канал. Привратник является границей между желудком и двенадцатиперстной кишкой.

Двенадцатиперстная кишка огибает головку поджелудочной железы. У связки Трейтца образует двенадцатиперстно-тощекишечный изгиб. Длина двенадцатиперстной кишки равна 25— 30 см. В ней различают верхнюю горизонтальную, нисходящую, нижнюю горизонтальную и восходящую части. На заднемедиальной стенке нисходящей части расположен большой сосочек двенадцатиперстной кишки — место впадения в кишку общего желчного протока и протока поджелудочной железы.

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ

Артериальное кровоснабжение желудка и двенадцатиперстная кишка получают из ветвей чревного ствола. Сосуды желудка, анастомозируют друг с другом и образуют

разветвленную сеть внутривенных сосудов: левая желудочная артерия из чревного ствола анастомозирует с правой желудочной артерией из правой печеночной артерии, а левая желудочно-сальниковая артерия анастомозирует с правой желудочно-сальниковой артерией. Это затрудняет самопроизвольную остановку кровотечения.

Вены соответствуют расположению артерий. Они являются притоками воротной вены. Венозное сплетение в подслизистом слое кардии соединяет систему воротной вены с нижней полую вену, образуя естественный портокавальный анастомоз. Иногда варикозно-расширенные вены этого сплетения (при портальной гипертензии) могут стать источником кровотечений.

ДПК кровоснабжается дуоденальными ветвями передних и задних панкреатодуоденальных артерий, которые образуют одноименные анастомозы с нижними артериями.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ

В слизистой оболочке желудка различают три железистые зоны:

- Зона кардиальных желез, выделяющих слизь.
- Зона фундальных (главных) желез, содержащих четыре вида клеток: главные (выделяют пепсиногены); париетальные, или обкладочные (на их мембране имеются рецепторы для гистамина, ацетилхолина, гастрин; выделяют соляную кислоту — HCl); добавочные, или промежуточные (выделяют растворимую слизь, обладающую буферными свойствами); недифференцированные клетки являются исходными для всех остальных клеток слизистой оболочки. Общая площадь фундальных желез около 3,5 м².
- Зона антральных желез, выделяющих растворимую слизь с pH, близким к pH внеклеточной жидкости, содержит эндокринные G-клетки (вырабатывают гормон гастрин), S-клетки (вырабатывают секретин), I-клетки (вырабатывают холецистокинин). Помимо гастрин, слизистая оболочка желудка вырабатывает "внутренний фактор Кастла" (фундальный отдел), гастрон, глюкагон, что позволяет рассматривать желудок как эндокринный орган.

В слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки между экзокринными клетками расположены эндокринные: G-клетки (вырабатывают гастрин), S-клетки (вырабатывают секретин), I-клетки (вырабатывают холецистокинин).

У здорового человека в условиях покоя в течение часа выделяется около 50 мл желудочного сока. Желудочный сок способен повреждать и переваривать живые ткани благодаря наличию в нем HCl и пепсина, что лежит в основе патогенеза развития язвенной болезни, которая зачастую осложняется гастродуоденальным кровотечением.

В желудке здорового человека агрессивные свойства кислотно-пептического фактора желудочного сока ослабляются действием принятой пищи, проглоченной слюной, секретиромой щелочной слизи, забрасываемым в желудок щелочным дуоденальным содержимым и влиянием ингибиторов пепсина.

ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДПК

В желудочную фазу пищеварения принятая пища подвергается химической, ферментативной и механической обработке. Соляная кислота желудочного сока оказывает бактерицидное действие на содержимое желудка. Антральный отдел желудка,

пилорический канал, двенадцатиперстная кишка представляют единый комплекс моторной активности ("пилороантральная помпа или мельница").

В двенадцатиперстной кишке осуществляется переваривание всех пищевых ингредиентов, она регулирует функции гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, секреторную и моторную функции желудка и кишечника. В двенадцатиперстной кишке желудочный химус подвергается дальнейшей механической и химической обработке. Происходит переваривание всех пищевых ингредиентов протеолитическими, амилолитическими и липолитическими ферментами.

Желудок и двенадцатиперстная кишка участвуют в гемопоезе, оказывают влияние на многообразные функции различных систем организма, участвуют в межклеточном обмене веществ, обеспечивают регуляцию гомеостаза крови.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Этиология кровотечений может быть язвенная и неязвенная. К кровотечениям язвенной природы относится язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвы Деллафуа; к кровотечениям неязвенной природы можно отнести синдром Меллори-Вейсса, варикозное расширение вен пищевода и желудка, острые эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, рак ДПК).

Кроме того, язва может сочетаться с другими осложнениями язвенной болезни (перфорация, стеноз, пенетрация), а также встречается рецидивная язва после операций на желудке, также способная осложниться кровотечением.

Гастродуоденальное кровотечение является опаснейшим и жизнеугрожающим состоянием. Оно возникает вследствие язвенной аррозии ветвей желудочных артерий (правой или левой). При язве двенадцатиперстной кишки источником кровотечения являются aa. pancreaticoduodenales в области дна язвы.

При синдроме Меллори-Вейсса причиной кровотечения являются поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, а при варикозном расширении вен пищевода и желудка кровотечение возникает в результате патологического увеличения портокавального градиента давления. При онкологической патологии кровотечения обусловлены распадом опухоли и аррозивным повреждением сосудов.

Следует также отметить важность фоновых состояний, таких, как гемостазиологическая патология – тромбоцитопения, тромбоцитопатия, заболевания свертывающей системы крови; гипертоническая болезнь; аневризмы сосудов, цирроз печени, злоупотребление алкоголем.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Ранними признаками острой кровопотери являются внезапная слабость, головокружение, тахикардия, гипотония, иногда обморок.

Позже возникает кровавая рвота (при переполнении желудка кровью), а затем мелена. Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или желудочное содержимое цвета "кофейной гущи") зависит от превращения гемоглобина под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин.

Множественная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении; повторная рвота кровью через длительный промежуток времени — признак возобновления кровотечения.

При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению испражнений в виде "вишневого желе" или примеси малоизмененной крови. Острые желудочно-кишечные кровотечения, основным признаком которых является только мелена, имеют более благоприятный прогноз, чем кровотечения, проявляющиеся прежде всего обильной повторной кровавой рвотой. Наиболее высока вероятность неблагоприятного прогноза при одновременном появлении кровавой рвоты и мелены.

Источником кровотечения, возникающего в период обострения у лиц молодого возраста, чаще является язва двенадцатиперстной кишки, у больных старше 40 лет — язва желудка. Перед кровотечением нередко боль усиливается, а с момента начала кровотечения — уменьшается или исчезает (симптом Бергмана). Уменьшение или устранение боли пептического характера связано с тем, что кровь нейтрализует соляную кислоту.

Кровотечение может быть первым признаком язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, протекавшей до этого бессимптомно (около 10%), или проявлением остро возникшей язвы (стрессовая язва).

При осмотре обращают на себя внимание страх и беспокойство больного. Кожные покровы бледные или цианотичные, влажные, холодные. Пульс учащен; артериальное давление может быть нормальным или пониженным. Дыхание учащенное. При значительной кровопотере больной испытывает жажду, отмечает сухость слизистых оболочек полости рта.

ДИАГНОСТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ТАКТИКА

Немедленной госпитализации подлежат в больные с клиническими признаками желудочно-кишечного кровотечения, как продолжающегося, так и состоявшегося.

В ходе диагностики в приемном отделении следует выяснить наличие симптомов кровотечения и кровопотери (указаны ранее), а также данных анамнеза: наличие боли в эпигастрии, изжогу до кровотечения, наличие симптома Бергмана — исчезновение болей в эпигастрии после кровотечения; наличие язвенного анамнеза, наследственно детерминированного заболевания; наличие эпизодов кровотечения в анамнезе; ранее перенесенная операция-ушивание прободной язвы; наличие факторов, провоцировавших кровотечение (прием лекарственных препаратов (НПВС, ГКС и тромболитики), алкоголь, стресс).

Желтуха, болезни гепатобилиарной зоны, алкоголизм указывают на кровотечение при портальной гипертензии.

Почти патогномичным симптомом для синдрома Маллори-Вейсса является кровавая рвота, появляющаяся после многократной рвоты без примеси крови, чаще всего после употребления алкоголя или тяжелой физической работы.

Наличие «малых желудочных» жалоб, похудание, признаки дисфагии свидетельствуют о раке желудка.

При внешнем осмотре и физикальном обследовании можно выявить беспокойство больного, испуг или апатия, сонливость, при тяжелой степени кровопотери – психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации; бледность кожных покровов, кожа покрыта потом; характер пульса частый, слабого наполнения; АД имеет тенденцию к снижению в зависимости от степени кровопотери; ЧДД имеет тенденцию к учащению.

К клиническим признакам нестабильного гемостаза можно отнести развитие у пациента геморрагического шока, тяжелую степень кровопотери, признаки ДВС-синдрома.

К обязательным срочным лабораторным исследованиям относятся:

1. Общий анализ крови однократно с определением Ег, Нв, Нт каждые 6 часов в первые сутки, затем 2 раза в сутки до достижения Нв до 100 г/л.
2. Однократно (в первые 2 часа после поступления):
 - группа крови, Rh-фактор,
 - общий анализ мочи,
 - биохимический анализ крови (сахар крови, билирубин, креатинин, общий белок).
 - коагулограмма (ПТИ, ПТВ, фибриноген, время свертывания крови).

Инструментальная диагностика

Пациентами с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации, а также стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest (1974). Результаты ЭГДС определяют дальнейшую тактику лечения.

Показанием к повторной динамической эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) являются: необходимость активного мониторинга источника кровотечения в связи с сохраняющимся риском его рецидива (активная контрольная ЭГДС); рецидив кровотечения, развившийся в стационаре у больного высокого операционно-анестезиологического риска с язвенным кровотечением, либо у больного с кровотечением неязвенной этиологии ("ЭГДС по требованию").

Неотложную эндоскопию целесообразно проводить в специально оборудованном эндоскопическом кабинете и при проведении исследования необходимо осматривать все отделы желудочно-кишечного тракта, независимо от того, какое количество источников кровотечения обнаружено в пищеводе или проксимальных отделах желудка. При угрожающих жизни тяжелых гастродуоденальных кровотечениях и нестабильном состоянии больного эндоскопия проводится либо в реаниматологическом отделении, либо на операционном столе.

Неотложная эндоскопия при выявлении ЖКК преследует четыре цели, которые все важны для хирурга: 1) установление точного диагноза, 2) выявление точной локализации источника, 3) определение риска рецидива и 4) эндоскопический гемостаз.

Неотложная эндоскопия обеспечивает отличную возможность сортировки больных с ЖКК. План лечения формулируется после учёта общего состояния больного, степени кровопотери, локализации и размера язвы, наличия или отсутствия признаков кровотечения. Наличие *N. pylori* у пациента можно определить CLO – тестом. После этого может быть принято рациональное решение, согласно имеющемуся алгоритму, может ли пациент выписываться, показан ли эндоскопический гемостаз, наблюдение, или операция.

Отказ от экстренной эндоскопической диагностики может быть оправдан при продолжающемся профузном кровотечении, особенно если по данным анамнеза и имеющимся в распоряжении врача медицинским документам можно предположить его язвенную этиологию.

Таким, образом на основании полученных данных осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования кровотечение можно классифицировать по степени кровопотери:

Тяжесть кровопотери	Дефицит ОЦК (в %)	Критерии диагностики (1 и 2 отдельно или в совокупности *)	
		1. Клинические проявления	2. Уровень Hb, Ht
I степень	≤ 15%	Ортостатическая тахикардия или отсутствие симптомов	Hb ≥ 100г/л Ht 40-45%
II степень	15-25%	Ортостатическая гипотензия (АД ↓ > 15 мм рт. ст.) тахикардия (ЧСС ↑ чем на 20 уд.в /мин)	Hb 30-100 г/л Ht 30-40 %
III степень	25-35%	Артериальная гипотензия (80 < АД сист. < 100 мм.рт.ст.), тахикардия (ЧСС > 100 в мин). Тахипноэ (30 > ЧДД > 25 в мин.) Периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), диурез < 20 мл/час, ортостатический коллапс	Hb – 60-80 г/л Ht 20-30%

IV степень	>35%	Артериальная гипотензия (АД сист. < 80 мм.рт. ст.), тахикардия (ЧСС > 120 в/ мин.), тахипноэ (ЧДД > 30 в / мин.) периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), анурия, нарушение сознания	Hb < 60 г/л Ht < 20 %
-------------------	------	--	--------------------------

На основании проведенного ЭГДС кровотечение следует классифицировать по Forrest:

- F1a – продолжающееся струйное кровотечение
- F1б – продолжающееся капиллярное кровотечение в виде диффузного просачивания
- F2a – видимый в язве крупный тромбированный сосуд
- F2б – плотно фиксированный к язвенному дефекту тромб-сгусток
- F2с – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен гематина
- F3 – отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ

Диагностическая эндоскопия зачастую может иметь лечебный характер (эндоскопический гемостаз). Эндоскопическая остановка кровотечения позволяет осуществить временный гемостаз у подавляющего числа (96-98%) больных и адекватно подготовить их срочному оперативному вмешательству, если оно показано.

Рекомендуется иметь в арсенале эндоскопического гемостаза моно- и биполярную диатермокоагуляцию, аргоноплазменную коагуляцию, инъекционные методы введения сосудосуживающих препаратов и склерозантов, клеевых композиций, эндоклипирование.

Весь современный арсенал средств эндоскопической остановки кровотечения и превентивного эндоскопического гемостаза принято разделять на три основные группы в зависимости от основного действующего фактора: методы медикаментозного воздействия, методы механического воздействия и методы физического воздействия.

Методы **медикаментозного** воздействия в зависимости от способа введения фармакологического агента подразделяются на орошение язвенной поверхности, аппликацию пленкообразующих полимеров на язвенную поверхность, инфильтрацию ткани язвенного кратера и периульцерозной зоны. Орошение язвенной поверхности проводится либо с целью ускорения образования кровяного сгустка и тромба на кровоточащей поверхности язвенного кратера, либо для индукции стойкого спазма артерий в ткани язвы, либо для поверхностной денатурации тканевых белков дна язвенного кратера. Орошение язвенной поверхности растворами лекарственных средств поверхности проводится прицельно под контролем зрения с помощью специальных распыляющих катетеров. Аппликация пленкообразующих полимеров на язвенную поверхность имеет к

настоящему моменту уже тридцатилетнюю историю применения и в качестве самостоятельного метода гемостаза не используется ввиду технической сложности применения методики и сравнительно малой ее эффективности.

К методам **механического** воздействия при ОГДЯК относится эндоскопическое клипирование источника кровотечения. Клипированием называется аппликация специальных металлических скобок (клипс) прицельно на стенку аррозированного сосуда в язвенном кратере или непосредственно на кровоточащий участок язвы. Введение в просвет желудка, прицельная установка на источник кровотечения и фиксация клипсы производится с помощью аппликатора (клипатора), проводимого через инструментальный канал эндоскопа. Показаниями к проведению эндоскопического гемостаза клипированием при ОГДЯК являются: наличие видимого кровоточащего (Forrest Ia) или некровоточащего (Forrest IIa) сосуда в дне гастродуоденальной язвы (как с полным поперечным дефектом стенки сосуда, так и с тангенциальным повреждением его стенки), изъязвление Dieulafoy; наличие локального кровоточащего участка в язвенном кратере (Forrest Ib).

Методы **физического** воздействия для проведения эндогемостаза при ОГДЯК различаются в зависимости от физической природы действующего агента и включают: термокоагуляцию, криовоздействие, электрокоагуляцию, лазерную фотокоагуляцию, аргоно-плазменную коагуляцию, радиоволновое воздействие. Одним из самых широко используемых методов эндоскопического гемостаза является электрокоагуляция. Физической основой электрокоагуляции является трансформация энергии высокочастотного электрического тока (500 кГц – 2 МГц) в тепловую энергию в месте замыкания электрической цепи при контакте электродов с биологической тканью. Различают монополярный и биполярный варианты электрокоагуляции. При монополярной электрокоагуляции контакт с источником кровотечения осуществляется одним (активным) электродом. Пассивный электрод накладывается на поверхность тела больного (голень или бедро). Учитывая реально существующую опасность перфорации стенки органа, монополярный способ электрокоагуляции рекомендуется использовать при кровотечении из краев неглубоких желудочных язв с признаками хронизации язвенного процесса (утолщение стенок органа за счет рубцового поля). При биполярной электрокоагуляции электроды, соединенные с источником тока, расположены в дистальной части одного зонда на расстоянии 2 мм друг от друга. При этом проводником тока является участок ткани, расположенный в непосредственной близости от электродов, зона коагуляционного некроза ограничена обычно пределами слизистой оболочки и подслизистого слоя. Биполярный способ электрокоагуляции следует применять при острых эрозивно-язвенных поражениях, в ходе превентивного гемостаза для профилактики рецидива кровотечения при наличии тромбированного сосуда в дне язвы.

Важно знать:

- при продолжающемся кровотечении из язвы (F1A-F1B) показан эндоскопический гемостаз.
- при кровотечениях F2A-F2B показана эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения.
- при наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы.
- инъекционный метод в качестве монотерапии неэффективен. Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостааз: инъекционный метод

- + диатермокоагуляция (либо электрокоагуляция, АПК или клипирование). Для оценки эффективности Гемоспрея проведено недостаточно исследований.
- при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, наряду с использованием методов склерозирования и лигирования, эффективным способом остановки продолжающегося кровотечения, особенно в экстренной ситуации, является применение пищеводного трехпросветного зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора с двумя пневмобаллонами.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Инфузионная терапия направлена на восстановление ОЦК, нормализацию коллоидно-осмотического давления, кислородной емкости, а также реологических и коагуляционных свойств крови. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через 2-3 периферических катетера или центральный катетер с дальнейшим подключением коллоидов.

Лечение кровопотери объемом 10-15% объема ОЦК (500-700 мл) заключается в инфузии кристаллоидных растворов в объеме 200-300% от величины кровопотери. Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500 мл) компенсируется инфузией кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1 с общим объемом в 300% от величины кровопотери. При кровопотере, достигающей 30-40% ОЦК (1500-2000 мл) и выше, наряду с вливанием кровезаменителей показано переливание эритроцитарной массы (при гемоглобине ниже 90 г/л). Критическими уровнями показателей крови при объеме кровопотери 30-40% ОЦК: количество эритроцитов менее $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин менее 80 г/л, гематокрит менее 25%.

Для купирования гипоксии показана кислородотерапия. Можно использовать Перфторан, внелегочную оксигенацию, ИВЛ может быть показана при нестабильной гемодинамике, выраженной гипоксии, нарушении сознания.

Вазопрессоры используют при недостаточной эффективности инфузионной терапии, использование их с дофамином улучшает почечный и мезентериальный кровоток. Кроме того, рекомендовано применение антиоксидантов и серотонина для улучшения периферического кровообращения. Критерием восстановления микроциркуляции считается восстановление гемодинамики и почасового диуреза.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ ГЕМОСТАЗ

Рекомендовано внутривенное болюсное введение ИПП с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов. С 3 суток пациент переводится на пероральный прием ИПП. Противоязвенная антацидная терапия – омепразол (лосек) болюсная инфузия 40 мг в 100 мл физиологического раствора (суточная доза 160 мг). Возможно применение кваматела. Болюсно вводят 20 мг кваматела, растворенного в 10 мл физиологического раствора. Впоследствии осуществляют непрерывное внутривенное введение в течение суток (суточная доза 80 мг).

Кроме того, всех пациентов следует обследовать на наличие Нр-инфекции и начать проведение эрадикационной терапии в стационаре.

При кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода, синдроме Меллори-Вейсса применяют синтетические аналоги соматостатина (октреотид). Назначают октреотид в дозе 100 мкг внутривенно болюсно, затем по 50 мкг/ч внутривенно в течение

48 часов. Суточная доза 1200 мкг. В дальнейшем можно перейти на подкожное введение 50-100 мкг каждые 8 часов. Продолжительность зависит от клинической ситуации в целом. Терапия октреотидом способствует спонтанной остановке кровотечения Forrest 1b. При язвенных кровотечениях применение октреотида не рекомендовано.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Задачами хирургического лечения при язвенном кровотечении являются: обеспечение надежности гемостаза, устранение источника геморрагии и профилактика рецидива кровотечения.

Экстренная операция показана при продолжающемся кровотечении при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза или при рецидиве кровотечения.

При кровоточащей язве желудка следует выполнять резекцию желудка.

При кровоточащей язве ДПК могут быть выполнены:

-пилородуоденотомия с иссечением язвы передней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией

-пилородуоденотомия с прошиванием язвы задней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией

-резекция желудка

У пациентов в критическом состоянии возможно выполнение гастро-(дуоденотомии) с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы.

Доступ – верхнесрединная лапаротомия. Разрезы стенки желудка и двенадцатиперстной кишки после ревизии ушивают двухрядными швами.

Необходимо провести стратификацию пациентов по риску рецидива кровотечения.

Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются клинические (тяжелая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст больного, тяжелая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина).

Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются кровотечения типа FIA-B, FIIA-B, а также глубина, размеры и локализация язвы.

У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов, после короткого предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии. Рекомендательный объем срочных операций изложен в предыдущем разделе. Выполнение гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки, что оценивается по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным.

Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:

- Повторный эндоскопический гемостаз;

- Чрезкожная эмболизация артерий желудка и 12-перстной кишки;
- Экстренная операция;

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НПВС-АССОЦИИРОВАННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приеме НПВП, должны быть стратифицированы в зависимости от риска возникновения геморрагических осложнений.

При высоком риске развития кровотечений рекомендован перевод пациентов на селективные ингибиторы ЦОГ-2 в сочетании с постоянным приемом ингибиторов протонной помпы или мизопростола.

При развитии кровотечения прием НПВП должен быть прекращен (замена препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза.

Настоящие клинические рекомендации определяют современные позиции в диагностике и лечении больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Следует подчеркнуть, что представленные положения и алгоритмы носят исключительно рекомендательный характер и оставляют каждому лечащему врачу право на самостоятельное и окончательное решение в зависимости от конкретной клинической ситуации.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ

Особенности ведения ближайшего послеоперационного периода послеоперационные осложнения зависят от тяжести состояния больных, также от характера произведенного оперативного вмешательства: резекция желудка (антрумэктомия) с восстановлением непрерывности пищеварительного тракта одним из видов желудочно-кишечного анастомоза или органосохраняющие операции (остановка кровотечения с ваготомией и дренированием желудка).

После прошивания кровоточащей язвы выполнения ваготомии или с ней, в ближайшем послеоперационном периоде назначается курс противоязвенной терапии, включающий в себя ингибиторы протонной помпы, либо H₂-блокаторы, а также комплекс антихеликобактерной терапии.

После органосберегающих операций с ваготомией особенностью послеоперационного периода является необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств оперированного желудка (препараты группы прокинетики).

После выписки стационара пациенты должны быть непременно направлены в поликлинику под наблюдение хирурга и гастроэнтеролога (терапевта).

ВЫВОДЫ

Острые гастродуоденальные кровотечения остаются одним из наиболее распространенных, серьезных и жизнеугрожающих патологических состояний, встречающихся в хирургической практике. Основными этиологическими и патогенетическими факторами возникновения кровотечений являются язвенная болезнь желудка и ДПК, а также неязвенные причины (ВРВП, синдром Маллори-Вэйса, злокачественные новообразования), важную роль играют также патологии сосудов, свертывающей системы крови, повышение кровяного давления.

В настоящее время распространенность получили эндоскопические методы диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений - эндоскопический гемостаз, представленный различными механическими, физическими, медикаментозными методами. Своевременно и качественно выполненный эндоскопический гемостаз позволяет остановить активное кровотечение, предотвратить кровопотерю, а также при необходимости подготовить пациента к необходимому хирургическому вмешательству.

Хирургическая операция показана при продолжающемся кровотечении при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза или при рецидиве кровотечения, в данном случае следует выполнять резекцию желудка.

Помимо эндоскопических и хирургических методов лечения важную роль следует отвести медикаментозной терапии: инфузионная терапия, ИПП, прокинетики, кровоостанавливающие препараты, эрадикационная терапия, переливание компонентов крови при тяжелой анемии.

После перенесенного ЖКК пациентам следует пожизненно соблюдать диету, принимать ИПП, наблюдаться амбулаторно у терапевта и/или гастроэнтеролога, проводить контроль основных лабораторных показателей и ФГДС с периодичностью не менее 1 раза в год.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гастроскопия / Бертольд Блок, Гвидо Шахшаль, Гармут Шмидт ; пер. с нем. ; под общ. Ред. И.В. Маева, С.И. Емельянова – 4-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 216с. : ил.
2. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С.А. Палевская, А.Г. Короткевич. – 2-е изд., перераб и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 752с.
3. Руководство по клинической эндоскопии / Авт.: В.С. Савельев, Ю.Ф. Исаков, Н.А. Лопаткин и др.: Под ред. В.С. Медицина, 1985, 544с., ил.
4. Эндоскопия в алгоритмах диагностики, лечения и диспансерного наблюдения при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта (Российские и Европейские клинические рекомендации) : Учебно-методическое пособие / Под ред. проф. А.М. Нечипая / М.Н. Кузин и др. – Москва : СИМК. – 2021 – 208 с. – (Сер. Эндоскопическая диагностика заболеваний ЖКТ).
5. Протокол ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями (к съезду научного общества гастроэнтерологов России). Федоров Е.Д., Щербаков Е.Л. ФФМ МГУ, ГКБ No 31, Москва, 2011г.
6. Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при желудочно-кишечных кровотечениях. В.Г.Вербицкий, д.м.н., профессор, и.о. заведующего кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета СПбГУ, ведущий научный сотрудник отдела неотложной хирургии СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2011г.