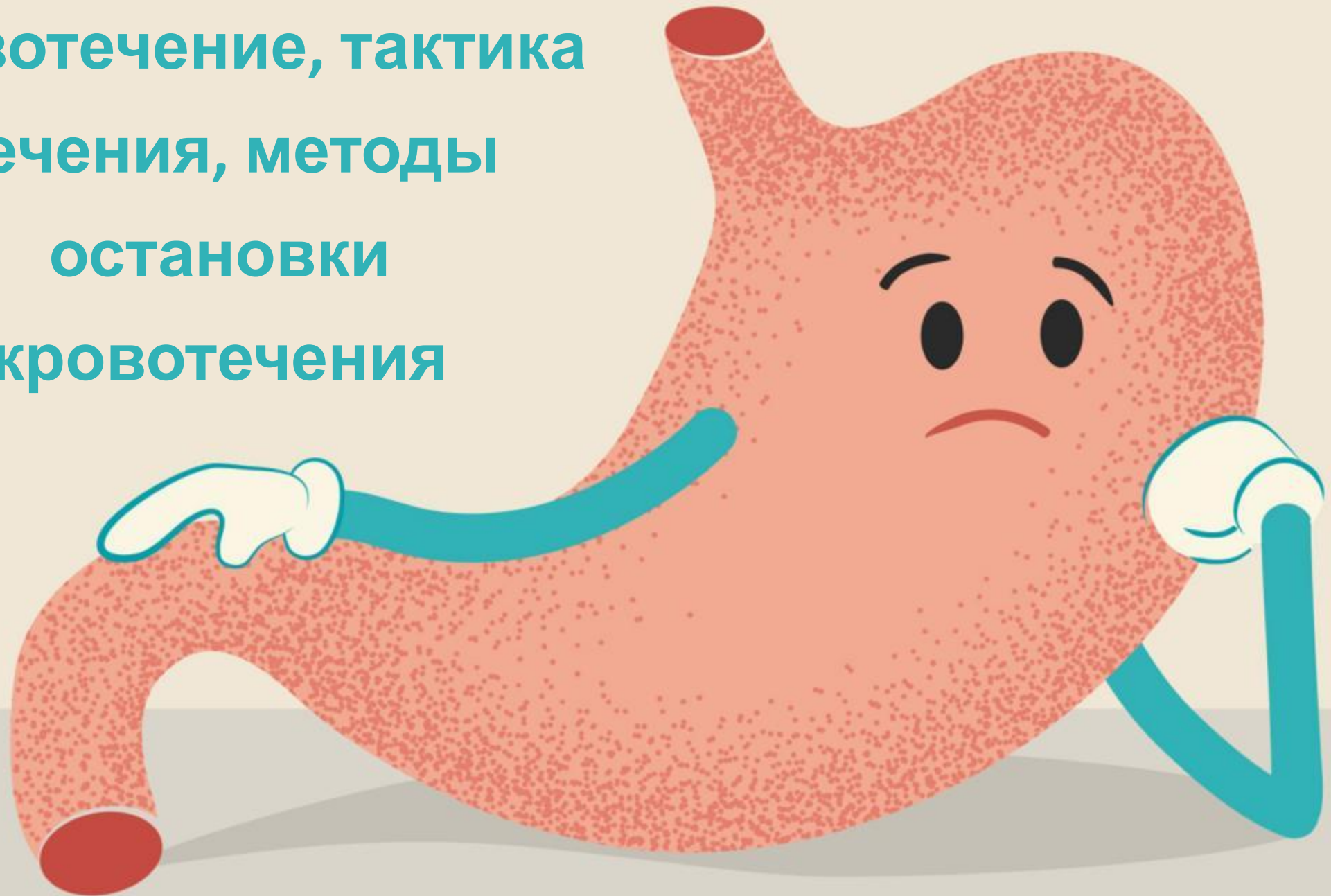


гастродуоденальное
кровотечение, тактика
лечения, методы
остановки
кровотечения



Выполнила: Шайхетдинова А.Р. Л-513Б

Лечение

Все больные с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения подлежат **немедленной госпитализации**, оптимально в многопрофильные стационары, располагающие возможностями и придерживающиеся протокола мультидисциплинарного ведения таких пациентов.

Рекомендуется **незамедлительно начать интенсивную терапию** пациентов с острым ЖКК на догоспитальном этапе и/или при поступлении в стационар.



Лечение ГДК

При наличии нестабильной гемодинамики **восполнение ОЦК** рекомендуется начинать с введения сбалансированных солевых растворов (Стерофундин, Рингер, Рингер-лактат, Ионостерил Г-5, Нормофундин Г-5, Плазмалит 148);

Проведение **гемотрансфузии** рекомендуется при уровне гемоглобина менее 70 г/л. пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями порог начала гемотрансфузии может быть выше, как правило - 90 г/л;

Рекомендуется **трансфузия свежезамороженной плазмы и криопреципитата** при наличии гипокоагуляции и продолжающегося кровотечения или высокого риска его возобновления до достижения целевых значений уровня фибриногена более 1,5 г/л. и уровня тромбоцитов более $50 \times 10^9/\text{л}$;

Рекомендуется использование **катехоламинов** (норадреналин) с целью поддержания необходимого перфузионного давления.



Эндоскопическое лечение

Для выполнения эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения при ЯГДК рекомендуется применять следующие методы:

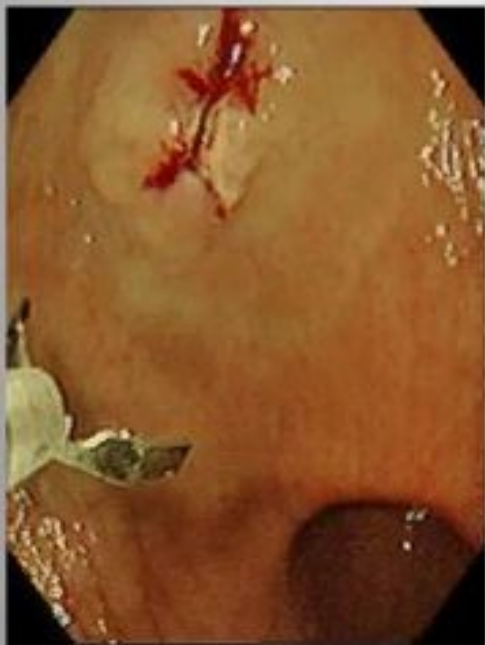
- **механические** (клипирование),
- **термические** (гидро-моно/би/мультиполярная, аргоно-плазменная коагуляция)
- **инъекционные** (склерозанты – полидоканол, этанол)

– в изолированном виде, либо в комбинации с инъекциями раствора адреналина.

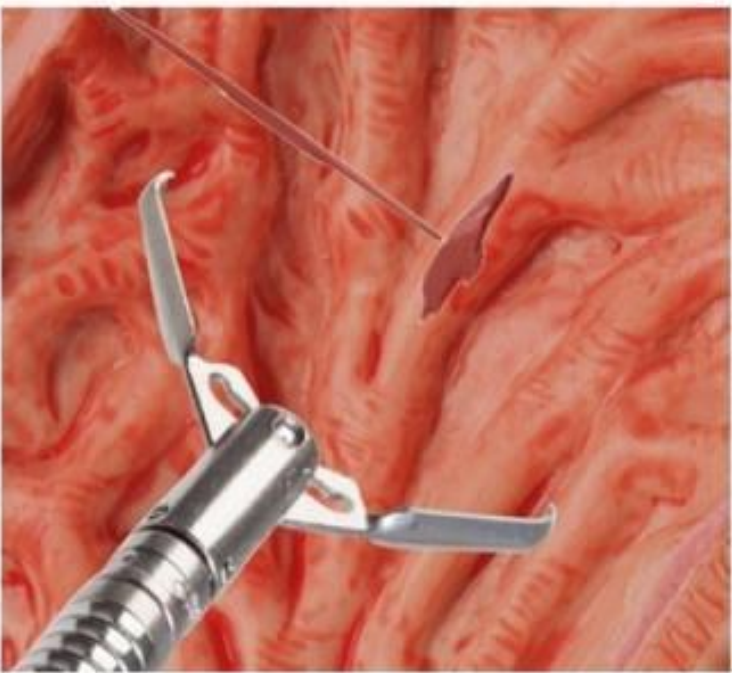
Повторное контрольное эндоскопическое исследование / вмешательство рекомендуется выполнить при неполноценном первичном осмотре/гемостазе и у пациентов с высоким риском рецидива кровотечения.

При рецидиве кровотечения в стационаре в большинстве случаев рекомендуется выполнение повторного эндоскопического гемостаза.

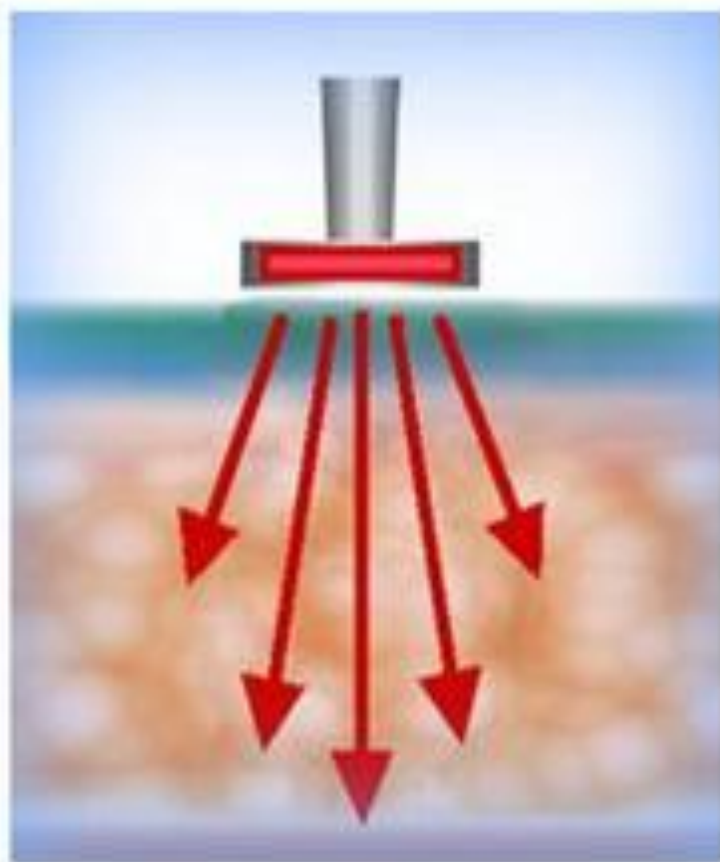
**К
Л
И
П
И
Р
О
В
А
Н
И
Е**



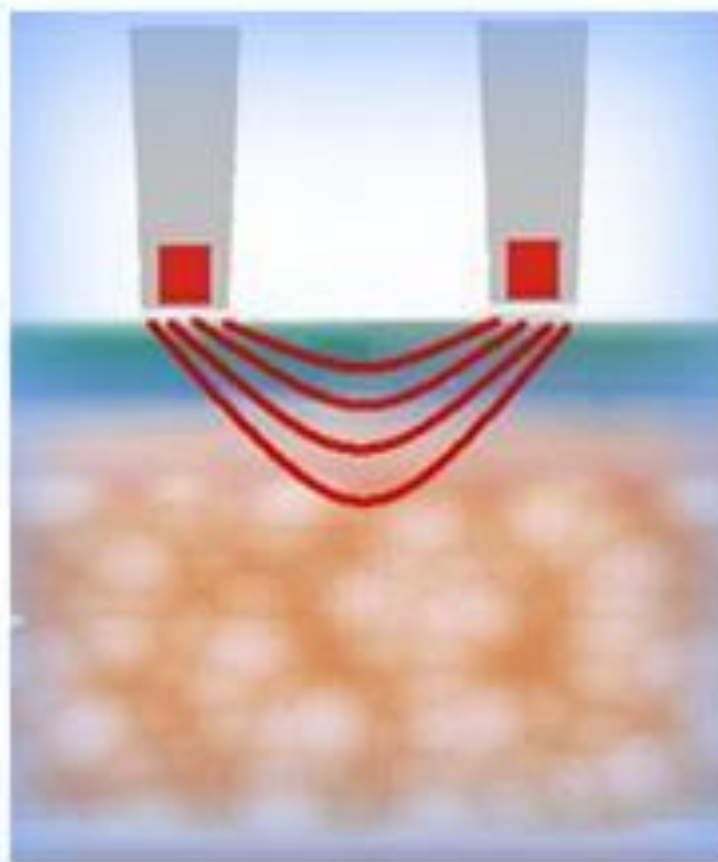
**К
Л
И
П
И
Р
О
В
А
Н
И
Е**



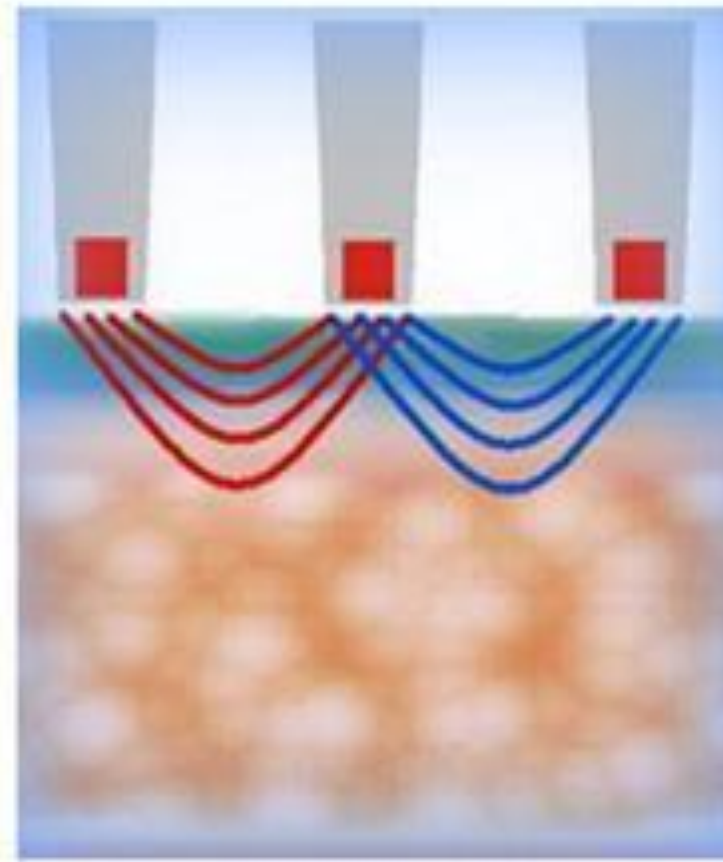
монополярный



биполярный



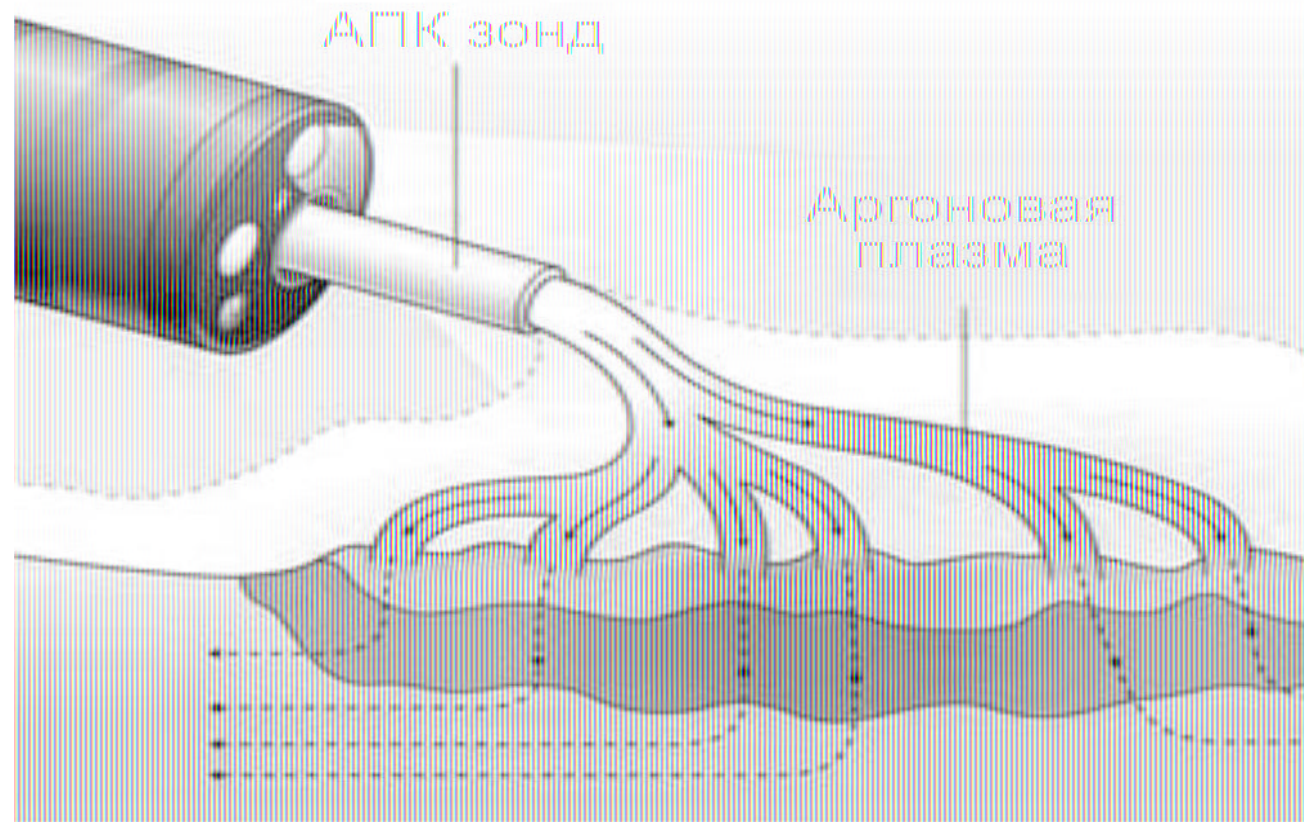
мультиполярный



Гидро-моно/би/мультиполярная
коагуляция

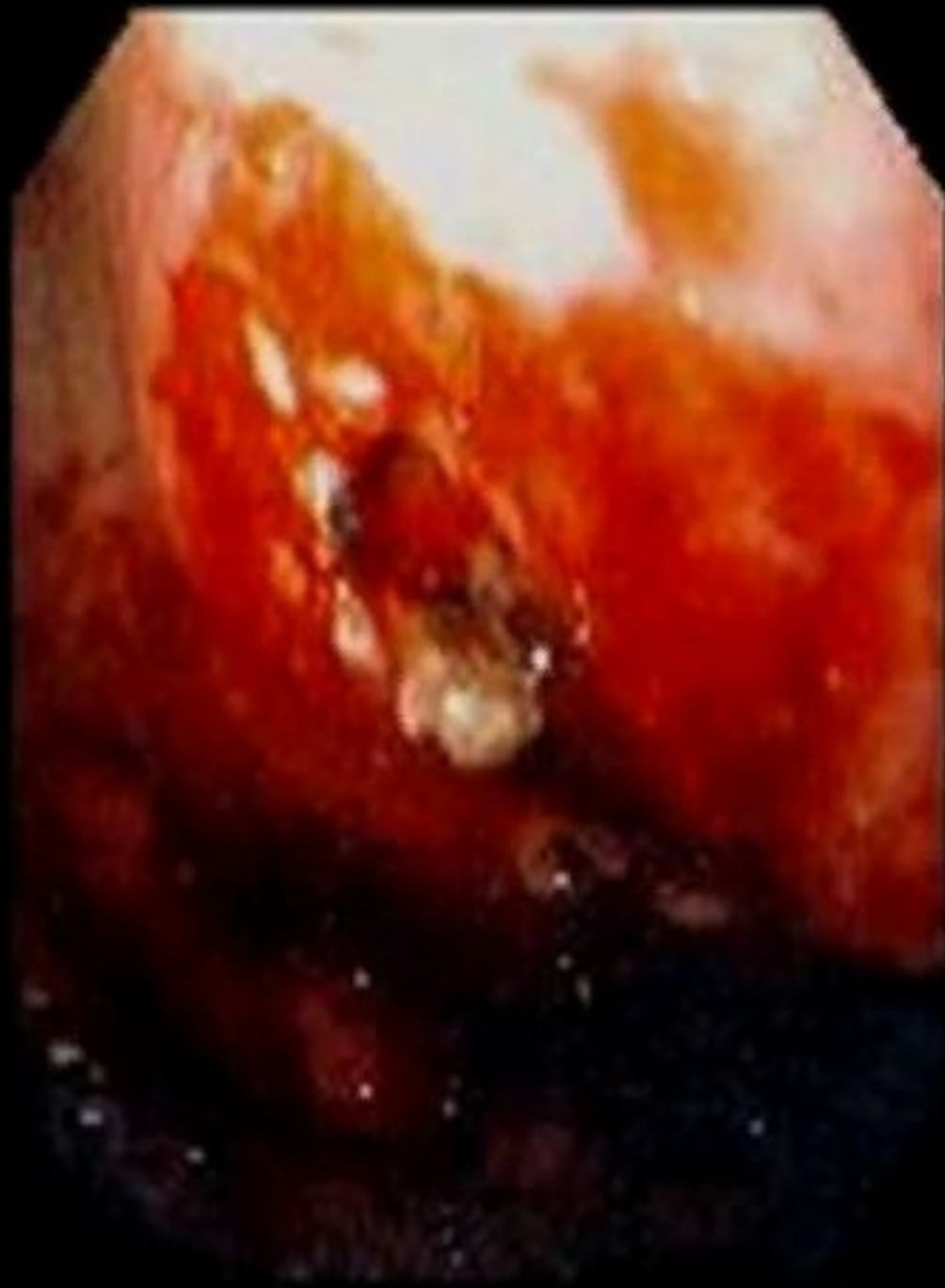
Аргоно-плазменная коагуляция

Аргоноплазменная коагуляция — это метод, при котором энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом с помощью ионизированного, и тем самым, электропроводящего газа - аргона (глубина до 3 мм).



Аргоноплазменная коагуляция





Эндоскопическая картина ЯГДК	Эндоскопическая тактика
<p>Продолжающееся кровотечение (F1a – пульсирующее артериальное кровотечение, F1b – диффузное подтекание крови)</p>	<p>Настойчивый (в пределах разумного) эндоскопический гемостаз</p>
<p>Остановившееся кровотечение с наличием значимых следов перенесенного кровотечения в дне язвы (F2a - обнажённый видимый сосуд; F2b – фиксированный тромб-сгусток)</p>	<p>Эндоскопическая профилактика кровотечения</p>
<p>Остановившееся кровотечение с отсутствием (F3), либо с малозначимыми следами перенесенного кровотечения в дне язвы (F3c)</p>	<p>Эндоскопическое вмешательство ограничивается осмотром</p>

Медикаментозный гемостаз

Больным с высоким риском рецидива кровотечения после эндоскопической остановки/профилактики рекомендуется **внутривенное болюсное (80 мг) введение ингибиторов протонной помпы** сразу после выполнения эндоскопического гемостаза с последующей непрерывной инфузией на инфузомате в дозировке 8 мг/час в течение минимум 72 часов, с последующими переводом пациента на пероральные формы ингибиторов протонной помпы при снижении прогноза риска рецидива геморрагии. У данной группы больных также возможно применение **синтетических аналогов соматостатина**, в особенности при пенетрации кровоточащей язвы в поджелудочную железу.

Больным с низким риском рецидива кровотечения после эндоскопической диагностики, остановки или профилактики рекомендуется **пероральный приём ингибиторов протонной помпы** тотчас после выполнения эндоскопического гемостаза вплоть до выписки из стационара и далее до полного заживления язвенного дефекта. Всем пациентам с ЯГДК при подтверждении наличия Нр-инфекции рекомендуется проводить **эрадикационную терапию** с подтверждением проведенной эрадикации сразу после перевода пациента на пероральный прием ИПП.



Хирургическое лечение

Задачами оперативного вмешательства при ЯГДК являются:

- 1) Обеспечение надежного гемостаза, по возможности устранение источника геморрагии;
- 2) Профилактика рецидива кровотечения.

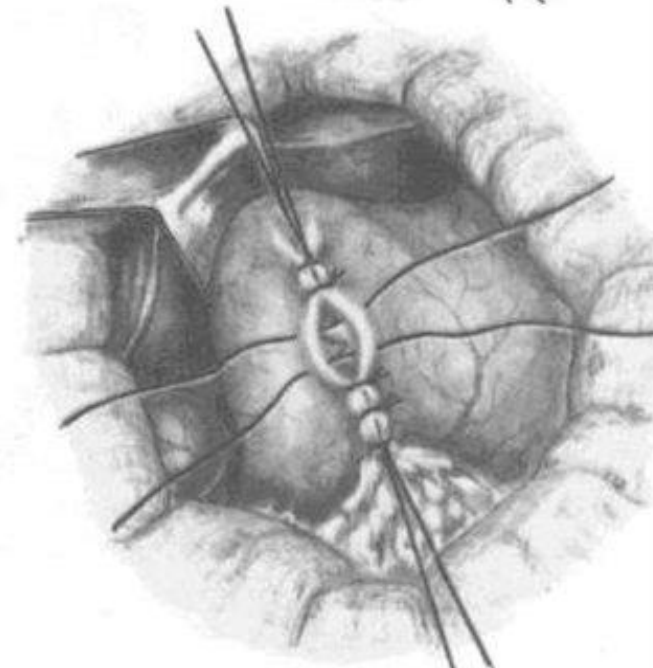
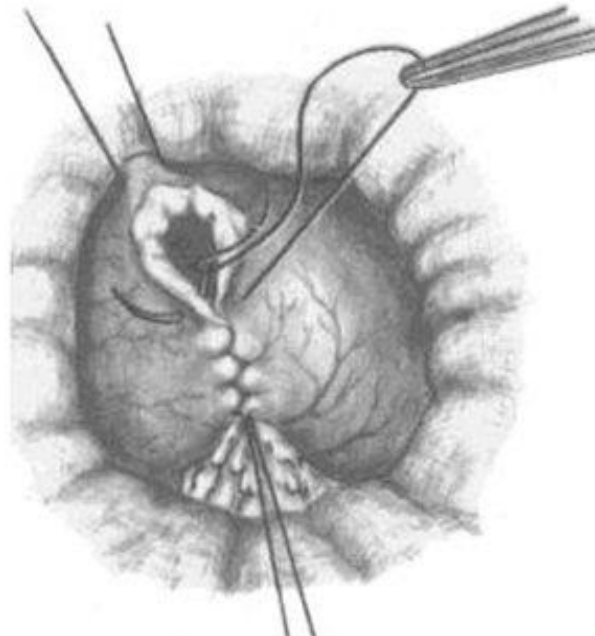
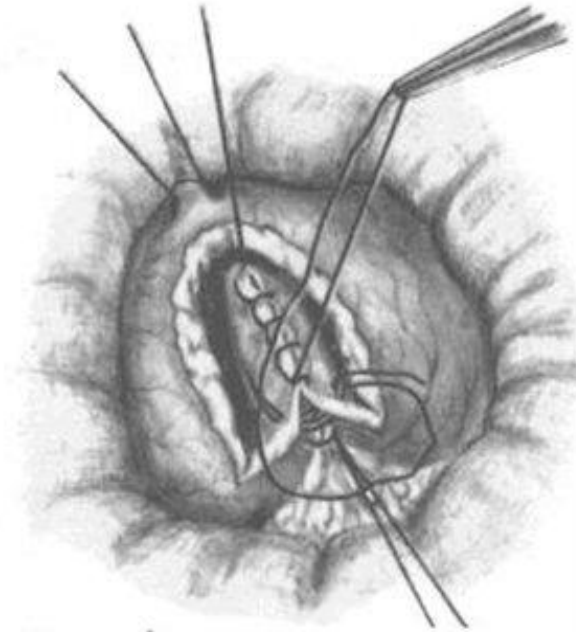
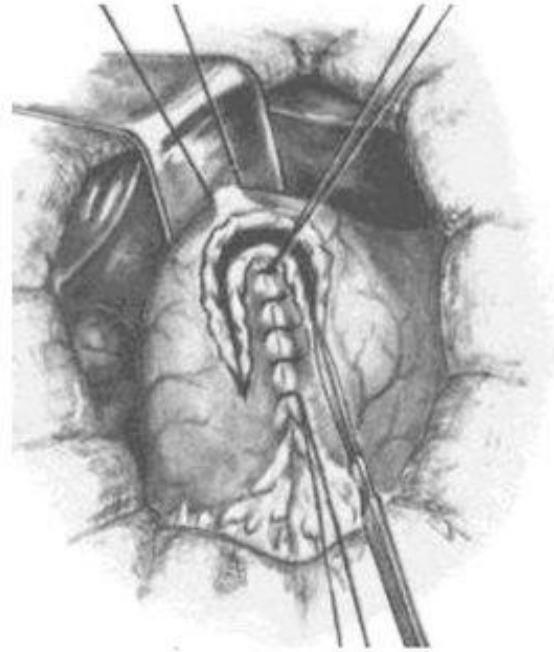
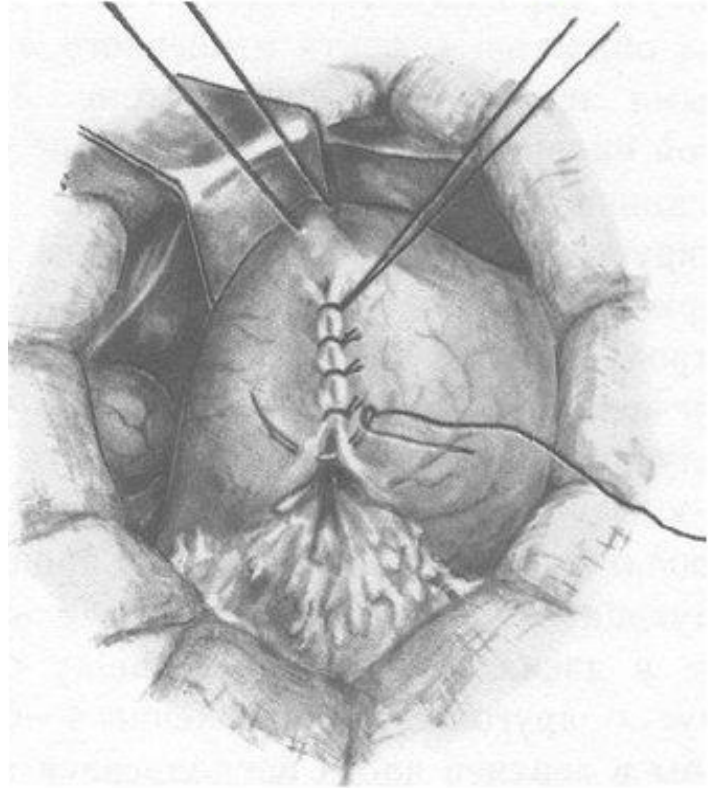
Экстренная операция показана у пациентов с продолжающимся и рецидивным кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза, а также при сочетании кровотечения и перфорации язв.

При рецидивах кровотечения, рефрактерных к эндоскопическому, медикаментозному и эндоваскулярному гемостазу показано оперативное лечение.

Варианты оперативных вмешательств:

- При кровоточащей язве желудка рекомендуется выполнять резекцию желудка;
- При кровоточащих язвах ДПК могут быть рекомендованы следующие оперативные вмешательства:
 - **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, находящихся в критическом состоянии**, возможно выполнение гастро (- дуодено) томии с **прошиванием кровоточащего сосуда** в дне язвы в трех разных направлениях.

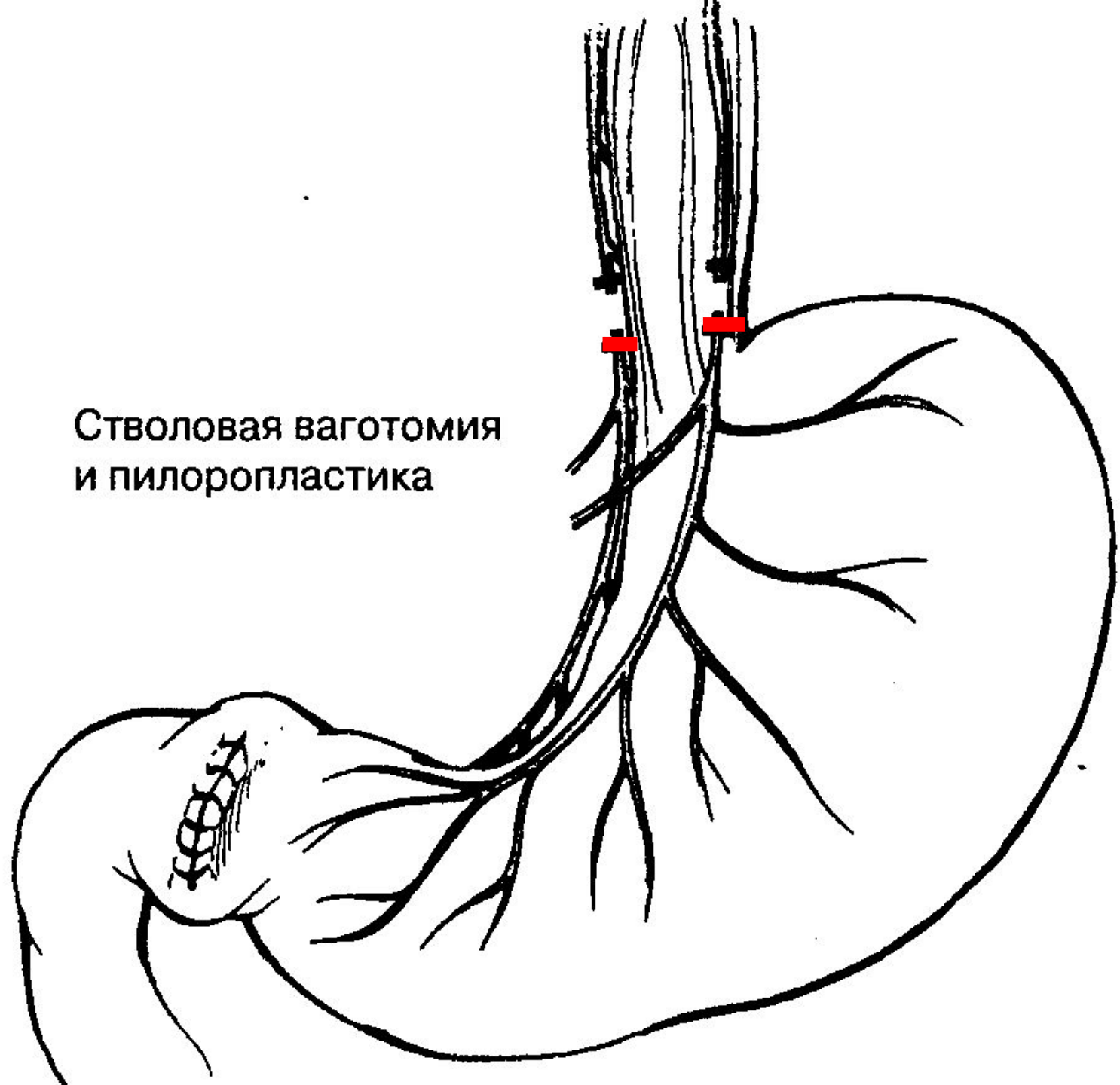
Пилоропластика по Финнею



Пилоропластика по Финнею

Стенку двенадцатиперстной кишки подшивают узловыми серо-серозными швами к большой кривизне выходного отдела желудка на протяжении 5—6 см. Просвет желудка и двенадцатиперстной кишки вскрывают подковообразным разрезом, проходящим через пилорический жом как можно ближе к линии серо-серозных швов, и затем уже вторым рядом кетгутового непрерывного шва формируют заднюю губу соустья. Переднюю губу формируют с помощью частых однорядных узловых швов из синтетических нитей. Ширина гастродуоденального канала 5—6 см.

Стволовая ваготомия
и пилоропластика



Стволовая ваготомия (СТВ)

- предполагает пересечение обеих стволов блуждающих нервов на уровне абдоминального отдела пищевода с денервацией всего желудка и органов брюшной полости.

Цель - уменьшение кислотопродукции обкладочными клетками желудка.

Основной недостаток стволовой ваготомии — пересечение печеночной и чревной ветвей блуждающих нервов лишает печень, поджелудочную железу и кишечник парасимпатической иннервации, следствием чего наступает «постваготомический синдром».

Уровни резекции желудка

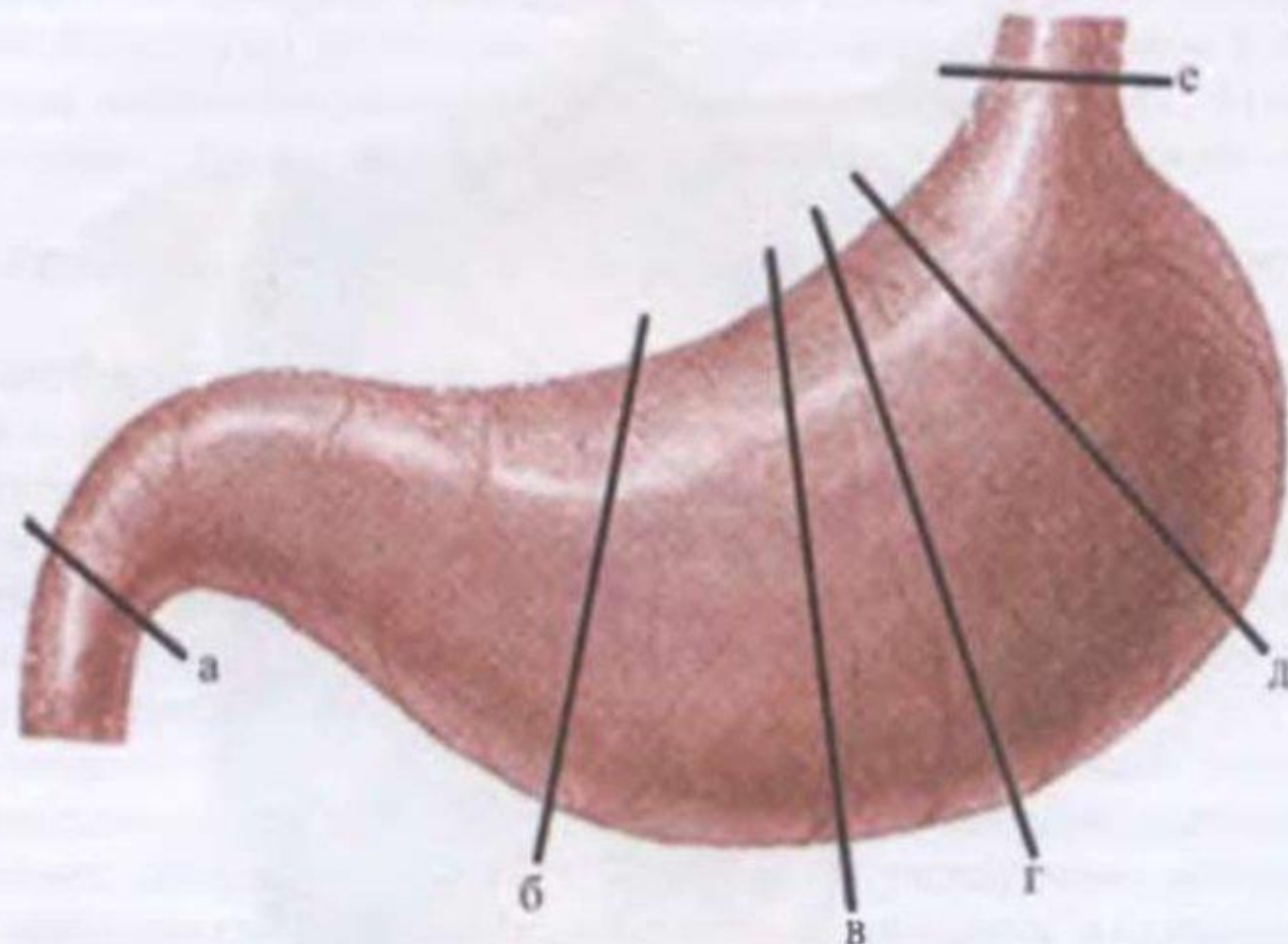
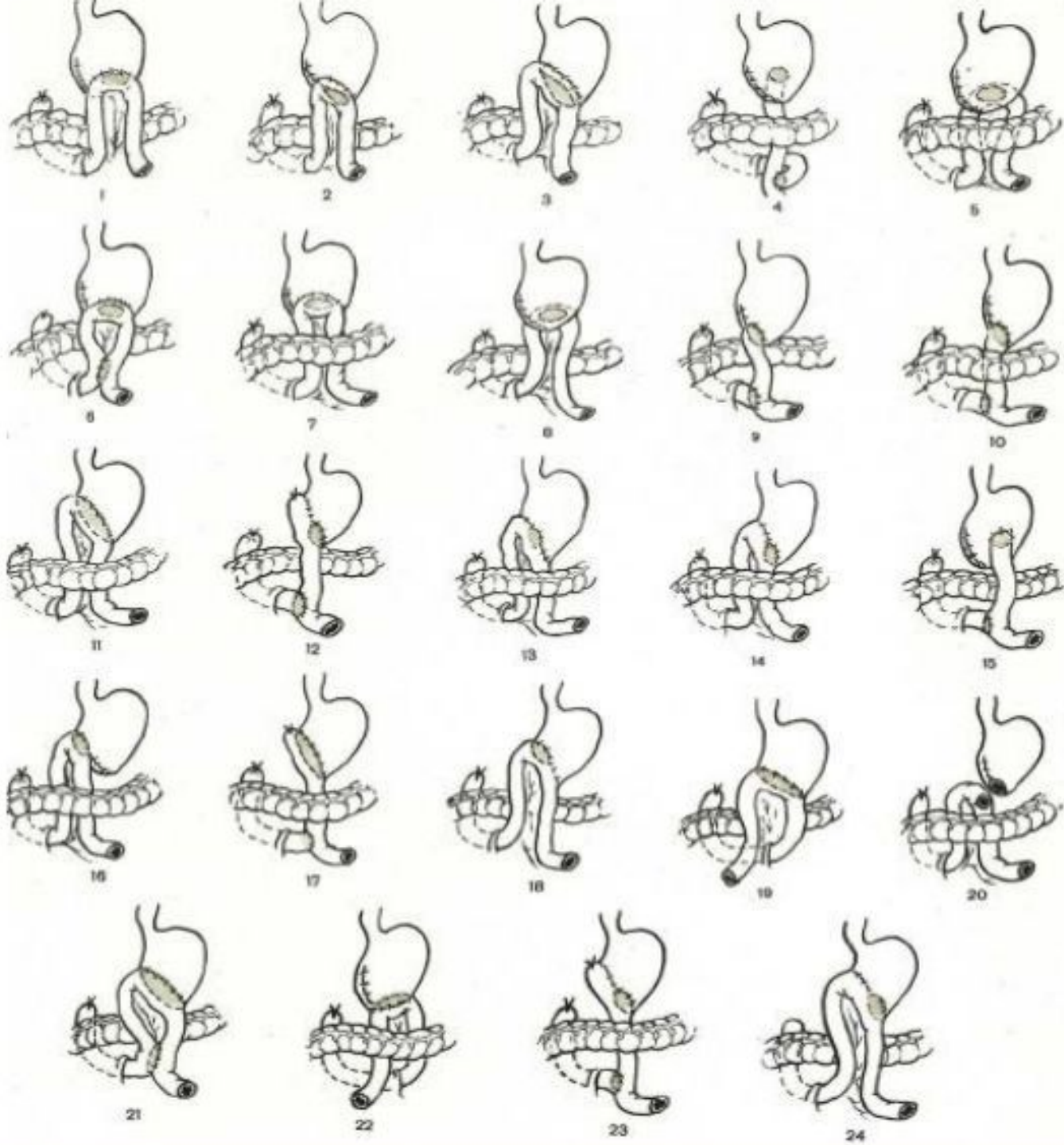


Рис. 17.45. Уровни резекции желудка. а-б – резекция 1/3 желудка (антрумэктомия); а-в – резекция 1/2 желудка; а-г – дистальная (2/3) резекция желудка; а-д – субтотальная резекция; а-е – гастрэктомия; г-е – проксимальная резекция. (Из: Шабанов В.А., Кушхабиев В.И., Вели-Заде Б.И. Оперативная хирургия: Атлас. – М., 1977).



*Варианты резекции
желудка по Бильрот II :*

1 - по Бильроту;

2 - по Гаккеру -
Эйзельсбергу;

3 - по Кронлейну;

4 - по Ру;

5 - по Брауну;

6 - по Брауну;

21 - по Бальфуру;

22 - по Нейберу;

7 - по Дюбургу;

8 - по Эйзельсбергу;

9 - по Ридигеру;

10 - по Мошковичу;

11 - по Рейхелю - Полю;

12 - по Кюнео;

13 - по Вильмсу;

23 - по Опокину - Агеенко;

24 - по Мейнготу;

14 - по Гофмейстеру -
Финстереру;

15 - по Шиаси;

16 - по Мейо;

17 - по Мойнихену;

18 - по Гетце;

19 - по Мойнихену;

20 - по Муазу - Харви;

Лечение пациентов с рецидивирующими язвенными гастродуоденальными кровотечениями

Рецидив кровотечения диагностируется по известным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным;

□ Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:

- Повторный эндоскопический гемостаз;
- Транскатетерная эмболизация артерий желудка и 12-перстной кишки;
- Экстренная операция.

У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов, после короткой предоперационной подготовки), направленного на предотвращение повторной геморрагии.

Рекомендуемый объем срочных операций изложен в предыдущем разделе. Выполнение гастро(-дуодено) томии с прошиванием кровоточащей язвы в срочном порядке не рекомендуется.

Лечение больных с НПВП-ассоциированными кровотечениями

□ Все пациенты, нуждающиеся в постоянном приеме НПВС, 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 НПВС должен быть прекращен (замена препаратами других групп). Рекомендовано сочетание эндоскопического и медикаментозного (ингибиторы протонной помпы) гемостаза;

□ Пациентам, у которых на фоне приема низких доз аспирина развилось острое язвенное ГДК, терапия аспирином должна быть вновь начата, как только риск сердечно-сосудистых осложнений переве



Лечение больных, находящихся на постоянном приеме антикоагулянтов/антиагрегантов

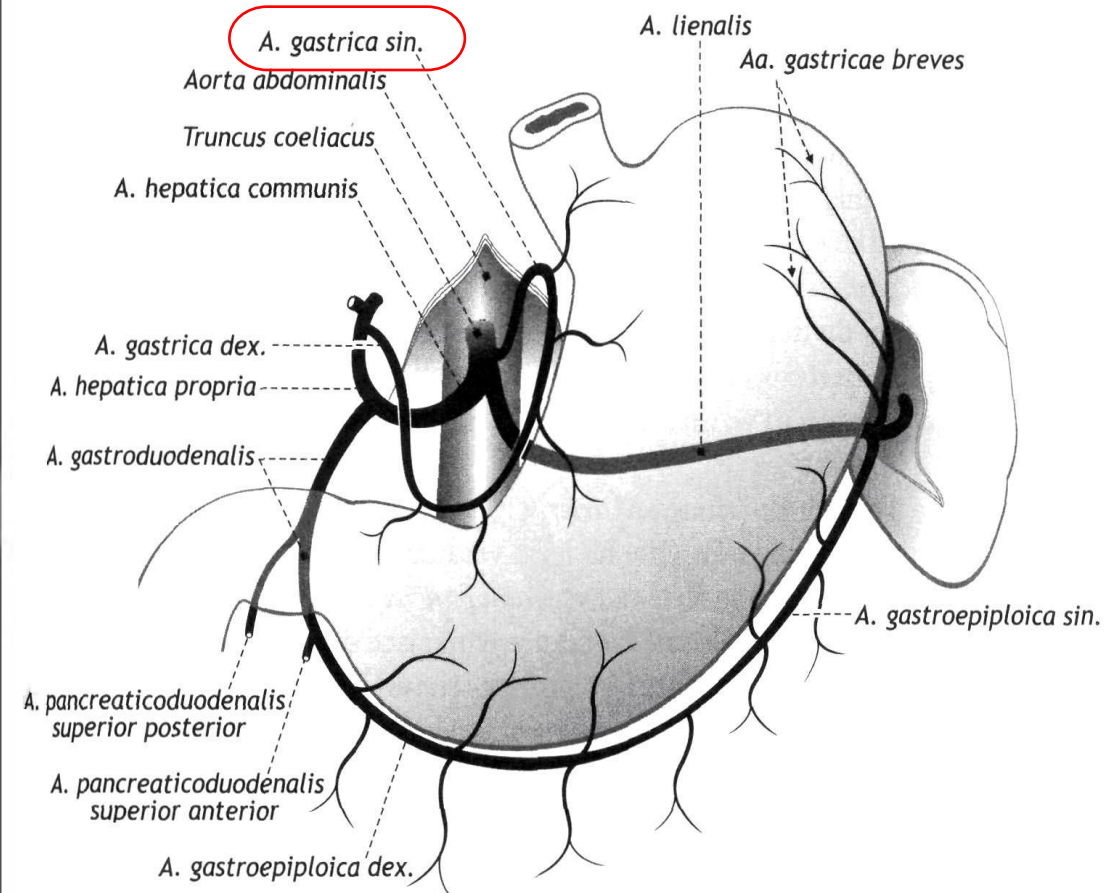
□ При возникновении язвенного кровотечения у пациентов, постоянно принимающих антикоагулянты/антиагреганты прием этих препаратов, рекомендуется прекратить, однако при этом необходимо учитывать соотношение риска развития кардиоваскулярных осложнений с риском рецидива кровотечения в каждом конкретном случае.

Эндоваскулярное лечение

Рекомендуется **транскатетерная ангиографическая эмболизация** артерий желудка и двенадцатиперстной кишки, как альтернатива хирургическому лечению, при неоднократно рецидивирующих ЯГДК резистентных к эндоскопическому и медикаментозному гемостазу.

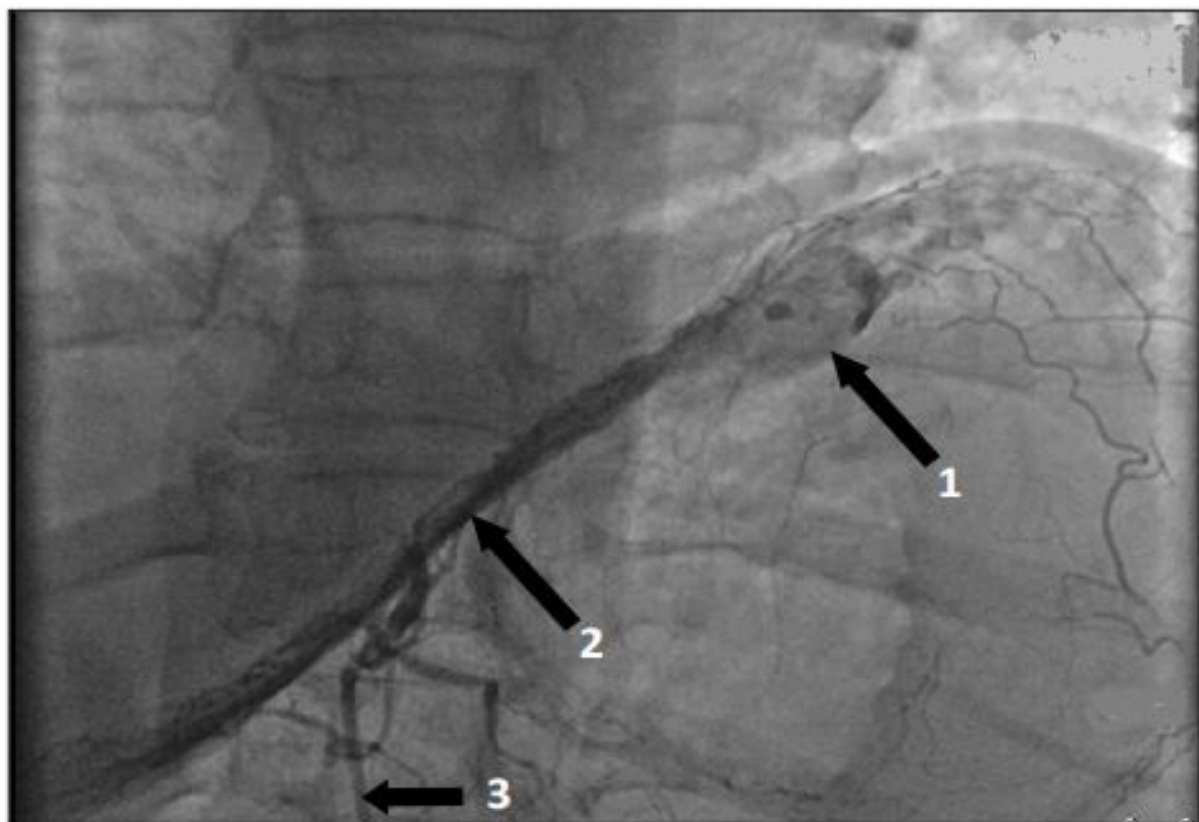
Рекомендации о профилактической (до развития рецидива кровотечения) эмболизации артерий желудка и двенадцатиперстной кишки у больных высокого риска отсутствуют.

Рис. 3 Транскатетерная эмболизация левой желудочной артерии.

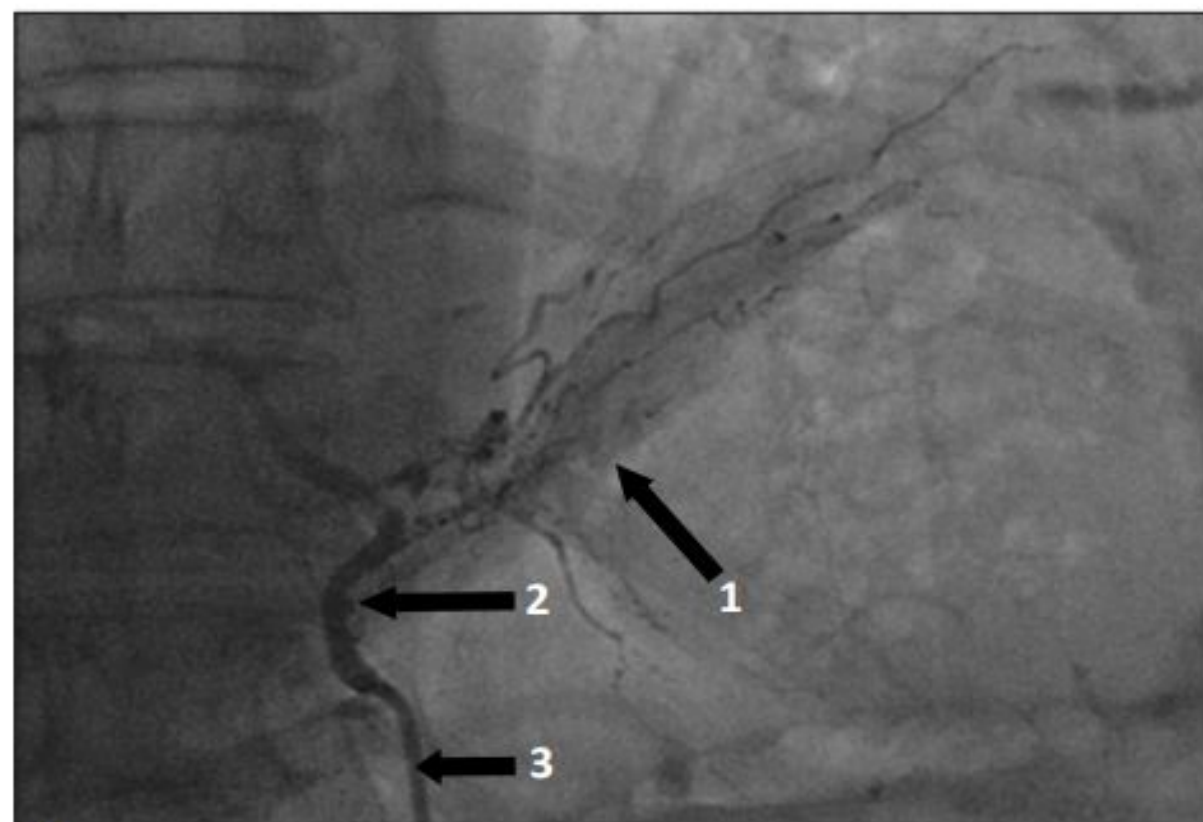


ТАЭ

Транскатетерную артериальную эмболизацию выполняется из **бедренного доступа**. Последовательно производится селективная **ангиографию** селезеночной, левой желудочной, желудочнодвенадцатиперстной артерии и ее ветвей и ветвей верхней брыжеечной артерий с целью определения прямых и косвенных ангиографических **признаков кровотечения**. К прямым признакам относятся экстравазацию контрастированной крови, к косвенным - тромботическую окклюзию сосудов, регионарный артериальный спазм, аневризмы ветвей чревного ствола, а также признаки локальной гипervasкуляризации и периартериальной диффузии контрастированной крови. Далее выполняется **локальную или сегментарную эмболизацию участка или всего сосуда**, являющегося источником кровотечения. В качестве эмбола используется адгезивного клеевый композит разведенный с рентгеноконтрастным веществом. Успехом ТАЭ считается отсутствие кровотока в эмболизируемой артерии. После эмболизации для исключения кровотечения из коллатеральных ветвей необходима **контрольная ангиограмма** чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.



а



б

Рис. 1. Ангиограммы при эмболизации левой желудочной артерии:

а – до эмболизации: 1 – экстравазация контрастного вещества; 2 – левая желудочная артерия; 3 – катетер; б – после эмболизации: 1 – эмболизированная восходящая ветвь левой желудочной артерии; 2 – левая желудочная артерия; 3 – катетер

Спасибо за внимание!

