

4. ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Язвенное гастродуоденальное кровотечение – кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта, источником которого является язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Коды по МКБ-10: K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6.

Классификация

1. По локализации: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки;
2. По этиологии: язвенная болезнь как самостоятельное заболевание (ассоциированная и не ассоциированная с инфекцией *H. pylori*), симптоматические язвы (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии и другие).
3. По числу: одиночные, множественные.
4. По размерам: малые (до 0,5 см в диаметре), средние (0,6–1,9 см в диаметре), большие (2,0–3,0 см в диаметре), гигантские (свыше 3,0 см в диаметре).
5. По степени тяжести кровопотери:
 - по А.И. Горбашко (QR-код 1);



- по шкале тяжести кровопотери ACS (QR-код 2);



- по шокловому индексу Альговера (QR-код 3).



Осложнения: геморрагический шок, постгеморрагическая анемия.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости первоочередных лечебных мероприятий пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: пальцевое исследование прямой кишки, общий анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, ЭГДС.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови, исследование уровня электролитов, исследование КЩС, тестирование на наличие инфекции *H. pylori*; обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием, ангиография.

Лечебная тактика

Стабильным пациентам лечебно-диагностическая эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполняется под внутривенной седацией в экстренном порядке не позднее 2 часов с момента поступления в стационар. Пациентам в тяжёлом и/или нестабильном состоянии, которое обусловлено клиникой продолжающегося кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, эндоскопический гемостаз проводится в рамках протокола жизнеспасительных мероприятий и требует максимально быстрого выполнения в условиях реанимационного отделения/противошоковой палаты или операционной. Предпочтительно использовать эндотрахеальную анестезию с параллельным проведением необходимого диагностического комплекса. Цель эндоскопического исследования: определение источника и активности кровотечения, размеров, глубины, состояния дна и краёв язвы, проведение профилактического и лечебного эндоскопического гемостаза, биопсия при наличии признаков онкологического процесса. При невозможности биопсии в условиях кровотечения она выполняется в ходе контрольной ЭГДС.

В процессе эндоскопического исследования необходимо выполнить стратификацию источника язвенного кровотечения по классификации J.F. Forrest (1974 г.) (QR-код 4), от чего зависит дальнейшая тактика лечения.



Классификация по Forrest

При продолжающемся кровотечении из язвы (F1A, F1B) эндоскопический гемостаз является ведущим методом лечения. Обязательным условием является проведение многокомпонентного комбинированного эндоскопического гемостаза. Для эндоскопической остановки кровотечения рекомендуется применять инъекционный метод в сочетании с термическими (диатермокоагуляция или аргано-плазменная коагуляция) методами гемостаза или клипированием.

Состоявшееся кровотечение (F2A, F2B) также служит показанием для применения, в качестве эндоскопической профилактики рецидива, инъекционного метода гемостаза в сочетании с термическими (диатермокоагуляция или аргано-плазменная коагуляция) методами или клипированием.

При выявлении в ложе язвы кровяного сгустка его следует удалить с помощью прицельного отмывания. Если имеется несмываемый, фиксированный к язве тромб-сгусток (F2B), возможно удалить его путем срезания у основания полипэктомической петлей гильотинным способом.

При состоявшемся кровотечении (F2C, F3) профилактический эндоскопический гемостаз не проводится.

Для определения дальнейшей тактики лечения рекомендуется определение риска рецидива кровотечения. Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются: Rockall ≥ 5 (QR-код 5), клинические критерии (тяжелая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст пациента, тяжелая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина, гематокрита).



Шкала рисков Rockall

Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения служат: F1A-B, F2A-B, язвенный дефект по задней стенке ДПК, глубокая язва, размер язвы $\geq 2,5$ см, видимый артериальный сосуд.

При высоком риске рецидива кровотечения повторную ЭГДС целесообразно выполнять в течение 6–8 часов после первой эндоскопии. Сроки могут быть изменены в зависимости от клинической ситуации. Рутинное выполнение контрольного эндоскопического исследования у пациентов с низким риском рецидива нецелесообразно.

У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения после достижения эндоскопического гемостаза возможно проведение профилактической эндоваскулярной эмболизации артерий желудка и двенадцатиперстной кишки с целью снижения риска рецидива кровотечения и летального исхода.

При рецидиве кровотечения показано выполнение повторного многокомпонентного эндоскопического гемостаза. Дальнейшую лечебную тактику рекомендуется определить консилиумом специалистов. С целью профилактики повторного рецидива целесообразно выполнить эндоваскулярную эмболизацию артерий желудка и двенадцатиперстной кишки.

В случае неэффективного эндоскопического гемостаза у гемодинамически стабильного пациента альтернативой открытой операции является эндоваскулярная эмболизация артерий желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Пациентам с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического и рентгенэндоваскулярного гемостаза показана экстренная операция. Операцией выбора служит гастро(-дуодено)томия с прошиванием

кровооточающего сосуда в язве, хотя возможно изменение объема по решению интраоперационного консилиума.

У пациентов с высоким риском рецидива язвенного кровотечения при невозможности выполнения эндоскопического, медикаментозного и эндоваскулярного гемостаза в полном объеме может быть рассмотрено выполнение срочного оперативного вмешательства с целью профилактики рецидива. Объем хирургического вмешательства решается консилиумом.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии. В послеоперационном периоде проводится инфузионно-трансфузионная терапия, респираторная поддержка, антибактериальная, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка. Необходимость проведения антикоагулянтной терапии решается индивидуально с учетом риска рецидива кровотечения. Переход на энтеральное питание пациентам с низким риском рецидива кровотечения возможен в ближайшие часы после завершения эндоскопического вмешательства.

Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения после его эндоскопической остановки/профилактики рекомендуется внутривенное болюсное введение 80 мг препарата омепразол (или других ИПН) тотчас после выполнения эндоскопического гемостаза с последующей непрерывной инфузией в максимальной лечебной дозировке в течение 72 часов. Пациентам с низким риском рецидива кровотечения рекомендуется парентеральное введение ИПН после выполнения эндоскопии в течение 72 часов с последующим переходом на пероральные формы вплоть до выписки из стационара и далее до полного заживления язвенного дефекта. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.