



Гастро-дуоденальные кровотечения на фоне приема лекарственных препаратов - взгляд хирурга

Рыбинский А.Д., Млинник Р.А., Тезяева С.А.

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5



- ▣ Хирургических коек всего - 210 в т.ч.
- ▣ Коек абдоминальной хирургии - 80
- ▣ ОРИТ хирургического профиля - 12
- ▣ Дежурных дней - 4
- ▣ В составе больницы ПСО, работа круглосуточная.



«ВЕСНА В «ПЯТОЙ»
III НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ —
ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ**



Место проведения:
г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, 34

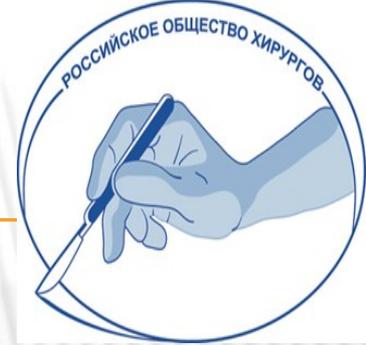
Городская клиническая больница №5, Ясневый зал

Начало: 09 час. 30 мин.

17 мая 2013 г.

Основные вопросы программы конференции

- Эволюция взглядов на этиологию гастродуоденальных кровотечений;
- Интенсивная терапия при острых кровотечениях, фармакологический гемостаз;
- Особенности анестезиологического обеспечения при интраоперационных кровотечениях, кровосберегающие технологии;
- Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях, эндоскопический гемостаз;
- Хирургическая тактика при послеоперационных внутриполостных кровотечениях;
- Лабораторная диагностика при кровотечениях.



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ

Национальные клинические рекомендации
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (2014)

В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причем **количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и 12-перстной кишки** составляет 90-160 человек на 100 000 населения и **имеет отчетливую тенденцию к**

увеличению (Майстренко Н.А., 2003; Панцырев Ю.М., 2003; Затевахин И.И., 2003; Гостищев В.К., 2012; Щеголев А.А., 2013, Ермолов А.С., 2014; Кубышкин В.А., 2014)

Желудочно - кишечные кровотечения, как фатальное осложнение антикоагулянтной терапии. Профилактика, лечение, ошибки.



Новиков А.В., Хавина Е.М. зав. х/о , Млинник Р.А. к.м.н., зав. ОРИ

Нижний Новгород
2016 г



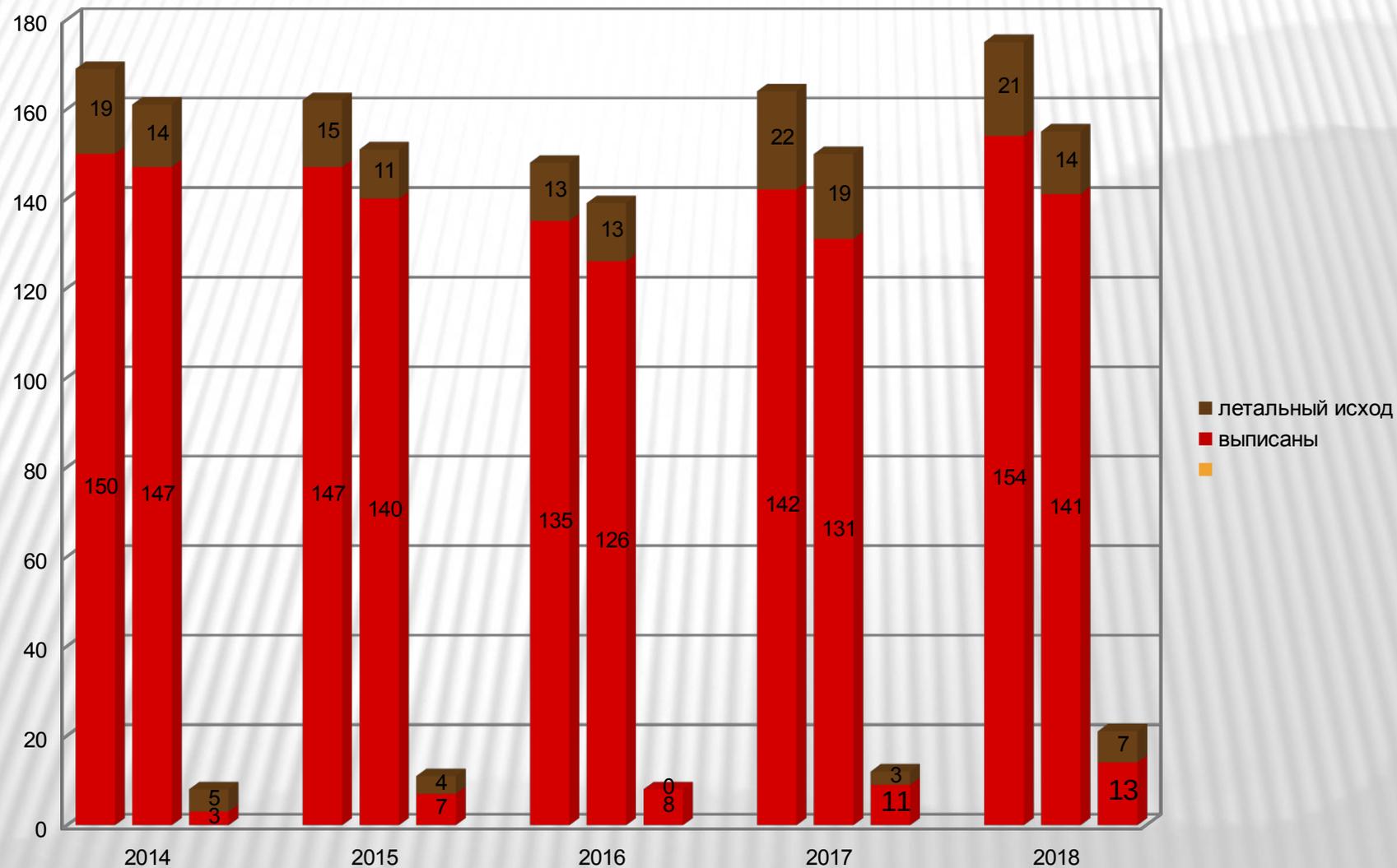
Цель сообщения

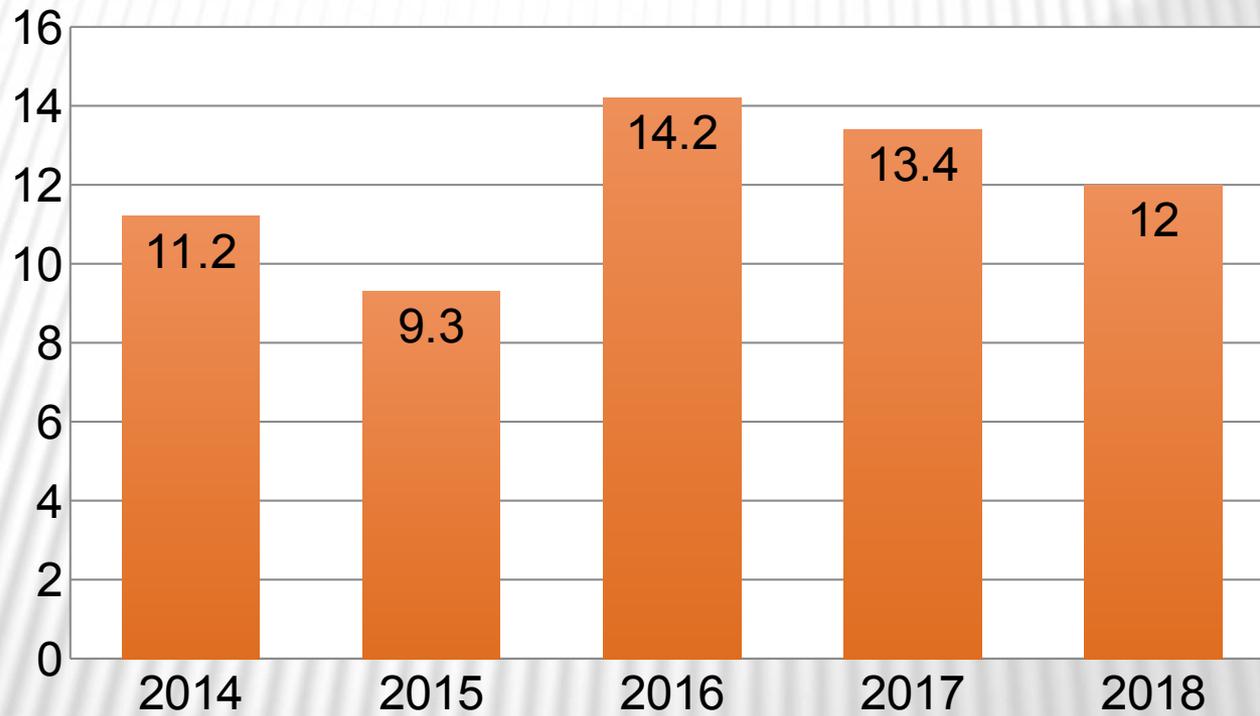
Оценить реальный риск развития гастродуоденальных кровотечений у больных, постоянно принимающих антикоагулянты/дезагреганты, методы и результаты их лечения и возможные пути улучшения.



ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

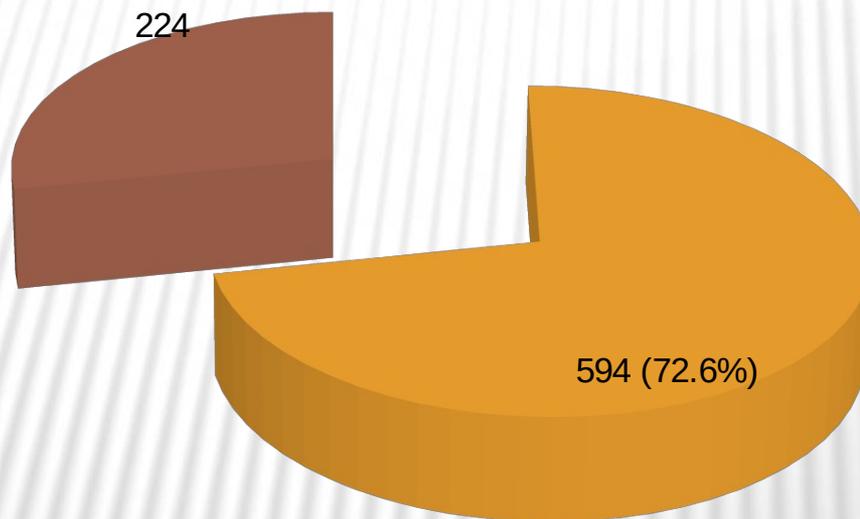
(818 БОЛЬНЫХ)





ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗИРОВАЛИСЬ БОЛЬНЫЕ С
ОСТАНОВИВШИМСЯ/СОСТОЯВШИМСЯ (F2C, F3) КРОВОТЕЧЕНИЕМ, НЕ ТРЕБОВАВШИМ
ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ (Hb > 90 Г/Л).

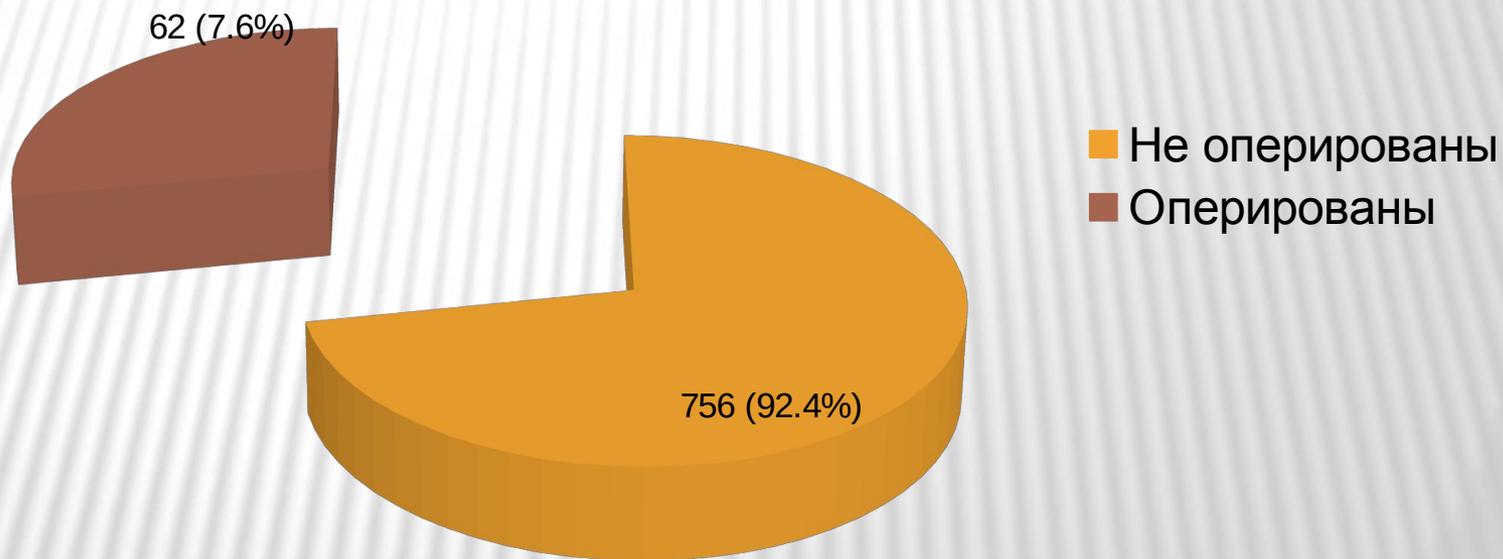


- Потребовалось лечение в ОРИТ
- Лечились в хирургических отделениях

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

НЕ ОПЕРИРОВАНЫ 756, ЛЕТАЛЬНОСТЬ 9.4%

ОПЕРИРОВАНЫ 62, ЛЕТАЛЬНОСТЬ 26.0%



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ. ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ // НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

МОСКВА – ВОРОНЕЖ. 2014

Основные разделы клинических рекомендаций



- ▣ **Раздел I.** Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе
- ▣ **Раздел II.** Диагностическая и лечебная эндоскопия
- ▣ **Раздел III.** Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей
- ▣ **Раздел IV.** Медикаментозный гемостаз
- ▣ **Раздел V.** Хирургическое лечение
- ▣ **Раздел VI.** Прогноз рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения
- ▣ **Раздел VII.** Клинические рекомендации по ведению больных с рецидивом кровотечения
- ▣ **Раздел VIII.** Клинические рекомендации по ведению больных с НТВПТ-ассоциированными кровотечениями
- ▣

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ
НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



**ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ**

- Пациентами с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации;
- Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest (1974);
- При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз;
- При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется 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 гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо **АПК** или клипирование).
- Повторное эндоскопическое исследование рекомендовано при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения), в ряде случаев - при рецидиве геморрагии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГДК ПО FORREST (1974 Г.)

F1 - кровотечение продолжается:

F1a - кровь вытекает из поврежденного сосуда струей (может прослеживаться пульсация);

F1b - кровь вытекает из сосуда по каплям.

F2 - кровотечение остановилось:

F2a - на дне язвы тромбированный;

F2b - на дне язвы фиксированный сгусток;

F2c - на дне язвы черные пятна (мелкие тромбированные сосуды).

F3 - кровотечение не выявлено (чистое дно язвы).

ЦЕЛЬ ЭНДОСКОПИИ

- ▣ 1. Определить уровень кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка).
- ▣ 2. Локализовать источник кровотечения.
- ▣ 3. Определить характер и стадию кровотечения.
- ▣ 4. Оценить возможность/выполнить эндоскопический гемостаз.

Преимущества

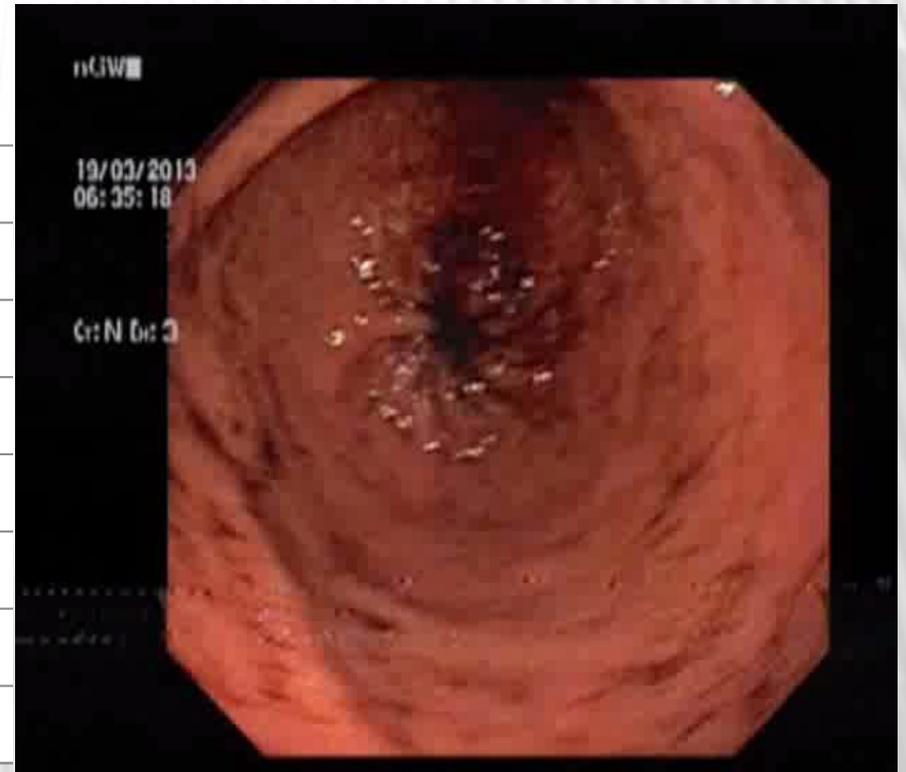
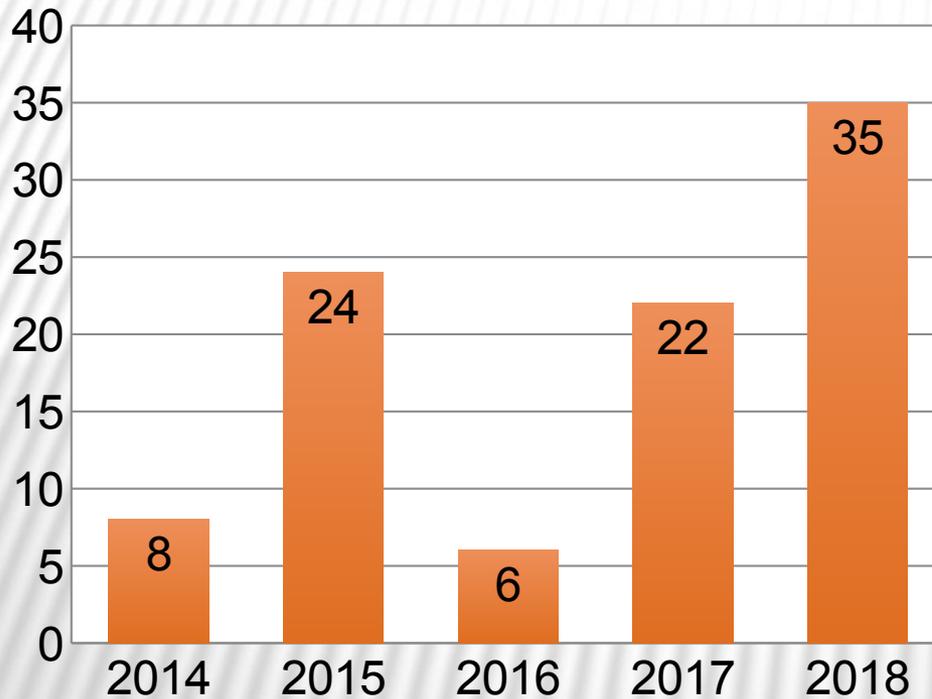
- Сильное термическое воздействие сочетается с охлаждением мощным потоком газа, следовательно, *не происходит глубокого ожога тканей*;
- Плотная струя аргона сдувает кровь с раневой поверхности и позволяет хорошо видеть непосредственный источник кровотечения;
- Является *единственной эндоскопической методикой, позволяющей почти наверняка остановить струйное язвенное кровотечение (!)* т.е.F1a

Недостатки

- Дороговизна
- Малая доступность для городских больниц



АРГОНО-ПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ



Относительные противопоказания для ФГДС

- Острое нарушение мозгового кровообращения;
- Острый инфаркт миокарда;
- Выраженная декомпенсированная сердечно-лёгочная недостаточность.
- **Абсолютным** противопоказанием для ФГДС может быть только терминальное состояние больного



- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H_2 -блокаторов не рекомендовано;
- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано;
- Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность и могут быть рекомендованы всем больным с высоким риском рецидива геморрагии;
- С 3 суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы;
- Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие H_p -инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре.



**ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- ▣ Основными задачами оперативного вмешательства при язвенном гастродуоденальном кровотечении являются: обеспечение надежности гемостаза, устранение источника геморрагии и профилактика рецидива кровотечения;
- ▣ Экстренная операция показана у пациентов с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при рецидиве кровотечения;
- ▣ При кровоточащей язве желудка рекомендуется выполнять резекцию желудка;
- ▣ При кровоточащих язвах 12-перстной кишки 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;
- ▣ У пациентов находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастро/дуоденотомии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы.



«Экстренная операция показана у пациентов с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при рецидиве кровотечения»



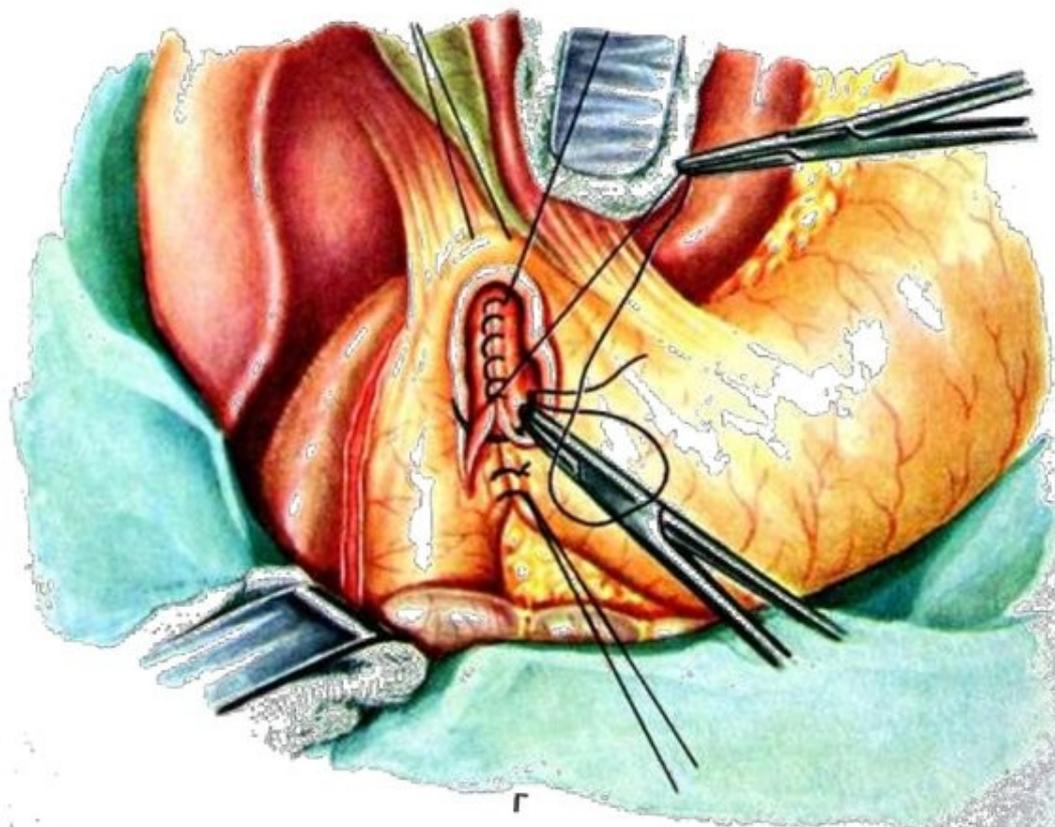
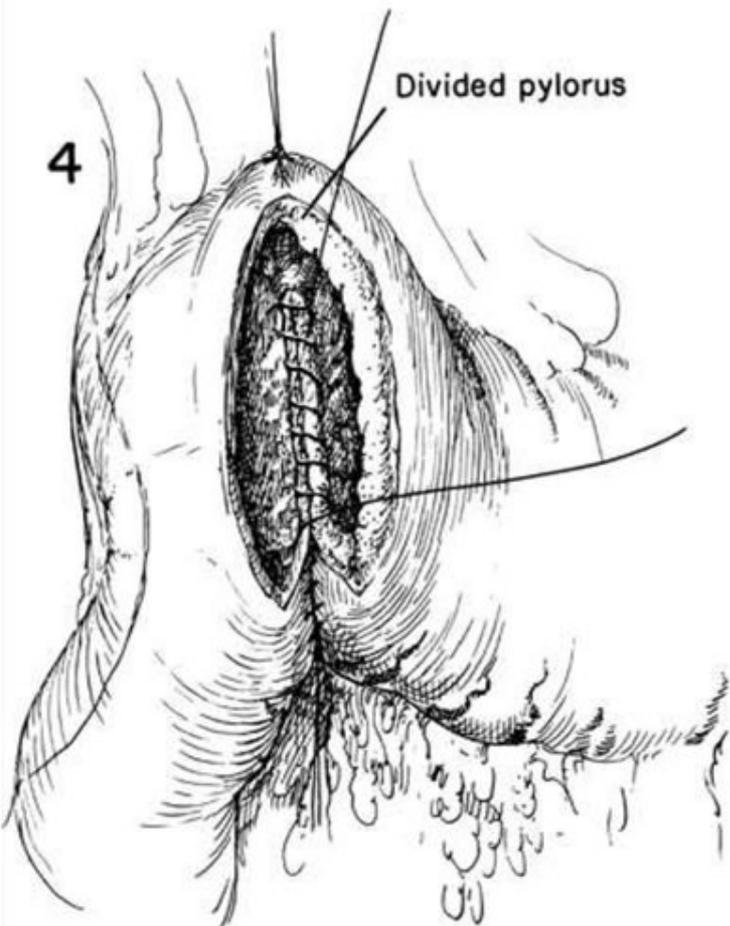
Время

Когда ты решишься - его уже не останется.

Дренирующие операции

Пилоропластика по Финнею

- Наложение инфицированного шва (2 ряд)



ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Хирургическое сознание
не может мириться с тем,
что больные гибнут
на наших глазах
от неостановленного
кровотечения»

С. С.

Юдин





Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано стратифицировать по степени риска рецидива геморрагии;

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

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. N 203н
"Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

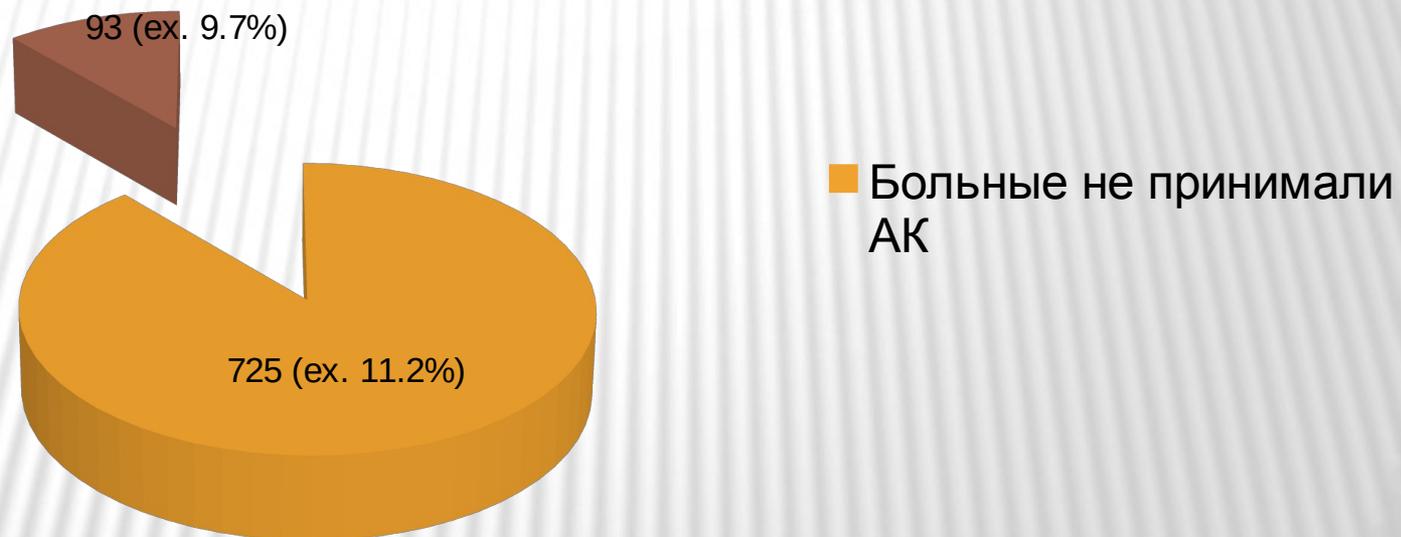
3.11.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенных гастродуоденальных и гастроеюнальных кровотечениях (коды по МКБ – 10: K25.0; K25.4; K26.0; K26.4; K27.0; K27.4)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена эзофагогастродуоденоскопия не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнен эндоскопический гемостаз не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
4.	Выполнена оценка риска рецидива кровотечения по Форесту	Да/Нет
5.	Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при неэффективности эндоскопического гемостаза)	Да/Нет
6.	Выполнено внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией на протяжении не менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического гемостаза (при отсутствии медицинских противопоказаний и при высоком риске рецидива кровотечения и/или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству)	Да/Нет
7.	Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

- В последнее время врачам все чаще приходится сталкиваться с пациентами, получающими длительную анти тромботическую терапию
- С активным развитием специализированной медицинской помощи пациентам с сосудистой патологией, увеличилось количество больных, поступающих в хирургические стационары с клиникой кровотечения
- Periоперационное ведение таких пациентов может быть проблематичным, т.к. чаще всего требуется прерывание анти тромботической терапии

ГИПКОАГУЛЯЦИОННЫЕ ГДК

93 (11.4%) БОЛЬНЫХ ПОСТОЯННО ПРИНИМАЛИ АНТИКОАГУЛЯНТЫ ИЛИ ДЕЗАГРЕГАНТЫ



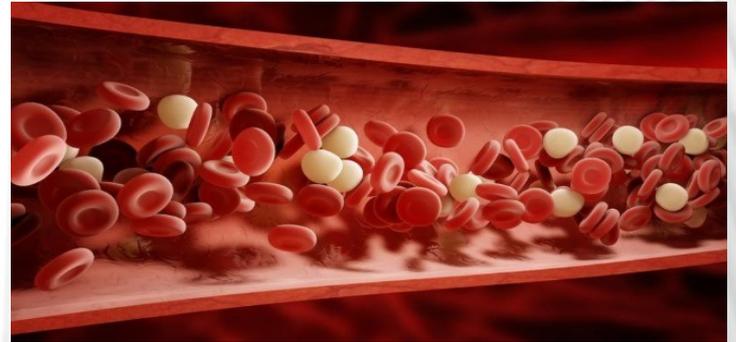
ГИПКОАГУЛЯЦИОННЫЕ ГДК

- За период с 2014 по 2018 г.г. поступило 93 больных (11.4% всех поступивших с язвенными ГДК). Летальность - 9.7%.
- За первые два года - 25 (летальность 8.0%)
- За последние два года - 49 (летальность 12.2%)



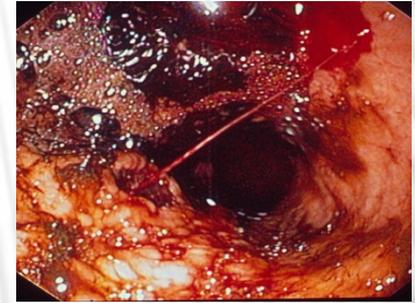
АНТИКОАГУЛЯНТЫ/ДЕЗАГРЕГАНТЫ

- Варфарин 1.5-2.5 мг
- Прадакса 150 мг
- **Ксарелто** 20 мг
- Плавикс 75 мг
- Брилинта 90 мг
- Клопидогрел 75 мг
- Тромбо Асс 50 мг



Гипокоагуляционные ГДК

Схема интенсивной терапии в ОРИТ



- СЗП 10-15 мл/кг/сутки
- Дицинон 2000 мг/сутки
- Коррекция постгеморрагической анемии: показанием к трансфузии эр.массы служило снижение гемоглобина ниже 90 г/л, гематокрита - ниже 28-30%.
- Болюсное введение ИППП с последующей внутривенной инфузией в течение 72 часов (доза стандартная в зависимости от имеющегося препарата - нексиум, рабепразол, ультоп и др.).
- На 3-4-е сутки больным назначались НМГ (клексан 0.4 мг/сутки п/к) с целью ограничения коагуляционного каскада и в связи с высоким риском ретромбозов. Эту меру считаем обязательной. Рецидивов кровотечения не зарегистрировано.

Гипокоагуляционные ГДК

Схема интенсивной терапии в ОРИТ

- *Часто:* транексам или аминокaproновая кислота (при лабораторном подтверждении высокой активности фибринолиза);
- Хлорид кальция (при лабораторном подтверждении гипокальциемии или вынужденном переливании более 2000 мл компонентов донорской крови);
- Викасол (если больной получал варфарин) 20 мг/сутки;
- *Редко:* протромплекс- 600, уман-комплекс, коагил-VII и др.;
- Быстрый переход от состояния гипокоагуляции к гиперкоагуляции для пациентов с скомпроментированными сосудами сердца и головного мозга может быть фатальным.
- Перевод на непрямые антикоагулянты осуществлялся в профильном отделении после перевода из ОРИТ.

«НОЧНОЙ КИСЛОТНЫЙ ПРОРЫВ»

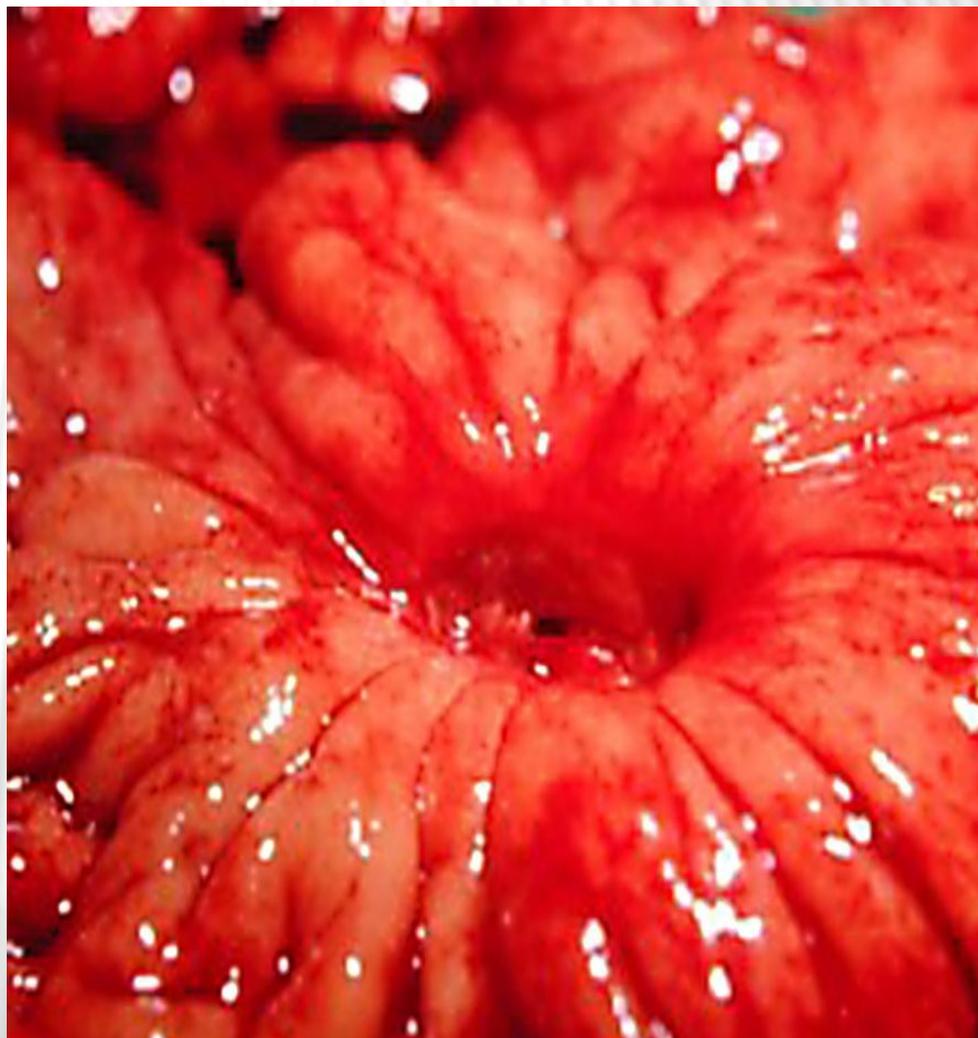


У больных с высоким **риском рецидива кровотечения** для профилактики НКП назначаем однократно на ночь H_2 - блокатор АЦИЛОК (ранитидин).



ГИПКОАГУЛЯЦИОННЫЕ ГДК

- ▣ Чем быстрее удастся снизить уровень МНО, тем лучше исход заболевания. Оптимально, если антикоагуляционная терапия начата через 4 часа после начала кровотечения (Mok V., Wong K.S., Lam W. Et al. 2001)





Обеспечение регулярного контроля состояния слизистой желудка и 12 п.к. у больных, принимающих антикоагулянты/дезагреганты;

Обеспечение регулярного контроля МНО у получающих варфарин;

Контроль приема антикоагулянтов/дезагрегантов.

ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГДК В СТАЦИОНАРЕ

Несвоевременное выполнение диагностической ФГДС

Несвоевременное выполнение/невыполнение
эндоскопического гемостаза

Невыполнение контрольной (через 12 часов)
эндоскопии

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГДК

Обеспечение круглосуточной эндоскопической службы или наличие в дежурной хирургической бригаде специалиста, владеющего эндоскопией

Материально - техническая возможность выполнения эндоскопического гемостаза у всех больных, нуждающихся в нем

Следование единому протоколу на основе Национальных Клинических Рекомендаций

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГДК



Совершенствование
эндоскопической
службы

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В 2018 ГОДУ

Наименование	Всего	Эндоскопический гемостаз	Оперировано	П/о летальность
Районы Нижегородской области	662	133 (20,0%)	77(11,6%)	19,5%
г. Нижний Новгород	476	244(51,3%)	89 (18,7%)	23,6%
Итого по региону	1158	377 (32,6%)	166 (14,3%)	21,7%

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЯЗВЕННЫХ

КРОВОТЕЧЕНИЯХ

1. Недостаточное использование методик эндоскопического гемостаза и медикаментозной профилактики рецидива кровотечения (эндоскопический гемостаз используется только в 12 М.О. районов Нижегородской области, в 2017 году - в 7)
2. Операция по поводу рецидива язвенного кровотечения
3. Декомпенсация сопутствующих заболеваний на фоне острой кровопотери и операционной травмы у пациентов с высоким операционным риском
4. Хирургические осложнения операции (рецидив кровотечения из прошитой язвы, недостаточность культи ДПК и др.)
5. П/О летальность после прошивания (иссечения) кровоточащей язвы (15,8%) сравнима с п/о летальности после резекции желудка (18,1%)

Благодарю за внимание!



Приглашаем!



Министерство здравоохранения Нижегородской области
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5»
Нижегородское региональное отделение Российского общества хирургов



ВЕСНА В «ПЯТОЙ»

IX межрегиональная научно-практическая конференция

**Хирургическая клиника. Больной «высокого риска»:
радость побед – горечь неудач**

19
2019 АПРЕЛЯ
Н.НОВГОРОД

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ НАУЧНОЙ ПРОГРАММЫ:

- ◆ Что есть больной «высокого риска»?
- ◆ Объективизация степеней риска (шкалы по тяжести состояния, операционно-анестезиологическому риску, прогностические и др.);
- ◆ Критерии обоснованности медицинского риска, эффект «черного лебеда»;
- ◆ Грань разумного в лечении больных «высокого риска»?
- ◆ Современные медицинские технологии и препараты в лечении больных «высокого риска» - всегда ли это уменьшение рисков;
- ◆ Мультидисциплинарный подход к вопросам лечения больных «высокого риска»;
- ◆ Ошибки и осложнения при ведении больных «высокого риска»;
- ◆ Особенности хирургического лечения и оказания реанимационной помощи пациентам с иммунодефицитными состояниями;
- ◆ Лечение больных с высокой резистентностью и панрезистентностью к антибактериальным препаратам.

г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, 34,
«ГКБ №5», Ясневый зал.

В программе: Пленарное заседание, Симпозиум хирургов, Симпозиум анестезиологов-реаниматологов и Симпозиум медицинских сестер.

ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ОТКРЫТА НА САЙТЕ

www.remedium-nn.ru

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЕР МЕРОПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
«РЕМЕДИУМ ПРИВОЛЖЬЕ»



8 (831) 4 11-19-83



nn_remedium@medalmanacr.u



www.remedium-nn.ru