Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 13.07.2026 12:16:51
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d48027163e1a973e8f

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МАЙКОПСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра хирургии №1 и последипломного образования

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Учебно-методическое пособие для ординаторов

Майкоп, 2014 г.

УДК 616.33-002.44
ББК 54.132
П-84

Утверждено на совместном заседании учебно-методического совета Медицинского института ГБОУ ВПО «Майкопский государственный технологический университет» и Минздрава РА

Р е ц е н з е н т :
Зав. кафедрой общей хирургии Кубанского Государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор **Ю.П. Савченко,**
Действительный член АМТН, доктор медицинских наук, профессор кафедры морфологических дисциплин лечебного факультета ГБОУ ВПО «Майкопский государственный технологический университет» **С.П. Лысенков**

С о с т а в и т е л ь – к.м.н. **Зезарахова М.Д.**

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА. Учебно-методическое пособие для ординаторов. – Майкоп: изд-во МГТУ, 2014 г. – 12 с.

Данное учебно-методическое пособие предназначено для студентов старших курсов, интернов, клинических ординаторов и посвящено рассмотрению вопросов профилактики рецидивов кровотечений при эрозивно-язвенных поражениях из верхних отделов пищеварительного тракта.

.

© Зезарахова М.Д.,
Майкоп, МГТУ, 2014

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кровотечение в просвет пищеварительного тракта – синдром, осложняющий течение многих заболеваний и нередко приводящий к летальным исходам.

Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта

Частые

- Эрозивно-язвенный процесс в гастродуоденальной слизистой оболочке, в том числе обострение язвенной болезни (преобладают кровотечения из двенадцатиперстной кишки)
- Синдром Мэллори-Вейса.
- Эзофагит.
- Злокачественные опухоли пищевода и желудка.
- Варикозное расширение вен пищевода или желудка.
- Гастрит, в том числе острые эрозии желудка, геморрагический гастрит.

Редкие

- Мальформация сосудов.
- Дивертикулез и дивертикулит.
- Опухоли тонкого кишечника.
- Болезнь Крона.
- Нарушение коагуляционного гомеостаза.

Классификация (этиологическая) эррозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта, осложняющихся кровотечениями

1. Рецидивирующие эрозии и язвы желудка или двенадцатиперстной кишки при обострении язвенной болезни.

2. Острые эрозивно-язвенные поражения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие в результате токсических или лекарственных воздействий на слизистую оболочку кишки, при обширных ожогах, тяжелых операциях, остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта, при системных и сосудистых заболеваниях.

3. Эрозии и язвы желудочно-кишечных анастомозов в послеоперационном периоде.

Клинические проявления кровотечений из эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта

Основные симптомы

- Кровавая рвота-гематомезис (ярко красная кровь и/или темные кровяные сгустки и/или содержимое рвотных масс типа «кофейной гущи» – встречаются часто, но не всегда).
- Мелена – черные, жидкие, клейкие испражнения со своеобразным запахом.
- Слабость,
- Сухость во рту, потливость и сердцебиение.
- Обморочное состояние с потерей сознания.

Выраженность симптомов зависит от количества излившейся крови, темпа развития кровотечения и локализации источника кровопотери. Так, например, мелена может быть следствием кровотечения из разных отделов пищеварительного тракта, включая слепую кишку. Кровь стимулирует перистальтику пищеварительного тракта, является питательной средой для кишечной микрофлоры. В зависимости от количества излившейся крови и ряда других факторов, мелена может появиться уже через 4-6 часов и даже раньше от начала кровотечения. При массивном кровотечении в кале могут присутствовать сгусти крови или кал становится обильным, жирным и приобретает каштановый цвет.

Следует помнить, что могут быть и другие причины темного меленоподобного стула: прием препаратов железа, но при этом отсутствуют другие признаки мелены.

Субъективные симптомы в оценке кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта иногда имеют важнейшее значение при выборе врачебной тактики.

Объективные симптомы эрозивно-язвенных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта:

- Бледность кожи и видимых слизистых оболочек,
- холодный липкий пот,
- тахикардия,
- снижение систолического артериального давления,
- уменьшение диуреза, вплоть до анурии.

Следует иметь в виду и объективные признаки, обусловленные основным заболеванием, осложнившимся кровотечением.

Неблагоприятные прогностические признаки.

- Возраст старше 60 лет.
- Гематомезис и мелена,
- Артериальное систолическое давление менее 100 мм рт.ст. и тахикардия более 90 в одну минуту.

Ведение больных с наличием кровотечения из эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки включает три этапа:

- Неотложные мероприятия, направленные на выявление источника кровотечения, его остановки и коррекции гемодинамических метаболических расстройств.
- Лечение, направленное на восстановление целостности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом их этиологии и патогенеза.
- Профилактика рецидивов эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

При разработке тактики профилактического лечения необходимо учитывать факторы, ответственные за рецидивирование эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением.

1. Тактика терапии должна включать подавление кислотной продукции на протяжении 12 и более месяцев, а при наличии Helicobacter pylori – проведение эрадикационных курсов антигеликобактерной терапии. Критерии прекращения лечения: рубцевание язв и эрозии с формированием белого рубца или полная эпителизация слизистой оболочки, разрешение активного гастродуоденита с учетом результатов гистологического исследования слизистой оболочки пораженных органов.

2. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), независимо от способа их введения, является наиболее частой причиной развития язв и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечнием у Нр-отрицательных больных.

3. Гиперсекреция соляной кислоты в вечерние и ночное время. Всем больным с кровотечениями из эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта показано суточное мониторирование интрагастральной кислотности с подбором адекватных доз и сроков приема

антисекреторных препаратов для назначения индивидуальной поддерживающей терапии.

4. Всем больным с желудочно-кишечными кровотечениями рекомендовано прекратить курение и прием алкоголя.

Неотложные лечебно-диагностические мероприятия

Задачи:

1. Стабилизировать состояние больного, включая остановку кровотечения.

2. Восстановить объем циркулирующей крови,

3. Установить причины, обуславливающие развитие эрозивно-язвенных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе начать адекватную медикаментозную терапию заболевания, приведшего к возникновению кровотечения.

Лечение в условиях реанимационного отделения

Осуществляется высококвалифицированными врачами (эндоскопист, хирург, анестезиолог, гастроэнтеролог-терапевт) в ЛПУ, имеющих этих специалистов. Основные направления:

- Обеспечить проходимость дыхательных путей приданием больному соответствующего положения (положение на боку) и с помощью других мероприятий, которые проводятся в зависимости от ситуации.
- Обеспечить внутривенный доступ введения лекарств (игла крупного калибра или катетеризация яремной, подключичной или бедренной вены).
- Мониторинг центрального венозного давления (ЦВД) с целью раннего выявления возможного рецидива кровотечения (падение ЦВД на 5 см водного столба в течении 2 часов указывает на рецидив или продолжающееся кровотечение).
- Исследование крови (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, лейкоциты, ретикулоциты; железо, калий, натрий, мочевина, креатинин) и мочи (осадок, белок) до и во время проведения мероприятий (инфузия жидкостей, электролитов, крови и др.). Результаты исследования крови могут отражать компенсаторные процессы, а проведение этих исследований в динамике позволяет проанализировать их с объективных позиций и оценить в совокупности состояние больного и эффективность терапии. Например, увеличение в крови концентрации мочевины при нормальном уровне креатинина позволяет исключить почечную недостаточность и связать повы-

шение мочевины с избыточным образованием и всасыванием белковых продуктов гидролиза компонентов крови и т. д.

- При подозрении на патологию печени и других органов и систем дополнительно проводят соответствующие исследования, в том числе и в динамике.
- С целью восстановления ОЦК необходимо проведение ряда неотложных лечебных манипуляции (внутривенные инфузии физиологического раствора хлорида натрия, по показаниям инфузии полиглюкина, свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы и т.д.).
- Катетеризация мочевого пузыря позволяет объективизировать уровень диуреза (желательно добиться диуреза превышающего 30 мл/ч).
- Диагностическая и лечебная эзофагогастродуоденоскопия, включающая проведение гемостаза через эндоскоп (аргоно-плазменная коагуляция, электрокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, диатермокоагуляция, клипирование, химическая коагуляция с дегидратацией и др.).
- При кровотечении, возникающем в связи с наличием эрозивно-язвенных изменений в слизистой оболочке пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишке внутривенно вводится 40 мг омепразола (лосек – 1 ампула) или 50 мг ранитидина (квамател). Омепразол вводится внутривеено через каждые 8 часов, а ранитидин или фамотидин – через каждые 6 часов в течение первых 3-х суток. Одновременно внутрь принимается сукральфат в вде эмульсии по 2,0 г через каждые 4 часа.
- После остановки кровотечения и стабилизации гемодинамических показателей необходимо переходить ко второму этапу терапии больных.

Лечение, направленное на восстановление целостности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом их этиологии и патогенеза.

Терапия назначается в зависимости от этиологии эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом больные подразделяются на три группы:

- Первая группа включает Helicobacter pylori-положительных больных и не имеющих других факторов риска развития эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Во вторую группу входят больные, принимающие нестеройдные противовоспалительные препараты (НПВП). Среди данной группы целесообразно выделить две подгруппы: Hp-положительные и Hp-отрицательные.

- Третью группу составляют НР-отрицательные больные, не принимающие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Больным первой группы проводится 7-14 дневный курс эрадикационной терапии, включающей ингибитор протонной помпы – омепразол (лосек, ромесек и др. синонимы) или ланзопразол (ланзап, ланзофед) или рабепразол (париет), или пилорид в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин (клацид, клабакс) 500мг 2 раза в день + амоксициллин 1,0 2 раза в день или тинидазол (метронидазол) 500 мг 2 раза в день + коллойдный висмут субцитрат (де-нол) 240 мг 2 раза в день.

Эрадикационную терапию удобно проводить комбинированным препаратом «Пилобакт», уже содержащим в одной упаковке омепразол, кларитромицин и тинидазол. С целью более успешного уничтожения Helicobacter pylori в гастродуоденальной слизистой оболочке дополнительно в эрадикационную терапию «Пилобактом» на 7 дней назначается коллоидный субцитрат висмута 240мг 2 раза в день. После окончания эрадикационного курса продолжается прием ингибитора протонной помпы в стандартной суточной дозе однократно в 15 часов (лосек, ромесек, омез, ланзап, париет и др.) в течение минимум 8 недель. После этого прием антисекреторного средства прекращается на один месяц и проводится эзофагогастродуоденоскопия, тесты на Helicobacter pylori, суточное мониторирование интрагастрального pH.

Тактика профилактического лечения определяется с учетом результатов исследования при которых возможны следующие клинические ситуации:

1. Сохранение Helicobacter pylori в сочетании с высокой желудочной кислотностью. Рекомендуется провести эрадикационную терапию с другим набором антибактериальных препаратов. Например тетрациклина гидрохлорид 0,5 г 4 раза в день + фуразолидон 0,1г 4 раза в день + де-нол 120 мг 4 раза в день. Продлить прием ингибитора протонной помпы до 6 месяцев. В последующем провести контроль по вышеуказанной схеме.

2. Отсутствие Helicobacter pylori, но наличие высокой кислотности в вечерние и ночные часы. Данной группе больных рекомендовано продлить прием антисекреторного репарата в половинной суточной дозе не менее 5 дней в неделю в течение 12 месяцев. Подбор антисекреторного препарата (ингибитор протонной помпы или блокатор Н2-рецепторов гистамина должен проводится с использованием интрагастральной pH-метрии).

3. Отсутствие Helicobacter pylori и эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки, нормальные показатели интрагастральной кислотности. Лечение можно прекратить и перевести больного на прием антисекреторных средств «по требованию».

Больным второй группы рекомендуется прекратить, если это возможно, прием нестеродных противовоспалительных препаратов. Тактика ведения таких больных, независимо от того прекратили или продолжают они прием НПВП, определяется Нр-статусом и степенью структурных изменений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

При наличии Helicobacter pylori и язв в желудке и /или двенадцатиперстной кишке проводится стандартная четырехкомпонентная эрадикационная терапия (см. выше) в сочетании с приемом ингибитора протонной помпы в полной суточной дозе. Прием последнего продолжается до полного рубцевания или эпитализации язв, эрозии. Если больной продолжает прием НПВП, то необходимо на весь срок лечения назначить ингибитор протонной помпы в половинной суточной дозе или аналоги простогландинов, например: мизимростол 200 мкг 4 раза в день, оба в сочетании с сукральфатом 0,5 г-1 г 4 раза в день до рубцевания язв и эрозии.

Профилактика рецидивов эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. Включает прием мизипростола 200 мкг 4 раза в день или блокаторов протонной помпы, или блокатора Н2-рецепторов в полной или двойной суточной дозе (ранитидин 300-600 мг или фамотидин 20-40 мг/ в сутки) на весь срок приема НПВП.

Особыми показаниями для проведения профилактической терапии помимо кровотечения являются: возраст старше 70 лет, сочетанное лечение НПВП + кортикостероиды ± антикоагулянты, тяжелые сопутствующие заболевания.

Больным третьей группы наряду с лечением основного заболевания, приведшего к эрозивно-язвенным изменениям слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, назначаются ингибиторы протонной помпы в половинной суточной дозе два раза в день (предпочтительно) или блокаторы Н2-рецепторов гистамина в половинной или полной суточной дозе два раза в день до рубцевания язв и эрозии. Вопрос о проведении профилактической терапии, ее тактике и выборе антисекреторных средств решается индивидуально.

На данном этапе состояния медицинской науки и техники, такая тактика ведения больных с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта с целью профилактики рецидивов кровотечений является адекватной и обязательной для всех лечебных учреждений, принимающих на лечение таких больных.

Именно такая лечебная тактика обеспечивает стабилизацию состояния, предупреждает рецидив кровотечения; а при язвенной болезни, ассоциированной с Helicobacter pylori инфекцией, в большинстве случаев вызывает стойкую ремиссию заболевания, и даже выздоровление, если к этому времени не возникли необратимые изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.

Список использованной литературы

1. Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2008; 1: 1114;

2. Лыткин М.И., Коломиец В.П. Острпая травма магистральных сосудов. Л., 2004 г.;

3. Пикин К.И. Кровотечение и кровопотеря. В кн.: Многотомное руковдство по хирургии. Т. 1, 2004 г.;

4. Солвьев Г.М., Радзивил Г.Г. Кровопотеря и регуляция кровообращения в хирургии. М., 2004 г.;

5. Киценко Е.А. Тактика ведения и медикаментозная терапия больных с портальной гипертензией. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007; 5: 1418;

6. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Орлов С.Ю., Тимофеев М.Е., Чернякевич П.Л., Плахов Р.В. Эндоскопическая диагностика и остановка острых Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Рациональная фармакотерапия заболеваний гастродуоденалъных кровотечений и прогнозирование риска их рецидивов. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2006, №1, с. 9-18.

СОДЕРЖАНИЕ

КРОВОТЕЧЕНИЕ ……..……..... 5

Причины кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта …. 5

Классификация (этиологическая) эррозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта, осложняющихся кровотечениями …..... 5

Клинические проявления кровотечений из эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта ……... 6

Основные симптомы …….…… 6

Объективные симптомы эрозивно-язвенных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта …….……..…….. 6

Неблагоприятные прогностические признаки ……..…..…..…. 7

Ведение больных с наличием кровотечения из эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки включает три этапа …….. 7

Неотложные лечебно-диагностические мероприятия ……..……...…..... 8

Лечение в условиях реанимационного отделения ……...……..……..…. 8

Лечение, направленное на восстановление целостности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с учетом их этиологии и патогенеза …... 9

1

Список использованной литературы ……..……... 2

Зезарахова Марият Джамбулетовна

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Учебно-методическое пособие для ординаторов

Подписано в печать 20.02.2014 г.
Формат бумаги 60x84 1/16. Бумага ксероксная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 0,75. Заказ №053. Тираж 100 экз.

Издательство МГТУ
385000, г. Майкоп, ул. Первомайская, 191