

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
Министерство здравоохранения Забайкальского края

---

Государственное учреждение здравоохранения  
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

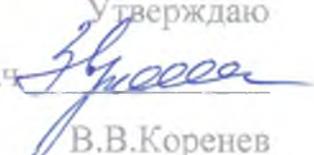
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

---

от 15 августа 2023 г. № 690-о

Утверждаю  
Главный врач   
В.В.Коренев

Информационное письмо

## ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

*Заведующий отделением хирургическим П.П.Пахольчук,*

*врач-хирург торакальный В.Ю.Соловьев*

## ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

### К92.2

Информационное письмо для хирургов Центральных районных больниц

Общие положения: немедленной госпитализации подлежат не только больные с продолжающимся кровотечением, но и больные с состоявшимся кровотечением. Госпитализация должна осуществляться в хирургические отделения.

В анамнезе: у 3/5 ранее имеется язва желудка или двенадцатиперстной кишки, либо язвенный анамнез с неуточненной язвой (боли в эпигастрии, отрыжка, изжога). Характерным является усиление болей и диспептических явлений накануне кровотечения и снижение или полное исчезновение их в момент или после кровотечения (симптом Бергмана).

Общие симптомы: наличие рвоты кровью, либо наличие стула «черного цвета». Признаки острой кровопотери: бледность, головокружение, тошнота, тахикардия, гипотония, холодный пот, обморочное состояние.

На основании анамнеза можно судить, в известной мере, о характере кровотечения до поступления больного в стационар, его интенсивности, количестве излившейся крови, наличии сопутствующих заболеваний. Следует относиться критически к данным анамнеза о количестве излившейся крови, так как показания больного и его родственников, как правило, бывают преувеличенными.

Сведения больных о лечении при сопутствующих заболеваниях аспирином, гормональными препаратами, антикоагулянтами, нестероидными противовоспалительными препаратами имеют определенное диагностическое значение, а также играют большую роль в определении консервативной тактики лечения.

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.

У 15-33% больных гастродуоденальное кровотечение является первым и единственным симптомом болезни.

После изучения анамнеза необходим тщательный осмотр больного с обязательным пальцевым исследованием прямой кишки. В динамике отразить пульс, АД.

## I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе

- Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ;
- Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе;
- Рекомендуется постоянная назогастральная интубация; при пищеводном кровотечении установка зонда Блэкмора
- Для определения степени тяжести кровопотери рекомендуется использовать оценочные шкалы (Горбашко А.И., 1974) и определение параметров ОЦК;

**Оценка тяжести кровопотери: (В.К. Гостищев, 2004 г.)**

Тяжесть кровопотери	Дефицит ОЦК (в %)	Критерии диагностики (1 и 2 отдельно или в совокупности *)	
		1. Клинические проявления	2. Уровень Hb, Ht

<b>I степень</b>	$\leq 15\%$	Ортостатическая тахикардия или отсутствие симптомов	Hb $\geq 100$ г/л Ht 40-45%
<b>II степень</b>	15-25%	Ортостатическая гипотензия (АД $\downarrow > 15$ мм рт. ст.) тахикардия (ЧСС $\uparrow$ чем на 20 уд.в /мин)	Hb 30-100 г/л Ht 30-40 %
<b>III степень</b>	25-35%	Артериальная гипотензия ( $80 < \text{АД сист.} < 100$ мм.рт.ст.), тахикардия (ЧСС $> 100$ в мин). Тахипноэ ( $30 > \text{ЧДД} > 25$ в мин.) Периферическая дисциркуляция (бледность кожи и слизистых), диурез $< 20$ мл/час, ортостатический коллапс	Hb – 60-80 г/л Ht 20-30%

<b>IV степень</b>	>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 %
-------------------	------	---	--------------------------

## II. Диагностическая и лечебная эндоскопия

### ➤ Обязательные лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови, Hb, Ht каждые 6 часов в первые сутки, затем 2 раза в сутки до достижения Hb до 100 г/л.

2. Однократно (в первые 2 часа после поступления):

- группа крови, Rh-фактор,
- общий анализ мочи,
- сахар крови, билирубин, мочевины, общий белок.

➤ Пациентами с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации; *Противопоказания к*

**ФГС:** острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, агональное состояние.

Перед ФГС при необходимости следует тщательно отмыть желудок ледяной водой зондом максимального диаметра

- Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest ;

**Определение источника и интенсивности кровотечения:**

Интенсивность кровотечения	Эндоскопические признаки
<b>Forrest I a</b>	Струйное артериальное кровотечение
<b>Forrest I b</b>	Активное венозное кровотечение
<b>Forrest II a</b>	Активного кровотечения нет. Видимый тромбированный сосуд в дне язвы
<b>Forrest II b</b>	Активного кровотечения нет. Сгусток крови на дне язвы.
<b>Forrest II c</b>	Активного кровотечения нет. Солянокислый гематин на дне язвы.

- 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;

### **III. Клинические рекомендации по ведению больных с массивной кровопотерей**

- Основными задачами интенсивной терапии являются восполнение крови, потерь жидкости и стабилизация гемодинамики. Восполнение ОЦК следует начинать с введения кристаллоидных растворов через два-три периферических катетера или центральный катетер с максимально быстрым подключением инфузии коллоидов;
- Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л. При дефиците факторов свертывания крови показана трансфузия свежезамороженной плазмы. При гипоксии показана кислородотерапия. Для временного поддержания доставки O<sub>2</sub> тканям можно

использовать перфторан, внелегочную оксигенацию. ИВЛ может быть показана при нестабильной гемодинамике, гипоксии и нарушении сознания;

- Вазопрессоры показаны при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии. Использование их с дофамином улучшает почечный и мезентериальный кровоток. Рекомендовано применение антиоксидантов (реамберин, мексидол, орготеин, аллопуринол). Применение серотонина рекомендовано для улучшения периферического кровообращения и местного гемостаза;
- Критерием восстановления микроциркуляции следует считать восстановление гемодинамики и почасового диуреза;

#### **IV. Медикаментозный гемостаз**

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H<sub>2</sub>-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 *Нр-*инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре;
- Возможными лечебными мероприятиями при рецидиве кровотечения являются:
  1. Повторный эндоскопический гемостаз;
  2. Чрезкожная эмболизация артерий желудка и 12-перстной кишки;
  3. Экстренная операция;

## V. 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:
1. Пилородуоденотомия с иссечением язвы передней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией;
  2. Пилородуоденотомия с прошиванием язвы задней стенки, пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией;
  3. Резекция желудка;
- У пациентов, находящихся в критическом состоянии, возможно выполнение гастро- (дуодено) томии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы.

Специализированная медицинская помощь пациентам данной группы выполняется в хирургическом отделении ГУЗ «ККБ».  
Тел.23-20-95 доб.22-43.