



Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage and lower gastrointestinal bleeding

подготовил Беляев С. В, 505 гр.



- upper gastrointestinal hemorrhage до связки Трейца
- and lower gastrointestinal bleeding после связки Трейца



Методы эндоскопического гемостаза

Физические	Механические	Медикаментозные
Диатермоэлектрокоагуляция Термокоагуляция Лазерная коагуляция Аргоноплазменная коагуляция Радиоволновая коагуляция Электроэксцизия полипа	Инfiltrационный (инъекция физ р-ра, медицинского клея) Клипирование Лигирование Прошивание	Эпинефрин Склерозанты
Заваривание, коагуляция кровоточащего сосуда, стимуляция и создание условий для тромбообразования	Сдавление кровоточащего сосуда и создание условий для тромбообразования	Вазоконстрикция/ Химическая коагуляция

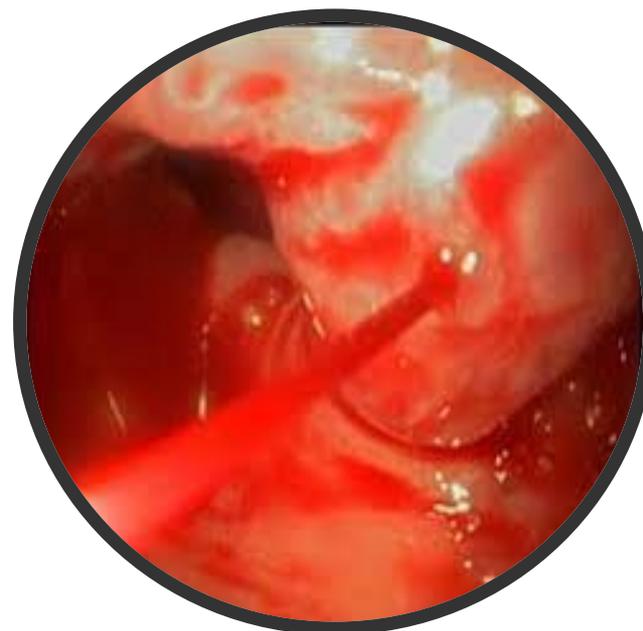


Классификация язвенных кровотечений по J.A.N.Forrest (1976)

активное кровотечение	FI а - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spouting hemorrhage))
	FI б - венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение потоком (active bleeding (oozing hemorrhage))
состоявшееся кровотечение	FII а - видимый тромбированный сосуд (visible vessel-pigmented protuberance)
	FII б - фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)
	FII с - геморрагическое пропитывание дна язвы, плоское черное пятно (black base)
	FIII – чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков (no stigmata)

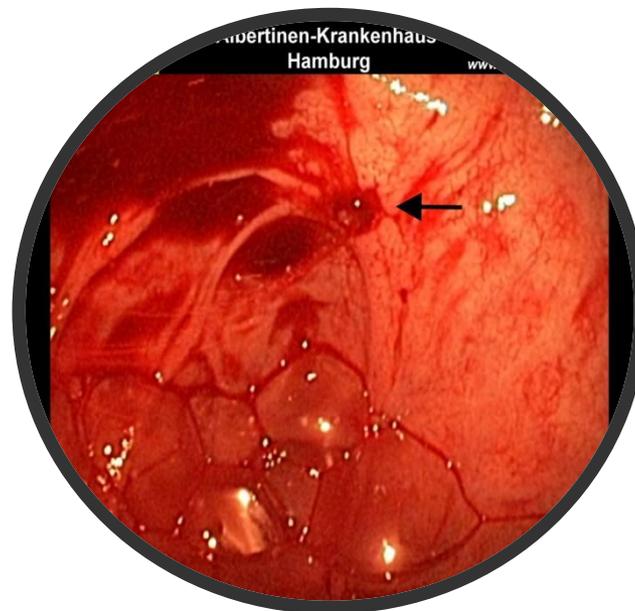


ESGE рекомендует для пациентов с активным кровотечением язвы (F1a, F1b), применять комбинированную терапию с использованием инъекция эпинефрина + второй метод гемостаза (термическая или механический).



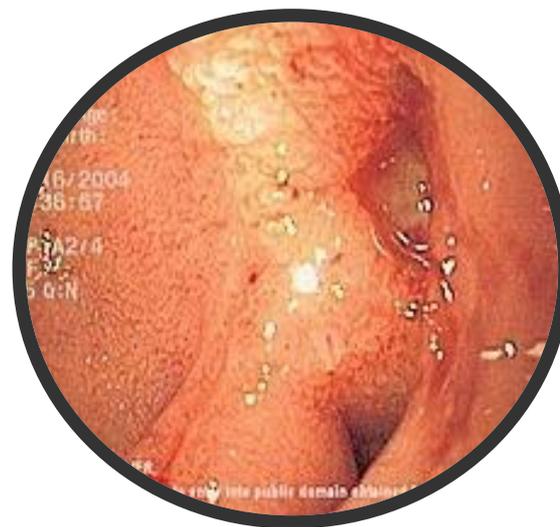
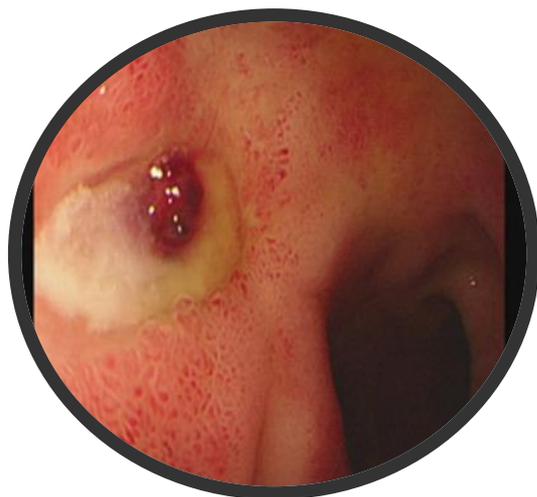


Тактика - термические, механические методы или инъекция склерозанта в качестве монотерапии или в сочетании с разбавленными инъекциями адреналина.





Тактика - комбинированная терапия с использованием разбавленной инъекции адреналина + второй метод гемостаза (тепловой, механический или инъекция склерозанта)





- ИПП в высоких дозах (внутривенно болюсно + непрерывная инфузия или два раза в день внутривенно болюсно дозирование в течение 72 часов или пероральное дозирование)
- Тест на *Helicobacter pylori*, лечение если положительный, эрадикация
- Если тест на *H. pylori* отрицательный, повторите в течение 4 недель после острого кровотечения для подтверждения того, что первоначальный тест был истинно отрицательным

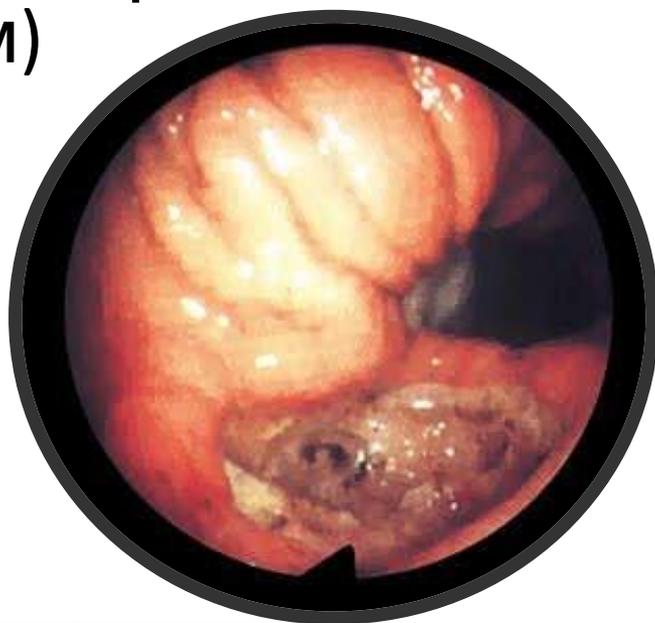


Если имеются клинические признаки повторного кровотечения, повторите гемостаз

Если эндоскопический гемостаз по-прежнему безуспешен, обратитесь по возможности спользуйте транскатетерную ангиографическую эмболизацию, если такой возможности нет направьте на операцию



Решается вопрос об удалении сгустка с последующим эндоскопический гемостазом основных стигм высокого риска ИЛИ медикаментозное лечение высокими дозами ИПП (в/в болюс + непрерывная инфузия в течение 72 часов или минимальная внутривенная болюсная доза два раза в день 72 часа или пероральный прием)





Если выполнено удаление сгустка эндоскопическим методом

- Сделайте инъекцию адреналина по окружности до основания сгустка с последующим удалением сгустка холодным гильотинным методом
- Если выявлены стигмы высокого риска после тромбодаления, примените эндоскопический гемостаз, как описано для стигматов Fla, Fib, FIIa
- ИПП в высоких дозах
- Проведите тест на *H. pylori*, при положительном результате проведите лечение;
- Если при тесте *H. pylori* отрицательный, повторите процедуру тестирования в течение 4 недель после острого кровотечения для подтверждения того, что первоначальный тест был истинно отрицательным



Если имеются клинические признаки повторного кровотечения, повторите гемостаз

Если эндоскопический гемостаз по-прежнему безуспешен, обратитесь по возможности спользуйте транскатетерную ангиографическую эмболизацию, если такой возможности нет направьте на операцию



!ESGE рекомендует, чтобы колоноскопия была первым диагностическим методом для гемодинамически стабильных пациентов с острым кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта из предлагаемых терапевтических возможностей.



На данный момент нет достоверных данных, говорящий о том что ранняя колоноскопия (до 24 часов), предпочтительна. Достоверно можно сказать о том что коло/сигмоскопия без подготовки не информативна. По сумме имеющихся данных можно сказать, что пациенту, поступившему с ЖКК из нижних отделов необходимо провести колоноскопию не позднее чем за 96 часов, прогноз может улучшиться, если исследование проведено в первые 24 часа.



Кровотечение из дивертикулов

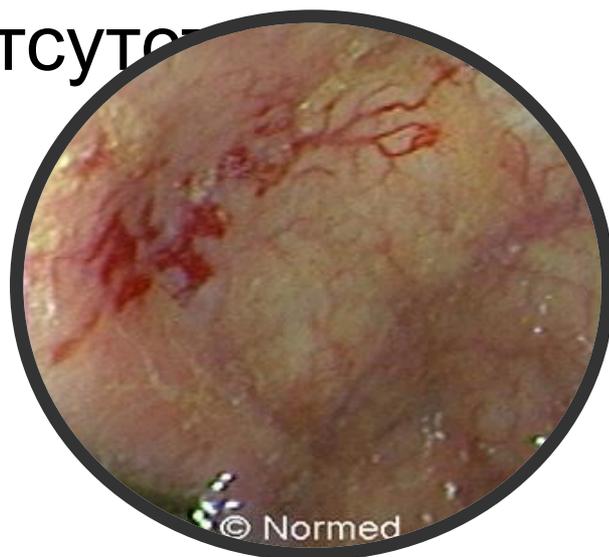
ESGE предлагает механическую терапию (например, клипсу, установленную через эндоскоп/колпачок, или эндоскопическое лигирование) в качестве предпочтительного метода лечения дивертикулярного кровотечения.

Могут применяться другие методы гемостаза, нет убедительных данных о преимуществе того или иного метода.





Аргоноплазменная коагуляция (АПК) считается методом выбора при ангиоэктазиях верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта, поскольку она связана с меньшей частотой осложнений и меньшей потребностью в переливании эритроцитов, однако сравнительные исследования отсутствуют.



STOP WAR