

Кафедра хирургических болезней №2

# Желудочно-кишечные кровотечения

30.03.2017

**Цель лекции:** довести до сведения будущих врачей клинику, диагностику и лечение желудочно-кишечных кровотечений.

# План лекции

1. Частота и причины ЖКК
2. Классификация
3. Диагностика
4. Дифференциальный диагноз
5. Лечение

# Причины желудочно-кишечных кровотечений

Язвенные кровотечения			Неязвенные кровотечения		
причины кровотечений	число	%	причины кровотечений	число	%
Язва 12-перстной кишки	842	59,5	острые эрозии и язвы, геморраг. гастродуоденит	815	42,3
Язва желудка	540	38,1	синдром Мэллори-Вэйса	422	21,9
Пептические язвы после резекции и др. операций на желудке	34	2,4	эрозивный эзофагит	234	12,1
			вар. расширение вен пищевода	157	8,1
			рак желудка	130	6,8
			доброкач. опухоли желудка	24	1,2
			прочие причины	146	7,6
<b>ИТОГО</b>	<b>1416</b>	<b>42,3</b>	<b>ИТОГО</b>	<b>1928</b>	<b>57,7</b>

# Степени тяжести кровотечения по клиническим данным и результатам исследования ОЦК:

- I степень** – легкая кровопотеря: общее состояние больного удовлетворительное, умеренная тахикардия (до 100 ударов в мин.), АД в норме, ЦВД 5-15 см.вод.ст., диурез не снижен, содержание Нв  $\geq 100$  г/л, дефицит ОЦК до 20% к должному.
- II степень** – средняя кровопотеря: общее состояние больного средней тяжести, частота пульса до 110 ударов в мин., АД<sub>систолич.</sub>  $\geq 90$  мм.рт.ст., ЦВД  $< 5$  см.вод.ст., умеренная олигурия, содержание Нв  $\geq 80$  г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%.
- III степень** – тяжелая кровопотеря: состояние больного тяжелое, частота пульса  $> 110$  ударов в мин., АД<sub>систолич.</sub>  $< 90$  мм.рт.ст., ЦВД – 0, олигурия, метаболический ацидоз, содержание Нв  $< 80$  г/л, дефицит ОЦК 30 и больше.

# Эндоскопическая классификация язвенных кровотечений по Форресту(1987г.)

- F IA – струйное кровотечение из язвы
- F IB – капельное кровотечение из язвы
- F IIA – тромбированные сосуды на дне язвы
- F IIB – сгусток крови, закрывающий язву
- F IIC – язва без признаков кровотечения
- F III – источники кровотечения не обнаружены

# Для выбора лечебной тактики при ЖКК необходимо диагностировать:

- 1) что послужило источником кровотечения;
- 2) продолжается ли кровотечение и если да, то каковы темпы кровопотери;
- 3) какова тяжесть перенесенной кровопотери

Ответить на эти вопросы можно на основании тщательного изучения клинической картины заболевания и оценки результатов вспомогательных методов исследования.

# Относительные критерии угрозы рецидива кровотечения

Интегральные показатели	Относительные критерии угрозы рецидива	Балл
1. Клиническая характеристика кровотечения	a) высокая интенсивность кровотечения или b) коллапс в анамнезе	1
2. Эндоскопическая характеристика гемостаза	a) любое кровотечение, остановленное эндоскопически или b) тромбированные сосуды в дне язвы или c) язва прикрытая сгустком крови	1
3. Эндоскопическая характеристика язвы	a) глубокая, диаметром $>1,3$ см. – для язвы желудка или b) глубокая, диаметром $>0,8$ см. – для язвы 12-перстной кишки.	1



# Основные положения тактики лечения ЖКК

Осмотр больного, лабораторные исследования, желудочный лаваж, определение степени тяжести кровопотери

экстренная эзофагогастродуоденоскопия

продолжающееся кровотечение, попытка эндоскопической остановки кровотечения

остановившееся (состоявшееся) кровотечение

кровотечение не остановлено

кровотечение остановлено

прогноз рецидива кровотечения

есть угроза рецидива

нет угрозы рецидива

экстренная операция

срочная операция

консервативная терапия

плановая операция

# Краткая схема консервативного лечения

1. Строгий постельный режим.
2. Голод.
3. Холод на живот.
4. Желудочный лаваж:
  - Диагностический — при поступлении перед ФЭГДС промывание желудка с препаратами кальция, аминокaproновой к-той и адреналином через толстый зонд до чистых промывных вод.
  - Профилактический — больным с угрозой рецидива вводят тонкий назогастральный зонд на весь период предоперационной подготовки.
  - Контрольный — зондирование желудка в течение первых 2 сут. у больных, подлежащих консервативному лечению.
5. Рациональная инфузионно-трансфузионная терапия, переливание препаратов крови при средней и тяжелой кровопотере до стабилизации Hb на уровне 100 г/л в условиях нормоволемии.
6. Гемостатическое лечение. В/в капельное введение препаратов кальция, аминокaproн. к-ты, викасола и дицинона в течение первых 2—3-х суток; в/м введение викасола, дицинона, применение сандостатина в/в капельно (25-50 мкг/ч) в течение 2-5 дней для остановки и профилактики рецидивов кровотечения.
7. Современное противоязвенное лечение. Пациентам с угрозой рецидива кровотечения в рамках предопер. подготовки показано использование только парентерального пути введения лекарств (пероральный прием любых медикаментов, жидкости и пищи им ПРОТИВОПОКАЗАН).

# Зонд Блекмора

