

ОНМедУ

*Желудочно – кишечные
кровотечения*

Селезнёва О.А. 12 гр. VI к. 2 мед.ф.

Актуальность

- Желудочно – кишечные кровотечения (ЖКК) являются тяжелым и опасным осложнением многих заболеваний
- ЖКК требуют оказания экстренной и высококвалифицированной помощи, а также срочного и сложного оперативного вмешательства.

Классификация ОЖКК (А.А. Шалимов)

- ПО ЭТИОЛОГИИ
 - язвенный
 - не язвенный

По локализации

1. Из пищевода
2. Желудка
3. 12 перстной кишки
4. Тонкой кишки
5. Толстой кишки
6. Сочетанные (одновременно из разных отделов)

По тяжести кровопотери

- *Легкая кровопотеря:*

1. Общее состояние удовлетворительное
2. Пульс до 100 ударов в минуту
3. АД в норме
4. ЦВД – 5-15 см водного столба
5. Диурез не снижен
6. Нв – не ниже 100 г/л
7. Дефицит ОЦК до 20%

Средняя кровопотеря

1. Состояние средней тяжести
2. PS до 110 уд. в мин.
3. АД – 90 мм. рт.ст.
4. Hb до 80 г/л
5. ОЦК от 20 до 30%
6. Умеренная олигурия

Тяжелая кровопотеря

1. Общее состояние тяжелое
2. PS больше 110 уд. в мин.
3. АД меньше 90 мм. рт. ст.
4. Hb меньше 80 г/л
5. ОЦК 30%
6. ЦВД – 0
7. Олигурия, метаболический ацидоз

По частоте проявления различат

1. Однократное кровотечение
2. Рецидивное
3. Часто рецидивирующие кровотечения
4. Острые
5. Хронические

Язвенные кровотечения

- Кровотечения возникшие в результате
 1. Язвы 12п.кишки- 30-35%
 2. Язва желудка- 20-22%
 3. Пептические язвы анастомоза 1.5-3.5%

Острая кровопотеря

- Кровавая рвота - гематомезис (ярко красная кровь и/или темные кровяные сгустки и/или содержимое рвотных масс типа «кофейной гущи»)
- Мелена - черные, жидкие, клейкие испражнения со своеобразным запахом
- Слабость, сухость во рту (жажда), потливость, сердцебиение
- Обморочное состояние с кратковременной потерей сознания вплоть до шока

Клиническая картина

- В клинической картине ОЖКК различают 2 периода:
 - скрытый
 - период внешних проявлений

Скрытый период

- Характерезуется общими признаками
 1. Слабость
 2. Холодный пот
 3. Обмарочное состояние
 4. Снеижение АД
 5. Тахикардия
 6. Уменьшение наполнения пульса

Внешний осмотр

1. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек губ
2. При продолжающемся кровотечении отмечается воскообразный оттенок кожи нижних конечностей
3. При надавливании пальцем на коже нижних конечностей образуется медленно исчезающее белое пятно (с-м Бурштейна)

Пальпация

- Живот мягкий
- Болезненность в надчревной области
- У большинства больных отмечается уменьшение болей после начавшегося кровотечения (с-м Берштейна) это связано с анацидным действием кожи

При аускультации: усиление кишечных перистальтических шумов, что свидетельствует о продолжающемся кровотечении (с-м Тейлора)

Методы исследования

- Индекс Альговера
- Лабораторные исследования
- Рентгеноскопия желудка, применяются после выведения больного из шока на 2 – 3 сутки.
- ЭФГДС – информативность 95%

Шоковый индекс Альговера

PS

Ш.И.= -----

САД

1 ст.шока 15-25% от ОЦК; Ш.И.=1 (100/100)

2 ст.шока 25-45% от ОЦК; Ш.И.=1.5(120/80)

3 ст.шока 50% и более от ОЦК; Ш.
И=2(140/70)

норма Ш.И.= 0,5 (60/120)

Принципы госпитализации и лечения

- Госпитализация в хирургическое отделение по неотложным показаниям
- Установка незоегастрального зонда для промывания желудка холодной водой и контроль кровотечения
- Переведение больного в эндоскопическое отделение после стабилизации гемодинамических показателей

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

Активное кровотечение

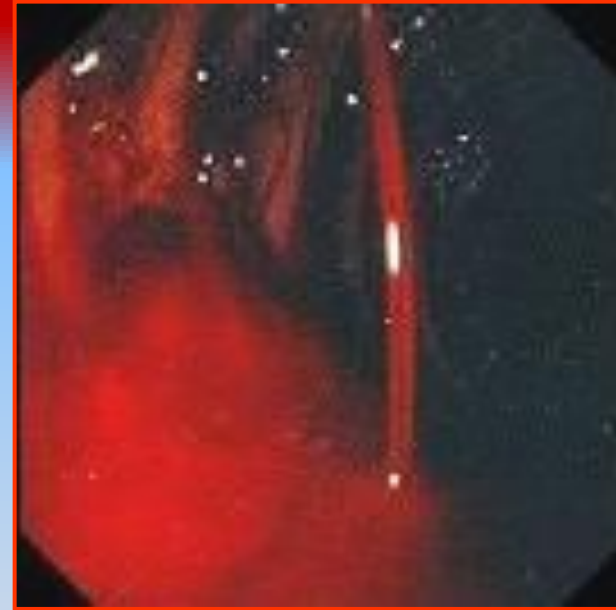
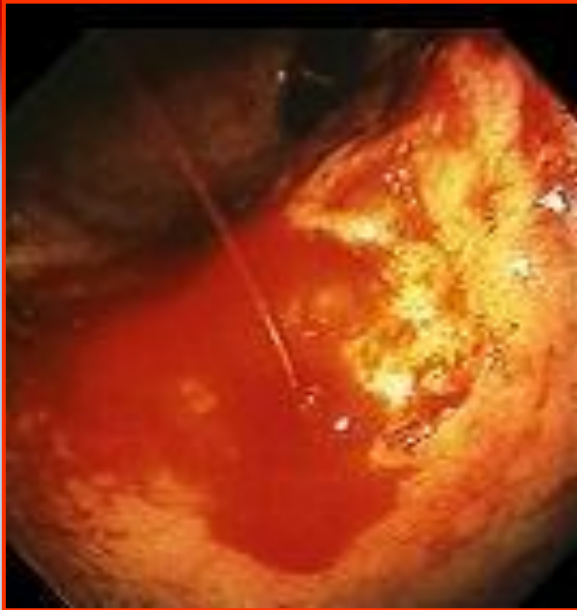
- FI a - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spitting hemorrhage))
- FI b - венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение потоком (active bleeding (oozing hemorrhage))

Состоявшееся кровотечение

- FII a - видимый тромбированный сосуд
(visible vessel-pigmented protuberance)
- FII b - фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)
- FII c - геморрагическое пропитывание дна язвы, плоское черное пятно (black base)
- FIII – чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вешеперечисленных признаков (no stigmata)

Активное кровотечение

- Форрест 1А (F1a) - струйное, пульсирующее артериальное кровотечение (active bleeding (spouting hemorrhage))



При массивном артериальном кровотечении из язвы применяющиеся методики остановки кровотечения с помощью эндоскопа в большинстве случаев **НЕЭФФЕКТИВНЫ!**

АКТИВНОЕ кровотечение

- Форрест 1В (F1b) - венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение потоком (active bleeding (oozing hemorrhage))



Состоявшееся кровотечение

- Форрест 2А (FIIa) - видимый тромбированный сосуд
- (visible vessel-pigmented protuberance)



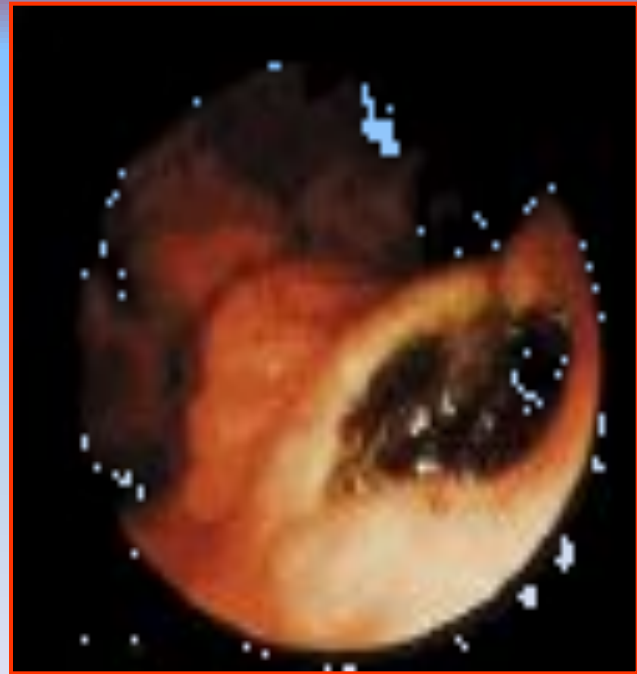
Состоявшееся кровотечение

- Форрест 2В (FIIb) - фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)



Состоявшееся кровотечение

- Форрест 2В (FIIb) - геморрагическое пропитывание дна язвы, плоское черное пятно (black base)



Состоявшееся кровотечение

- Форрест 3 (FIII) – чистое дно язвы, отсутствие прямых видимых вешеперечисленных признаков (no stigmata)



Виды эндоскопического гемостаза

Диатермокоагуляция

Тепловая коагуляция

Лазерная фотокоагуляция

Аргоно-плазменная коагуляция

Инъекционный метод сосудосуживающими средствами

Инъекционный метод инъекцией этанола

Клеевая пломбировка

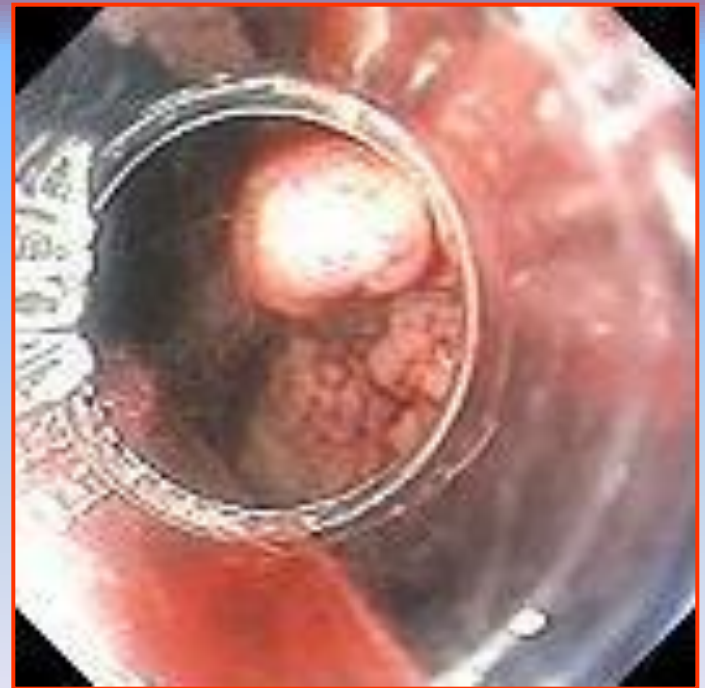
**Механические методы гемостаза
(доклипирование, наложение
резиновых колец)**

**Комбинированное
использование методов
гемостаза**

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка

Наложение резиновых колец

Склеротерапия



Методы эндоскопического гемостаза в зависимости от этиологии кровотечения

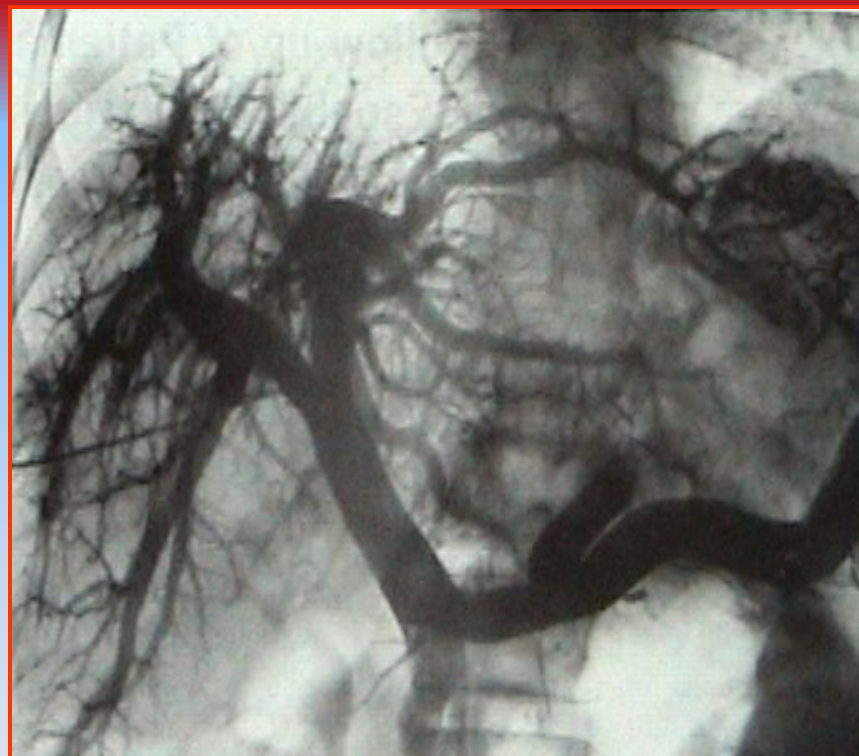
Язва желудка и 12 п\кишки

1. Клипирование видимого сосуда
2. Аргоно-плазменная коагуляция.
3. Инъекционный метод
4. Коагуляционный метод
5. Смешанные методы



Эндоваскулярные методы гемостаза

Чрескожнаячреспеченочная портография
и эмболизация левой желудочной вены



Показания к выполнению экстренной операции в любое время суток у больных с язвенными гастродуоденальным кровотечением

I Продолжающееся кровотечение, которое не удается остановить используя и эндоскопические методики.

II Рецидив на фоне проводимого лечения.

III Угроза рецидива кровотечения при содержании Hb до 80 г/л и Ht до 25% и отрицательную эволюцию язвы по данным эндоскопии.

Не язвенные кровотечения

Наиболее частые:

- Геморагические гастродуодениты
- Рак желудка
- Синдром портальной гипертензии
- Синдром Меллори – Вейса

Кровотечение из расширенных вен пищевода

- Проявления портальной гипертензии в результате печеночного и внепеченочного поражения вен
- Причина внутрипеченочного блока – рак или цирроз печени

Расширение вен пищевода и кардии способствуют два фактора

- Повышение портального давления
- Наличие коллатералей между портальными и ковальными системами

Клиника

- Внезапное начало, обильная рвота, слабость, головокружение, обморок
- Обильная кровавая рвота, многократная, фонтаном, быстро сворачиваемая

Лечение

- Постановка зонда Блекмора (рис.1)
- Переливание крови, эритроцитарной массы, плазмы, аминокaproновой кислоты, кокорбоксилазы, викасола
- Глюкозо – инсулиновая смесь, глютаминовая кислота, фолиевая кислота, рибоксин, карсип
- Операция - Таннера

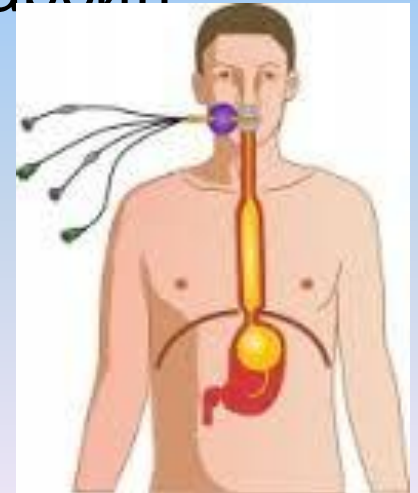
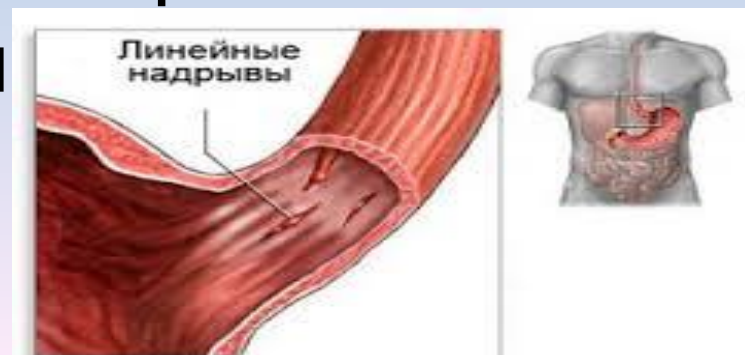


Рис1

Синдром Меллори – Вейса.

- Разрыв слизистой кардиоэзофагальной области
- На слизистой трещины от 1 – 3 см, шириной 0,1 – 0,2 см и проникают до мышечного слоя
- Источник кровотечения – сосудистое сплетение
- Разрыв слизистой происходит в результате обильного приема пищи или алкоголя

- ЭФГС – эндоскопическая картина характерна. Определяется идущей вдоль оси пищевода трещины прямоугольной формы с приподнятыми краями в центре которых располагается сгусток.
- Оперативное лечение – прошивание трещин и перевязка л артерии. Ваготомия.



Спасибо за внимание))

