

ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Выполнила: студентка 11
группы 6 курса леч.ф-та
Петрова Е.В.

-
- Язвенные кровотечения при:
 - хронических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки ;
 - пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов;
 - острых язвах /стрессовых,сосудистых, лекарственных,эндокринных и др./.

ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ (ВЕЛИЧИНЕ КРОВОПОТЕРИ):

- легкие (до 20% ОЦК - в среднем до 1000 мл);
- средней степени тяжести (20-30% ОЦК - 1000-1500 мл);
- тяжелая кровопотеря (свыше 30% ОЦК, или свыше 1500 мл);
- сверхтяжелые или профузные кровотечения (до 50% ОЦК и более).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ (ПО ГОРБАШКО А.И., 1974)

Клинико-лабораторные данные	I степень (лёгкая)	II степень (средней тяжести)	III степень (тяжёлая)
Сознание	Не нарушено	Не нарушено	Спутанное
Бледность кожных покровов	Нет	Умеренная	Резкая
Симптом «бледного пятна»	До 3 сек.	Более 3 сек.	Не определяется
Частота сердечных сокращений в 1 минуту	Меньше 100	100 – 120	Больше 120
Систолическое АД, мм. рт. ст.	Больше 100	80 – 100	Меньше 80
Центральное венозное давление, см. вод. ст.	5 – 15	Меньше 5	0
Гемоглобин, г/л	Больше 100	80 – 100	Меньше 80
Эритроциты, $\times 10^{12}$	3,5	3,5 – 2,0	Меньше 2,0
Гематокрит, %	Больше 40	30 – 40	Меньше 30
Приблизительная величина кровопотери	500 мл	1000 мл	1500 мл

ПО ЧАСТОТЕ:

- Однократные
- Рецидивные
- Часто рецидивизирующие

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ 2 ПЕРИОДА:

- скрытый
- период внешних проявлений

СКРЫТЫЙ ПЕРИОД ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

- слабость
- бледность слизистых оболочек и кожи
- потливость
- головокружение, головная боль
- мелькание «мушек» перед глазами
- учащение пульса
- снижение артериального давления
- при профузном кровотечении - коллапс.

В ЯВНЫЙ ПЕРИОД КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Появляется рвота алой или темной кровью.
- У большинства больных рвотные массы имеют цвет кофейной гущи.
- Живот обычно втянут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области.
- Положительный симптом Бергмана - уменьшение интенсивности или исчезновение болей в животе во время кровотечения.
- Стул - черный или дегтеобразный, появляется спустя 8-10 часов после начала желудочного кровотечения.
- При тяжелом ЖКК стул вишневого цвета при профузном ЖКК кровавый стул

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;
- Для определения степени тяжести кровопотери рекомендуется использовать оценочные шкалы (Горбашко А.И., 1974) и определение параметров ОЦК;
- При кровопотере тяжелой кровопотери необходима госпитализация пациента в ОРИТ;

В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

- кровь на общий и биохимический анализ,
- коагулограмму,
- кислотно-основное состояние,
- определяют группу крови и резус-фактор

-
- Пациентами с язвенными гастродуоденальными кровотечениями рекомендовано выполнение ЭГДС в течение первых двух часов от госпитализации
 - Рекомендована стратификация пациентов по классификации J.F. Forrest

КЛАССИФИКАЦИЯ ЖКК ПО FORREST

- F 1A - активное артериальное струйное кровотечение или пассивное кровотечение из эрозированного сосуда
- F 1B - диффузное подтекание крови.
- F 1C - просачивание крови (по типу росы).

- F 2 A - источник кровотечения закрыт рыхлым сгустком.
- F 2B - в дне источника кровотечения сосуд выполнен видимым тромбом.
- F 2C — в дне источника кровотечения точечные тромбированные капилляры

- F 3 - при факте кровотечения найден источник, но признаков и угрозы кровотечения нет.

-
- При продолжающемся кровотечении из язвы (F1-A, F1-B) необходим эндоскопический гемостаз;
 - При кровотечении F2-A, F2-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).

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) Строгий постельный режим
- 2) Пузырь со льдом на живот
- 3) Прекращение приема пищи и жидкостей до окончательной остановки кровотечения
- 4) Инфузионная терапия
- 5) Антисекреторная терапия

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

- коллоидными плазмозамещающими растворами (полиглюкин, реополиглюкин, волювен 6%)
- кристаллоидными (р-р натрия хлорида 0,9%, р-р Рингера)
- растворы глюкозы 5%, глюкостерил 20%

-
- Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л.
 - При дефиците факторов свертывания крови показана трансфузия свежезамороженной плазмы.
 - При гипоксии показана кислородотерапия.
 - Общий объем инфузионной терапии при легкой кровопотере не превышает 1 л, при средней — 1,5-3 л, а при тяжелой и крайне тяжелой - 3-5 л.

АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ

- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H_2 -блокаторов не рекомендовано;
- В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано;
- Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы 80 мг омепразола или пантопразола с последующей инфузией 8 мг/ч после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность

-
- С 3 суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы;
 - Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие H.p.-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре;

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания :

- 1) профузное кровотечение
- 2) рецидив кровотечения после его остановки
- 3) нестабильный гемостаз при ФГДС

-
- 1) Резекция желудка с язвой
 - 2) Органосохраняющие операции - иссечение язвы с ваготомией и пилоропастикой
 - 3) Паллиативные вмешательства (обкалывание язвы, перевязка сосудов на протяжении, электрокоагуляция, клиновидная резекция)

□ Спасибо за внимание)