
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

*подготовила уч-ся группы МС-406
Кухоренко Наталья*

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ
2. ПРИЧИНЫ
3. КЛИНИКА
4. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
5. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
6. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
7. ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПО СРОЧНОСТИ
8. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД
9. РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

***Желудочно-кишечное кровотечение —
кровотечение в полость желудка или
двенадцатиперстной кишки.***

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

1. ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- Язвенная болезнь
- Эрозивный гастрит и эзофагит
- Расширение вен пищевода
- Синдром Маллори-Вейсса
- Другие причины:

стрессовые язвы

Артериовенозные дефекты и злокачественные новообразования

Кровотечения имеющие ЛОР-источники (могут быть приняты за желудочно-кишечные кровотечения)

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

2. ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- ❑ Дивертикулез
- ❑ Ангиодисплазия
- ❑ Другие причины:
 - ❑ карцинома
 - ❑ гемморой
 - ❑ вследствие полипов
 - ❑ в результате воспалительного заболевания кишечника

КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. По этиологии:

Язвенные кровотечения при:

- хронических каллёзных и пенетрирующих язвах
- пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов
- острых язвах, возникающих в результате токсического или лекарственного (салицилаты, стероидные гормоны) воздействия на слизистую оболочку желудка или кишки, стрессовых (ожоговый, кардиогенный, травматический, психический шок) язвах, при системных заболеваниях (атеросклероз, гипертоническая болезнь, капилляротоксикоз, лейкозы, цирроз печени, уремия и т.д.), эндокринных язвах (синдром Золлингера-Эмисона, гиперпаратиреоз).

Неязвенные кровотечения при:

- варикозном расширении вен пищевода и желудка при портальной гипертензии
- ущемлённой грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- синдроме Мэллори-Вейсс (трещинах слизистой пищеводно-желудочного перехода) эрозивном геморрагическом гастрите
- доброкачественных и злокачественных опухолях желудка и кишки
- дивертикулах пищеварительного тракта
- химических ожогах желудка
- инородных телах пищевода и желудка.

2. По локализации источника кровотечения:

- пищеводные
- желудочные
- тонкокишечные
- толстокишечные.

3. По клиническому течению:

- остановившееся
- рецидивирующее
- продолжающееся.

КЛИНИКА.

При желудочно-кишечном кровотечении возможны **рвота кровью** (гематомезис), появление **черного кала (мелены)** и выделение **алой крови из прямой кишки**. Черный кал свидетельствует о кровотечении из высоких отделов пищеварительного тракта - желудка или двенадцатиперстной кишки. Он является следствием воздействия на кровь кислоты желудка и бактерий, продолжавшегося в течение нескольких часов перед дефекацией.

При длительном кровотечении могут появляться симптомы анемии: **быстрая утомляемость, неестественная бледность, боли в грудной клетке, головокружение**.

На значительную потерю крови указывают такие симптомы, как **повышение частоты пульса, понижение артериального давления и уменьшение мочеотделения**. У больного бывают **холодные липкие руки и стопы**. Снижение доставки кислорода к головному мозгу, вызванное потерей крови, влечет за собой **спутанность сознания, дезориентацию, сонливость** и даже **шок**.

ПО СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ БОЛЬНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ТРИ ГРУППЫ:

- ❑ **1. Кровопотеря легкой степени тяжести** — состояние больного удовлетворительное, АД в норме, пульс до 100 ударов в минуту; Нв не ниже 100 г/л; Эр 3,5 10/л; гематокрит 35; дефицит до 20% к должному; удельный вес крови 1053 — 1040.
- ❑ **2. Кровопотеря средней степени тяжести** — заметная бледность кожных покровов, однократная потеря сознания, повторная рвота, жидкий дегтеобразный стул. АД снижено до 90 мм. рт. ст.; пульс 120 ударов в минуту; Нв не ниже 80 гр/л; Эр 2,5 10/л; гематокрит 25-30 ед.; удельный вес крови 1050 — 1045; дефицит ОЦК от 20 до 29%.
- ❑ **3. Кровопотеря тяжелой степени** — частая потеря сознания, обильная кровавая рвота, мелена. Частота пульса более 110 ударов в минуту; АД снижено до 80 мм. рт. ст.; холодный пот; резкая бледность кожных покровов; Нв ниже 80 г/л; гематокрит ниже 25 ед.; Эр 1,5 10"/л; удельный вес крови ниже 1044; дефицит ОЦК 30% и больше.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

1. Холод на область предполагаемого источника кровотечения;
2. Запрещение приема пищи и воды;
3. Строгий постельный режим;
4. Внутривенное введение 10 мл 10% раствора кальция глюконата медленно;
5. 4 мл 1% раствора викасола;
6. 100 мл 5% раствора эписилон-аминокапроновой кислоты;
7. При геморрагическом шоке и коллапсе - струйно внутривенно плазмозамещающий раствор до подъема артериального давления до 80 мм рт. ст., затем продолжать вливание капельно;
8. Одновременно кислородотерапия через маску или носовые катетеры;
9. При критической артериальной гипотонии: 2 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида, или 2 мл 0,2% раствора норадреналина, или 0,5 мл 1% раствора мезатона в 5% растворе глюкозы (500 мл);
10. Все больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями и подозрениями на это тяжелое осложнение должны госпитализироваться в дежурный хирургический стационар лежа на носилках в сопровождении врача.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Комплексная гемостатическая терапия.

1. Инфузионная:

- ❑ Аминокапроновая кислота 5%-200 мл;
- ❑ Дицинон 2 мл в/в;
- ❑ Кальция хлорид 10%-10 мл в/в;
- ❑ Фибриноген 1-2 г на 250 мл 0,9% р-ра NaCl;
- ❑ Викасол 1%-3 мл

2. Местная:

- Строгий постельный режим
- Холод на подложечную область
- Промывание желудка ледяной водой
- Введение в желудок по зонду адреналина или норадреналина (0,1% р-р 4 мл) вместе с 100—150 мл 5% р-ра кислоты аминокaproновой (или дают пить по 1 ст.л. этой смеси через 15 мин).

3. Лечебная эндоскопия:

Обкалывание язвы 0,1% р-ром адреналина или норадреналина, электрокоагуляция, прошивание сосуда металлической клипсой, лазерная коагуляция, аппликация медицинского клея МК № 6, 7, 8.

4. Эндоваскулярная эмболизация кровоточащего сосуда с помощью суперселективного введения искусственного эмбола через бедренную артерию.

Коррекция волевических нарушений.

- Восполнение ОЦК. Переливание крови и её компонентов: 60—80% от дефицита ОЦК, плазма нативная, сухая замороженная 200—800 мл, декстраны, альбумин, протеин, кристаллоиды.
- Стабилизация гемодинамики.
- Ликвидация метаболического ацидоза - натрия гидрокарбонат (4% р-р 200 мл).
- Восстановление микроциркуляции - реополиглюкин 400 мл в/в, пентоксифиллин 5—15 мл в 250 мл 0,9% р-ра NaCl.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Показания к операции:

1. Экстренная операция – до 2 ч. Продолжающееся кровотечение 2-3 степени тяжести, рецидив кровотечения.
2. Срочная операция – остановившееся кровотечение при наличии тромбов в язве, рецидив кровотечения в стационаре.
3. Плановые операции выполняют при стабилизации гемостаза, небольших язвах при наличии в них тромбов и кровопотере легкой степени.

Тактика операции:

- ❑ Чем тяжелее состояние заболевшего, тем менее травматичной обязана быть операция. При крайне тяжёлом состоянии кровоточащая язва желудка или двенадцатиперстной кишки на передней стенке может быть *иссечена*, а на задней стенке прошита. Рецидив кровотечения наблюдают в 20—30% случаях.
- ❑ Если позволяет состояние заболевшего (АД более 100 мм рт.ст.), при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки может быть выполнена *ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой*.
- ❑ При синдроме Мэллори-Вейсса выполняют *гастротомию и прошивание кровоточащих сосудов* трещины (операция Бейе).
- ❑ При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка показано *прошивание вен цепьевидными швами со стороны слизистой оболочки*.
- ❑ Кровоточащие опухоли желудка — *показание к радикальной или паллиативной (при наличии метастазов) резекции или гастрэктомии*.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

Послеоперационное ведение заболевших осуществляют с учётом тяжести кровопотери, объёма операции и присутствия сопутствующих заболеваний.

- ❑ Больные находятся в отделении реанимации или интенсивной терапии.
- ❑ Режим постельный до 4—5 дней, учитывая степень анемии и объём операции.
- ❑ Объём инфузионной терапии зависит от дефицита ОЦК (традиционно в первые сутки составляет 3000—4000 мл с в последствииидующим уменьшением к 5 дню до 1,5—2 л). Количество гемо-трансфузий зависит от степени анемии. Ежедневно переливают плазму, протеин, альбумин, альвезин по 200—400 мл, реополиглюкин по 400 мл, пентоксифиллин по 5 мл, кристаллоиды (5% р-р глюкозы, р-р Рингера-Локка), витамины С, В, викасол).
- ❑ Антибиотикотерапия необходима, т.к. больные предрасположены к инфекциям.

-
- После операции первые 2 дня больной через рот ничего не получает. Производят парентеральное питание: подкожное и внутривенное введение различных кровезаменителей, глюкозы, крови, питательные клизмы.
 - со 2—3-го дня назначают стол № 0 (бульон, кисель),
 - с 4—5-го дня — стол № 1а (добавляют сухари),
 - с 6—7-го дня — стол № 1б (кашицеобразная пища),
 - с 10—12-го дня при отсутствии осложнений больного переводят на общий стол.

 - Желудочный зонд в последствии промывания удаляют на 2—3 день если соблюдать условие восстановившейся моторики желудка. На 3 день ставят очистительную клизму. Швы снимают через один — на 4—5 дни, остальные — на 10 день.

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

- ❑ Строгое соблюдение щадящего диетического и физического режимов в течение 6—8 мес.
- ❑ Больным, перенёсшим паллиативную операцию по поводу язвенного желудочного кровотечения, через 1 год рекомендуют стационарное обследование и при обнаружении язвы — плановая радикальная операция.