

ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Хирургические заболевания, осложняющиеся желудочно-кишечными кровотечениями

Варикозное расширение вен пищевода

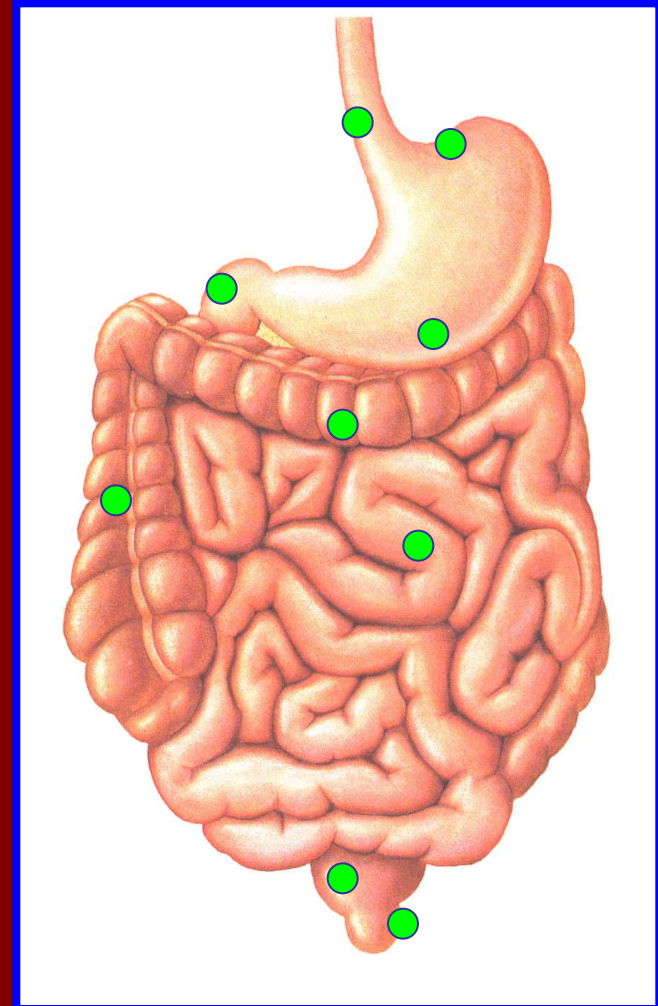
Разрывы слизистой кардиального отдела желудка (синдром Mallory-Weiss)

Острые и хронические язвы

Злокачественные и доброкачественные опухоли

Аномалии развития (дивертикулы, гемангиомы)

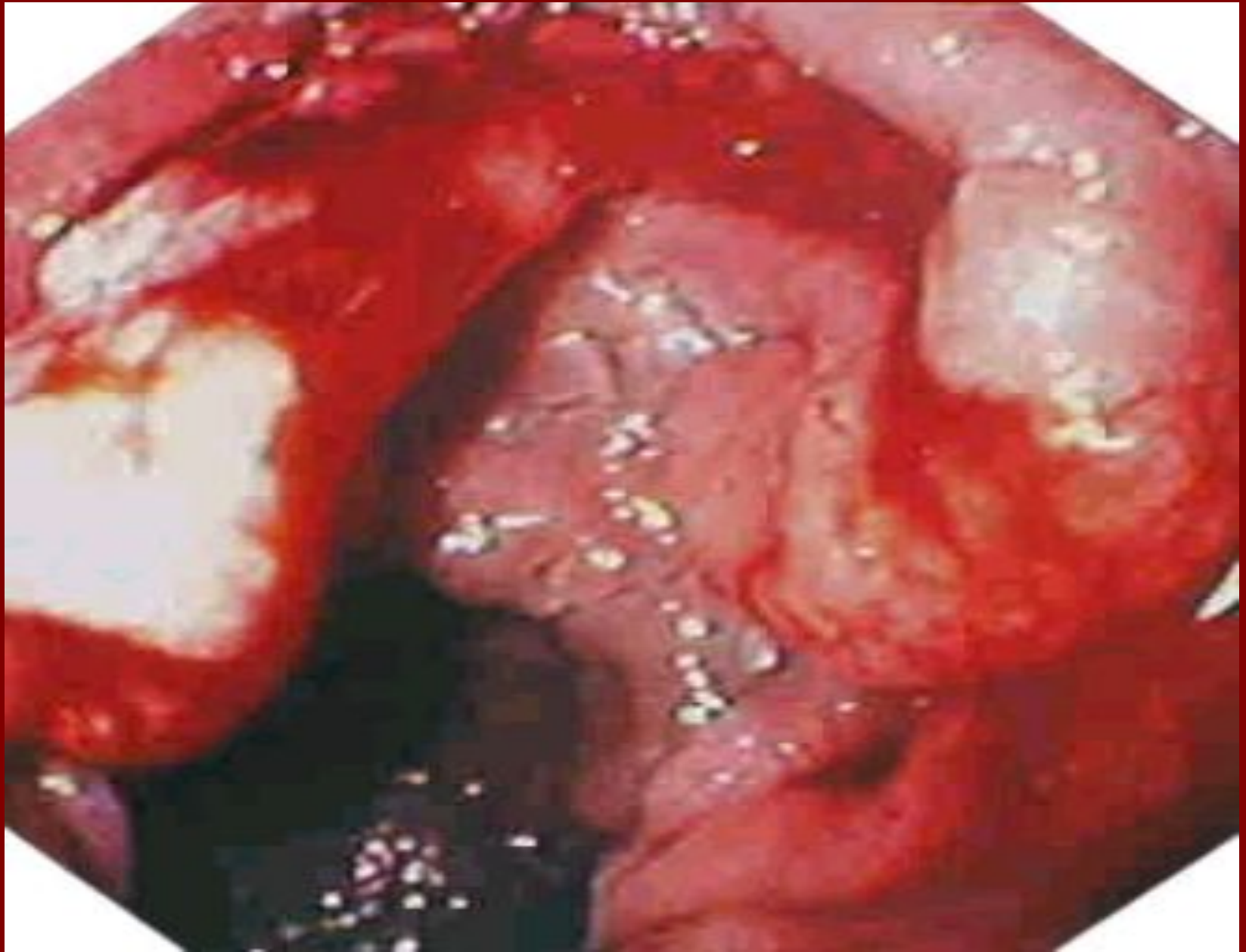
Расширенные геморроидальные вены

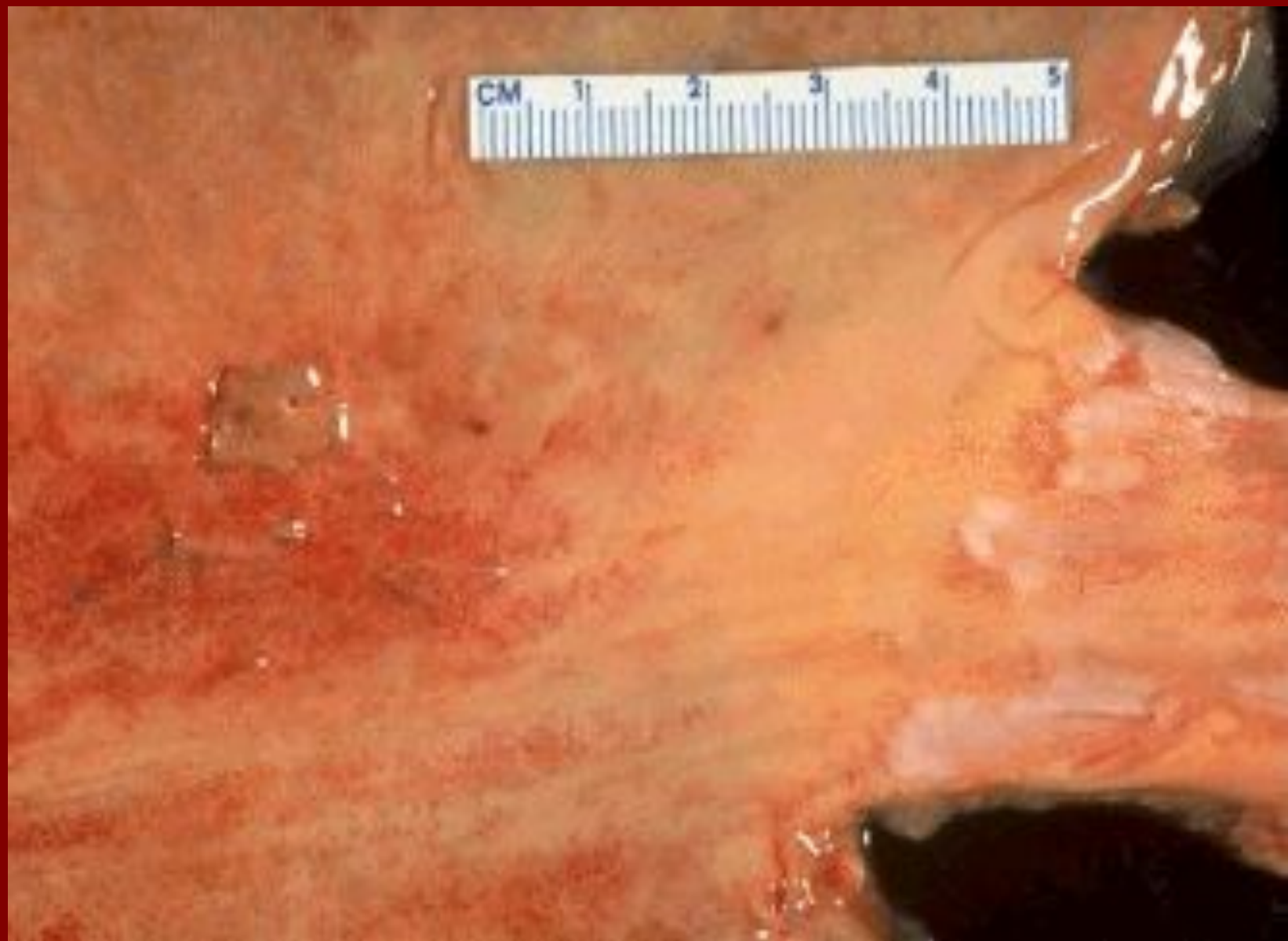




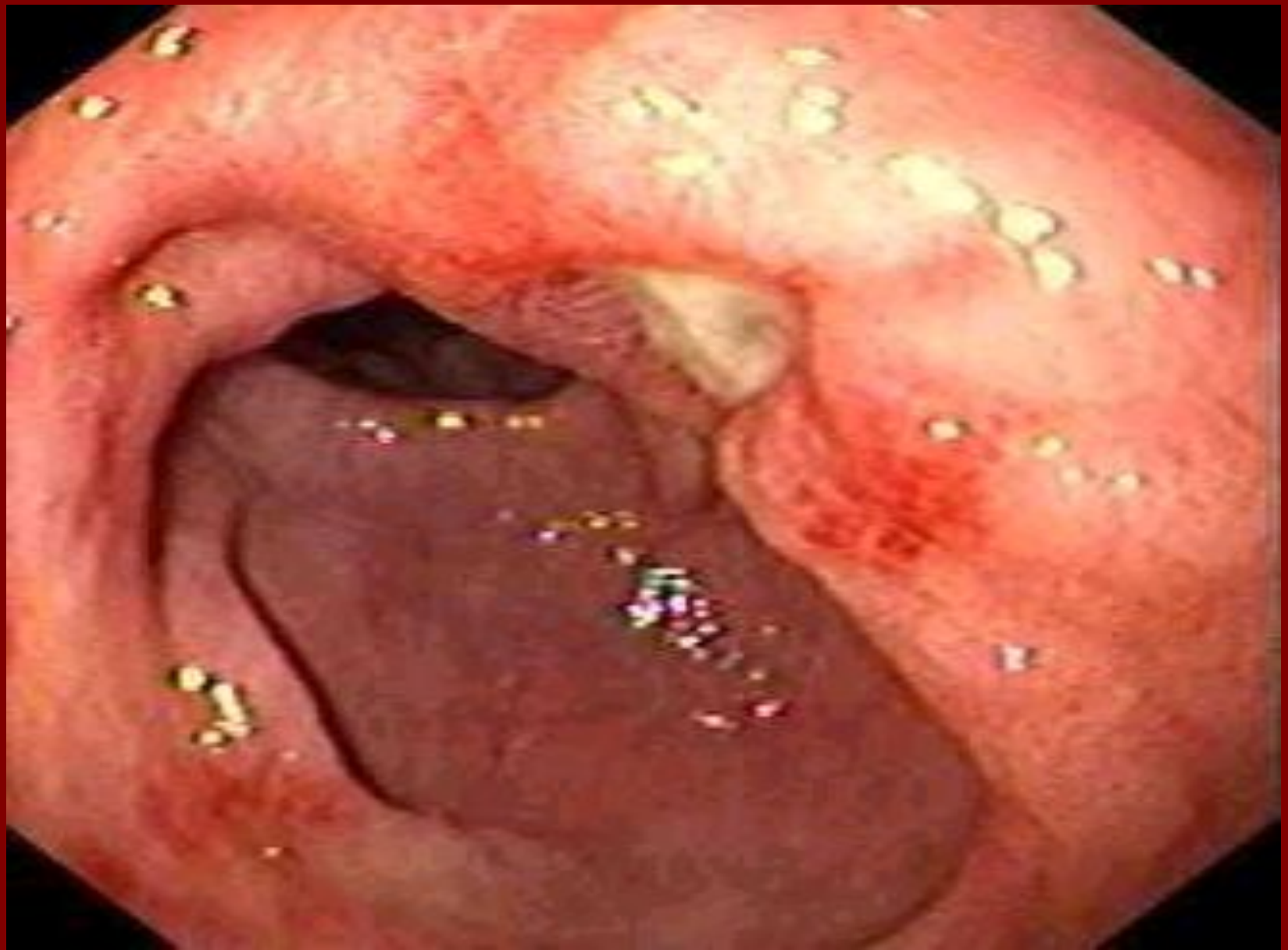






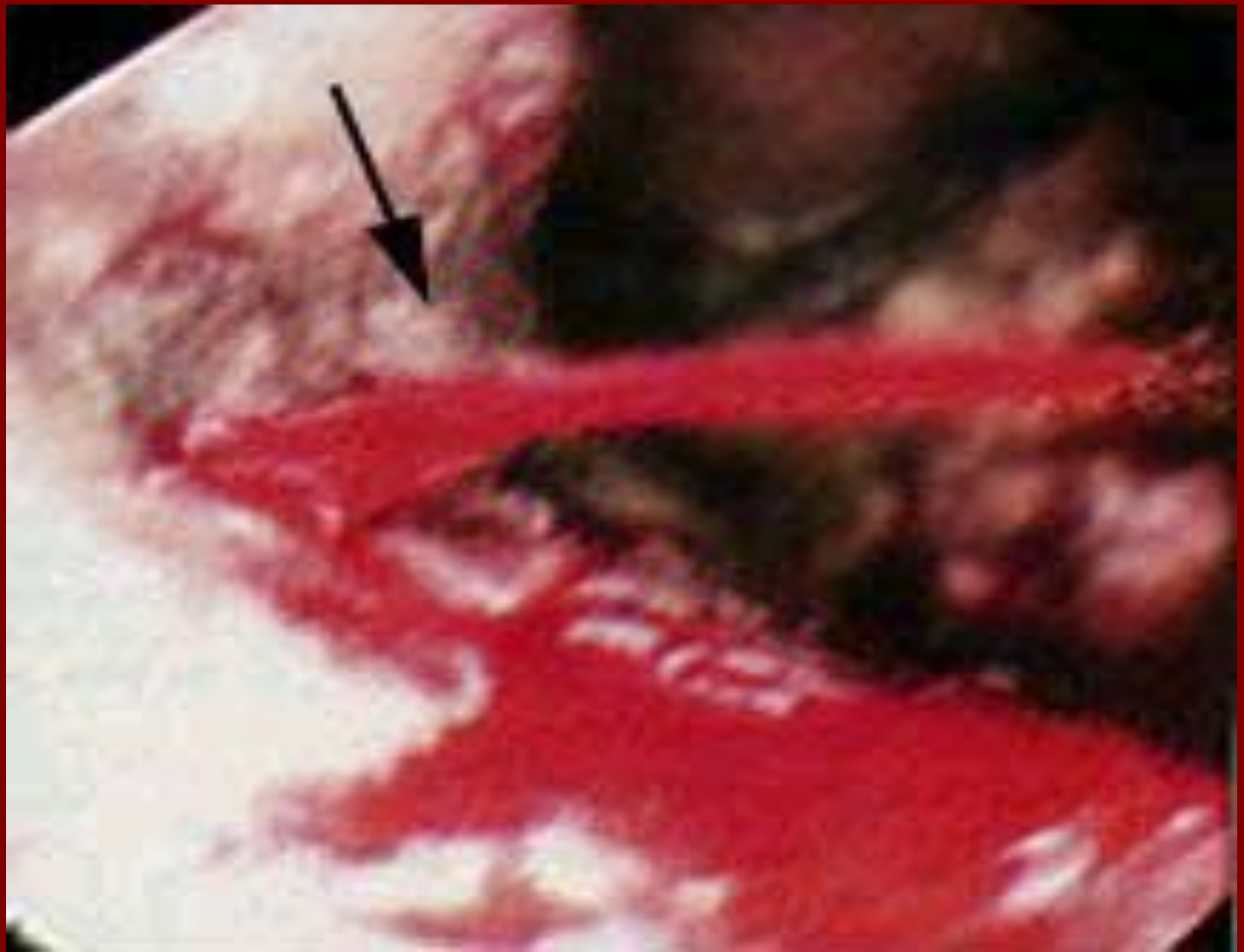
























P001110





FUJINON EVE

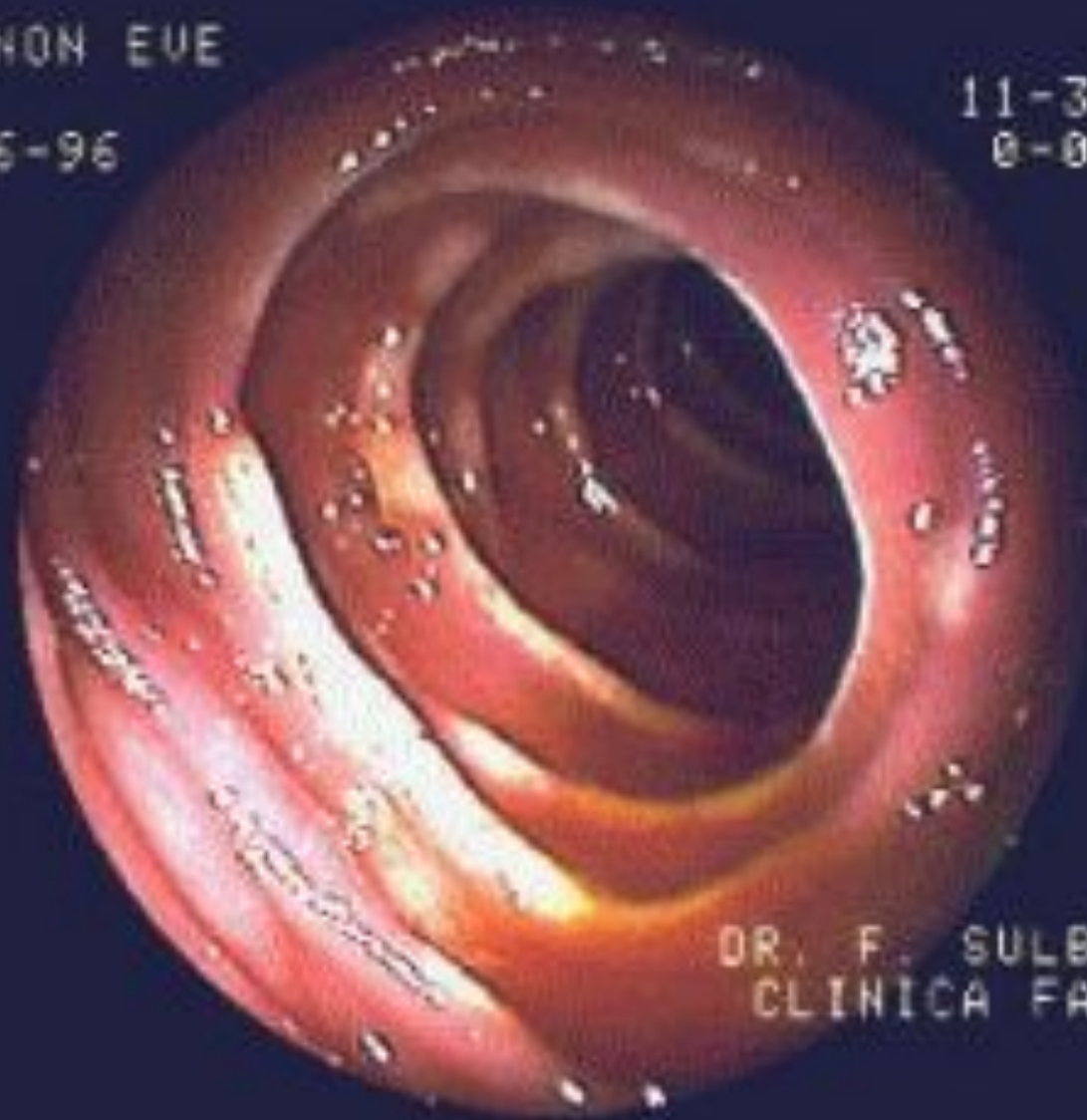
6-26-96

11-36-10

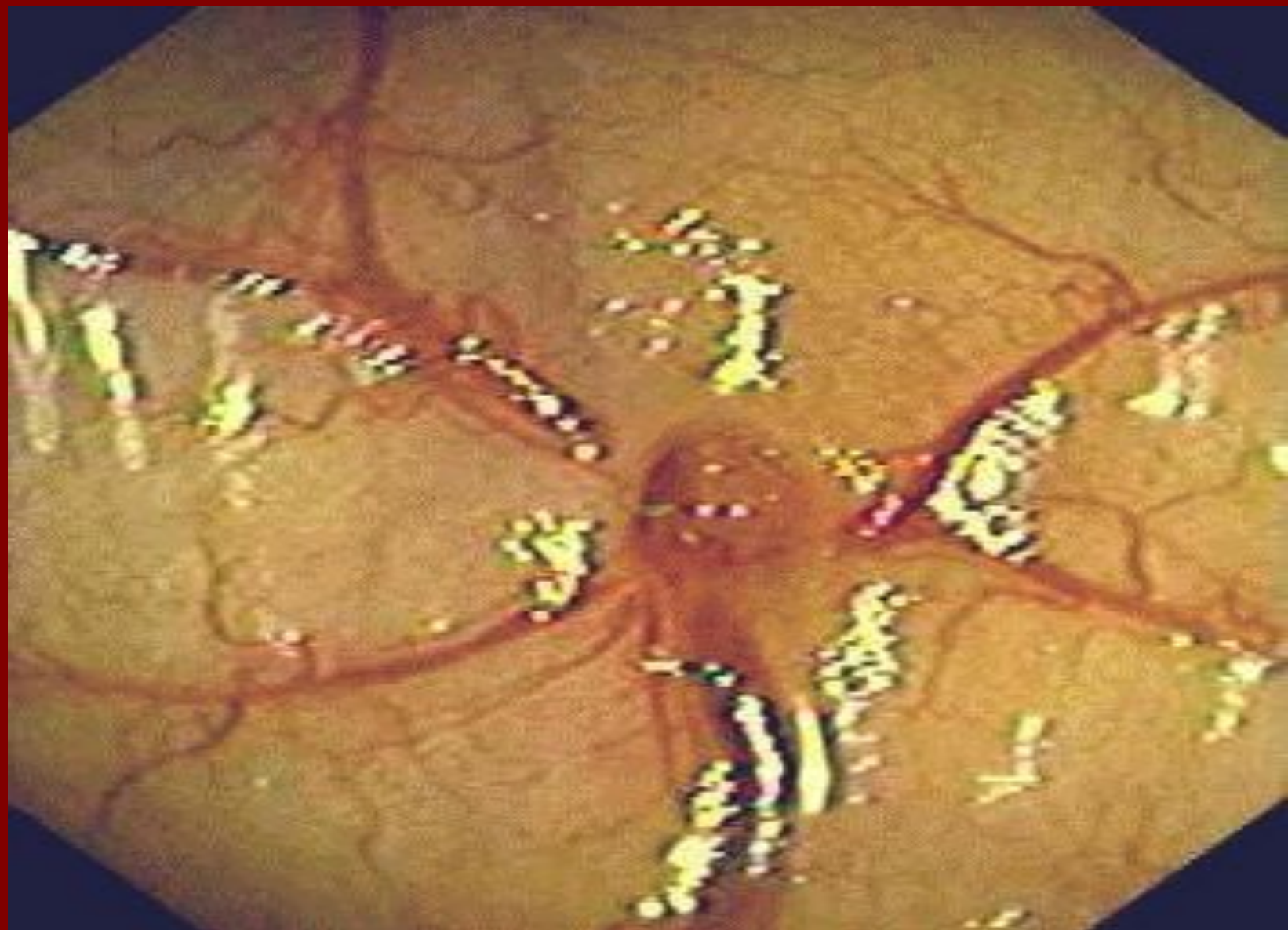
0-00-00

00

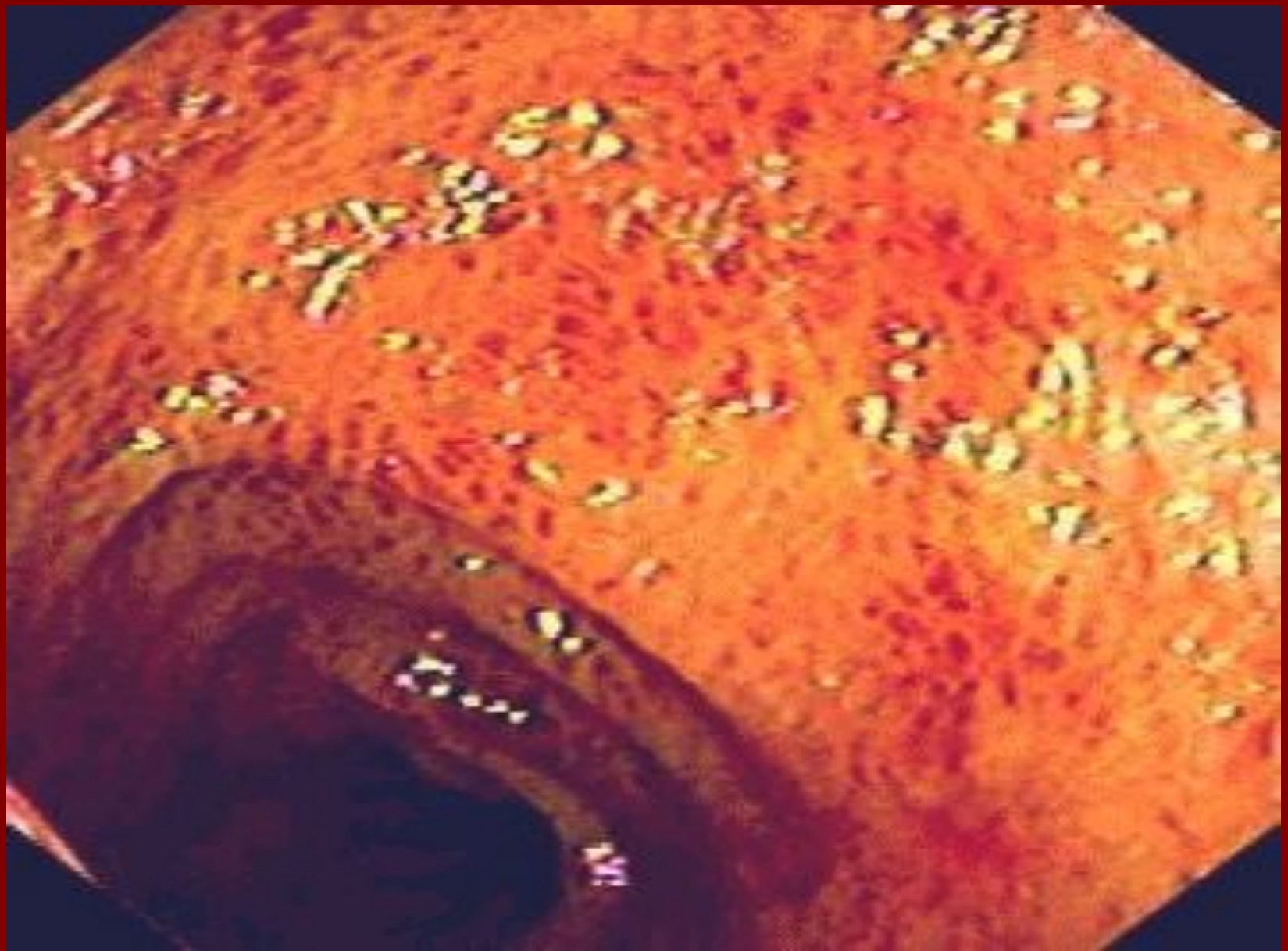
DR. F. SULBARAN
CLINICA FALCON

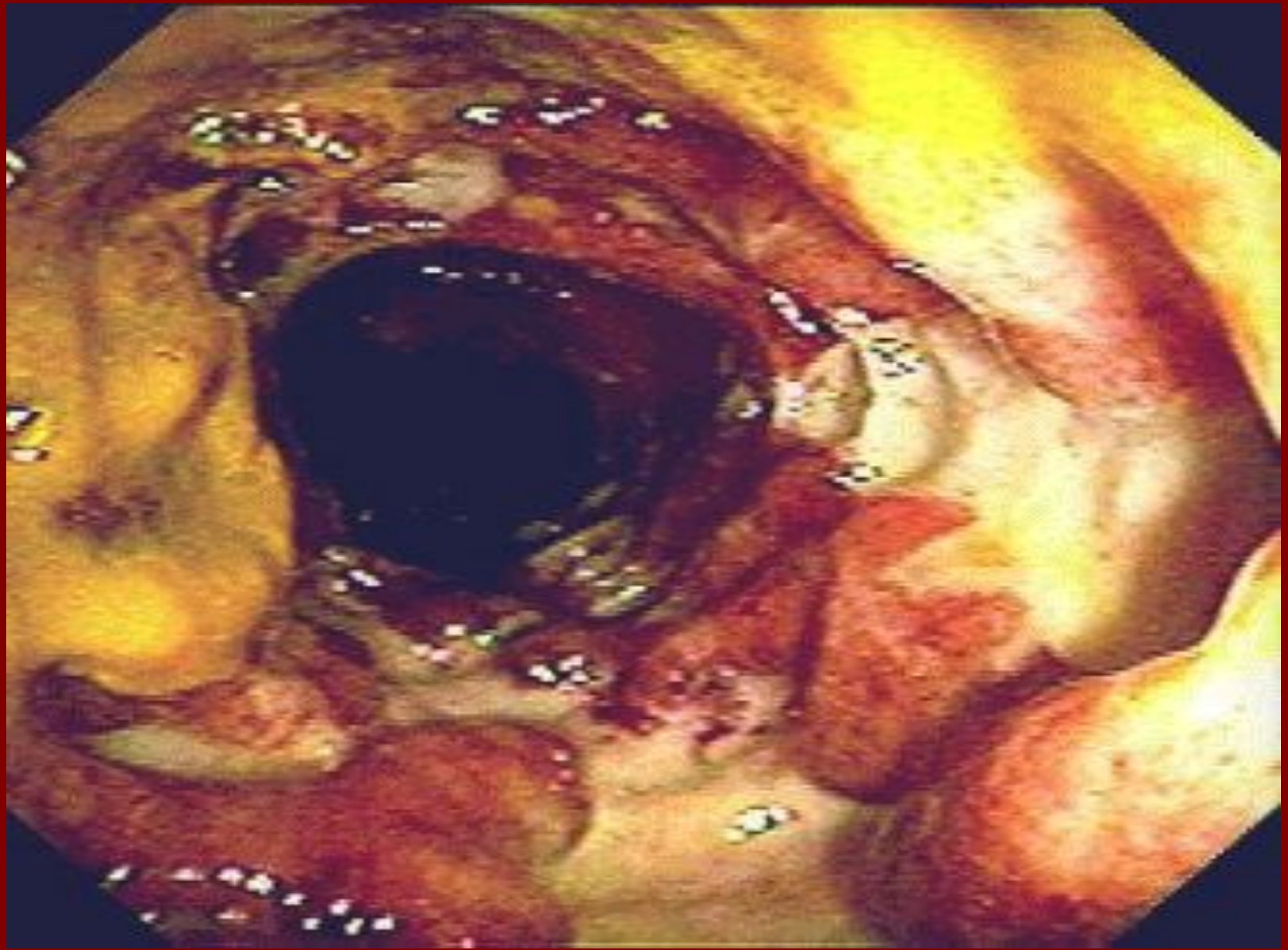




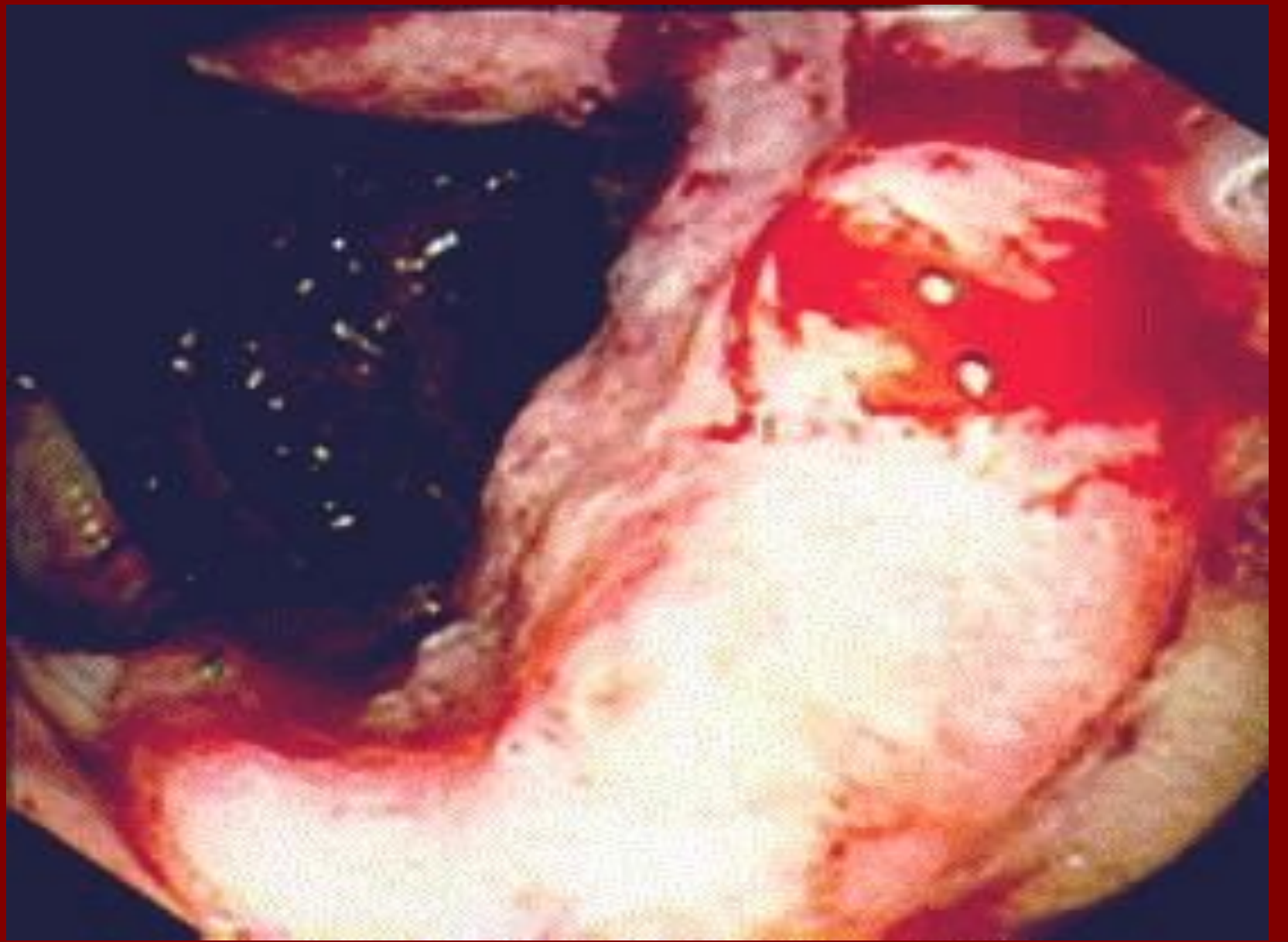






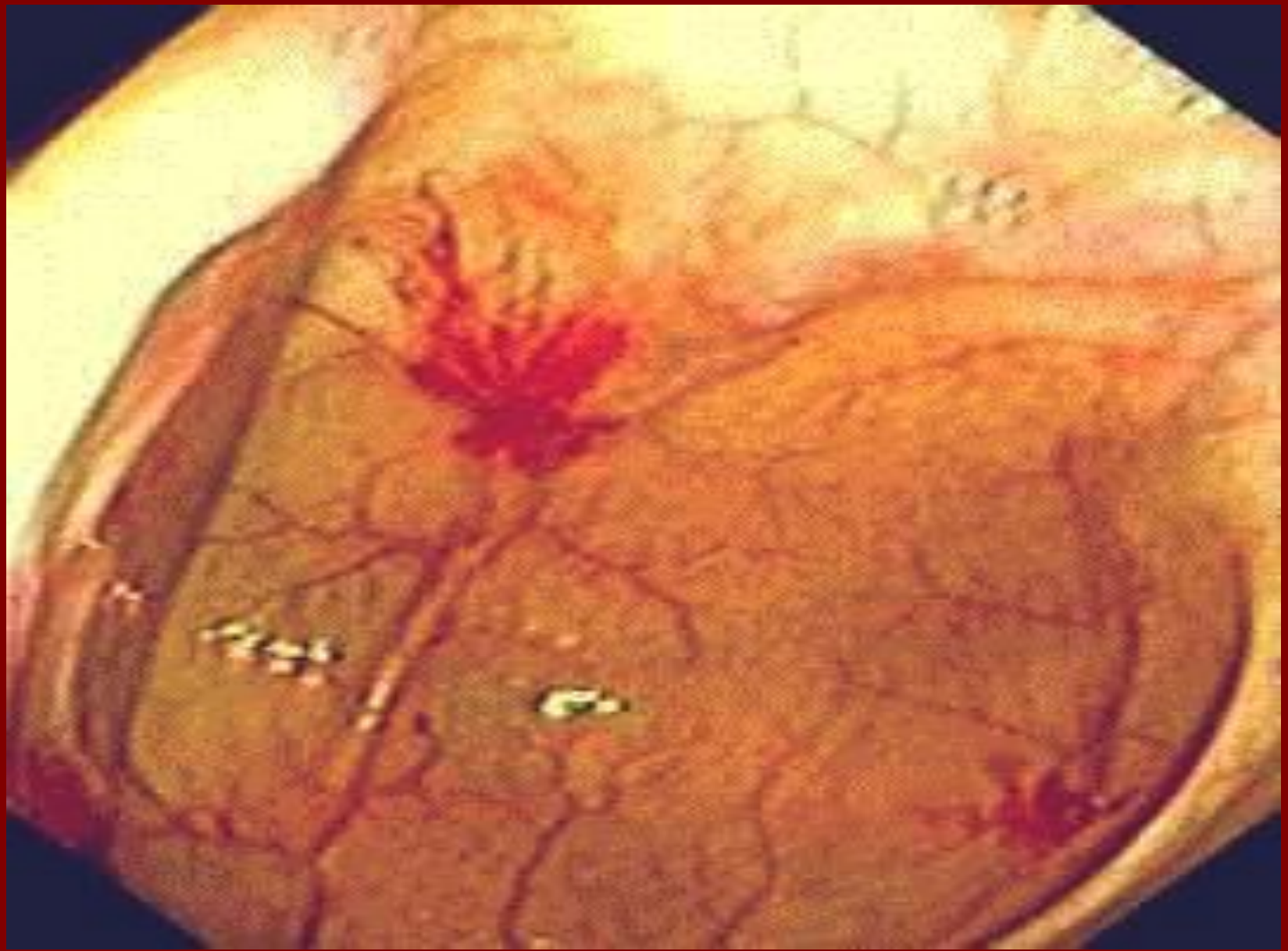












**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРИЧИНОЙ**

45-70%

КРОВОТЕЧЕНИЙ

**ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ
КИШКИ
ОСЛОЖНЯЕТСЯ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ЯЗВЫ
У КАЖДОГО ШЕСТОГО
БОЛЬНОГО**

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

1. УСТАНОВИТЬ ФАКТ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Тахикардия

Снижение АД

Слабость, потеря сознания

Бледность

**Жажда и другие признаки
гиповолемии**

**Признаки наличия крови в рвотных
массах или в стуле**

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

2. УСТАНОВИТЬ ИСТОЧНИК И ПРИЧИНУ КРОВОТЕЧЕНИЯ

**Локализация источника кровотечения
(начальные или дистальные отделы ЖКТ)**

**Специфические симптомы основного
заболевания**

**Специальные методы обследования
(фиброгастродуоденоскопия,
фиброколоноскопия, ректороманоскопия,
ангиография, рентгенологические методы
исследования)**

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

4. ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ КРОВОПОТЕРИ

Ранние маркеры острой кровопотери:

- Изменение соотношения между ЧСС и АД (индекс Альговера)

Норма – 0,5

Легкая степень – до 0,9 (750 мл)

Средняя степень – до 1,5 (до 1500 мл)

Тяжелая степень – свыше 1,5-2,5 (2500 мл)

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

4. ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ КРОВОПОТЕРИ

Ранние маркеры острой кровопотери:

- Дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК)

Легкая степень –

дефицит ОЦК $< 15\%$ (750 мл)

Средняя степень –

дефицит ОЦК от 15 до 30% (до 1500 мл)

Тяжелая степень –

дефицит ОЦК $> 30\%$ (свыше 1500 мл)

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

4. ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ КРОВОПОТЕРИ

Поздние маркеры острой кровопотери:

- Дефицит форменных элементов крови:

снижение концентрации эритроцитов;
снижение уровня гемоглобина;
снижение показателя гематокрита.

Значение цветового показателя длительное время может оставаться в пределах нормы

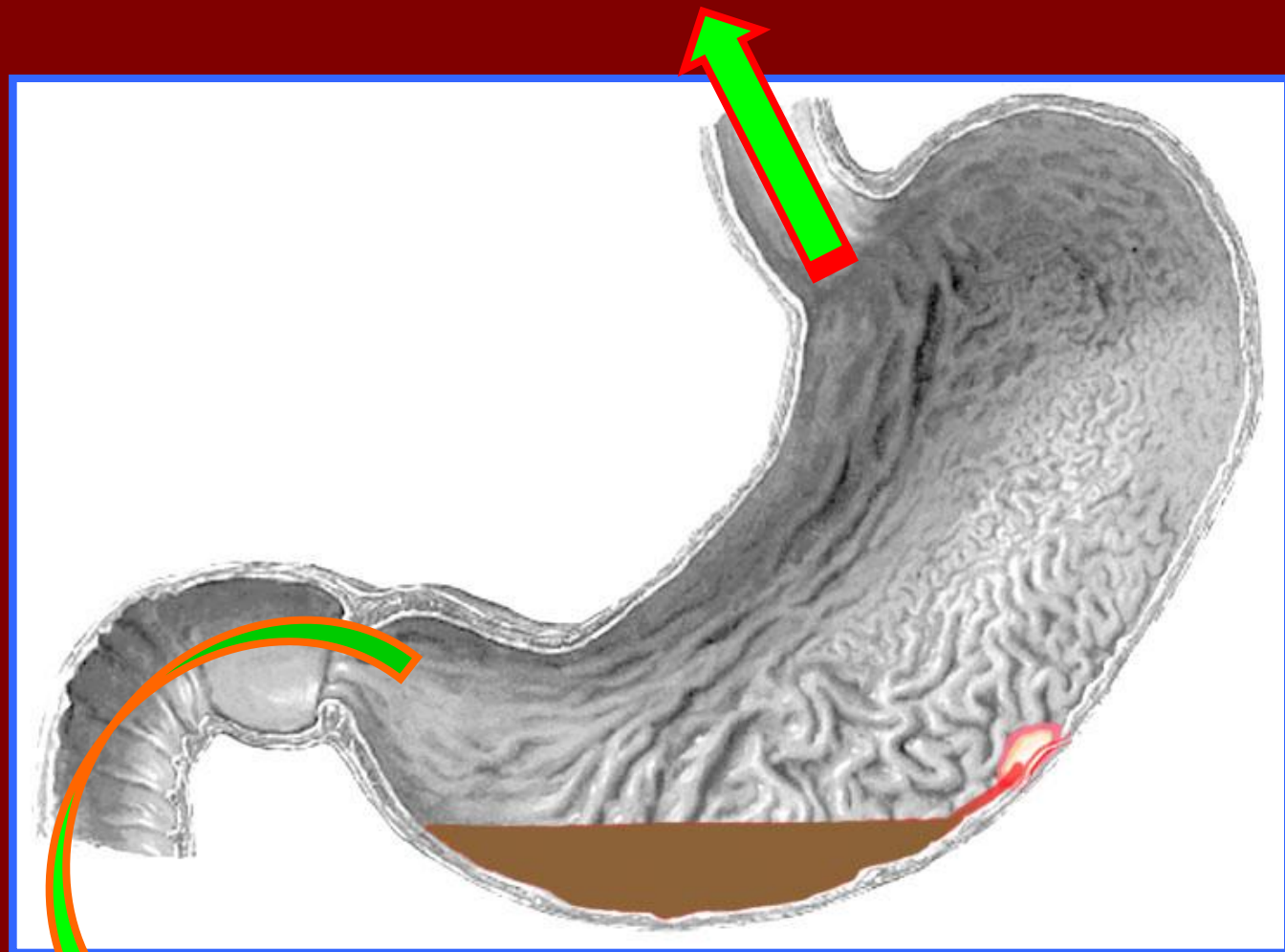
**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
СИНДРОМА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРОСВЕТ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

```
graph TD; A[КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ  
СИНДРОМА КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРОСВЕТ  
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА] --> B[«КРОВАВАЯ» РВОТА  
НАЕМАТЕМЕСИС]; A --> C[«КРОВАВЫЙ» СТУЛ  
МЕЛАЕНА];
```

**«КРОВАВАЯ» РВОТА
НАЕМАТЕМЕСИС**

**«КРОВАВЫЙ» СТУЛ
МЕЛАЕНА**

Рвотные массы цвета
«кофейной гущи»



Черный жидкий стул – мелена.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ
КРОВОТЕЧЕНИЕ

ОСТАНОВИВШЕЕСЯ
КРОВОТЕЧЕНИЕ

ЭКСТРЕННАЯ
ОПЕРАЦИЯ

ЕСТЬ УГРОЗА
РЕЦИДИВА

НЕТ УГРОЗЫ
РЕЦИДИВА

СРОЧНАЯ
ОПЕРАЦИЯ

КОНСЕРВАТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ОРОШЕНИЕ ХЛАДОАГЕНТАМИ

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ, ФОТОКОАГУЛЯЦИЯ

КЛИПИРОВАНИЕ

ОБКАЛЫВАНИЕ

СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ

НАНЕСЕНИЕ ПЛЕНКООБРАЗУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

АППЛИКАЦИЯ ГЕМОСТАТИКОВ



КРИТЕРИИ УГРОЗЫ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

```
graph TD; A[КРИТЕРИИ УГРОЗЫ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ] --> B[АБСОЛЮТНЫЕ]; A --> C[ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ]
```

АБСОЛЮТНЫЕ

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

АБСОЛЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ УГРОЗЫ РЕЦИДИВА

- 1. ГЕМОГЛОБИН МЕНЕЕ 50 г\л ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАР**
- 2. БОЛЬШИЕ КАЛЕЗНЫЕ ЯЗВЫ (БОЛЕЕ 3 см ДЛЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И БОЛЕЕ 2см ДЛЯ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ) КАК ИСТОЧНИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ УГРОЗЫ РЕЦИДИВА

**КЛИНИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
КРОВОТЕЧЕНИЯ
(1 БАЛЛ)**

ВЫСОКАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЯ

КОЛЛАПС В АНАМНЕЗЕ

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
ГЕМОСТАЗА
(1 БАЛЛ)**

КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВЛЕНО ЭНДОСКОПИЧЕСКИ

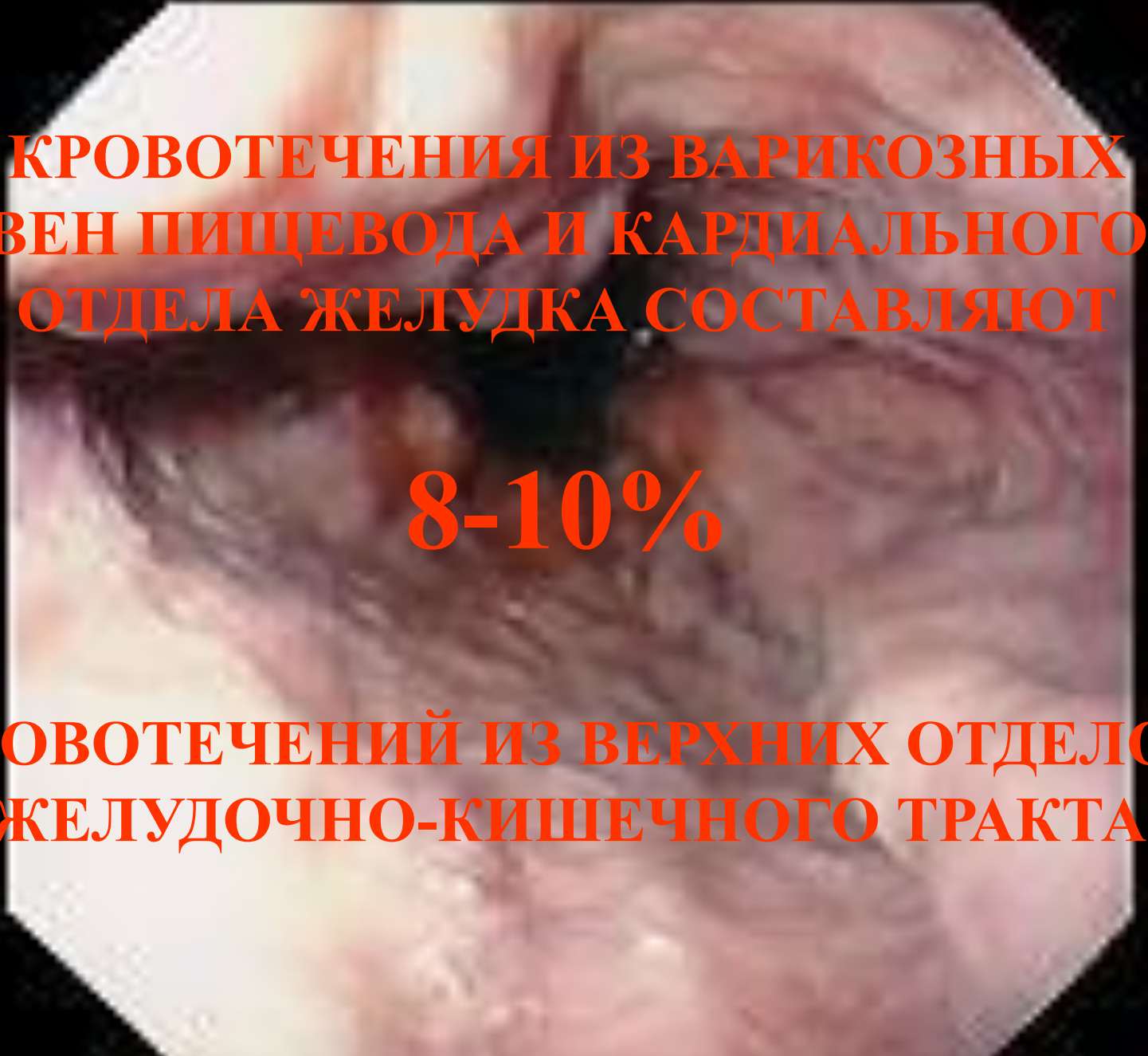
ТРОМБИРОВАННЫЙ СОСУД В ДНЕ ЯЗВЫ

СГУСТОК В ДНЕ ЯЗВЫ

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
ЯЗВЫ
(1 БАЛЛ)**

ГЛУБОКАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА БОЛЕЕ 1,3 см

ГЛУБОКАЯ ЯЗВА ДУОДЕНАЛЬНАЯ БОЛЕЕ 0,8 см

An endoscopic view of the upper gastrointestinal tract, showing the esophagus and the cardia of the stomach. The mucosal lining is visible, and there are some reddish, inflamed areas, likely representing varicose veins. The text is overlaid on this image.

**КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ
ВЕН ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО
ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЮТ**

8-10%

**КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

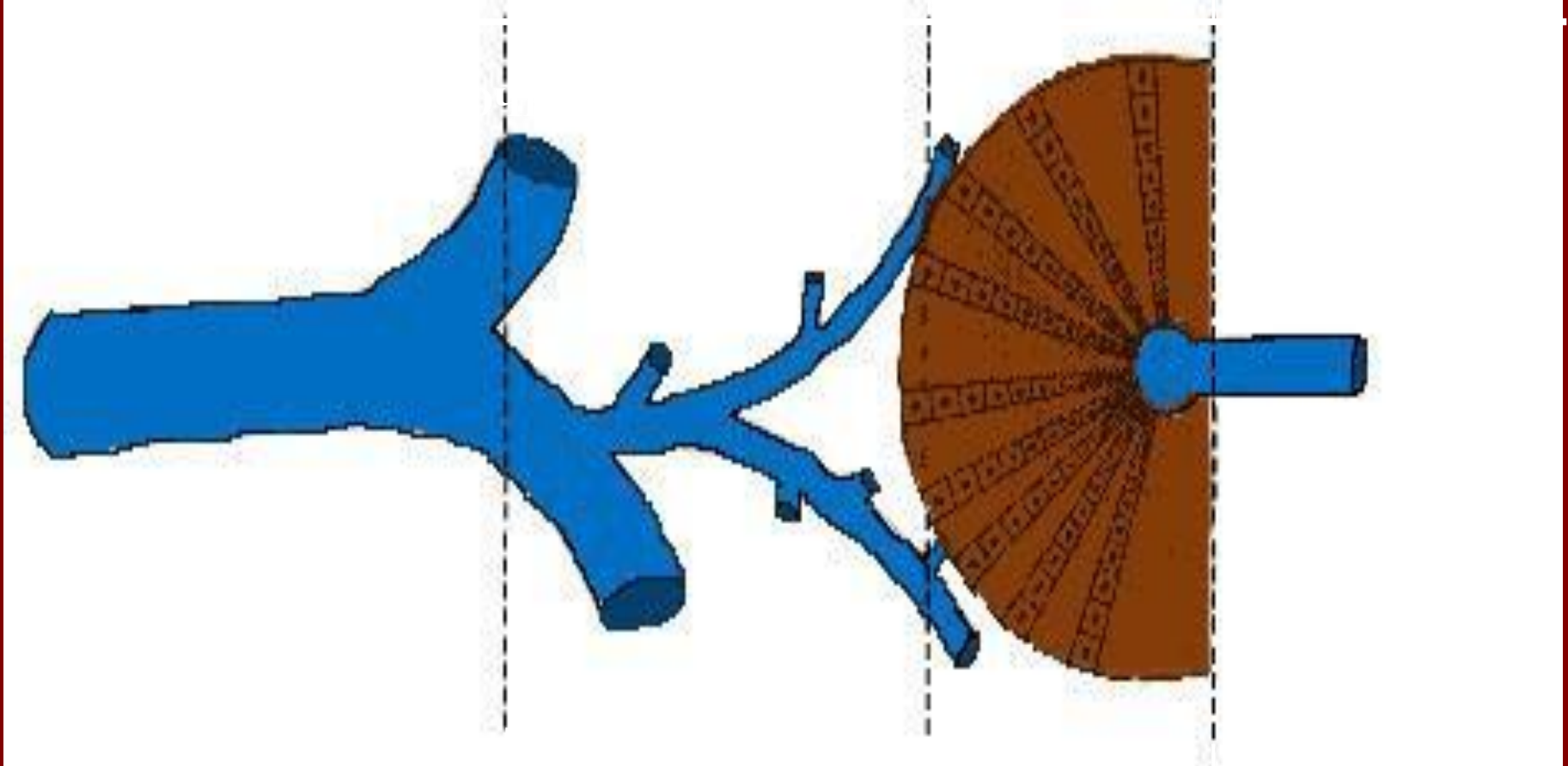
ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ВОРОТНАЯ ВЕНА

ВЕНА

СИНУСЫ

ПЕЧЕНОЧНАЯ



ВРОЖДЕННЫЙ
ПУПОЧНЫЙ СЕПСИС
ТРАВМА
ГИПЕРКОАГУЛЯЦИЯ
ОНКОЛОГИЯ

ШИСТОСОМАТОС
ВРОЖДЕННЫЙ
ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ
ПЕРВИЧНЫЙ
БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ

ЦИРРОЗ

СИНДРОМ
БАДДА-КИАРИ
ВЕНО-
ОККЛЮЗИВНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ

**НОРМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В
ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ДО
200 мм вод ст**

**КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ПРАВИЛО
ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВЫШЕНИИ
ДАВЛЕНИЯ ДО
400-450 мм вод ст**

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И АНАМНЕЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

ПЕЧЕНОЧНЫЙ АНАМНЕЗ

**СИМПТОМЫ ПЕЧЕНОЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО КРОВОТЕЧЕНИЯ

**НЕУДЕРЖИМАЯ ОБИЛЬНАЯ РВОТА
КРОВЬЮ**

БЫСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ

**ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ПРИ РАЗВИТИИ
КРОВОТЕЧЕНИЯ**

МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО РЕЦИДИВА

**КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ

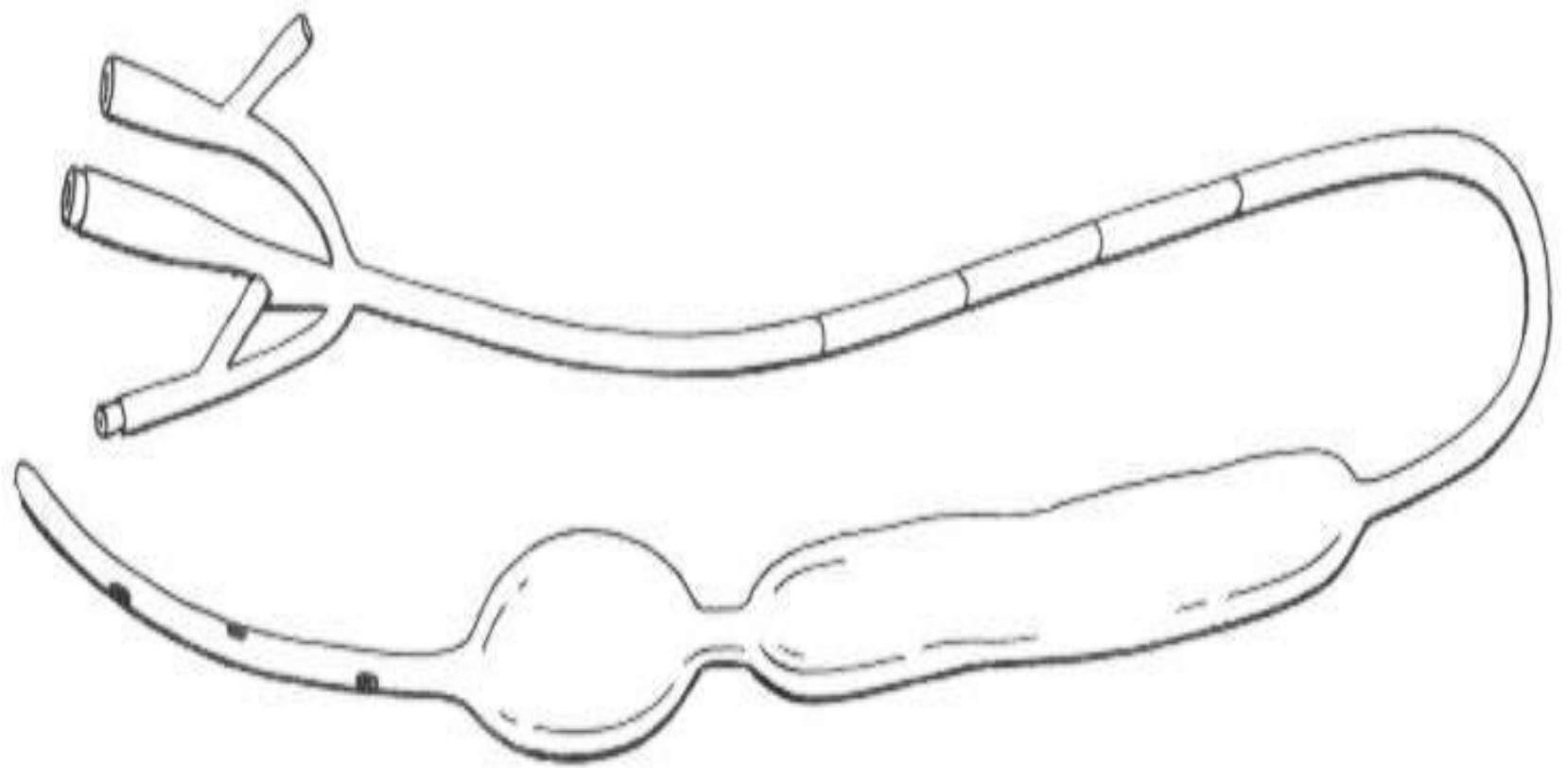
ЗОНД ОБТУРАТОР

НИТРАТЫ

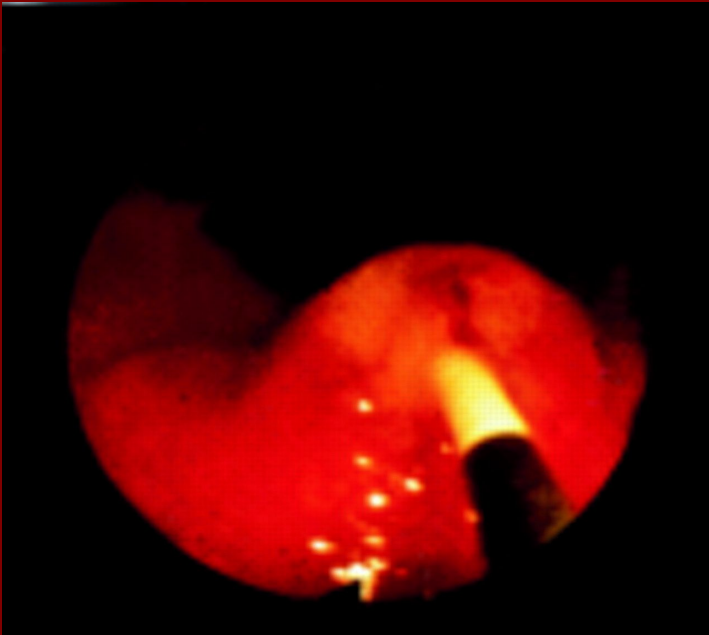
ВАЗОПРЕССИН, ГЛИПРЕССИН

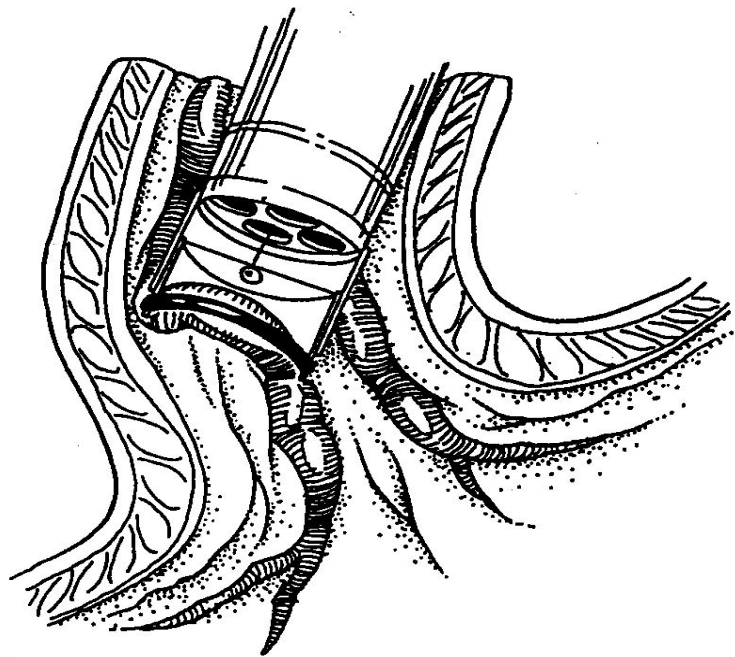
СОМАТОСТАТИН, ОКТРЕОТИД

β-БЛОКАТОРЫ

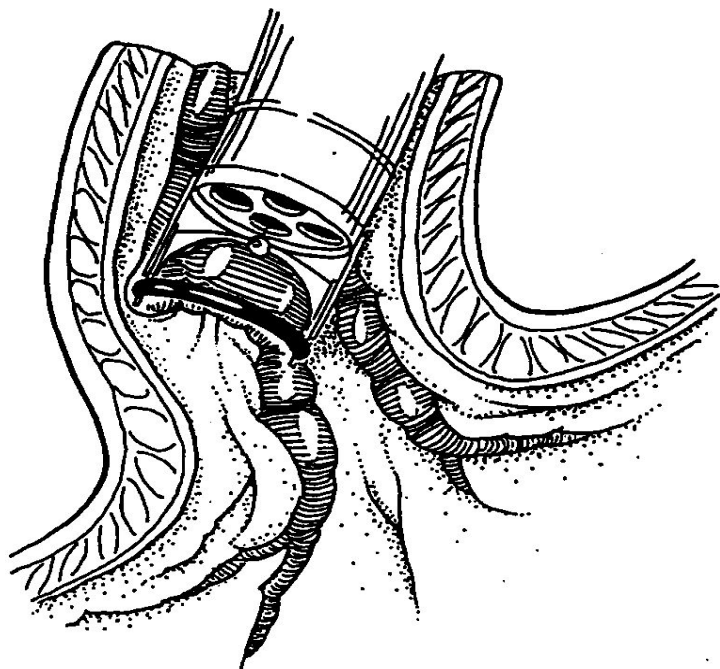


ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

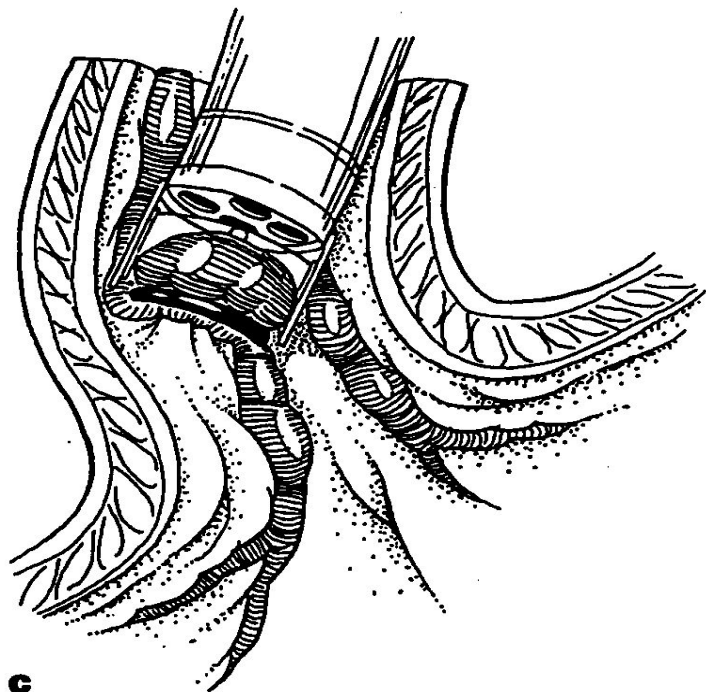




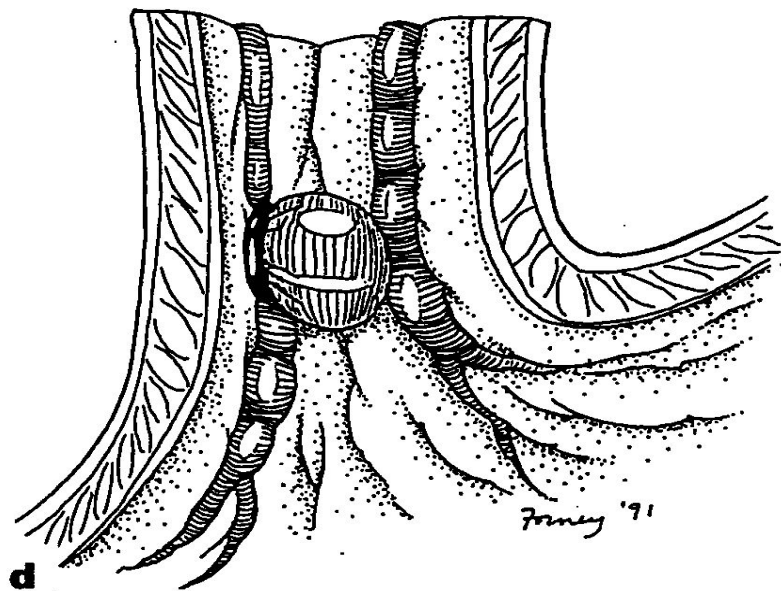
a



b



c



d

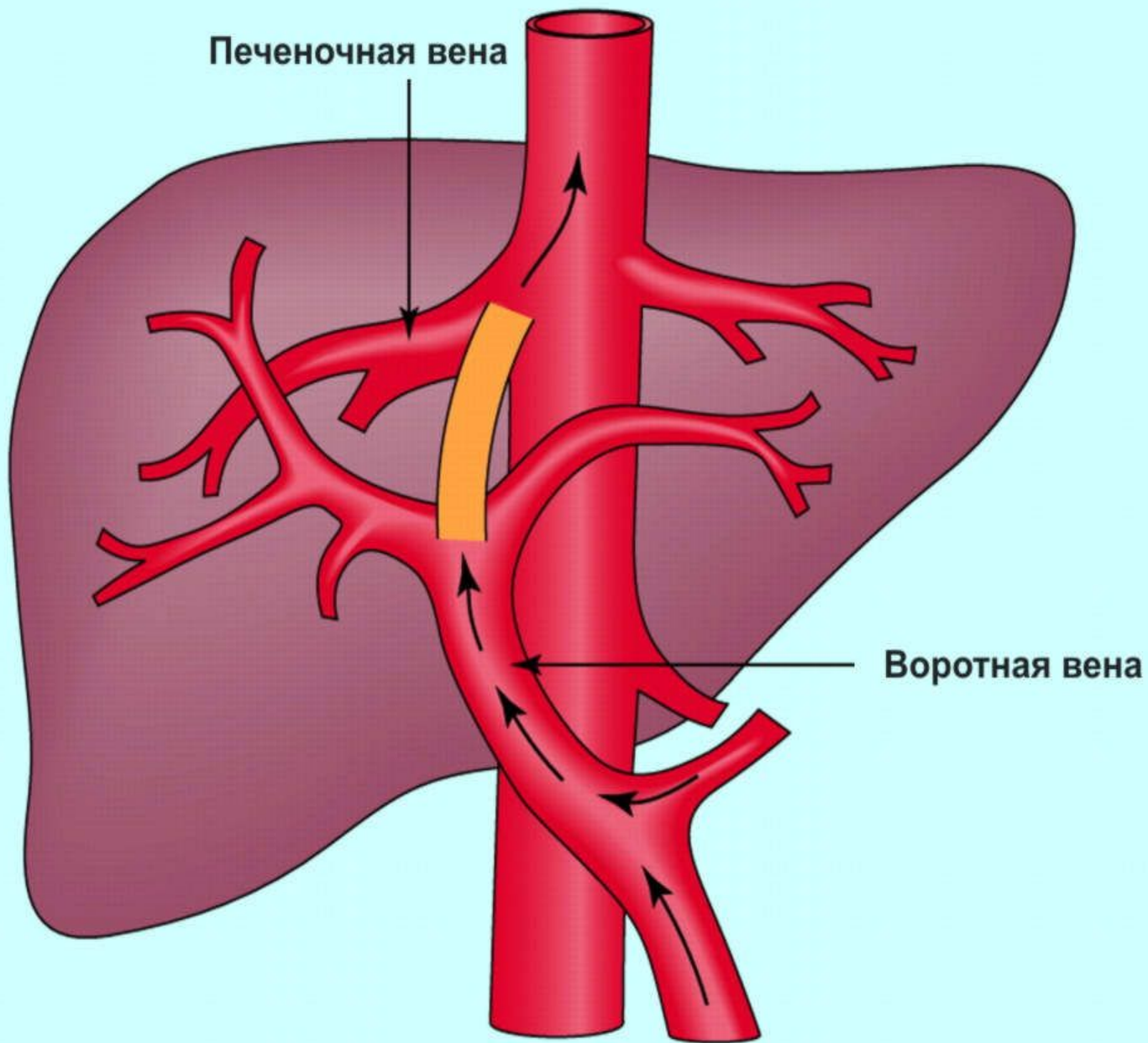
Forsy '91

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ

**ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ
ЖЕЛУДОЧНЫХ ВЕН**

**ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ
ЖЕЛУДОЧНЫХ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ И
ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ**

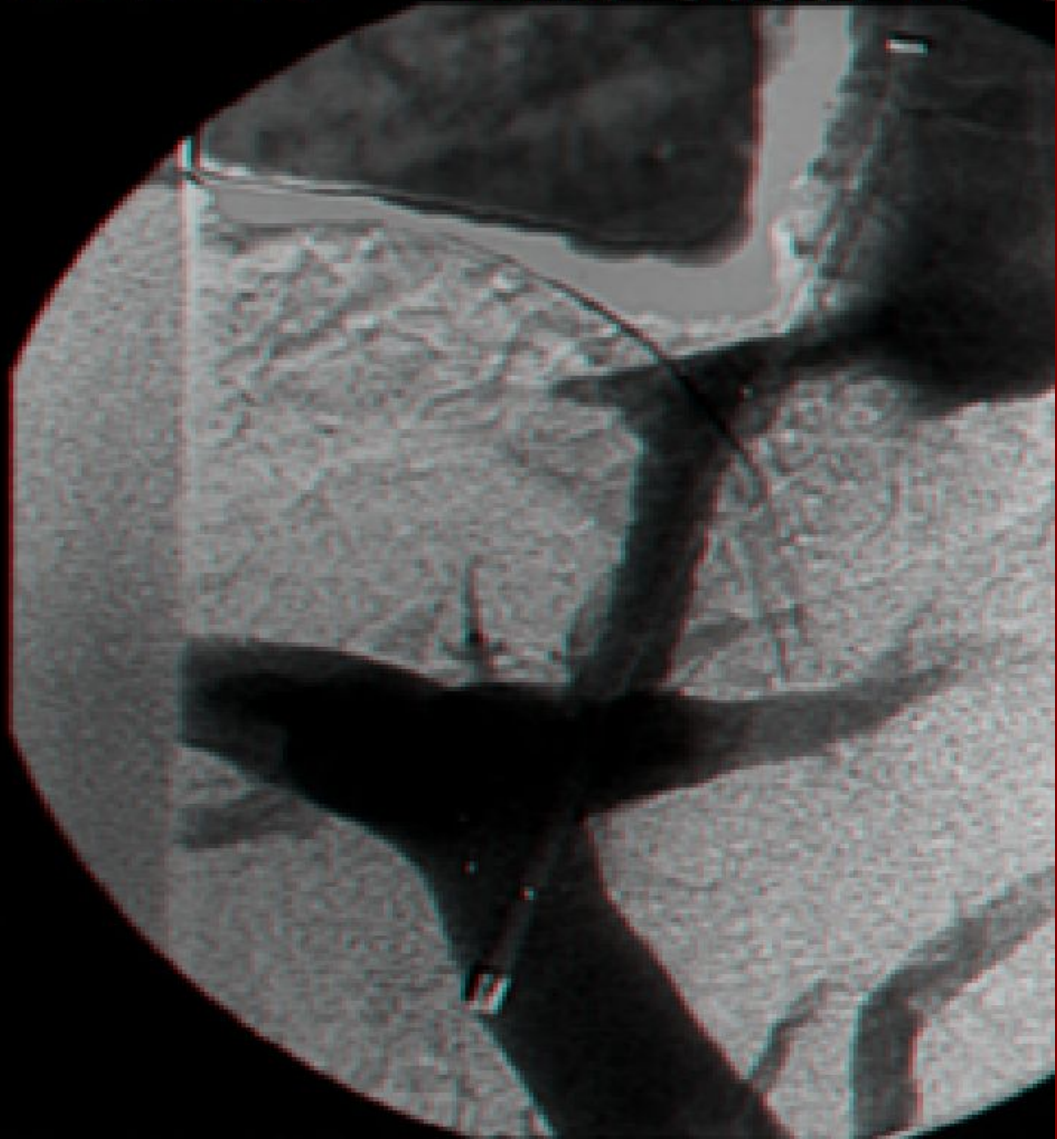
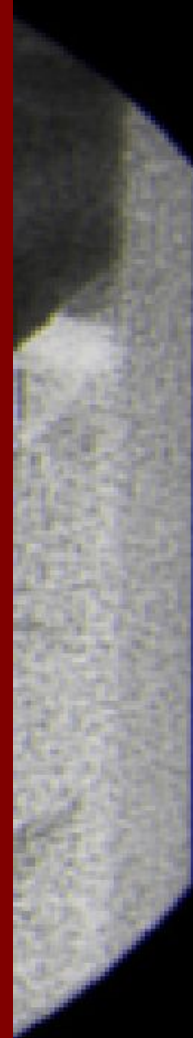
**ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТСИСТЕМНОЕ
ШУНТИРОВАНИЕ (TIPS)**



19
20-FEB-82

ID# 2h/2*501*93
HOSPITAL N 57

Kirin V.P. 39 ABDOMEN
Physician: Shipovsky V.N.



ALL IMG

PC0016
-RPH-

LOG Sub FIXED Filt 7

Reg NO

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

СОКРАЩЕНИЕ ПРИТОКА
АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ
В ПОРТАЛЬНУЮ
СИСТЕМУ

ПРКРАЩЕНИЕ СБРОСА
ПОРТАЛЬНОЙ КРОВИ
ЧЕРЕЗ ВЕНЫ ПИЩЕВОДА

ПОРТОКАВАЛЬНОЕ
ШУНТИРОВАНИЕ

ВИДЫ ПОРТОКАВАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

```
graph TD; A[ВИДЫ ПОРТОКАВАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ] --> B[ПРЯМЫЕ]; A --> C[НЕПРЯМЫЕ]; C --> D[СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ]; C --> E[МЕЗЕНТЕРИКОКАВАЛЬНЫЙ]; C --> F[САФЕНОУМБИЛИКАЛЬНЫЙ];
```

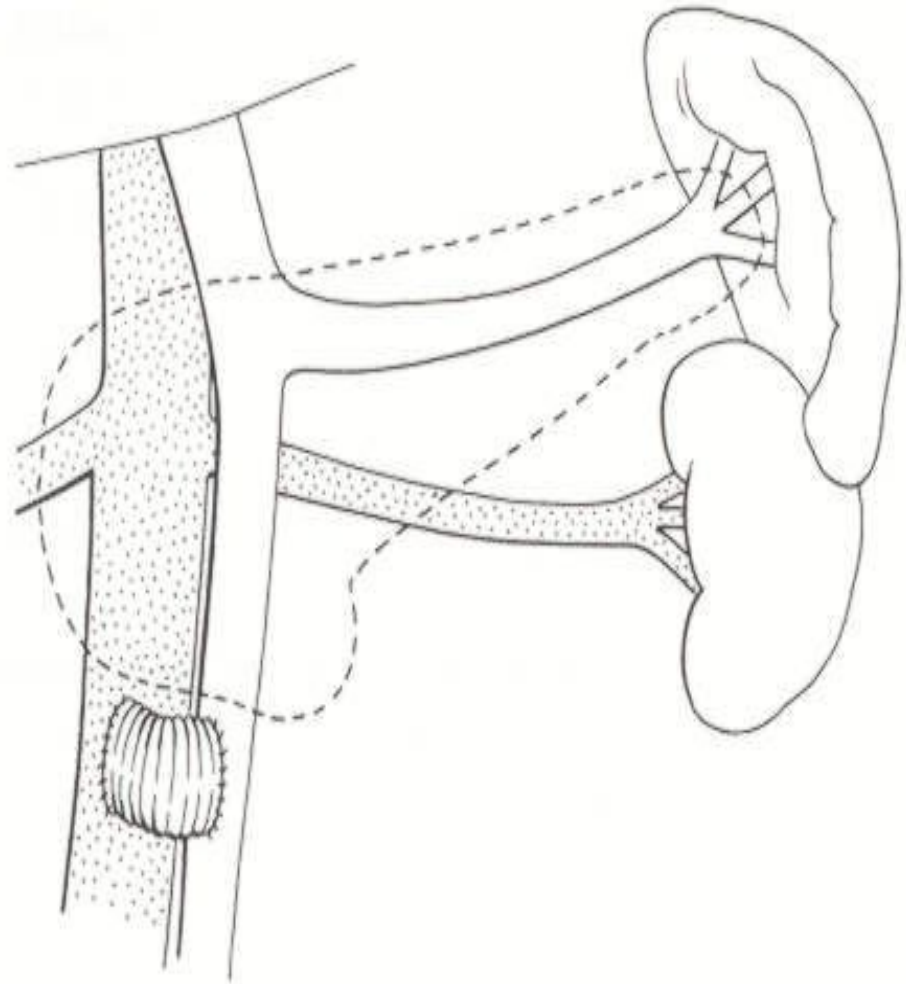
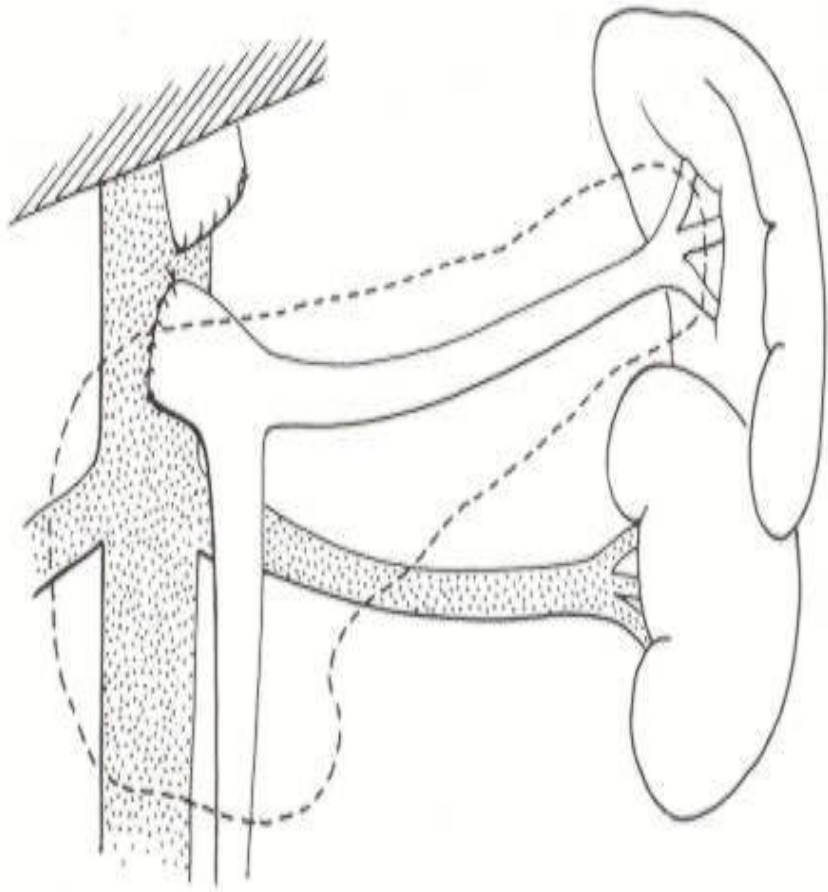
ПРЯМЫЕ

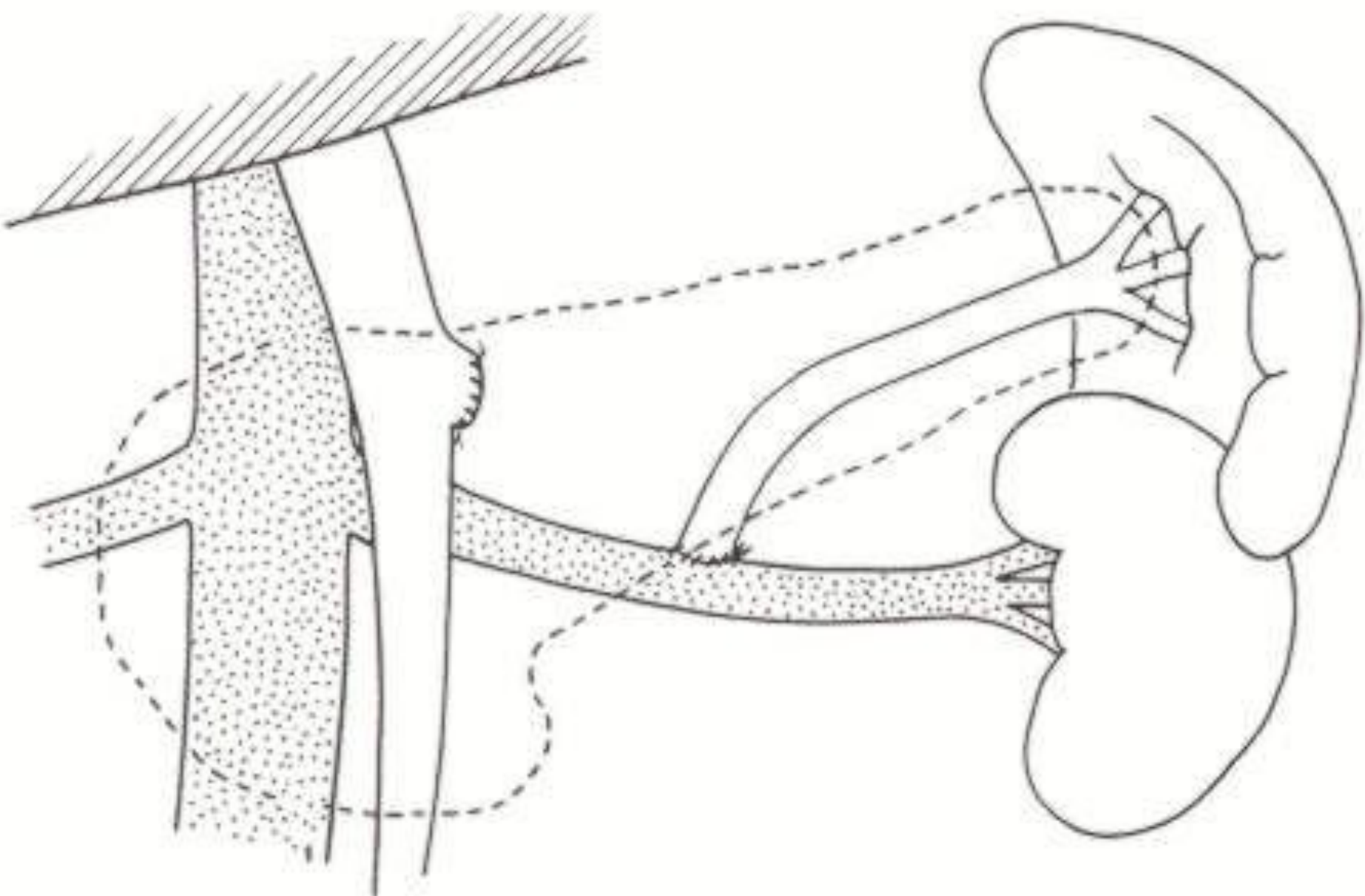
НЕПРЯМЫЕ

СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ

МЕЗЕНТЕРИКОКАВАЛЬНЫЙ

САФЕНОУМБИЛИКАЛЬНЫЙ







СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА
10%

ПАТФИЗИОЛОГИЯ СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИФРАГМЫ

**ВНЕЗАПНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЕ
ДАВЛЕНИЯ**


ПРОЯЛПС СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

**ДИСКОРРЕЛЯЦИЯ ЗАМЫКАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
КАРДИИ И ПРИВРАТНИКА**

**УСИЛЕННАЯ ЖЕЛУДОЧНАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА
ИЛИ АНТИПЕРИСТАЛЬТИКА**

**ПАТОГОНОМРНИЧНЫЙ ПРИЗНАК
СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА**

**РВОТА С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ
ПОСЛЕ
МНОГОКРАТНОЙ СУХОЙ РВОТЫ**

An endoscopic photograph showing a gastric ulcer. The ulcer is a well-defined, crater-like lesion with a central necrotic base and a surrounding erythematous, inflamed mucosal border. The surrounding mucosa appears normal.

ОСТРЫЕ ЯЗВЫ
5-7 %

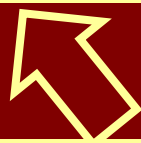
**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
ЯЗВЫ**

**ЭНДОКРИННЫЕ
ЯЗВЫ**

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ ЯЗВ

**СТРЕССОВЫЕ
ЯЗВЫ**

**ТОКСИЧЕСКИЕ
ЯЗВЫ**



СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛИССОНА

~~ЖЕЛУДОЧНАЯ~~
ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ
БПК > 15
ммоль/час

ДИАРЕЯ

МИГРИРУЮЩИЙ
ХАРАКТЕР ЯЗВЫ

РЕЗИСТЕНТНЫЕ
ЯЗВЫ

ГИПЕРГАСТРИНИМИЯ
СВЫШЕ 500

An endoscopic photograph of the stomach mucosa. The mucosal surface is highly erythematous (reddish) and appears friable. There are several small, dark red, pinpoint lesions scattered across the field of view, characteristic of hemorrhagic gastritis. The overall appearance is inflamed and irritated.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ
10-15 %