

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.

Кафедра госпитальной хирургии.

Желудочно-кишечные кровотечения

Доц. М.И. Бокарев

Классификация ЖКК:



Классификация желудочно-кишечных кровотечений:

- Острые
- Хронические

- Явные
- Скрытые

- Однократные
- Рецидивирующие

Классификация кровотечений по степени выраженности:

1. Скрытое кровотечение

(скрытая кровь в желудочном содержимом или кале) .

2. Явное кровотечение

(цельная кровь или «кофейная гуща» в желудочном содержимом, кал с кровью или мелена) .

2. Клинически-значимое кровотечение

(явное кровотечение, осложненное в течение 24 часов нарушением гемодинамики, требующее проведения гемотрансфузии и, нередко, выполнения хирургического вмешательства) .

Частота желудочно-кишечных кровотечений:

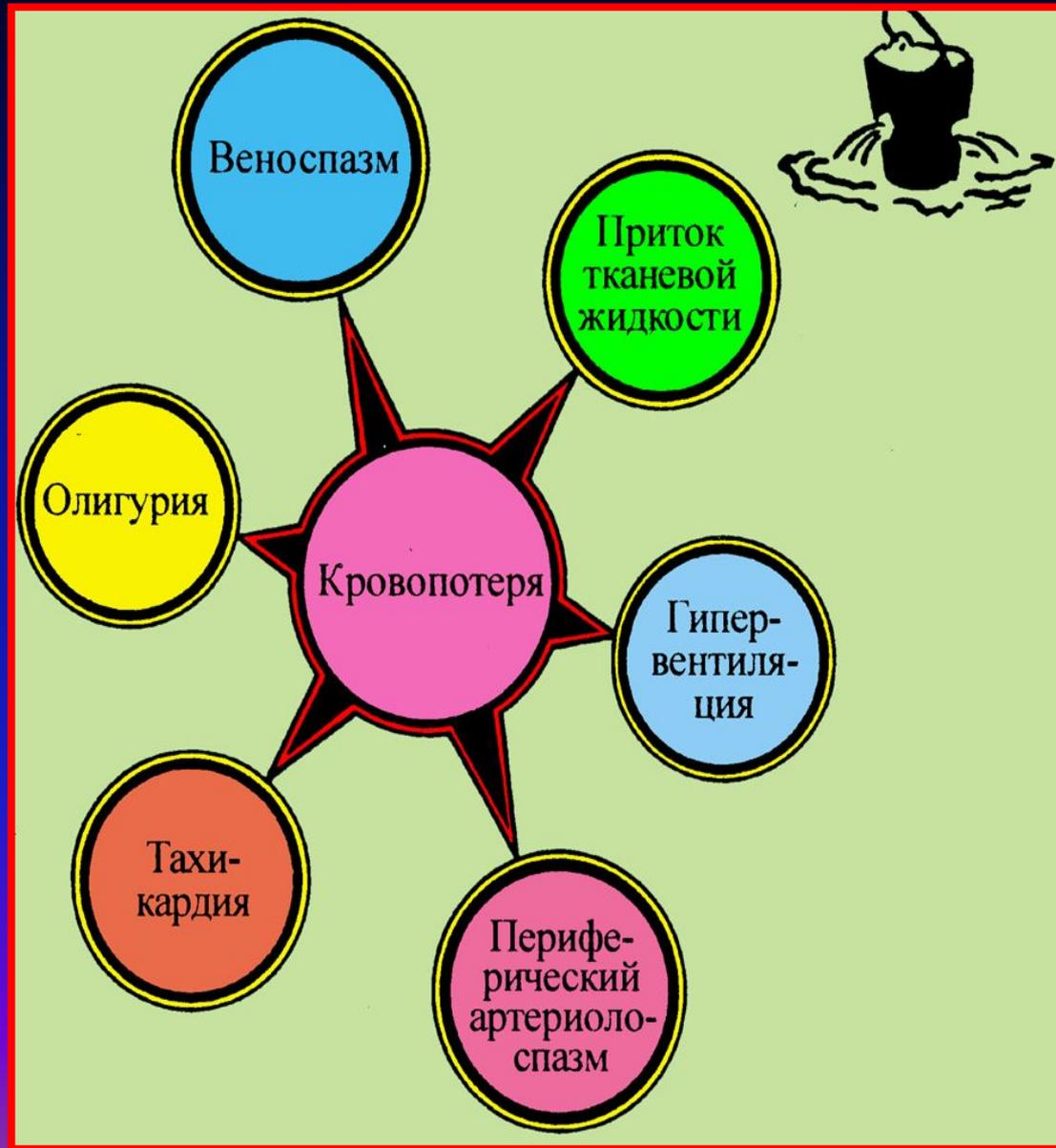
- Язвенная этиология – 60 %
- Синдром Меллори–Вейса – 15 %
- Эрозивный гастродуоденит – 15 %
- Другие причины – 10 %

Симптомокомплекс при желудочно-кишечных кровотечениях:

- бледность кожи и видимых слизистых оболочек, акроцианоз
- холодный липкий пот
- обморочное состояние
- учащенное дыхание
- частый нитевидный пульс
- выраженный систолический шум над верхушкой сердца
- низкое АД
- олигурия
- снижение температуры кожи

-
- Рвота кровью
 - Мелена
 - Слабость
 - Головокружение
 - Тошнота
 - Чувство жажды, удушья, страха
 - Нарушение зрения, шум в ушах
 - Затемнение сознания

Функциональные сдвиги, направленные на коррекцию ОЦК



Факторы прогноза болезни:

- Характер патологии, приведшей к кровотечению
- Объем кровопотери
- Возраст больного
- Наличие сопутствующей патологии

Степень тяжести кровопотери:

Показатель	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Число эритроцитов	> 3,5	3,5-2,5	< 2,5
Уровень Hb	> 100	83-100	< 83
Частота пульса	до 80	80-100	> 100
Систолическое АД	> 110	110-90	< 90
Уровень Ht	> 30	25-30	< 25
Дефицит ГО, % от должного	до 20	20-30	> 30

Определение источника кровотечения и характера заболевания:

- ❑ Анамнез
- ❑ Объективное обследование
- ❑ Лабораторные исследования
- ❑ Специальные диагностические методы:
 - эндоскопический;
 - рентгенологический;
 - ангиографический

Причины ЖКК:

1. Кровотечения из носа, носоглотки, трахеи, бронхов и легких – 0,3 %

- ✓ повреждение слизистой
- ✓ гипертоническая болезнь
- ✓ заболевания крови
- ✓ новообразования
- ✓ кавернозный туберкулез
- ✓ абсцессы легких
- ✓ бронхоэктазы

2. Кровотечения из пищевода – 8,66 %

- ✓ портальная гипертензия
- ✓ рак
- ✓ острые язвы
- ✓ дивертикулы
- ✓ эрозивный эзофагит
- ✓ разрыв аневризмы грудного отдела аорты
- ✓ лейомиома
- ✓ химический ожог

Причины ЖКК:

3. Кровотечения из желудка – 52,49 %

- ✓ хроническая язва
- ✓ острая язва
- ✓ язва гастроэнтероанастомоза
- ✓ эрозивный геморрагический гастрит
- ✓ рак желудка
- ✓ гипертоническая болезнь и атеросклероз
- ✓ грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- ✓ лейомиома
- ✓ полип
- ✓ синдром Меллори-Вейса
- ✓ болезнь Рендю-Ослера – наследственная геморрагическая телеангиоэктазия
- ✓ Заболевания крови
- ✓ Болезнь Верльгоффа – эссенциальная тромбоцитопения
- ✓ Болезнь Шенлайна-Геноха – геморрагический васкулит

4. Кровотечения из двенадцатиперстной кишки – 24,5 %

- ✓ хроническая язва
- ✓ острая язва
- ✓ дивертикул
- ✓ опухоль
- ✓ рак поджелудочной железы
- ✓ разрыв аневризмы аорты
- ✓ гемобилия

Причины ЖКК:

5. Кровотечения из тонкой кишки – 1,1 %

- ✓ рак
- ✓ тромбоз мезентериальных сосудов
- ✓ острые язвы
- ✓ язвенный энтероколит
- ✓ забрюшинная лимфосаркома
- ✓ болезнь Рендю-Ослера
- ✓ кишечные инфекции, глистная инвазия
- ✓ заболевания крови

6. Кровотечения из толстой кишки – 2,55 %

- ✓ рак
- ✓ колит
- ✓ полипоз
- ✓ дивертикулы
- ✓ дизентерия
- ✓ острые язвы

6. Кровотечения из прямой кишки – 4,03 %

- ✓ геморрой
- ✓ рак
- ✓ анальные трещины
- ✓ повреждения

Факторы риска стресс-поражения желудка

Искусственная вентиляция легких более 48 часов

Коагулопатия

Острая печеночная недостаточность

Выраженная артериальная гипотензия и шок

Сепсис

Хроническая почечная недостаточность

Алкоголизм

Лечение глюкокортикоидами

Длительная назогастральная интубация

Тяжелая черепно-мозговая травма

Ожоги более 30 % площади поверхности тела

Стресс-повреждения слизистой оболочки желудка
проявляются двумя вариантами:

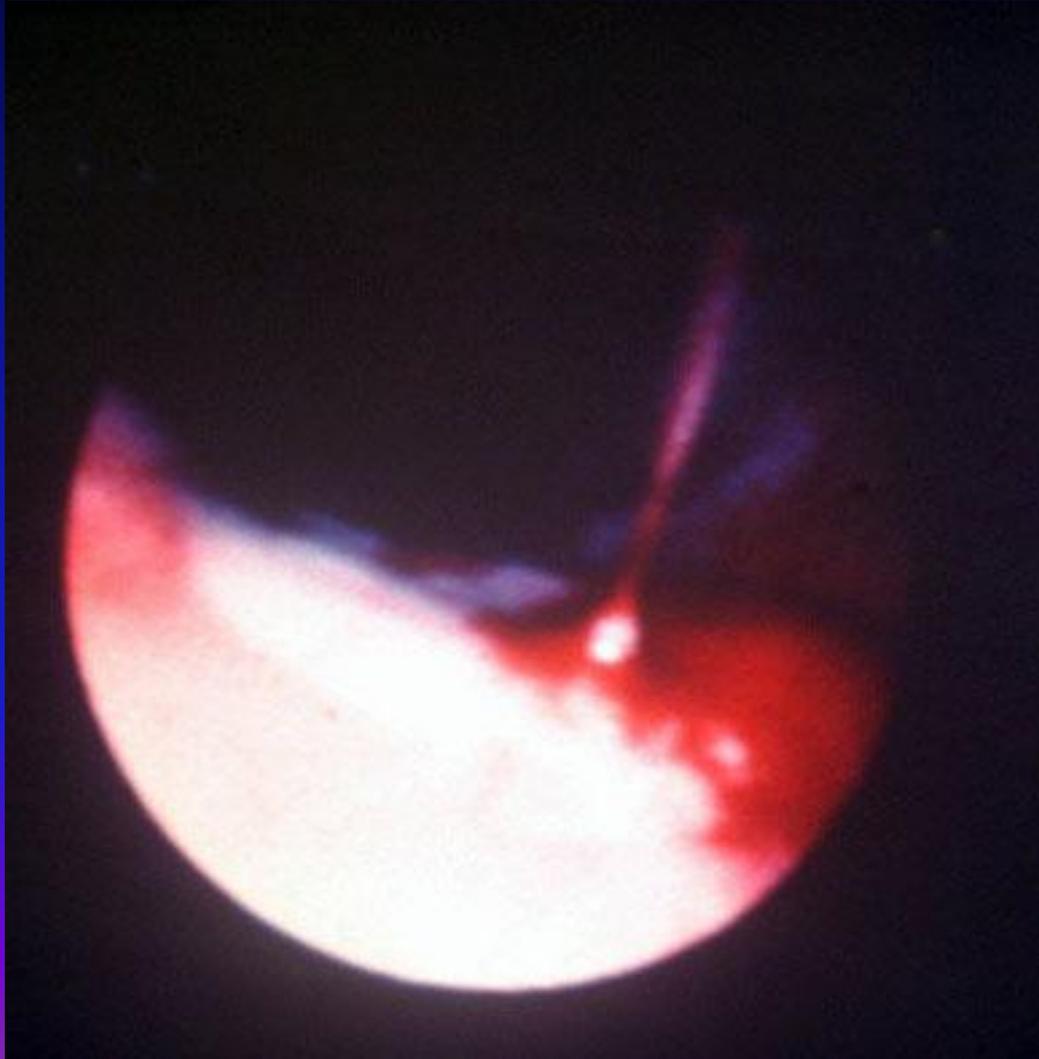
1. Поверхностные диффузные эрозии с низким риском развития кровотечения;

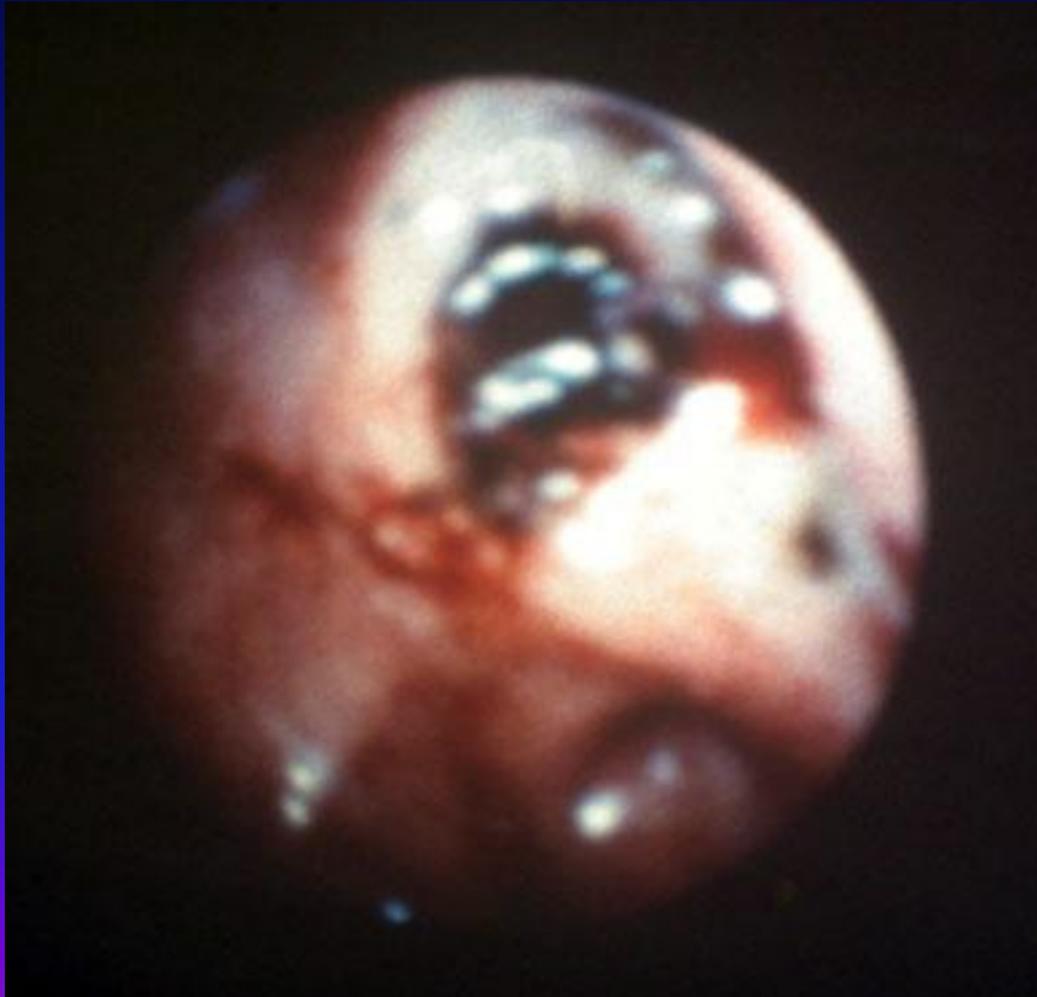
2. Глубокие локализованные язвы с высоким риском геморрагических

осложнений, частота которых достигает 14%, а летальность при них – 64%

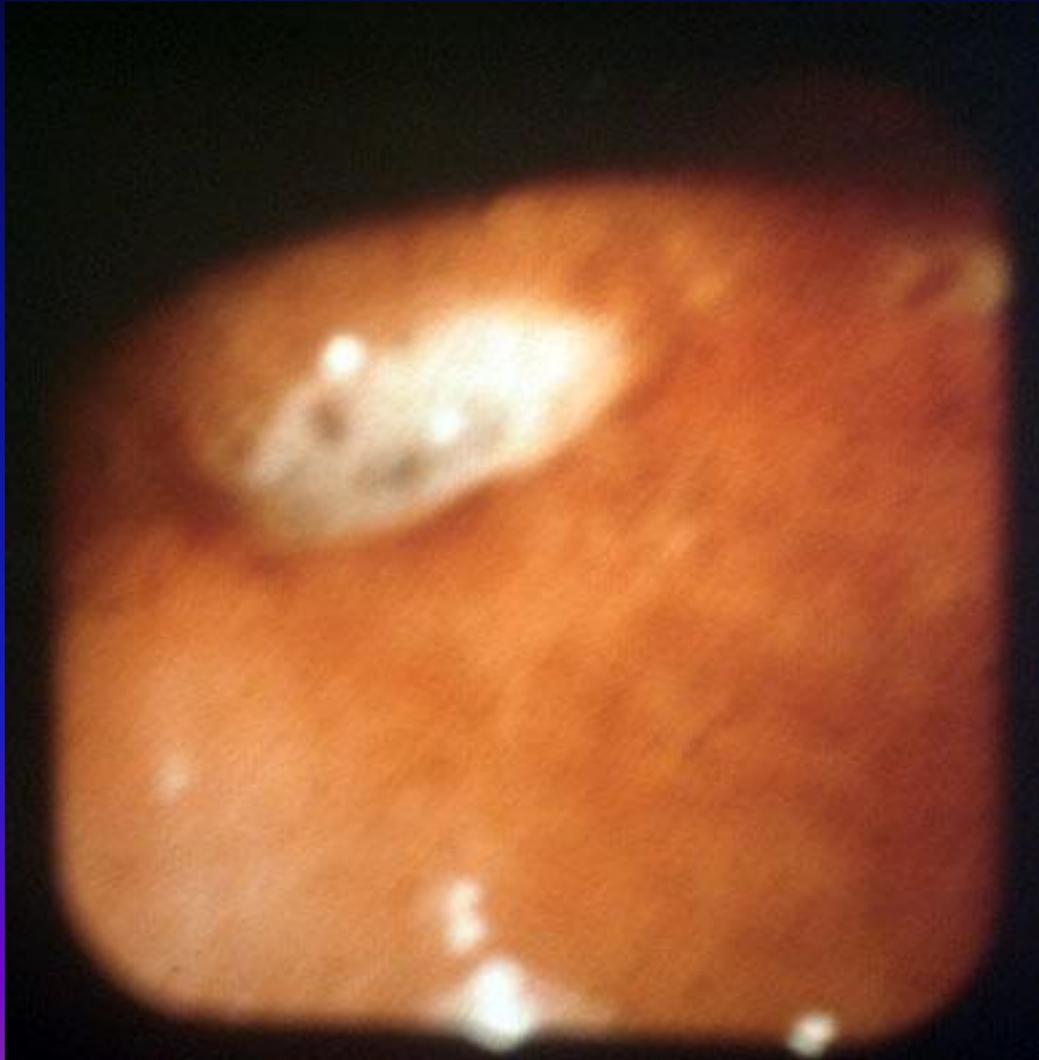
Классификация кровотечений по J. Forrest (1974г.)

- **F Ia** – продолжающееся струйное кровотечение.
- **F Ib** – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания, кровотечение.
- **F IIa** – видимый крупный тромбированный сосуд.
- **F IIb** – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток.
- **F IIc** – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен.
- **F III** – отсутствие признаков кровотечения в язвенном кратере.











Консервативное лечение желудочно-кишечных кровотечений:

1. Госпитализация в хирургический стационар
2. Строгий постельный режим, голод
3. Зондирование желудка, лаваж
4. Эндоскопическая остановка кровотечения:
 - диатермо- или лазерная коагуляция
 - введение склерозирующих и гемостатических средств (этоксисклерол)
 - орошение места кровотечения (хлорэтил, хлорид кальция, аминокaproновая кислота)
 - аппликации аэрозольных пленкообразующих препаратов (лифузоль)
5. Медикаментозное лечение:
 - инфузионная терапия: *коррекция гемодинамических нарушений (под контролем АД, ЦВД, диуреза), адекватное возмещение кровопотери, нормализация коагулирующих свойств крови (белковые – фибриноген, плазма; анти-фибринолитические препараты – трасилол, εАКК)*
 - гемостатическая терапия (блокаторы H₂-рецепторов, холинолитики, антацидные средства, питуитрин, хлорид кальция)
6. Кислородотерапия
7. Лечебное питание

Протокол лечения кровотечений из верхнего отдела ЖКТ

Защита дыхательных путей

Мониторинг дыхания

Обеспечение проходимости дыхательных путей (при необходимости интубация трахеи)

Поддержание гемодинамики

Адекватный венозный доступ

Инфузионная терапия

Гемотрансфузия (при Hb ниже 70 г/л)

Препараты плазмы, тромбоциты (по показаниям)

ИПП внутривенно (блокаторы H₂-рецепторов не эффективны)

Назогастральная интубация и лаваж желудка

Клинико-лабораторный мониторинг

Эндоскопическое обследование/лечение

Инфузионно-трансфузионная терапия:

Организм человека способен выдержать острую потерю 60-70% объема эритроцитов, но утрата 30% объема плазмы несовместима с жизнью

I. Кровопотеря 10–15% объема ОЦК (500–700мл)

Инфузия кристаллоидных растворов в объеме 200–300% от величины кровопотери

II. Кровопотеря 15–30% ОЦК (750–1500мл)

Инфузия кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1 с общим объемом в 300% от величины кровопотери

При лечении острой кровопотери объемом до 30% ОЦК нет никакой необходимости использовать компоненты донорской крови!

III. Кровопотеря 30–40% ОЦК (1500–2000мл)

1 этап – инфузия кристаллоидов и коллоидов

2 этап – лечение анемии

Общий объем перелитых инфузионных сред не менее 300% от величины кровопотери. Эритросодержащие среды до 20%, СЗП до 30% от перелитого объема.

Критический уровень показателей крови: Hb-65-70г/л, гематокрит – 25-20%.

Критерии восстановления ОЦК:

- Повышение АД
- Уменьшение ЧСС
- Увеличение пульсового давления
- Потепление и порозовение кожных покровов
- ЦВД – 10–12 см водного столба
- Почасовой диурез – 30 мл в час

Показания к операции при желудочно-кишечных кровотечениях:

Экстренная операция

- больные в состоянии геморрагического шока с клинико-анатомическими указаниями на кровотечение язвенной природы
- больные с массивным кровотечением без возможности достижения гемостаза эндоскопическим путем
- больные с рецидивом кровотечения в хирургическом стационаре

Срочная операция

- больные (особенно старше 60 лет) с массивным язвенным кровотечением, стойкая остановка которого консервативными способами неэффективна и велика угроза рецидива

Показания к оперативным вмешательствам:

Экстренная	Срочная
Продолжающееся профузное гастродуоденальное кровотечение	Клинико-эндоскопические признаки большой угрозы рецидива кровотечения (преимущественно у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями после подготовки больного к операции в течение 12-24 часов)
Невозможность остановки гастродуоденального кровотечения неоперативными методами, включая лечебную эндоскопию	
Рецидив кровотечения в стационаре (при кровотечениях язвенной этиологии)	

Хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений:

Синдром Меллори-Вейса

гастротомия, прошивание разрывов

Эрозивный гастродуоденит

гастротомия, гемостаз

стволовая ваготомия, пилоропластика

резекция желудка

гастрэктомия

Язвенная болезнь желудка

гастротомия, прошивание язвы

гастротомия, иссечение язвы

резекция желудка

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

дуоденотомия, прошивание язвы, пилоропластика

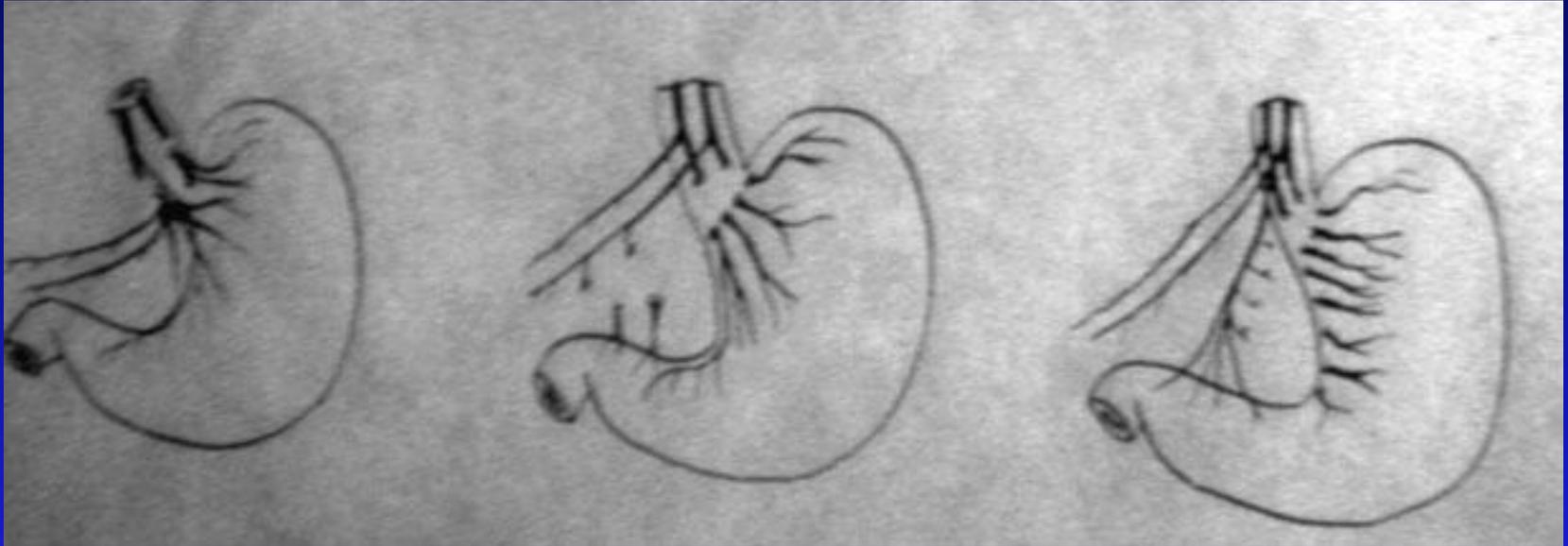
то же + ваготомия

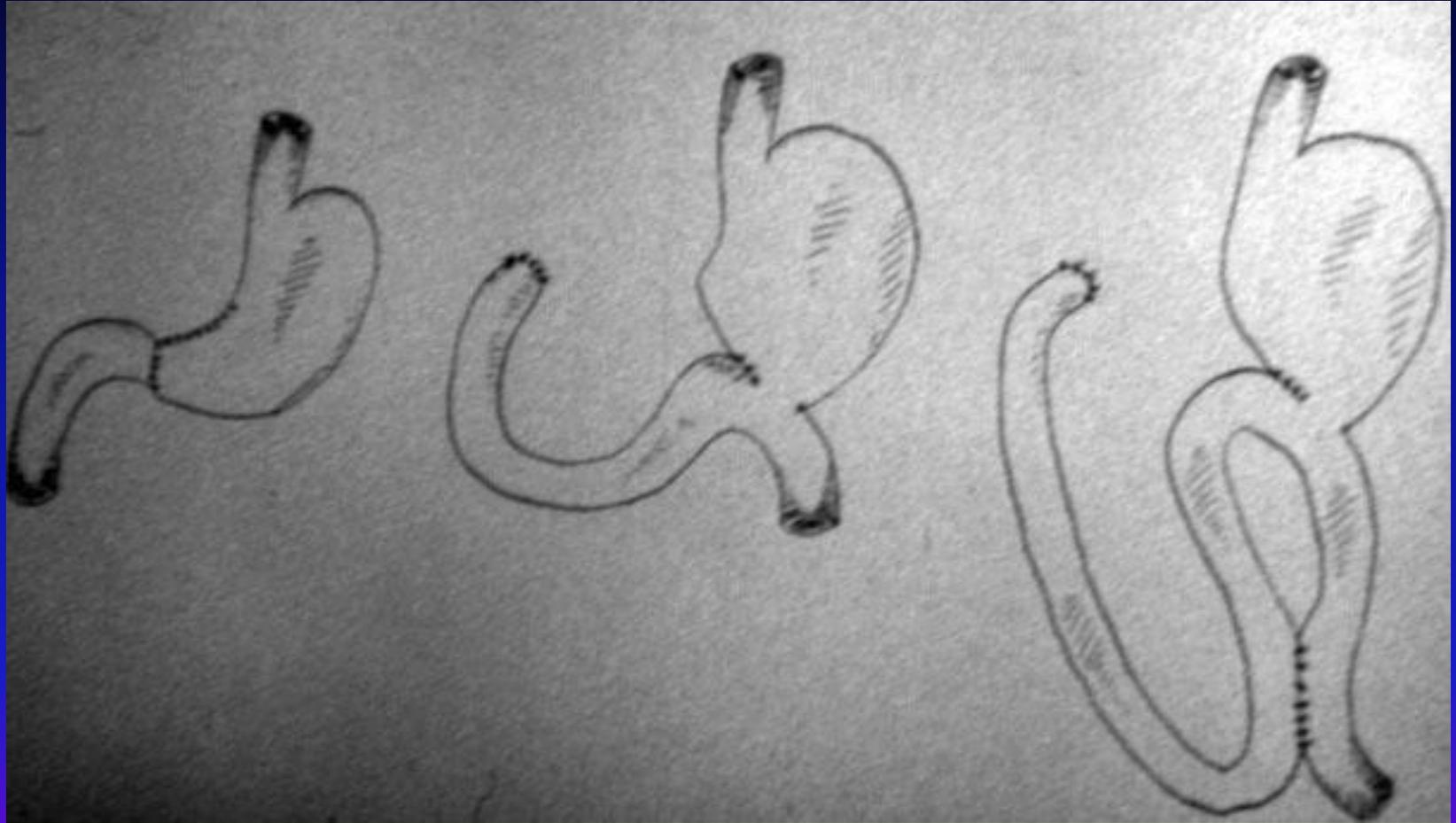
дуоденотомия, иссечение язвы, пилоропластика

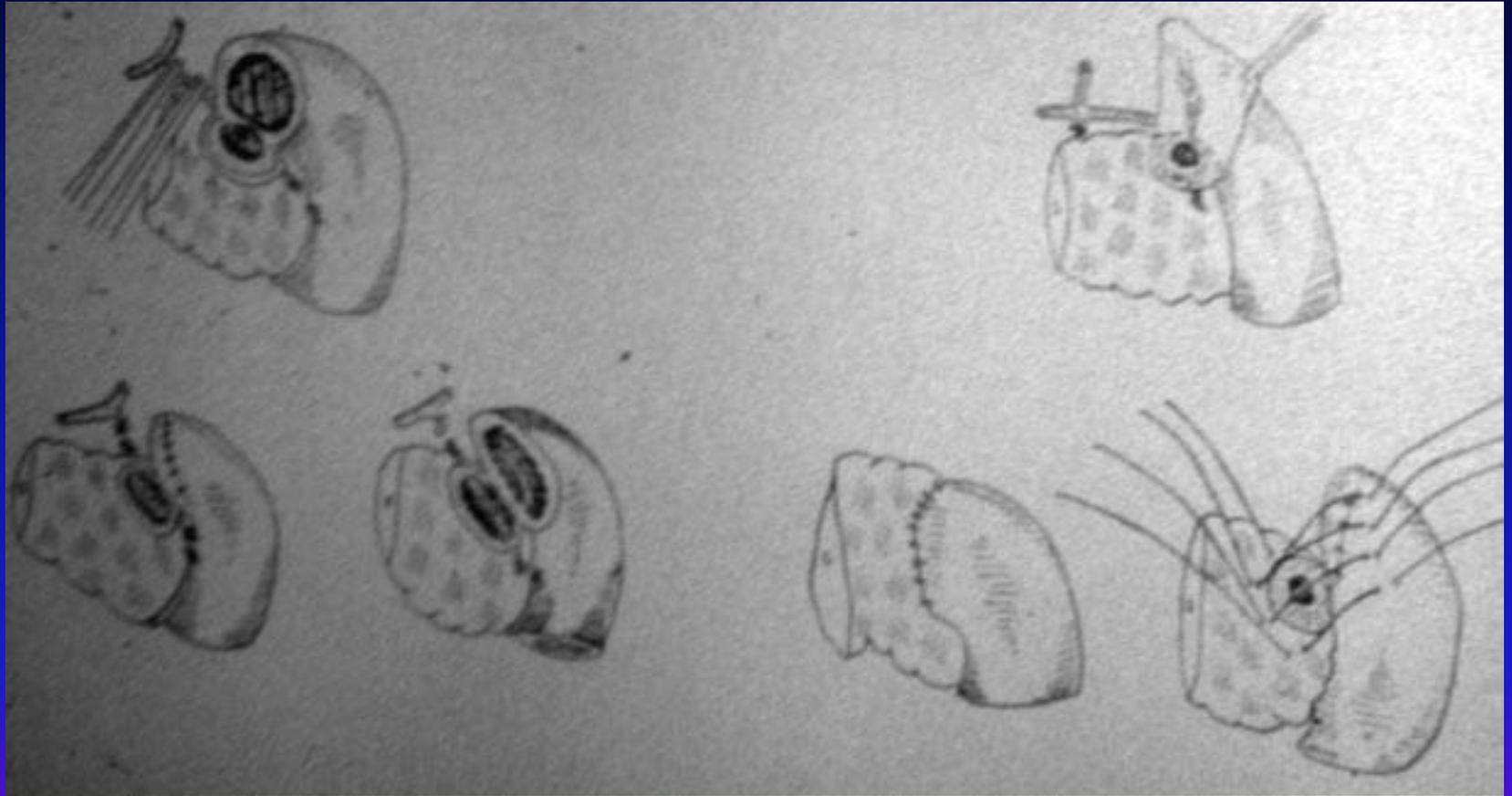
то же + ваготомия

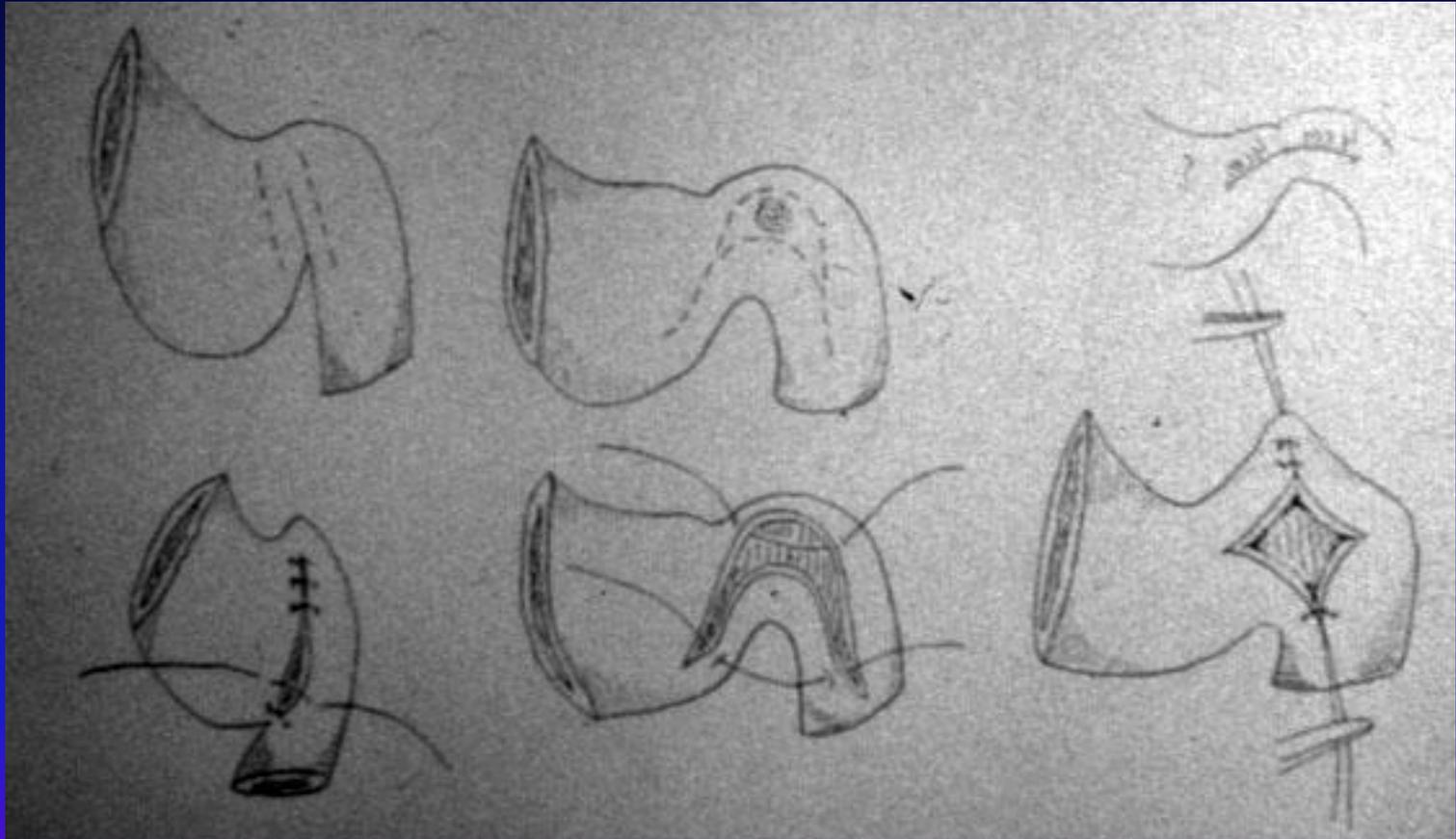
антрум-резекция + ваготомия

резекция желудка

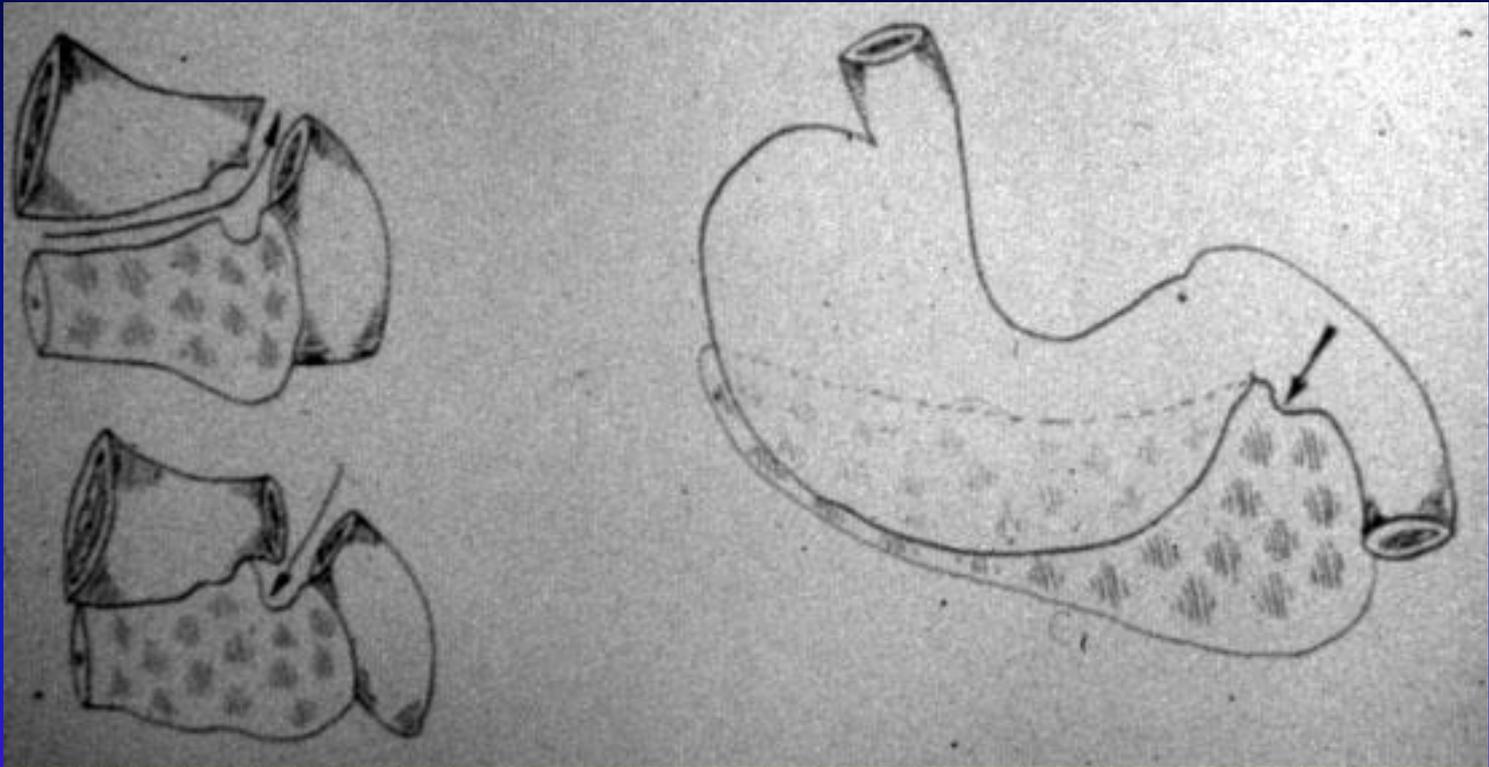












Особенности ведения раннего п/о периода и возможные осложнения:

- 1. 1-2 сутки - голод; 3 - прием жидкости; 4-5 - назначение специальной диеты**
- 2. Послеоперационное дренирование желудка**
- 3. Инфузионная терапия (окончательное восстановление ОЦК и лечение анемии)**
- 4. Лекарственная терапия**
- 5. Очистительные клизмы**
- 6. Антибактериальная терапия**
- 7. Лечебная гимнастика**
- 8. Снятие швов - 8-10 сутки**

- Перитонит, обусловленный недостаточностью швов соустья или без расхождения швов**
- Инфильтраты и абсцессы брюшной полости**
- Кровотечения внутрибрюшинные или в просвет пищеварительного тракта**
- Послеоперационный панкреатит**
- Нарушение эвакуации из желудка или его культи**