

Синдром желудочно-кишечного кровотечения.

Выполнила:
студентка 5 курса
лечебного факультета 63 группы
Курбанова Заира.

- Синдром желудочно-кишечного кровотечения осложняет течение многих заболеваний пищеварительного тракта и может послужить причиной летального исхода. Все кровотечения разделяются в первую очередь на кровотечения из верхних, нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и кровотечения невыясненной этиологии. Наиболее часто данный синдром осложняет заболевания верхнего отдела ЖКТ (выше связки Трейтца). Так, в США ежегодное количество госпитализаций по поводу кровотечения из указанного отдела ЖКТ составляет от 36 до 102 пациентов на 100 тыс. населения. ЖКТ обнаруживается вдвое чаще у мужчин. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в целом встречаются заметно реже. Следует отметить, что в связи с повсеместным внедрением эндоскопических методов исследования доля кровотечений неустановленной этиологии сократилась с 20–25% до 1–3% , а по данным других авторов, до 5–10% . Среди причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ на первом месте стоят эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), причем деструктивные процессы в ДПК в два раза чаще приводят к геморрагическим осложнениям . Процент смертности от кровотечений в верхних отделах ЖКТ колеблется от 3,5—7% в США до 14% в Великобритании , а частота летальных исходов при кровотечениях из нижних отделов ЖКТ составляет 3,6%.

Причины развития кровотечений из верхних отделов ЖКТ.

- Дуоденальная язва
- Эрозивный дуоденит
- Эзофагит
- Гастрит, в том числе геморрагический и эрозивный
- Желудочная язва
- Варикозное расширение вен (пищевода и желудка) при портальной гипертензии
- Синдром Мэллори-Вейса
- злокачественные опухоли пищевода и желудка
- мальформация сосудов (телеангиэктазии и проч.);
- Меккелев дивертикул (чаще в возрасте до 25 лет);
- опухоли ДПК и поджелудочной железы;
- болезнь Крона и т.д.

Наиболее частыми причинами кровотечений из нижнего отдела ЖКТ.

- ангиодисплазии тонкой и толстой кишки;
- дивертикулез кишечника (в том числе Меккелев дивертикул);
- опухоли и полипы толстой кишки;
- опухоли тонкой кишки;
- хронические воспалительные заболевания кишечника;
- инфекционные колиты;
- туберкулез кишечника;
- геморрой и анальные трещины;
- инородные тела и травмы кишечника;
- аортокишечные свищи;
- гельминтозы.

- Кровотечение разной степени интенсивности может происходить из артерий, вен, капилляров.
Различают кровотечения скрытые (оккультные), проявляющиеся вторичной гипохромной анемией, и явные.
- Скрытые кровотечения часто бывают хроническими и происходят из капилляров, сопровождаются железодефицитной анемией, слабостью, снижением гемоглобина и эритроцитов. Скрытое кровотечение можно выявить исследованием кала или желудочного содержимого на присутствие крови (бензидиновая или гваяковая проба).

Клиническая картина

- Ранними признаками острой массивной кровопотери являются внезапная слабость, головокружение, тахикардия, гипотония, иногда обморок.
- Позже возникает кровавая рвота (при переполнении желудка кровью), а затем мелена.
- Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или желудочное содержимое цвета "кофейной гущи") зависит от превращения гемоглобина под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин. Многократная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении; повторная рвота кровью через длительный промежуток времени — признак возобновления кровотечения.

Клиническая картина

- При осмотре обращают на себя внимание страх и беспокойство больного. Кожные покровы бледные или цианотичные, влажные, холодные. Пульс учащен; артериальное давление может быть нормальным или пониженным. Дыхание учащенное. При значительной кровопотере больной испытывает жажду, отмечает сухость слизистых оболочек полости рта.

Четыре степени тяжести кровопотери

- I степень — хроническое оккультное (скрытое) кровотечение, содержание гемоглобина в крови незначительно снижено, признаки нарушения гемодинамики отсутствуют.
- II степень — острое небольшое кровотечение, ЧСС и артериальное давление стабильны, содержание гемоглобина 100 г/л и более.
- III степень — острая кровопотеря средней тяжести (тахикардия, небольшое снижение артериального давления, шоковый индекс более 1, содержание гемоглобина менее 100 г/л).
- IV степень — массивное тяжелое кровотечение (артериальное давление ниже 80 мм рт. ст., ЧСС свыше 120 в 1 мин, шоковый индекс около 1,5, содержание гемоглобина менее 80 г/л, гематокрит менее 30, олигурия — диурез менее 40 мл/ч).

Обследование и лечение больных с острым кровотечением осуществляют в отделении реанимации, где проводят следующие

первоочередные мероприятия:

- 1) катетеризация подключичной вены или нескольких периферических для быстрого восполнения дефицита ОЦК, измерения ЦВД;
- 2) зондирование желудка для его промывания и контроля за возможным возобновлением кровотечения;
- 3) экстренная эзофагогастродуоденоскопия и одновременная попытка остановки кровотечения обкалыванием кровоточащей язвы или коагуляцией кровоточащего сосуда;
- 4) постоянная катетеризация мочевого пузыря для контроля за диурезом (он должен составлять не менее 50—60 мл/ч);
- 5) определение степени кровопотери;
- 6) кислородная терапия;
- 7) гемостатическая терапия;
- 8) аутоотрансфузия (бинтование ног);
- 9) очистительные клизмы для удаления крови, излившейся в кишечник.

Эзофагогастродуоденоскопия является наиболее информативным методом диагностики кровотечения.

По данным эндоскопического исследования различают три стадии язвенных кровотечений (по Форрест), имеющие значение

в алгоритме выбора метода лечения:

- **I стадия — активно кровоточащая язва.**
- **II стадия — признаки остановившегося свежего кровотечения, видны тромбированные сосуды на дне язвы, сгусток крови, прикрывающий язву или остатки крови в желудке или двенадцатиперстной кишке.**
- **III стадия — отсутствие видимых признаков кровотечения**

- *Желудочно-кишечное кровотечение следует дифференцировать от легочного кровотечения, при котором кровавая рвота имеет пенистый характер, сопровождается кашлем, в легких нередко выслушивают разнокалиберные влажные хрипы.*

Лечение.

- При эндоскопии кровотечение можно остановить введением в подслизистую основу вблизи язвы веществ, способствующих остановке кровотечения (жидкий фибриноген, децинон и др.), выполнить аппликацию тромбина или медицинского клея, коагулировать кровоточащий сосуд (диатермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция). В большинстве случаев (около 90 %) острое кровотечение можно остановить консервативными мероприятиями.

Консервативные мероприятия.

- Консервативные мероприятия должны быть направлены на профилактику и лечение шока, подавление продукции соляной кислоты и пепсина внутривенным введением:
- блокаторов H₂-рецепторов — ранитидина (и его аналогов — гистак, ранитал), фамотидина (кватемал).
- блокаторы протонной помпы — омепразол,
- холинолитики — гастроцепин ,
- антациды и препараты, уменьшающие кровоснабжение слизистой оболочки (вазопрессин, питуитрин, соматостатин).

Инфузионная терапия

- включает восполнение ОЦК, улучшение микроциркуляции, предупреждение внутрисосудистой агрегации, микротромбозов, поддержание онкотического давления плазмы, коррекцию водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, дезинтоксикацию.
- При инфузионной терапии стремятся достичь умеренной гемодилюции (содержание гемоглобина должно составлять не менее 100 г/л, а гематокрит быть в пределах 30 %)

Инфузионная терапия

- При легкой кровопотере производят инфузию реополиглюкина, гемодеза в объеме до 400—600 мл с добавлением солевых и глюкозосодержащих растворов.
- При среднетяжелой кровопотере вводят плазмозамещающие растворы, компоненты донорской крови. Общий объем инфузий должен равняться 30—40 мл на 1 кг массы тела больного. Соотношение плазмозамещающих растворов и крови в этом случае должно быть равно 2:1. Назначают полиглюкин и реополиглюкин до 800 мл, увеличивают дозу солевых и глюкозосодержащих растворов.
- При тяжелой кровопотере и геморрагическом шоке соотношение переливаемых растворов и крови 1:1 или 1:2. Общая доза средств для инфузионной терапии должна превышать количество потерянной крови в среднем на 200-250 %,.
- Для поддержания онкотического давления крови используют внутривенное введение альбумина, протеина, плазмы.

Хирургическое лечение кровоточащей язвы.

- Экстренная операция показана больным с активным кровотечением (Форрест 1), которое не удастся остановить эндоскопическими и другими методами;
- При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении операцию проводят на фоне массивного переливания крови, плазмозамещающих растворов и других противошоковых мероприятий.
- Срочная операция показана больным, у которых консервативные мероприятия и переливание крови (до 1500 мл за 24 ч) не позволили стабилизировать состояние больного.
- После остановки кровотечения (Форрест 2—3) операция показана больным с длительным язвенным анамнезом, рецидивирующим кровотечением, каллезной и стенозирующей язвой, при возрасте пациента свыше 50 лет.

Хирургическое лечение кровоточащей язвы.

- При кровоточащей язве желудка рекомендуются следующие операции: стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка и гастроэю-нальным анастомозом по Ру или Бильрот-I. У ослабленных больных предпочтительнее малотравматичная операция — стволовая ваготомия, гастротомия с иссечением язвы и пилоропластикой.
- При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки производят стволовую или селективную проксимальную ваготомию с прошиванием кровоточащих сосудов и пилоропластикой;
- при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и желудка — стволовую ваготомию в сочетании с антрумэктомией и анастомозом по Ру
- При синдроме Мэллори — Вейса применяют тампонаду зондом Блейкмора. При безуспешности тампонады производят операцию гастротомии с ушиванием дефекта слизистой оболочки