

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав. кафедры: ДМН, доцент Штегман ОА
Преподаватель: КМН, ассистент Лисун И. И.



РЕФЕРАТ

Тема: «Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений»

Выполнила: ординатор
1 год обучения
Специальность скорая медицинская помощь
Кудимова Е. Б.

Красноярск
2023

Оглавление

Введение	2
Определение	3
Этиология	3
Классификация.....	4
Клиническая картина.....	5
Диагностика.....	6
Лечение	7
Заключение	11
Литература.....	12

Введение

В структуре хирургической патологии в последнее десятилетие отмечено возрастание количества желудочно-кишечных кровотечений, как в абсолютных, так и в относительных показателях, а летальность при развитии этого осложнения сохраняется на уровне 10-15 %. Желудочно-кишечные кровотечения возникают как осложнения многих заболеваний и нередко представляют опасность для жизни больного. В настоящее время известно более 100 заболеваний и патологических состояний, которые обуславливают это осложнение. Несмотря на применение современных диагностических методов, встречаются случаи диагностических ошибок при данной патологии, иногда приводящие к летальному исходу. Всё это говорит об актуальности и высокой значимости этой темы. По частоте они занимают 5-е место среди острых заболеваний органов брюшной полости, уступая острому аппендициту, острому холециститу, острому панкреатиту, ущемленной грыже и опережая острую кишечную непроходимость и прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее часто эти кровотечения возникают на почве язвенной болезни (60-75%). Никогда не надо недооценивать ЖКК, так как они относятся к самым опасным хирургическим заболеваниям и всегда при появлении признаков ЖКК, возникает смертельная опасность для больного. Летальность среди больных, которым на высоте кровотечения была выполнена экстренная операция, составляет - 22-25%, а при наличии у них тяжелой сопутствующей патологии, старческого возраста составляет 40%.

Определение

Желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) называют те кровотечения, которые происходят в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Это важно помнить для того, чтобы не путать их с кровотечениями, источником которых являются органы ЖКТ, но излияние крови происходит в брюшную полость. Такие кровотечения будут называться полостными, например, при тупой травме живота, разрыве кишечника, проникающих ранений в брюшную полость.

Этиология

Острые желудочно-кишечные кровотечения возникают при целом ряде заболеваний, которые по своему происхождению и механизму развития отличаются друг от друга. В связи с этим желудочно-кишечные кровотечения разделены на язвенные и неязвенные. Язвенные геморрагии составляют около 60% всех острых желудочно-кишечных кровотечений. Они носят массивный характер и им уделялось большое внимание. Тем не менее этиология и патогенез язвенных кровотечений изучены пока еще недостаточно.

К общим факторам возникновения и развития язвенной болезни следует отнести:

1. Нарушение нервной регуляции
2. Расстройства гормональных механизмов

К местным факторам принадлежат:

1. Повышение кислотно-ферментативного воздействия на слизистые;
2. Нарушение трофических свойств стенки желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. Состояние морфологической структуры слизистых;
4. Функциональные и морфологические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при воздействии внешних причин

Значение перечисленных факторов в возникновении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, и их патогенетическая роль неодинаковы. В настоящее время известно больше ста заболеваний, вызывающих острые желудочно-кишечные кровотечения.

Классификация

1. По локализации:

- из верхних отделов ЖКТ (пищевод, желудок, ДПК)
- из тонкой кишки (тощая и подвздошная)
- из нижних отделов ЖКТ (толстая и прямая кишка)

2. По клинике:

- продолжающееся (активное)
- остановившееся

3. По объему:

- массивное (профузное)
- малое (минимальное)

4. По характеру:

- острое
- хроническое (скрытое, оккультное)

5. По этиологии:

- язвенное (55-87%)
- не язвенное (15-44%)
- не выясненной этиологии (1-3%)

6. По степени тяжести - величина кровопотери:

- 1 степень (легкая) Дефицит ОЦК до 20%. Пс- 80-90. АД – нормальное или незначительно сниженное, до 100/60. Однократный черный стул или однократная кровавая рвота. Общее состояние не страдает или страдает незначительно. Гематокрит не ниже 30% (0,30). Эритроциты – до 3,5 млн.

- 2 степень (средней степени тяжести) Дефицит ОЦК 20-30%. Пс – 100-130. АД – снижается, но не ниже 80/50. В клинической картине повторная кровавая рвота или повторный черный жидкий стул. Резкая слабость, бледность кожных покровов, липкий пот. Возможна кратковременная потеря сознания. Дыхание учащенное, поверхностное. Олигурия. Гематокрит 30-25% (0,30-0,25). Эритроциты – 3,5 – 2,5 млн.

- 3 степень (тяжелая) Дефицит ОЦК 30-50% и более. Состояние очень тяжелое. Пс- 130-140 и чаще, слабого наполнения. Падение систолического АД ниже 80-60. Повторные случаи кровавой рвоты, неоднократный дегтеобразный или темно-вишневый стул. Кожные покровы бледно-цианотичные, иногда пятнистые. Двигательная реакция снижена. На вопросы отвечает медленно, шепотом, часто теряет сознание. Дыхание частое, поверхностное. При угнетении дыхательного центра может стать

редким. Температура тела снижена, конечности холодные. Появляется признак Бурнштейна: при надавливании на конечность появляется медленно исчезающее белое пятно. Олигурия сменяется анурией. Гематокрит ниже 25% (0,25). Эритроциты ниже 2,5 – 2,0 млн.

7. По частоте:

- первичное
- рецидивное (повторное)

Клиническая картина

Вся клиническая картина складывается из двух симптомо-комплексов:

1. Признаки острой анемии и геморрагического шока.
2. Внешние проявления самого кровотечения.

1. Проявления зависят от интенсивности и длительности ЖКК. В наиболее тяжелых случаях имеется геморрагический шок (1-2-3 степени). Больные жалуются на слабость, головокружение, мелькание «мошек» перед глазами, возможны боли в сердце и одышка. Интенсивное ЖКК сопровождается потерей сознания от обморока до коматозного состояния. При осмотре больного определяется бледность кожных покровов, учащенное дыхание. Пульс также учащается, при продолжающемся кровотечении становится мягким и даже «нитевидным». В начале заболевания включаются защитные механизмы в виде централизации кровообращения и выброса крови из депо, поэтому АД сохраняется на прежнем уровне или даже повышается. При истощении резервов организма АД начинает быстро снижаться, что является плохим прогностическим признаком, косвенно указывающим на продолжение кровотечения.

Показатели красной крови: гематокрит, эритроциты, гемоглобин и цветной показатель, в начале заболевания также меняются мало. Лишь через 12-24 часа после развития компенсаторной гидремии показатели гемограммы будут относительно точно указывать на степень кровопотери. Более достоверные данные удастся получить при определении ОЦК, ОЦП или ГО (глобулярный объем) с помощью специальных методик (полиглюкиновый метод, измерение венозного давления и др.).

Шоковый индекс Альговера: отношение пульса к систолическому давлению. Служит для приблизительной оценки кровопотери (дефицита ОЦК).

2. Внешние проявления:

Классическими проявлениями являются: рвота кровью и кофейной гущей и мелена

Диагностика

На догоспитальном этапе

Вопросы:

1. Когда началось кровотечение? Сколько времени продолжается?
2. Было ли употребление алкоголя накануне?
3. Страдаете ли Вы язвенной болезнью? Беспокоили ли ранее боли в эпигастрии?
4. Отмечаете ли в последнее время похудание и снижение аппетита?
5. Возникает ли затруднение при глотании пищи?
6. Были ли другие формы кровотечения? Наблюдаетесь ли у гематолога?
7. Какие лекарства применяете?
8. Изменился ли цвет и характер стула; имеется ли в нем примесь крови?
9. Терял ли больной сознание?

Осмотр и физикальное обследование

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознание, дыхание, кровообращение.
- Визуальная оценка: бледность кожных покровов и слизистых, признаки поражения печени (телеангиоэктазии, расширение подкожных вен передней брюшной стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявление системных болезней), кахексия (онкозаболевания)
- Исследование пульса, измерение ЧСС, измерение АД (тахикардия, гипотония).
- Живот, как правило, мягкий, равномерно участвует в акте дыхания, малоболезненный или безболезненный.
- Ректальное пальцевое исследование: обнаружение мелены, геморроя; определения нависания передней стенки прямой кишки или выбухания заднего свода влагалища (внутрибрюшное кровотечение)
- Наличие ассоциативных симптомов

Примесь крови в кале

Рвота:

- алой кровью - синдром Мэллори—Вейсс, рак пищевода или кардии желудка;
- темной кровью (кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии);
- по типу «кофейной гущи» (кровотечения из хронической или острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки).

В стационаре

Лабораторные методы: подсчет эритроцитов, гемоглобина, гематокритного числа, тромбоцитов; исследование коагулограммы, определение уровня креатинина, мочевины, печеночных проб.

Рентгенологические методы: рентгенография пищевода, рентгенография желудка, ирригоскопия, ангиография мезентериальных сосудов, целиакография.

Наиболее быстрым и точным методом обследования ЖКТ является эндоскопия (эзофагоскопия, гастроскопия, колоноскопия), позволяющая обнаружить даже поверхностные дефекты слизистой и непосредственный источник желудочно-кишечного кровотечения.

Для подтверждения кровотечения и выявления его точной локализации используются радиоизотопные исследования (сцинтиграфия ЖКТ с мечеными эритроцитами, динамическая сцинтиграфия пищевода и желудка, статическая сцинтиграфия кишечника и др.), МСКТ органов брюшной полости. Патологию необходимо дифференцировать от легочных и носоглоточных кровотечений, для чего используют рентгенологическое и эндоскопическое обследование бронхов и носоглотки.

Лечение

На догоспитальном этапе

Экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции (в соответствии с общереанимационными принципами).

При наличии признаков геморрагического шока, начать переливание жидкости в/в капельно: гидроксиэтилкрахмал 400 мл, раствор глюкозы 5% - 400 мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 400 мл

Если у больного нет признаков геморрагического шока, то не стоит торопиться с инфузионной терапией.

При кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта:

- в/в медленно, в течении 2 мин фамотидин 20 мг (1 ампулу предварительно развести в 5-10 мл 0,9% раствора натрия хлорида)
- в/в капельно (допустимо п/к введение) октреотид 0.1 мг (аналок соматотоксина)

В стационаре

Проводится только в хирургическом стационаре. Больному назначается строгий постельный режим. Голод. Местная гипотермия в виде пузыря со льдом на область эпигастрия, промывание желудка холодной водой. В

желудок также можно вводить охлажденный раствор аминокaproновой кислоты с добавлением 1-2 мл 1% раствора адреналина.

Принципы восстановления кровопотери по дефициту ОЦК:

- Кровопотеря до 10% - больной не нуждается в восстановлении объемов крови.
- Кровопотеря до 20% - восполняется только кровозаменителями (белковые препараты, коллоидные и кристаллоидные растворы)
- Кровопотеря от 20 до 35% - половину потерянной крови возмещают эритроцитарной массой + полный объем утраченной крови кровозаменителями. Например: установлено (см. способы определения кровопотери), что больной потерял 1500 мл крови. Должно быть перелито 750 мл эритромассы + 1500 мл растворов: одногруппная плазмы, реополиглюкин, растворы глюкозы, солей и др. препараты.
- Кровопотеря от 40% и больше - восполняется полный объем кровопотери эритромассой или цельной кровью + такой же объем в виде коллоидных и кристаллоидных растворов.

Восстановление кровопотери должно сопровождаться борьбой с ацидозом, переливанием раствора гидрокарбоната натрия, желательно под контролем КЩР.

Гемостатическая терапия.

- Этамзилат (аналог Дицинон) назначается до 30 мл в сутки, в особо тяжелых случаях до 60 мл. Одномоментно в/в струйно вводится шприцем 6 – 8 мл. Затем по 2 – 4 мл через 4 часа. Если кровотечение остановилось, дозировку постепенно снижают: по 2 мл через 6 часов, затем через 8 часов.
- Викасол максимально допустимая доза по 5 мл в/в через 6 часов струйно. С 3 дня дозу постепенно начинают снижать до 5 мл 3-2 раза в сутки. Возможно в/м введение.
- Е- аминокaproновая кислота. в/в по 100 мл 2 – 3 раза в сутки.
- Гемостатическим действием, за счет высокого содержания фибрина, обладают белковые препараты: криопреципитат (перелить 3 дозы), свежзамороженная плазма.
- Хлористый кальций 1% 200 мл 1 раз в сутки.

Варианты оперативного лечения ЖКК отличаются в зависимости от причины ЖКК.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДПК. Оптимальной операцией (операция выбора) является резекция желудка вместе с кровоточащей язвой.

Несмотря на большой объем вмешательства, такой вариант операции является наиболее надежным способом остановки кровотечения. Кроме того, резекция радикально излечивает больного от язвенной болезни.

Часто состояние больного бывает настолько тяжелым, что выполнение резекции желудка представляет слишком большой риск. В этом случае выполняется операция иссечения язвы. Последнюю ромбовидно иссекают со стороны серозной оболочки, выполняют гемостаз краев, затем образовавшийся дефект ушивают двухрядным швом. Ряд швов накладывают таким образом чтобы он располагался поперечно к оси желудка или ДПК и не произошло их сужения (принцип пилоропластики по Микуличу).

Третий вариант остановки язвенного кровотечения это прошивание кровоточащих сосудов. По сравнению с другими методами его эффективность ниже, поэтому он допустим лишь в крайних случаях. Прошивание язвы одиночным Z-образным швом может оказаться недостаточным и уже в послеоперационном периоде приведет к прорезыванию шва и рецидиву кровотечения. Для повышения надежности методики дополнительно накладываются гемостатические П-образные швы по периметру и за пределами язвенного дефекта.

СИНДРОМ МАЛЛОРИ ВЕЙСА. Операция начинается с максимально высокой (проксимальной) гастротомии. При осмотре слизистой кардиального отдела желудка обычно удается обнаружить кровоточащие разрывы, распространяющиеся из желудка в пищевод. Разрывы ушиваются капроновыми гемостатическими швами. Подтягивая слизистую за лигатуры, разрывы слизистой стараются полностью вывести из пищевода в просвет желудка и ушить их. Иногда ушивание разрывов представляет чрезвычайно трудную задачу. Слизистая может быть ригидной или инфильтрированной, например при ожоге сурогатами алкоголя. Пищеводную часть разрыва не удастся вывести в просвет желудка и полностью ушить. В этом случае возможно выполнение тампонады по Роману. К желудочному зонду толстой капроновой лигатурой прочно фиксируются марлевые салфетки. При подтягивании зонда происходит тампонада салфетками терминальной части пищевода. В последующем салфетки удаляются вместе с зондом.

ЭРОЗИВНЫЙ ГАСТРИТ Оперативное лечение представляет собой трудную задачу и по мнению большинства авторов должно выполняться только в крайнем случае. С другой стороны, чем дольше проводилась консервативная терапия, тем хуже результаты оперативного лечения.

Хирургическое вмешательство при эрозивном гастрите должно быть минимальным. Кровоточащие участки ушиваются и обшиваются. Некоторые авторы дополняют это селективной ваготомией с пилоропластикой, считая такую методику достаточно эффективной. Лишь при поражении желудка эрозивным процессом на значительном участке показана резекция желудка или даже гастроэктомия.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА. Наиболее тяжелый вариант для хирургического лечения. Доступ к венам пищевода чрезвычайно труден, а тяжесть состояния больных кроме кровопотери обусловлено еще и основным заболеванием повлекшим портальную гипертензию: цирроз или рак печени, желтуха, печеночная недостаточность и асцит. Альтернативой операции может служить использование тампонады варикозно расширенных вен с помощью специального пищеводного зондаобтуратора с пневмобаллонами (зонд Блекмора). Такой зонд проводится через пищевод до желудка. С помощью воздуха на зонде раздуваются манжеты на всем протяжении пищевода и желудочной кардии. Манжеты сдавливают вены и вытесняют из них кровь, кровотечение прекращается.

Операции у этой группы больных должны носить минимальный характер. Указанным требованиям отвечает гастротомия с прошиванием варикозно расширенных вен желудка и пищевода с перевязкой левой желудочной и селезеночной артерии (М.Д. Пациора 1979) или операция Танера (пересечение желудка в кардиальном отделе) в различных модификациях. Последняя операция в классическом виде выполняется через трансторакальный доступ, что утяжеляет состояние больных, хотя и дает, лучшие отдаленные результаты. Более радикальной, но и более травматичной является операция резекции абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка с наложением гастроэзофагального анастомоза (Фемистер и Хемфри 1947). При компенсированной гемодинамике возможно также выполнение операции Рапанта. Производят левостороннюю торакотомию в 7 – 8 межреберьях, мышечную оболочку пищевода рассекают от легочной вены до кардиального отдела без вскрытия просвета. Вены пищевода субмукозно перевязываются на максимально доступном протяжении. При выраженной эктазии вен желудка операция может быть дополнена диафрагмотомией, гастротомией и чрезслизистым прошиванием желудочных вен.

ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА. В подавляющем большинстве случаев это рак желудка с изъязвлением или распадом. Объем оперативного вмешательства колеблется от паллиативных методов местной остановки кровотечения (прошивание, перевязка магистральных сосудов) до резекции желудка и гастрэктомии. Опыт показывает, что паллиативные операции дают плохие результаты, поэтому предпочтение лучше отдать вмешательствам сопровождающимся удалением источника кровотечения - опухоли. При этом операция не всегда может носить радикальный характер с точки зрения онкологии, но быть вполне целесообразной с точки зрения гемостаза. Примером может служить резекция части желудка вместе с опухолью при наличии единичных метастазов.

Заключение

Желудочно-кишечные кровотечения остаются сложной врачебной проблемой как в области диагностики так и лечения. Особенно это относится к острым формам кровотечения, при которых необходимо экстренно установить диагноз и энергично провести лечебные мероприятия чаще в условиях реанимационного отделения. Синдром ЖКК более чем у 55-70% больных является осложнением язвенной болезни, но у остальных его причиной могут быть более 200 различных заболеваний, что обуславливает необходимость проведения экстренной диагностики при одновременном оказании необходимой лечебной помощи выполняемой в полном объеме. Поэтому необходим правильный и полноценный сбор анамнеза и оценка состояния тяжести больного.

Лечение желудочно-кишечных кровотечений должно быть комплексным и своевременным, предусматривающим экстренные мероприятия как на догоспитальном этапе по остановке кровотечения (введение транексамовой кислоты) восполнения ОЦК, нормализации гемодинамических показателей (введение гидроксиэтилкрахмала, раствора глюкозы, раствора натрия хлорида, норэпинефрин, эпинефрин, допамин, преднизолон) и обеспечении доставки кислорода в ткани (оксигенотерапия), так и в стационаре.

Литература

http://elib.usma.ru/bitstream/usma/1527/1/UMK_2018_038.pdf

Степанов Ю. М., Залевский В. И., Косинский А. В. Желудочно-кишечные кровотечения. — Днепропетровск, 2011. — 270 с.

Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Платонов С.С. Желудочно-кишечные кровотечения/ Учебно-методическое пособие. — 2017

Бородин Н. А. Желудочно-кишечные кровотечения / Методическое пособие для клинических ординаторов кафедры факультетской хирургии. — Тюмень, 2014.

Руководство по скорой медицинской помощи. - Багнерко С. Ф., Мирошниченко А. Г. – ГЭОТАР-Медиа 2007г.

Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1388н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении"