Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра: Мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО.

Зав. кафедрой:

д.м.н., доцент Штегман Олег Анатольевич

Реферат на тему:

«Желудочно-кишечные кровотечения»

Выполнил: ординатор 109 группы

Абдулов М. Н.

2023 г.

**Содержание**

1. Введение
2. Понятие об острых и хронических желудочно-кишечных кровотечениях, и их распространении
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Лечение
7. Заключение.
8. Литература.

**Введение**

Еще выдающийся хирург своего времени С.С.Юдин в своей книге “Этюды желудочной хирургии” (1955) отмечал, что кровотечение из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) очень ответственный экзамен даже для опытного врача, как в распознавании заболевания, так и в тактике ведения больного. Прошло более полувека|, но кровотечения из пищеварительного тракта остаются наиболее частыми и тяжелыми осложнениями разных заболеваний органов пищеварения. Они также могут возникать при патологии других органов и систем, что значительно осложняет их диагностику. Трагичность кровотечения по| выражению М.Н. Бурденко в том, что “с изливающейся кровью уходит жизнь”.

Учитывая, что значительное большинство больных с началом кровотечения чаще обращаются к врачу первичного звена системы здравоохранения|, то есть врачу-интернисту, то проблема своевременного распознавания и принятия безотлагательных мероприятий по предоставлению помощи больному зависит, в первую очередь, от знаний и умения врача, к которому впервые обратился больной. Эта проблема также имеет чрезвычайно актуальное значение для нашего времени, для которого характерен рост случаев кровотечений в результате осложнений язвенной болезни, цирроза печени, язвенного колита, онкологических поражений ЖКТ и других заболеваний.

От своевременного распознавания желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), оценки его и принятия безотлагательных и правильных мероприятий зависит не только последующий объем достаточно дорогого лечения, но и сохранение самой жизни больного. К тому же после лечения в стационаре хирургического профиля, которое обычно ограничивается остановкой кровотечения и улучшением состояния больного он возвращается к терапевту, который должен полноценно провести лечение постгеморрагической анемии и того заболевания, которое стало причиной кровотечения.

**Понятие об острых и хронических желудочно-кишечных кровотечениях, и их распространении**

Синдром желудочно-кишечных кровотечений разной тяжести возникает как осложнение различный заболеваний, которых насчитывают более двухсот. Для него характерно наличие крови в пищеварительном тракте, которая поступает из поврежденных сосудов, обеспечивающих приток и отток крови из органов пищеварения. Он проявляется нахождением в большем или меньшем количестве крови и продуктов ее распада в кале, а у части больных возникновением кровавой рвоты.

Существует 3 группы причин появления крови в ЖКТ:

1) нарушение целостности сосудов в стенке пищеварительного канала;

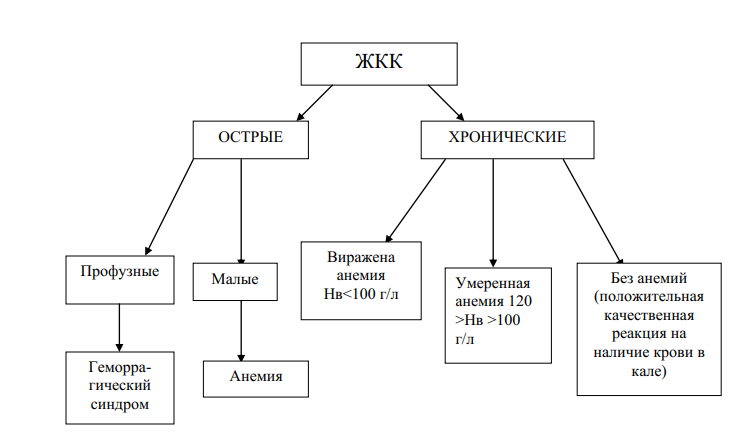
2) проникновение крови через стенку сосудов (per diapedesum) в результате повышенной проницаемости капилляров;

3) нарушение свертывающей способности крови.

Основными причинами ЖКК (до 98%) является нарушение целостности сосудов. Все кровотечения разделяют на острых и хронических.

Острые профузные кровотечения проявляются клинически быстро и через несколько часов могут вызывать тяжелое состояние, которое проявляется признаками геморрагического шока. Малые острые кровотечения постепенно дают картину прогрессирующей железодефицитной анемии.

Хронические кровотечения проявляются анемией, которая имеет рецидивирующий характер, и растягивается на значительное время и часто отличается сменой периодов отсутствия признаков геморрагии и её рецидивов.

****

**Классификация**

1. По локализации:

* из верхних отделов ЖКТ — до связки Трейтца (пищевод, желудок, 12-перстная кишка);
* из нижних отделов ЖКТ — ниже связки Трейтца (тощая и подвздошная кишка, толстая и прямая кишка).

2. По течению различают кровотечения:

* острые;
* хронические.

При остром кровотечении истечение крови возникает в короткий промежуток времени, а при хроническом - происходит постепенно, малыми порциями, иногда в течение многих суток наблюдают незначительное, периодическое выделение крови. Хроническое кровотечение может быть при язве желудка и двенадцатиперстной кишки, злокачественных опухолях, геморрое и др.

3. По этиологии:

Язвенной природы:

* язвенной болезни желудка;
* язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;

Особенности источника язвенного кровотечения:

Язва желудка:

* кардиальные;
* медиогастральная (тело желудка);
* антрального отдела;
* препилорическая или пилорического канала;
* малой, большой кривизны;
* передней, задней стенки;
* сочетанная с дуоденальной язвой;

Язва 12 перстной кишки:

* язвы 12-перстной кишки (луковицы, постбульбарная, нисходящего отдела; передней, задней, верхней, нижней стенки).
* сочетание с другими осложнениями язвенной болезни (перфорация, стеноз, пенетрация);
* рецидивная язва после операции на желудке

Неязвенной природы:

* синдром Меллори- Вейса;
* варикозное расширение вен пищевода и желудка;   
  острые эрозивные поражения желудка и 12 перстной кишки (вторичные изъязвления лекарственного или стрессового происхождения);
* эрозивный геморрагический гастрит,
* эзофагит;
* доброкачественные и злокачественные опухоли с распадом;
* болезни сосудов (острая эрозия Дьелафуа, болезнь Рандю — Вебера — Ослера);
* болезни крови (Шенлейн — Геноха, гемофилия и т. д.);
* дивертикулы пищевода и 12-перстной кишки.

По характеру кровотечения:

* продолжающееся (струйное (профузное), ламинарное, капиллярное).
* Остановившееся (состоявшееся):
* с высоким риском рецидива;
* с низким риском рецидива.

Степени тяжести кровопотери:

По степени тяжести кровопотери:

* лёгкая степень - потеря до 10% ОЦК (до 500 мл);
* средняя степень - потеря 10-20% ОЦК (500-1000 мл);
* тяжёлая степень - потеря 21-30% ОЦК (1000-1500 мл);
* массивная кровопотеря - потеря более 30% ОЦК (более 1500 мл).
* I степень — лёгкая кровопотеря: общее состояние удовлетворительное, умеренная тахикардия до 100 в минуту, АД в норме, ЦВД 5-15 см вод. ст., диурез не снижен, гемоглобин не ниже 100 г/л, дефицит ОЦК до 20% к должному. Метаболического ацидоза нет.
* II степень — средняя кровопотеря: общее состояние средней степени тяжести, пульс до 120 в минуту, АД не ниже 80 мм рт.ст., ЦВД ниже 5 см вод.ст., умеренная олигурия, гемоглобин от 100 до 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%. Отмечают компенсированный метаболический ацидоз;
* III степень — тяжёлая кровопотеря: состояние тяжёлое, пульс больше 120 в минуту, АД ниже 80 мм рт.ст., ЦВД — 0, олигурия, гемоглобин меньше 80 г/л, дефицит ОЦК 30% и более. Регистрируют метаболический и дыхательный ацидоз.

Оценка локального гемостаза при гастродуоденальном язвенном кровотечении проводится по классификации J.A. Forrest:

* Ia – продолжающееся артериальное кровотечение
* lb – продолжающееся венозное или капиллярное кровотечение
* IIa – кровотечение остановилось, четко видимый тромбированный сосуд в крае или дне язвы
* lIb – кровотечение остановилось, имеется плотно фиксированный сгусток в дне язвы
* IIc - кровотечение остановилось, гематин в дне язвы
* III - отсутствуют признаки состоявшегося кровотечения, наложения фибрина в дне язвы.

**Клиническая картина**

Выделяют скрытый период, когда отсутствуют очевидные признаки

желудочно-кишечного кровотечения (общие симптомы) и период явных

признаков (рвота, мелена).

При внутренних кровотечениях кровь может изливаться наружу

неизменённой (ишемический колит, распад опухолей толстой и прямой кишок,

острый геморрой), а также в виде рвоты, кровянистой слизи, мелены.

Рвота:

- алой кровью - синдром Мэллори—Вейса, рак пищевода или кардии желудка;

- тёмной 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).

Кровянистая слизь - дизентерия, неспецифический язвенный колит, трещина прямой кишки.

Мелена (чёрный стул за счёт превращения гемоглобина в гемосидерин) при кровотечении из верхних отделов ЖКТ.

Возможные осложнения:

Наиболее тяжёлое осложнение — геморрагический шок.

Кровотечение может привести к уменьшению или исчезновению признаков основного заболевания, приведшего к этому осложнению, и спровоцировать его обострение.

У больных с патологией печени кровотечение может вызвать развитие печёночной недостаточности и энцефалопатии; при сочетании болезни, при-

ведшей к кровотечению, с ИБС может развиться приступ стенокардии или

инфаркт миокарда, обострение гипертонической болезни, сахарного диабета,

почечная недостаточность и т.п.

**Диагностика**

Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являются:

- бледность кожных покровов, холодный липкий пот, головокружение,

слабость (коллаптоидное состояние);

- частый и мягкий пульс, снижение АД.

- рвота малоизмененной кровью и/или содержимым по типу «кофейной

гущи»;

- мелена и/или черный кал – самостоятельные или при пальцевом

исследовании прямой кишки.

Осмотр и физикальное обследование:

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания,

кровообращения.

- Визуальная оценка: бледность кожных покровов и слизистых, признаки

поражения печени (телеангиоэктазии, расширение подкожных вен брюшной

стенки, желтуха, асцит), сыпь (проявления 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;

определение нависания передней стенки прямой кишки или выбухания заднего вода влагалища (внутрибрюшное кровотечение).

- Наличие ассоциированных (явных) симптомов:

Мелена появляется при поступлении в просвет желудка не менее 200

мл крови. Продолжительность мелены не всегда свидетельствует о продолжающемся кровотечении, а соответствует продвижению крови по кишечнику (мелена может появиться уже через 4—6 мин после начала кровотечения).

Примесь крови в кале.

Рвота (алой кровью, тёмной кровью, «кофейной гущей»).

**Лечение**

На догоспитальном этапе:

Основная задача СМП при желудочно-кишечном кровотечении — экстренная госпитализация больного в стационар. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции (в соответствии с общереанимационными принципами).

При наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот,

снижение наполнения вен, нарастающая тахикардия (ЧСС >100 ударов в мин) и гипотония (АД <100 мм рт.ст.) начать переливание жидкости в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, гидроксиэтилкрахмала - 400 мл.

Неэффективность терапии указанными показанием к назначению глюкокортикоидных гормонов в дозах 5-15 мг/кг гидрокортизона.

Критериями адекватности восстановления ОЦК при массивной кровопотере служат: уровень САД – 80-100 мм рт.ст., величина ЦВД – не более 12 см вод. ст., скорость диуреза – не менее 40 мл/час, содержание гемоглобина не менее 90 г/л, насыщение гемоглобина капиллярной крови кислородом не менее 95% (FiO2<0,3).

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

Протокол обследования больных с ЖКК в стационаре:

Всем больным этой группы в стационаре выполняется:

• измерение АД и ЧСС;

• устанавливается желудочный зонд;

• пальцевое исследование прямой кишки;

• общий анализ крови;

• ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений

гемодинамики).

• Обязательные исследования: ФГДС (А, 1++), консультация терапевта,

группа крови, резус-фактор, RW.

• Дополнительные исследования (по показаниям): Rg-графия груди,

биохимический анализ крови: сахар, мочевина, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий; тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, фибринолитическая активность плазмы.

Критерии отнесения к группе «тяжелое ЖКК»:

- возраст старше 60 лет;

- неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или

мелена;

- коллапс, потеря сознания;

- тахикардия – частота сердечных сокращений ≥ 100 в мин;

- гипотензия – систолическое АД ≤ 100 мм рт. ст.;

- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;

- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;

- наличие сопутствующих заболеваний в ст. суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Консервативная терапия:

* Строгий постельный режим.
* Голод.
* Холод на живот.
* Желудочный лаваж:
* Диагностический — при поступлении перед ФЭГДС промывание желудка с препаратами кальция, аминокапроновой к-той и адреналином через толстый зонд до чистых промывных вод.
* Профилактический — больным с угрозой рецидива вводят тонкий назогастральный зонд на весь период предоперационной подготовки.
* Контрольный — зондирование желудка в течение первых 2 сут. у больных, подлежащих консервативному лечению.
* Рациональная инфузионно-трансфузионная терапия, переливание препаратов крови при средней и тяжелой кровопотере до стабилизации Hb на уровне 100 г/л в условиях нормоволемии.
* Гемостатическое лечение. В/в капельное введение препаратов кальция, аминокапрон. к-ты, викасола и дицинона в течение первых 2—3-х суток; в/м введение викасола, дицинона, применение сандостатина в/в капельно (25-50 мкг/ч) в течение 2-5 дней для остановки и профилактики рецидивов кровотечения.
* Современное противоязвенное лечение. Пациентам с угрозой рецидива кровотечения в рамках предоперационной подготовки показано использование только парентерального пути введения лекарств (пероральный прием любых медикаментов, жидкости и пищи им ПРОТИВОПОКАЗАН).

Хирургическая тактика требуется тогда, когда консервативные методы лечения оказались малоэффективными или вовсе не улучшили состояние больного. Заключается она в остановке кровотечения путём выполнения различных операций:

* в случае язвенной болезни проводится прошивание кровоточащей язвы или резекция — удаление части желудка или двенадцатиперстной кишки;
* при кровотечении на фоне неспецифического язвенного колита выполняется резекция всей толстой кишки ил её части;
* если органы желудочно-кишечного тракта поражены опухолью, то проводятся радикальные операции, направленные на тщательное удаление опухоли, или паллиативные вмешательства для улучшения состояния больного;
* если причиной кровотечения являются обострения геморроя или анальная трещина, то выполняется геморроидэктомия — иссечение геморроидальных узлов.

Как правило, все эти вмешательства (за исключением геморроидэктомии) приходится выполнять в условиях геморрагического шока, что увеличивает послеоперационные риски для жизни больных.

**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 остальной его причины могут быть более 200 различных заболеваний, что обуславливает необходимость проведения экстренной дифференциальной диагностики при одновременном оказании необходимой лечебной помощи, выполняемой в полном объеме.

Качество, скорость и надежность диагностики значительно улучшилось в последние десятилетия благодаря развитию новых диагностических методов, особенно эндоскопии ЖКТ. Даже такие его участки, раннее недоступные для эндоскопического исследования, как тонкая кишка в настоящее время, возможно визуально исследовать благодаря внедрению капсульной и двухбаллонной зондовой эндоскопии. Использование современных эндоскопических методов, ангиографии и др. позволили снизить количество случаев ЖКК неясной этиологии с 10% до минимума, составляющего менее 1%.

Деление ЖКК на острые массивные и малые, а также хронические позволяет врачу избрать необходимую тактику их лечения. Особенно опасны профузные кровотечения, сопровождающиеся геморрагическим шоком, нарастание которого несет угрозу жизни пациента. По выражению Н.Н. Бурденко трагичность ситуации в том, что «с изливающейся кровью уходит жизнь». Врач должен четко и в короткий срок произвести остановку кровотечения, восстановить гемодинамику и транспорт кислорода в ткани.

Учитывая, что в 87% случаев острых кровотечений гемостаз обеспечивается рутинными методами, т.е. покоем больного и применением терапевтических гемостатических средств (аминокапроновая кислота, сандостатин, ингибиторы протонной помпы, свежезамороженная плазма и др.) у этой группы больных ограничиваются указанными мероприятиями при активном наблюдении за пациентом в условиях хирургического стационара с обязательным регулярным эндоскопическим контролем за очагом кровотечения.

Однако, у значительной части пациентов профузное кровотечение может продолжаться с нарастанием симптомов геморрагического шока. Раннее применявшееся хирургическое лечение на высоте кровотечения в основном в виде резекции желудка давало высокую летальность, которая превышала 20%. В дальнейшем снизить ее до 2-4% позволил переход на органосохраняющие операции. Развитие эндоскопической техники и малоинвазивных хирургических вмешательств (клипирование или лигирование сосудов, диатермокоагуляция, склеротерапия, эмболизация артерий) позволили летальность от ЖКК снизить до 0,2%. Хирургические полостные вмешательства проводятся все реже, но в отдельных случаях становятся необходимостью, когда не представляется возможность другого выбора. Результаты лечения этой группы больных значительно улучшились благодаря разработке и внедрению системы лечения гемодинамических нарушений с широким использованием препаратов гидроксиэтилкрахмала, многоатомных спиртов, свежезамороженной плазмы, кристалоидных растворов и др. по четко разработанным схемам, а также улучшения кислородной емкости крови за счет перфторана.

Разработана более эффективная тактика лечения и профилактики такого грозного осложнения как синдром диссиминированного внутрисосудистого свертывания крови с применением массивного переливания свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, ингибиторов протеаз.

Успешно проведенный гемостаз, восстановление гемодинамических показателей и транспорта кислорода в ткани является основанием для передачи пациента врачу терапевтического профиля, который должен провести полноценное лечение анемии и заболевания, послужившего причиной ЖКК. Лечение железодефицитной анемии проводится в основном препаратами железа не только до восстановления нормального уровня гемоглобина крови (мужчины – 130 г/л, женщины – 125г/л), но необходимо добиться достаточного насыщения организма железом, что подтверждается исчезновением сидеропенического синдрома и лабораторно: нормализация уровня железа и ферритина в сыворотке крови., а также повышение выделения железа с мочой до 0,8 мкг/л (дисфераловый тест). После тяжелых кровопотерь, когда уровень гемоглобина в крови падает ниже 80 г/л в последнее время применяется внутривенное введение железа в сочетании с эритропоэтином, что позволяет достичь ежедневного прироста гемоглобина в крови до 2 г/л.

Параллельно с лечением анемии проводится лечение основного заболевания, являющегося причиной ЖКК. Язвенную болезнь и др. кислотозависимые заболевания желудка и пищевода лечат ингибиторами водородной помпы в сочетании с эрадикацией хеликобактерной инфекции, использованием средств, улучшающих защитные механизмы слизистой оболочки.

При раке желудка проводятся гемостатические мероприятия с использованием терапевтических средств в комбинации с эндоскопическими методами, лучше – аргоноплазменной коагуляцией. Затем после 3 – 6 дневной подготовки выполняется радикальная операция желательно с использованием новых операций, улучшающим функциональные результаты вмешательства. Доброкачественные образования желудка и пищевода (полипы, лейомиома, невринома и др.) удаляют эндоскопической электрорезекцией с обязательным гистологическим исследованием.

Таким образом, лечение желудочно-кишечных кровотечений должно быть комплексным, предусматривающим экстренные мероприятия как в диагностике, так и остановке кровотечения, нормализации гемодинамических показателей и обеспечении доставки кислорода в ткани.

Затем проводятся терапевтические мероприятия по лечению железодефицитной анемии и заболевания осложнившегося ЖКК. Только преемственность в лечении между хирургами и врачами терапевтического профиля может обеспечить полноценные результаты лечения больного и профилактику рецидива кровотечения в будущем.

**Литература:**

1. Абдурахманов Д. Тактика врача при кровотечении из варикознорасширенных вен пищевода.
2. Степанов Ю. М., Залевский В. И., Косинский А. В. Желудочно-кишечные кровотечения.
3. Горбашко А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения.
4. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
5. Кондратенко П.Г., Стеценко А.А. Общие принципы инфузионнотрансфузионной терапии желудочно-кишечных кровотечений.