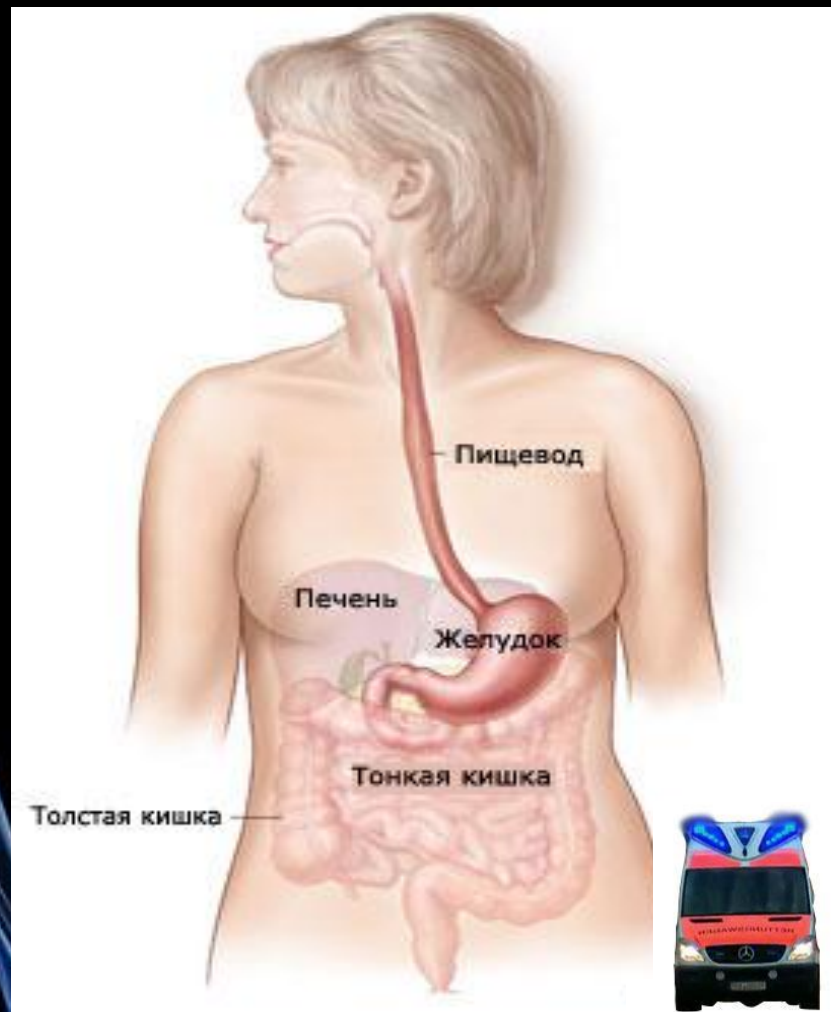
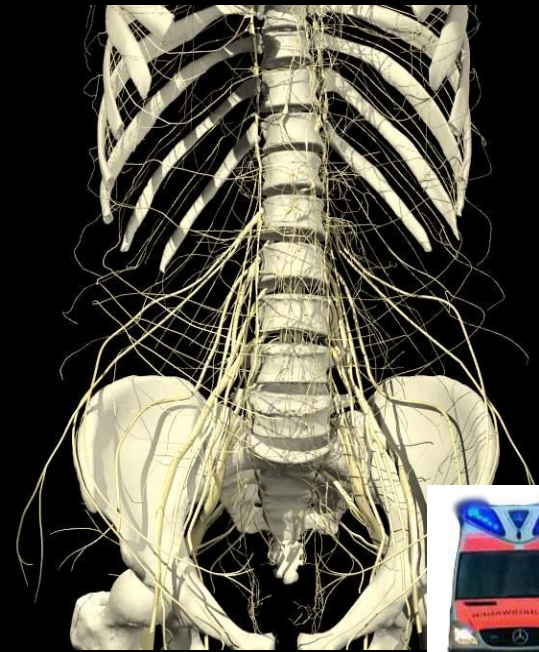
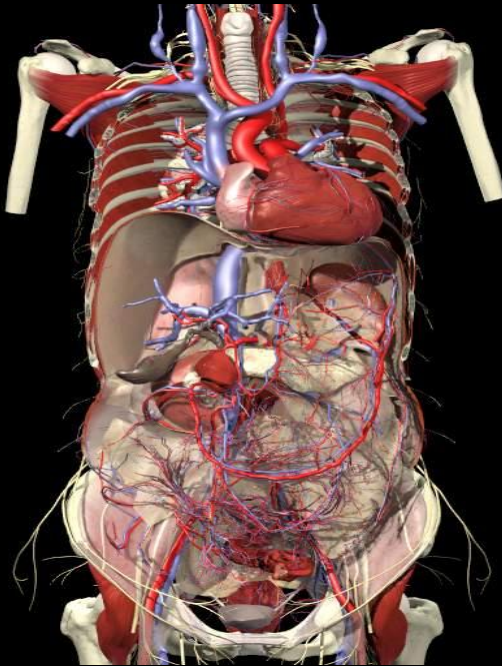
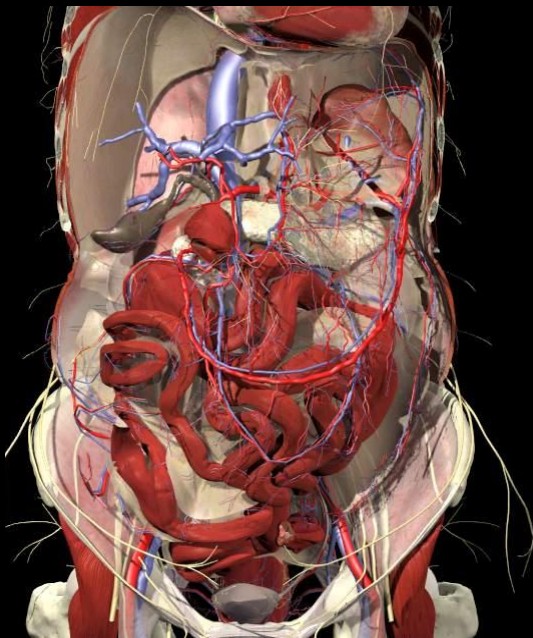
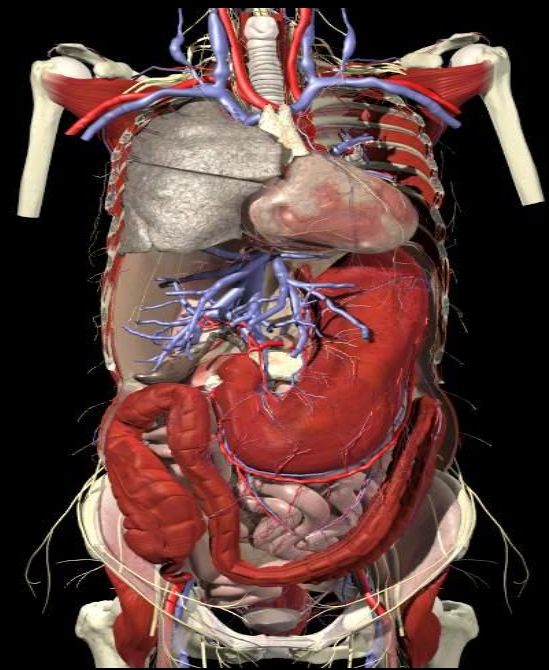
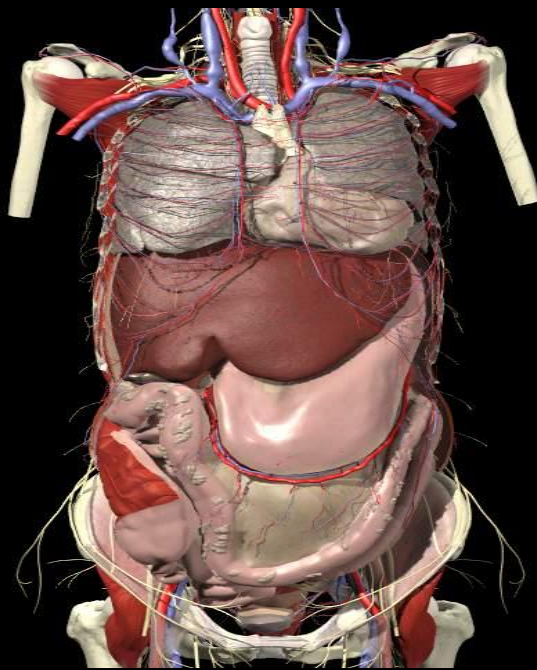
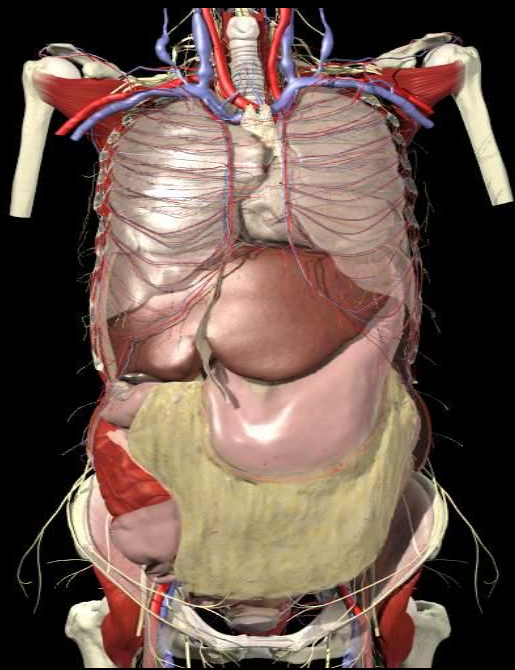


Острые кровотечения из желудочно-кишечного тракта





Острые кровотечения из желудочно-кишечного тракта

- ✓ В первую очередь необходимо установить, в верхних или нижних отделах ЖКТ находится источник кровотечения.
- ✓ **Рвота не измененной кровью** (hematemesis) указывает на локализацию кровотечения в верхних отделах (выше Тройцевоy связки).
- ✓ **Рвота «Кофейной гущей»** (Кровь + желудочный сок + соляная кислота)
- ✓ От желудочного кровотечения следует отличать **легочное**.
Кровь из легких - более алая, пенистая, не сворачивается, выделяется при кашле.
Если больной глатает кровь из легких или из носа, то возможна типичная кровавая рвота и даже рвота "кофейной гущей".
- ✓ **Мелена** - дегтеобразный липкий зловонный стул (кровь + кишечные ферменты) признак кровотечения в верхних отделах ЖКТ.
- ✓ Кровотечения из **тонкой** и даже из **толстой** кишки также могут сопровождаться меленой, но при наличии 3 условий:
 - достаточное количество измененной крови, чтобы сделать стул черным;
 - не слишком сильное кровотечение;
 - замедленная перистальтика кишки, чтобы хватило времени для образования гематина.
- ✓ **Кровавый стул** (hematochezia), как правило, свидетельствует о локализации источника кровотечения в нижних отделах пищеварительного тракта, хотя при массивном кровотечении из верхних отделов кровь иногда не успевает превратиться в мелену и может выделяться в малоизмененном виде.



Основные причины кровотечения из верхних отделов ЖКТ

- ✓ Эзофагит
- ✓ Эрозивный гастрит
- ✓ Язва желудка
- ✓ Язва двенадцатиперстной кишки (*Особенно опасны язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки*)
- ✓ Синдром Мэллори—Вейсса (*разрыв слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода или кардиального отдела желудка при упорной рецидивирующей рвоте*)
- ✓ Варикозное расширение вен пищевода и желудка (*портальная гипертензия*)
- ✓ Артериовенозные свищи
- ✓ Травмы (*ранения, разрывы, ожоги*) пищевода и желудка
- ✓ Редко источником кровотечения могут быть:
 - телеангиэктазии при синдроме Ослера—Рандю (*наследственная геморрагическая ангиома*),
 - сосуды доброкачественных и злокачественных опухолей желудка,
 - дивертикулы двенадцатиперстной кишки и желудка,
 - полипы желудка,
 - грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
- ✓ Оперативные и диагностические вмешательства



Основные причины кровотечения из нижних отделов ЖКТ

- ✓ Доброкачественные и злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки
- ✓ Дивертикулез ободочной кишки
- ✓ Язвенный колит
- ✓ Полипы ободочной кишки
- ✓ Травмы толстого кишечника
- ✓ Оперативные и диагностические вмешательства
- ✓ Геморрой
- ✓ Проктит

Кровотечения в различные отделы ЖКТ (осложнения других заболеваний)

- ✓ Заболевания соседних органов
- ✓ Болезни крови и сосудов, системные заболевания (*гемофилия, болезнь Верльгофа, Шенлейна-Генофа*)
- ✓ Атеросклероз, ГБ



Осмотр

- ✓ Цвет кожи
- ✓ Показатели гемодинамики
- ✓ Окружающие предметы (*одежда, емкости, постельное белье*)
- ✓ Следы и наличие кровотечения в полости рта, глотки, носа.
- ✓ Ректальное исследование
- ✓ При необходимости оценить показатели гемодинамики при изменении положения тела
- ✓ Аускультация

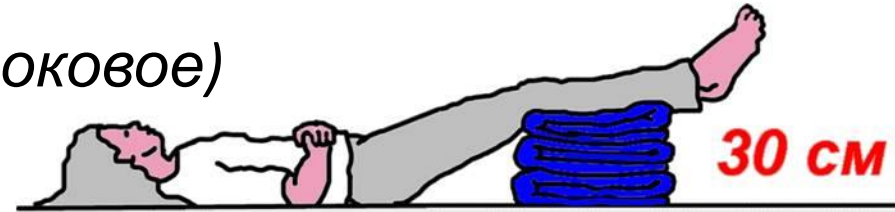
Анамнез

- ✓ По возможности собрать полный анамнез



Оказание помощи

- ✓ Положение тела (*противошоковое*)



- ✓ Гарантированный доступ в вену (*катетеризация*)
- ✓ Инфузионная терапия
- ✓ Оксигенотерапия
- ✓ Симптоматическая терапия
- ✓ Транспортировка на носилках

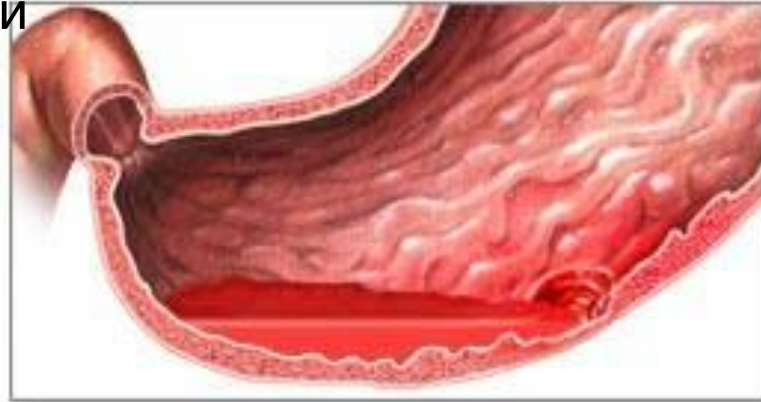
- ✓ Введение баллонного зонда Блейкмора или Линтона, чтобы непосредственно сдавить кровоточащие вены и тем самым остановить кровотечение хотя бы на время.



Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Осложнение острой или хронической язвы желудка или ДПК, в результате возникновения в стенке органа сквозного дефекта в брюшную полость или в забрюшинное пространство.

Прободение язвы желудка или ДПК приводит к постоянному истечению в брюшную полость содержимого, действующего как химический, физический и бактериальный раздражитель.



Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Классификация

По клиническому течению

- ✓ Типичная форма — вытекание содержимого в свободную брюшную полость.
- ✓ Атипичная форма — дефект прикрыт сальником или соседним органом.

По локализации прободной язвы

- ✓ Язва желудка (передней стенки, задней стенки, малой или большой кривизны).
- ✓ Пилородуоденальная язва
- ✓ Сочетанная форма (язва и в желудке и в двенадцатиперстной кишке)
- ✓ Прободение пептических язв анастомозов



Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Клиника :

- ✓ **Стадия I** (первые 6 ч) - характеризуется резкой болью в эпигастральной области "удар кинжалом".
Рвота. Бледность. Гипергидроз. Ноги приведены к животу.
Дыхание поверхностное (*из-за боли*). АД снижено.
Перкуссия живота резко болезненна.
При перкуссии отмечается уменьшение или исчезновением печеночной тупости (*пневмоперитонеум*).
Притупление по ходу правого бокового канала и в правой подвздошной области (*затекание желудочного содержимого*).
Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.
При ректальном исследовании отмечается боль при надавливании на переднюю стенку прямой кишки.
- ✓ **Стадия II** «стадия мнимого улучшения» (через 5-6ч) уменьшается боль и напряжения мышц живота, улучшается самочувствие.
Нарастают симптомы перитонита: *эйфория, тахикардия, повышение температуры, сухость языка, вздутие живота, парез кишечника.*
- ✓ **Стадия III** развивается через 10-12 ч диффузный перитонит.



Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

- ✓ Прикрытая прободная язва .
После возникновения характерной клинической картины прободения симптомы почти полностью исчезают.
Передняя брюшная стенка бывает умеренно напряженной и болезненной в эпигастральной области справа или правой подвздошной области.
Симптомы раздражения брюшины не выражены.

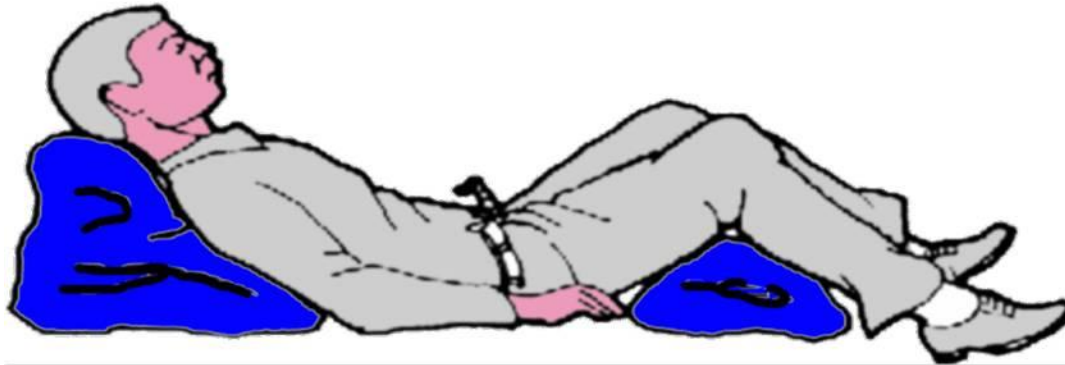
Дифференциальная диагностика:

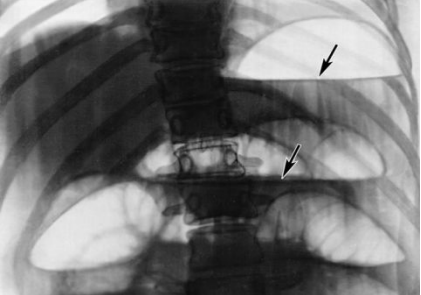
- ✓ Прободную язву приходится дифференцировать от острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита, острой кишечной непроходимости, эмболии брыжеечных сосудов, печеночной колики.



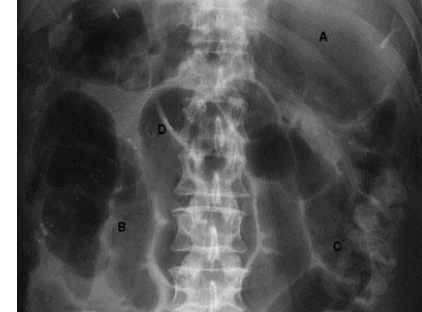
Оказание помощи

- ✓ Гарантированный доступ в вену (катетеризация)
- ✓ Адекватная инфузионная терапия
- ✓ Адекватное обезболивание
(не наркотические или наркотические анальгетики)
- ✓ Щадящая транспортировка (на носилках)





Кишечная непроходимость



Синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному каналу и обусловленный нарушением двигательной функции кишечника или механическим препятствием.



Рисунок 1. Пациент Г. Вздутие живота



Рисунок 2. Пациент Г. Раздутая сигмовидная кишка в сравнении с поперечной

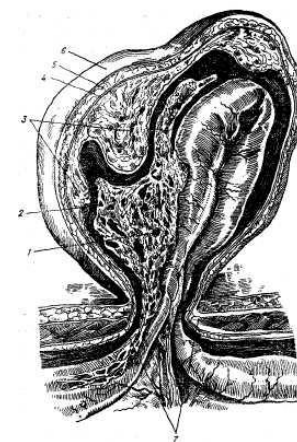


Рисунок 3. Пациент Г. Сигмовидная кишка до разворота



Рисунок 4. Пациент Т. Раздутая сигмовидная кишка



Предрасполагающие факторы острой кишечной непроходимости:

- ✓ **Врожденные факторы:**
 - Особенности анатомии (удлинение участков кишки).
 - Аномалии развития
- ✓ **Приобретенные факторы:**
 - Спаечный процесс в брюшной полости.
 - Новообразования кишечника и брюшной полости.
 - Инородные тела кишечника.
 - Гельминтозы.
 - Желчно-каменная болезнь.
 - Грыжи брюшной стенки.
 - Несбалансированное нерегулярное питание.
- ✓ **Провоцирующие факторы острой кишечной непроходимости:**
 - Резкое повышение внутрибрюшного давления.
 - Чрезмерная физическая нагрузка.
 - Обильная пищевая нагрузка.



Непроходимость

**Динамическая
(Функциональная)**

Механическая

**Спастическая
(спазм)**

**Паралитическая
(парез)**

Странгуляционная

Обтурационная

Печеночная,
почечная колика.
Аскаридоз,
отравления свинцом

ЧМТ, операции,
инфаркт, тромбозы,
гематомы,
воспаление

**Кровоснабжение
нарушено**

**Кровоснабжение
не нарушено**



Кишечная непроходимость

классификация

По морфофункциональным признакам:

- ✓ **Динамическая** (нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого)
- ✓ **Паралитическая** (в результате снижения тонуса миоцитов кишечника)
- ✓ **Спастическая** (в результате повышения тонуса миоцитов кишечника)
- ✓ **Механическая** (окклюзия кишечной трубки на любом уровне, что и обуславливает нарушение кишечного транзита)
- ✓ **Странгуляционная** - возникает при сдавлении брыжейки кишки, что приводит к нарушению кровоснабжения кишки (заворот, узлообразование, ущемление).
- ✓ **Обтурационная** - возникает при механическом препятствии продвижению кишечного содержимого:
 - **внутрикишечная без связи со стенкой кишки**
(крупные желчные камни, попавшие в просвет кишки через внутренний желчный свищ, каловые камни, гельминты, инородные тела)
 - **внутрикишечная исходящая из стенки кишки**
(опухоли, рубцовые стенозы)
 - **внекишечная** (опухоль, кисты)
- ✓ **Смешанная** (сочетание странгуляции и обтурации)
- ✓ **Инвагинационная** (инвагинация)
- ✓ **Спаечная** (сдавления кишечника спайками брюшной полости)



Кишечная непроходимость

классификация

- ✓ По клиническому течению: острая и хроническая
- ✓ По уровню непроходимости:
 - Тонкокишечная:
 - высокая*
 - низкая*
 - Толстокишечная
- ✓ По пассажу химуса: *полная и частичная*
- ✓ По происхождению: *врождённая и приобретённая*



Этиология динамической кишечной непроходимости

- ✓ **1. Нейрогенные факторы:**
 - **Центральные механизмы:** Черепно-мозговая травма. Ишемический инсульт. Истерический илеус. Динамическая непроходимость при психической травме. Спинальные травмы.
 - **Рефлекторные механизмы:** Перитонит. Острый панкреатит. Брюшно-полостные травмы и операции. Травмы грудной клетки, крупных костей, сочетанные травмы.
Плеврит. Острый инфаркт миокарда.
Опухоли, травмы и ранения забрюшинного пространства.
Нефролитиаз и почечная колика.
Глистная инвазия.
Грубая пища (паралитическая пищевая непроходимость), каловые камни.
- ✓ **2. Гуморальные и метаболические факторы:**
 - Эндотоксикоз различного происхождения.
 - Гипокалиемия, как следствие неукротимой рвоты разного генеза.
 - Гипопротеинемия .
- ✓ **3. Экзогенная интоксикация:**
 - Отравление солями тяжелых металлов.
 - Пищевые интоксикации.
 - Кишечные инфекции (брюшной тиф).
- ✓ **4. Дисциркуляторные нарушения:**
 - На уровне магистральных сосудов:
Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов.
Васкулиты мезентериальных сосудов.
 - На уровне микроциркуляции:
Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости



Этиология механической кишечной непроходимости

- ✓ Предрасполагающие факторы при механической кишечной непроходимости:
 - врождённая долихосигма (*патологическое удлинение сигмовидной кишки*),
 - подвижная слепая кишка,
 - дополнительные карманы и складки брюшины,
 - спаечный процесс в брюшной полости,
 - удлинение сигмовидной кишки в старческом возрасте,
 - грыжи передней брюшной стенки и внутренние грыжи.

- ✓ Причинами могут стать — доброкачественные и злокачественные опухоли различных отделов кишечника, приводящие к обтурационной непроходимости.

- ✓ Причины связанные с изменением пищевого режима:
 - употребление большого количества овощей и фруктов в летне-осенний период;
 - обильный приём пищи на фоне длительного голодания (*возможен заворот тонкой кишки*);
 - переход с грудного вскармливания на искусственное у детей первого года жизни (частая причина илеоцекальной инвагинации).



Основные симптомы

- ✓ **Боль в животе** - постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приёма пищи, в любое время суток, без предвестников; боли схваткообразные. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10-15 мин. В период декомпенсации, боль начинает носить постоянный характер.
При странгуляционной непроходимости боль постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики.
При паралитической непроходимости боль постоянная, распирающая.
- ✓ **Задержка стула и газов** (*патогномоничный*) ранний симптом низкой непроходимости.
При высокой непроходимости, иногда многократный стул, за счёт опорожнения кишечника расположенного ниже препятствия.
- ✓ **Кровянистые выделения** из заднего прохода при инвагинации (*иногда*).
- ✓ **Вздутие и асимметрия живота**;
- ✓ **Рвота** после тошноты или самостоятельно, часто повторная рвота.
Чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем раньше возникает рвота и более выражена.
Рвота вначале носит механический (рефлекторный), а затем центральный (интоксикация) характер.



Специфические симптомы

- ✓ **Симптом Валя** — относительно устойчивое не перемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз и определяемое на ощупь;
- ✓ **Симптом Шланге** — видимая перистальтика кишок, особенно после пальпации;
- ✓ **Симптом Склярова** — выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника;
- ✓ **Симптом Спасокукоцкого-Вильмса** — «шум падающей капли»;
- ✓ **Симптом Кивуля** — усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком над растянутой петлёй кишки;
- ✓ **Симптом Обуховской больницы** — признак низкой толстокишечной непроходимости: баллоннообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки на фоне зияния ануса;
- ✓ **Симптом Мондора** — усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики («Шум вначале, тишина в конце»);
- ✓ **«Мёртвая (могильная) тишина»** — отсутствие звуков перистальтики. При резком вздутии живота можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны, которые в норме через живот не проводятся;
- ✓ **Симптом Шимана** — при завороте сигмовидной кишки вздутие локализовано ближе к правому подреберью, а в левой подвздошной области отмечают западение живота;
- ✓ **Симптом Тевенара** (при странгуляционной непроходимости на почве заворота тонкой кишки) резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где обычно проецируется корень её брыжейки.
- ✓ **Симптом Грекова** (*Per rectum*) ампула прямой кишки пустая - или симптом Обуховской больницы.



Диагностический алгоритм

Сбор анамнеза.

Объективный осмотр больного:

Общий осмотр: Нервно-психический статус. Рс и АД (брадикардия - чаще при странгуляции).

Осмотр кожи и слизистых.

Объективный осмотр живота:

Визуально: *Вздутие живота, асимметрия, участие в дыхании.*

Пальпаторно:

Поверхностная пальпация живота: выявление локального или распространенного защитного напряжения мышц

передней брюшной стенки.

Перкуссия: выявления тимпанита и притупления.

Первичная аускультация живота (*оценка неспровоцированной моторной активности кишечника*):
металлический

оттенок или бульканье, в поздней стадии – шум падающей капли, ослабленная перистальтика, прослушивание сердечных тонов.

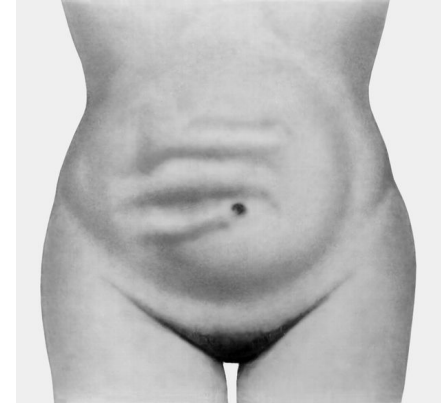
Глубокая пальпация: определить патологические образования брюшной полости, пропальпировать внутренние органы,

определить локальную болезненность.

Повторная аускультация: оценить появление или усиление кишечных шумов, выявить симптом Склярова (шум плеска).

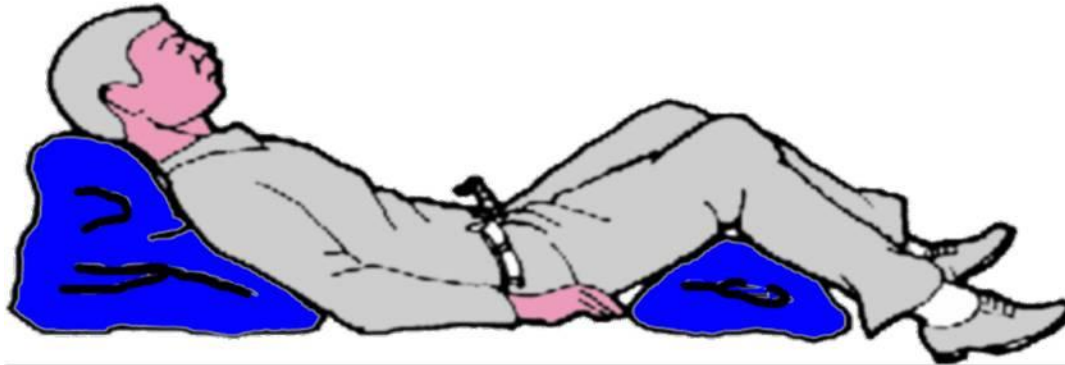
Выявить наличие или отсутствие симптомов свойственных ОКН.

Per rectum.



Оказание помощи

- ✓ Гарантированный доступ в вену (катетеризация)
- ✓ Адекватная инфузионная терапия
- ✓ Адекватное обезболивание
(не наркотические или наркотические анальгетики)
- ✓ Щадящая транспортировка (на носилках)

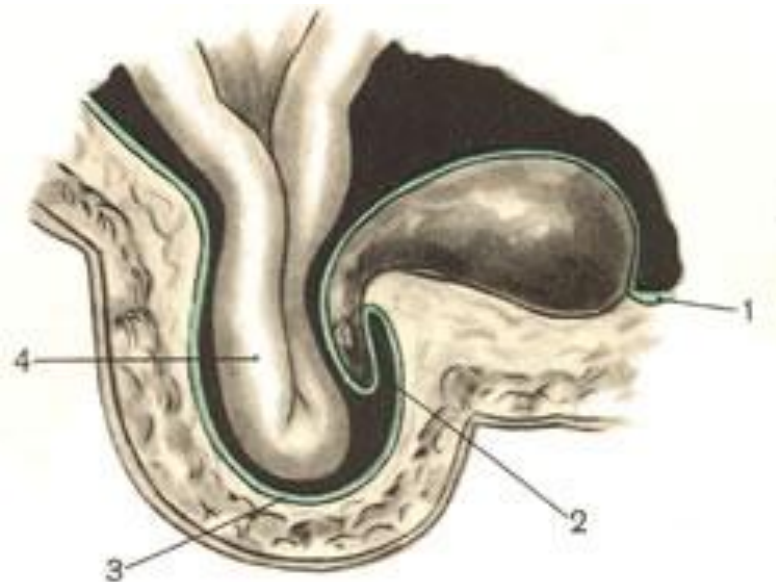


Грыжи

- ✓ Гры́жа (лат. hernia) — выходжение органов из полости, занимаемой ими в норме, через нормально существующее или патологически сформированное отверстие с сохранением целостности оболочек, их покрывающих.

Термин «грыжа» впервые был введён выдающимся врачом древности Клавдием Галеном.

- ✓ Различают: мозговые, лёгочные, мышечные, вентральные грыжи (живота).
- ✓ От грыжи отличают эвентрацию и выпадение (пролапс) органа.
- ✓ Основная причина развития грыж живота — нарушение равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать.



Факторы появления

- ✓ **Предрасполагающие факторы:**
 - конституция человека (*ожирение или истощение*)
 - наследственная предрасположенность
 - половые и возрастные различия в строении тела
 - расширение естественных отверстий брюшной стенки (*паховый канал, бедренный треугольник, пупок и др.*)
 - Травмы или раны, в том числе и послеоперационные

- ✓ **Провоцирующие факторы** (*способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям*).
 - Тяжелый физический труд (*поднятие груза*)
 - частый плач и крик (*младенческом возрасте*)
 - длительный кашель
 - продолжительные запоры
 - беременность
 - асцит
 - затруднение мочеиспускания при аденоме предстательной железы.



Клиническая классификация грыж

✓ По происхождению

Приобретённые

Врождённые

✓ По наличию осложнений

Неосложненные

Осложненные (не вправимость, воспаление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, разрыв внутренностей в грыже, перитонит, ущемление: эластическое, каловое, смешанное, ретроградное)

✓ По вправимости

Вправимые (содержимое грыжевого мешка легко может быть вправлено в брюшную полость через грыжевые ворота или вправляется самостоятельно)

Невправимые (чаще в результате развития сращений, спаек; внезапно развившаяся невправимость ранее вправимой грыжи является характерным симптомом ущемления грыжи)

✓ По степени развития

Начальные (только начинают внедряться)

Канальные (грыжа в пределах грыжевого канала)

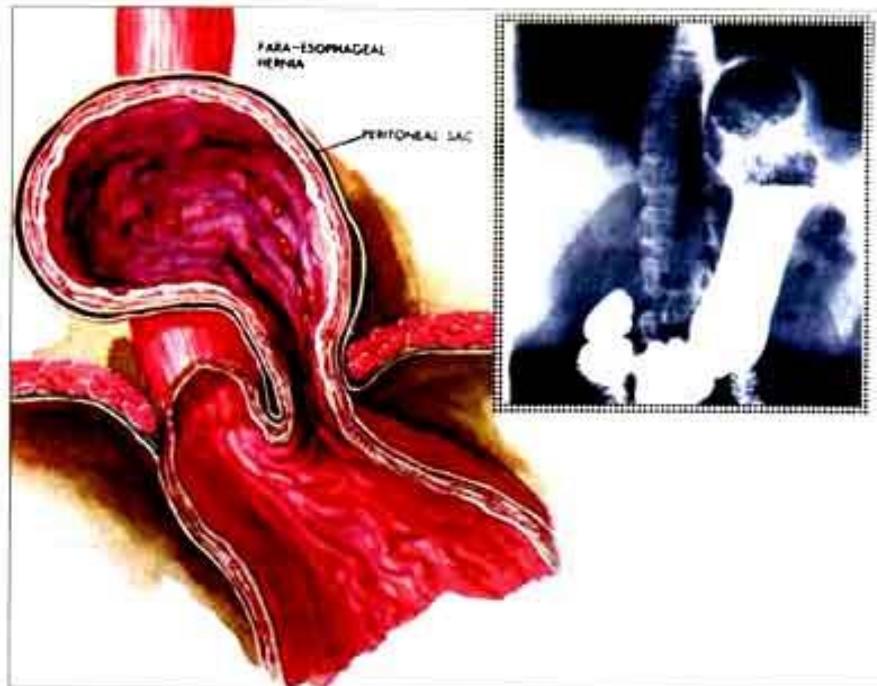
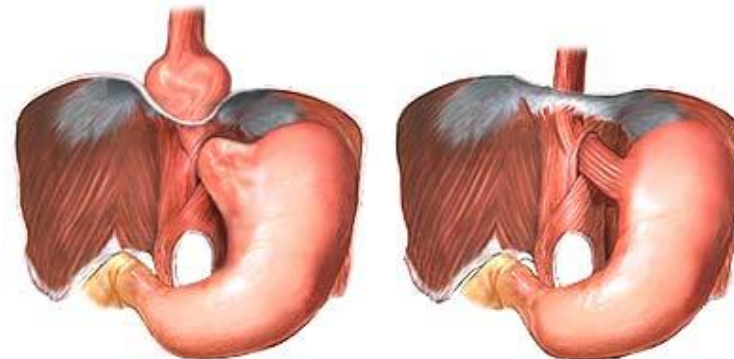
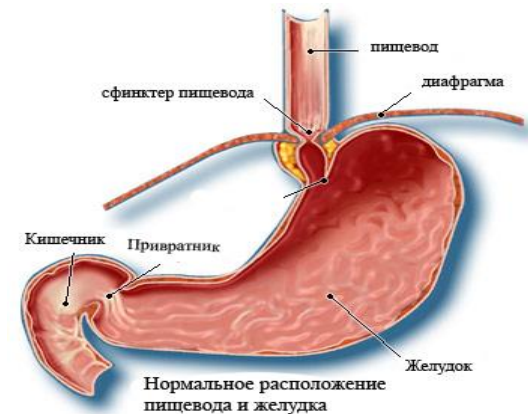
Полные (грыжи, вышедшие под кожу)

Кроме того, пользуются термином «гигантская грыжа» — *hernia permagna*.



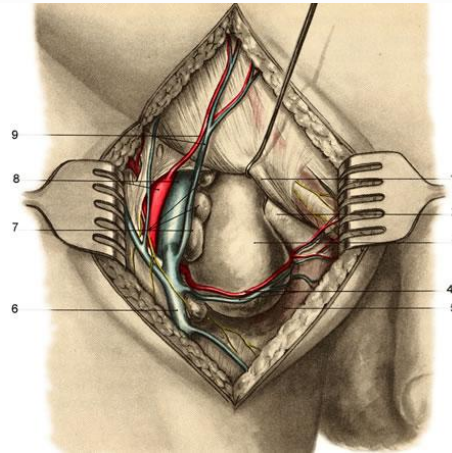
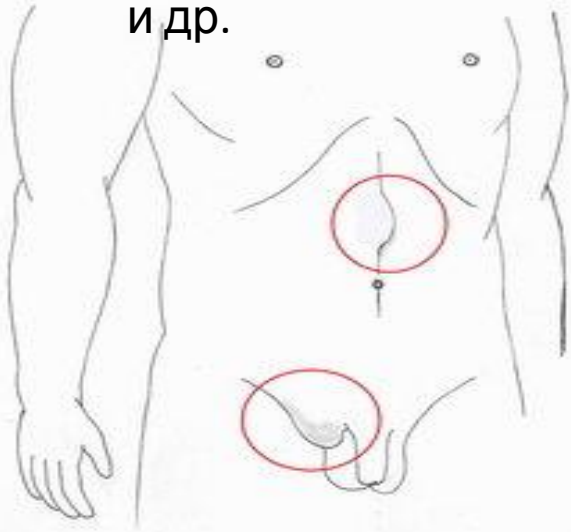
Клиническая классификация грыж

- ✓ Грыжи живота делятся на две большие группы :
 - наружные
 - внутренние
- ✓ Внутренние возникают при перемещении внутренних органов из одной полости в другую (из брюшной в грудную) через расширенные естественные отверстия (грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и др.)



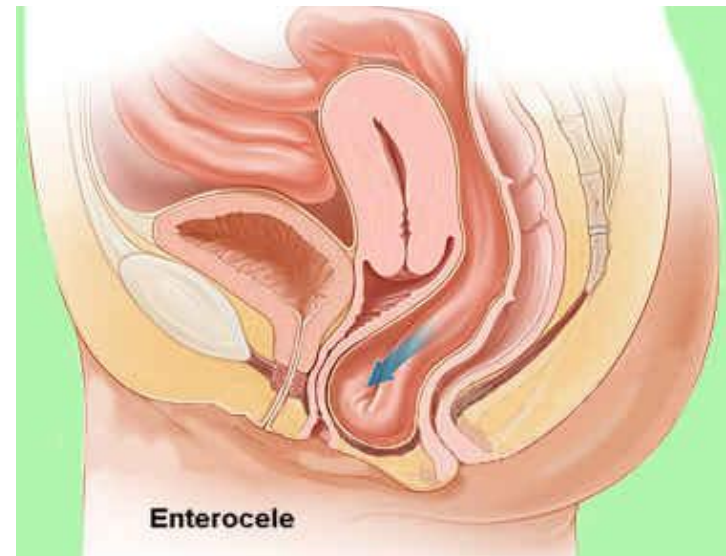
Клиническая классификация грыж

- ✓ **Наружные** грыжи возникают при перемещении внутренних органов под кожу и различаются по месту расположения: паховые, бедренные, пупочные и др.



Анатомическая классификация грыж

- ✓ **Внутренние**
 - Внутрибрюшные
 - Грыжи сальниковой сумки (ворота — foramen Winslowe)
 - Грыжи около сигмовидной кишки
 - Грыжи около слепой кишки
 - Грыжи около связки Трейтца (lig. duodenojejunalis)
 - Диафрагмальные
 - ретрокостостернальные (справа — треугольника Морганьи, слева — Ларрея)
 - пояснично-рёберные (Бохдалека)
 - сухожильного центра диафрагмы (преимущественно — паракавальные грыжи)
 - грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД): скользящие (аксиальные) и паразофагеальные
- ✓ **Наружные**
 - Паховая
 - Бедренные
 - Белой линии живота
 - Эпигастральная
 - Мечевидного отростка
 - Пупочная грыжа
 - Полулунной линии (Спигелиева)
 - Дугообразной линии (Дугласова)
 - Треугольника Пти
 - Ромба (треугольника) Гринфельда-Лесгафта
- ✓ **Седлищные**
- ✓ **Надпузырная**
- ✓ **Промежностная**
- ✓ **Запирательная**
- ✓ **Боковая (за влагалищем прямой мышцы живота)**



Все грыжи живота бывают:

- ✓ Полными, когда через отверстие в брюшной стенке под кожу вышло содержимое брюшной полости (*петли кишечника, сальник и др.*)
- ✓ Неполными, когда имеется дефект в брюшной стенке, но содержимое еще не вышло под кожу;
- ✓ Скользящими, когда грыжа содержит органы, частично покрытые брюшиной (*слепая кишка, мочевой пузырь*), и может не быть грыжевого мешка.



A



B



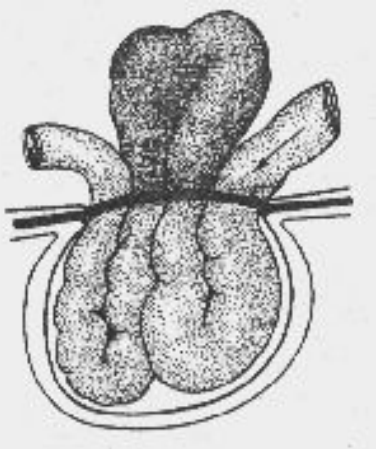
B



Послеоперационные вентральные грыжи.

- ✓ Послеоперационные вентральные грыжи являются следствием выполненной ранее операции (лапаротомии). Грыжевые ворота при этом возникают вследствие расхождения мышечно-апоневротических слоев брюшной стенки по ходу разреза.
- ✓ Размеры грыжевых ворот при послеоперационных грыжах весьма переменны и могут составлять от нескольких сантиметров до нескольких десятков сантиметров.
- ✓ Содержимым грыжевого мешка могут быть практически все органы брюшной полости. Независимо от локализации грыжи наиболее частым содержимым являются петли тонкой кишки и большой сальник.
- ✓ Грыжи, занимающие более 50 % площади, считаются гигантскими.





Осложненные грыжи (ущемление)

- ✓ Эластическое - в грыжевом мешке петли кишечника или другой орган
- ✓ Каловое - в грыжевом мешке петли кишечника постепенно заполняются содержимым
- ✓ Прямое
- ✓ Ретроградное

Симптоматика

- ✓ Внезапная боль в области грыжевого мешка
- ✓ Увеличение размеров и плотности грыжевого мешка
- ✓ Признаки странгуляционной непроходимости кишечника
- ✓ Симптоматика компрессированных органов (*органы, сосуды*)
- ✓ Симптоматика воспалительного процесса (*флегмона, перитонит*)



Оказание помощи при ущемленной грыже

- ✓ Гарантированный доступ в вену (катетеризация)
- ✓ Адекватная инфузионная терапия
- ✓ Адекватное обезболивание
(не наркотические или наркотические анальгетики)
- ✓ Щадящая транспортировка (на носилках)

