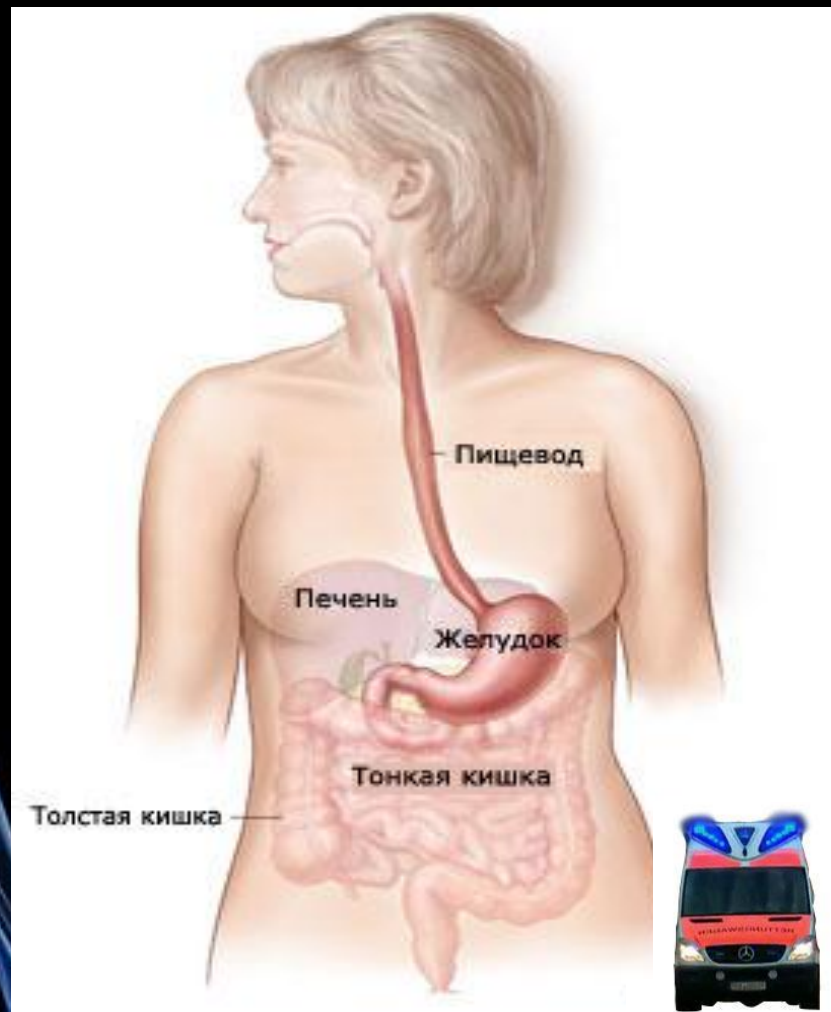
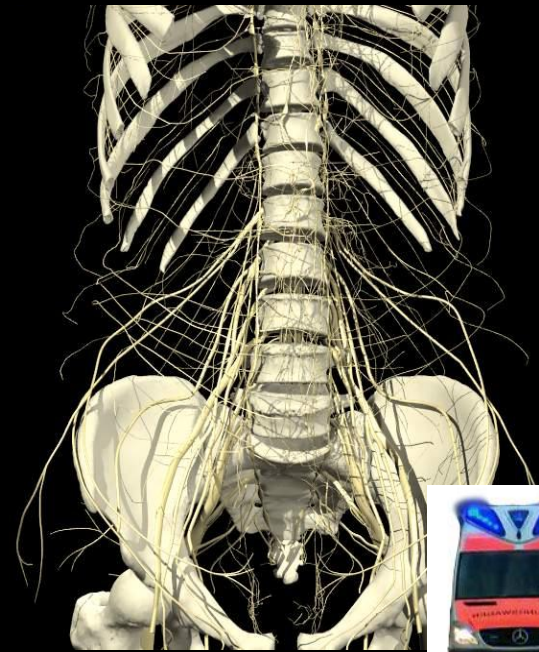
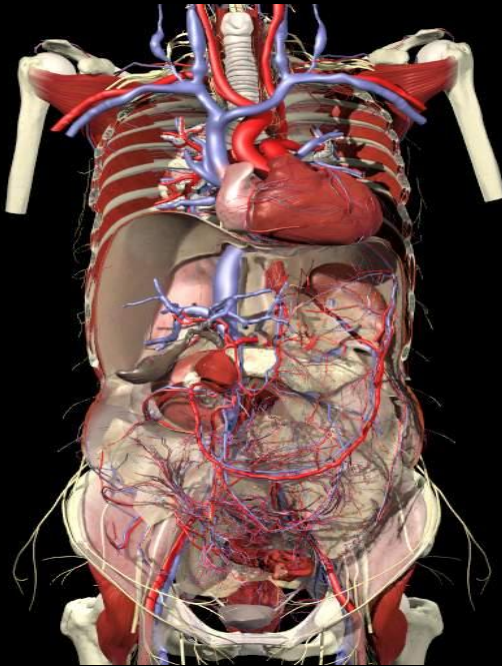
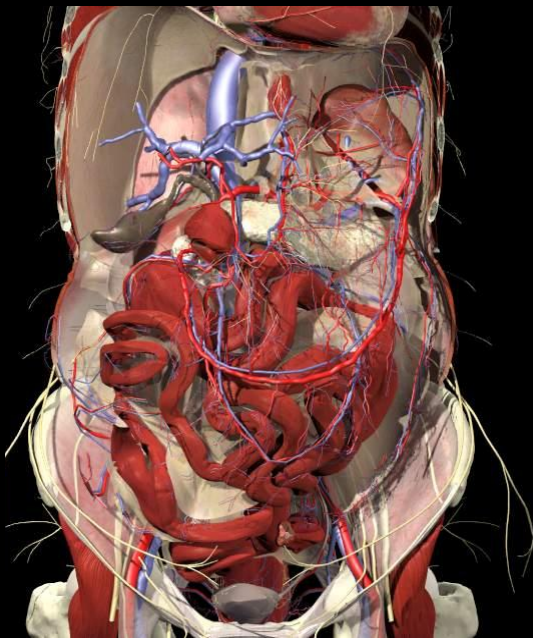
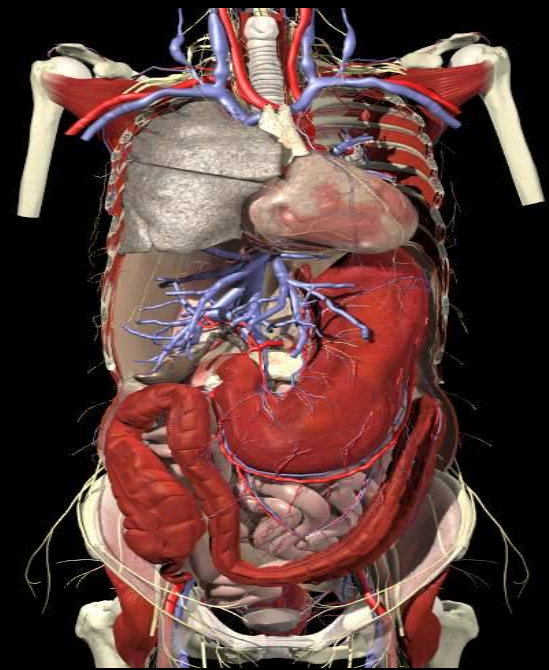
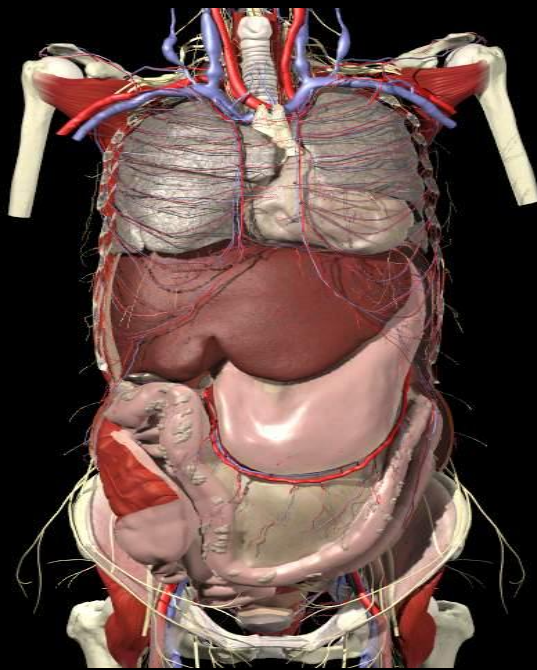
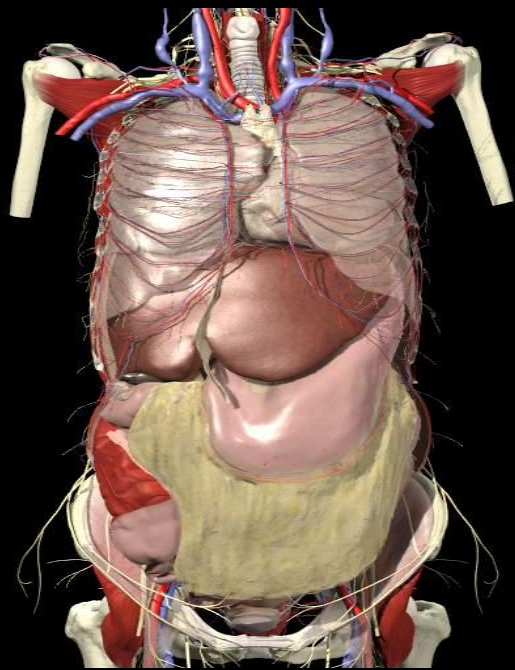


# *Острые кровотечения из желудочно-кишечного тракта*





# 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 Тройцево́й 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

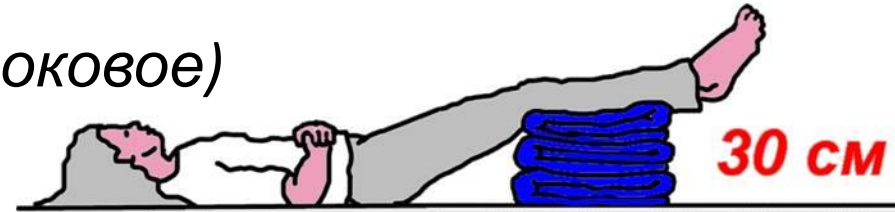
# Анамнез

- ✓ По возможности собрать полный анамнез



# Оказание помощи

- ✓ Положение тела (*противошоковое*)



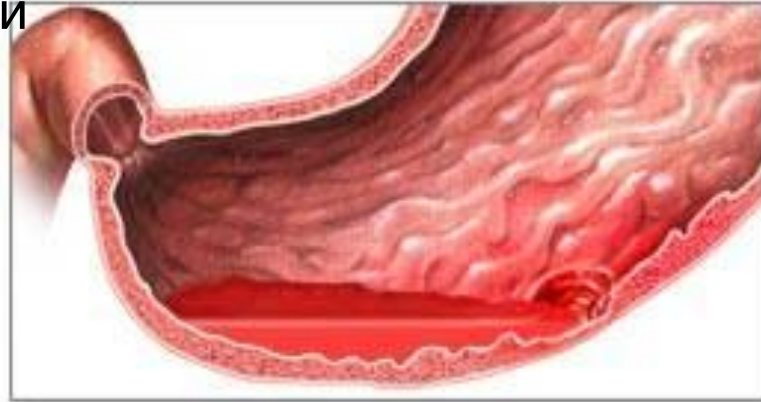
- ✓ Гарантированный доступ в вену (*катетеризация*)
- ✓ Инфузионная терапия
- ✓ Оксигенотерапия
- ✓ Симптоматическая терапия
- ✓ Транспортировка на носилках
  
- ✓ Введение баллонного зонда Блейкмора или Линтона, чтобы непосредственно сдавить кровоточащие вены и тем самым остановить кровотечение хотя 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.

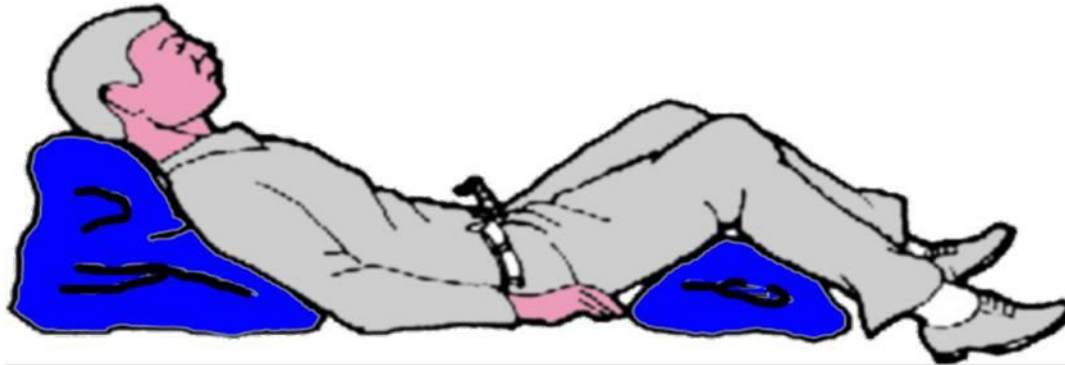
### **Дифференциальная диагностика:**

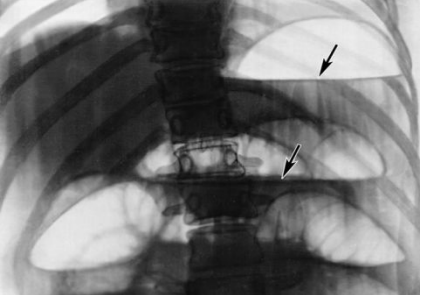
- ✓ Прободную язву приходится дифференцировать от острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита, острой кишечной непроходимости, эмболии брыжеечных сосудов, печеночной колики.



# *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

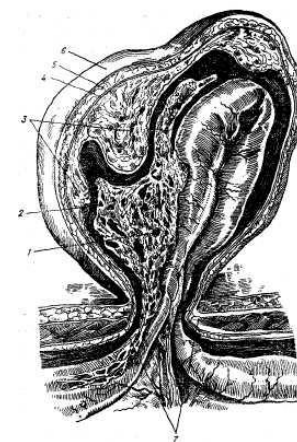


Рисунок 3. Пациент Г. Сигмовидная кишка до разворота



Рисунок 4. Пациент Г. 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.

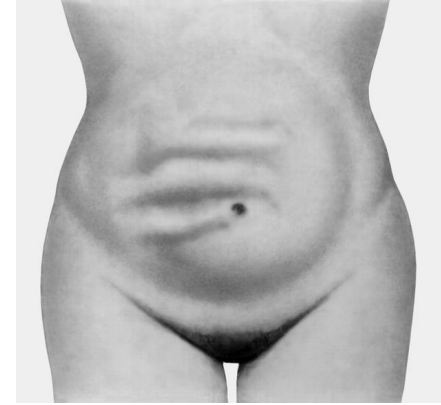
**Глубокая пальпация:** определить патологические образования брюшной полости, пропальпировать внутренние органы,

определить локальную болезненность.

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

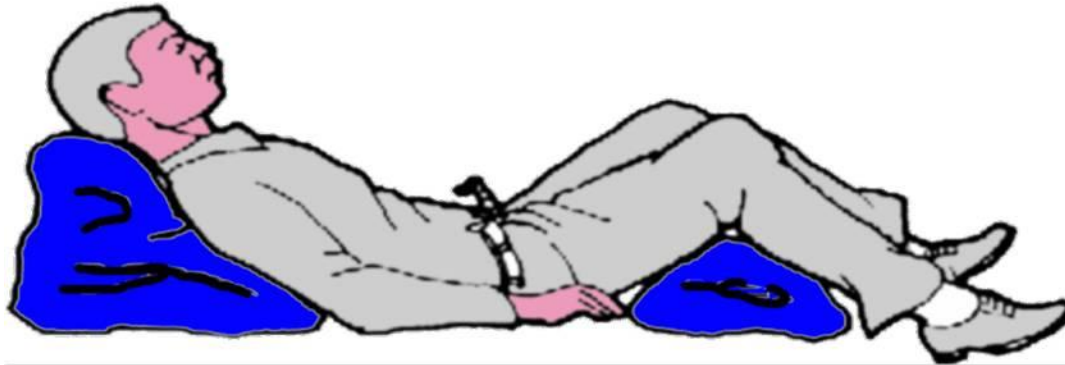
Выявить наличие или отсутствие симптомов свойственных ОКН.

**Per rectum.**



# *Оказание помощи*

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

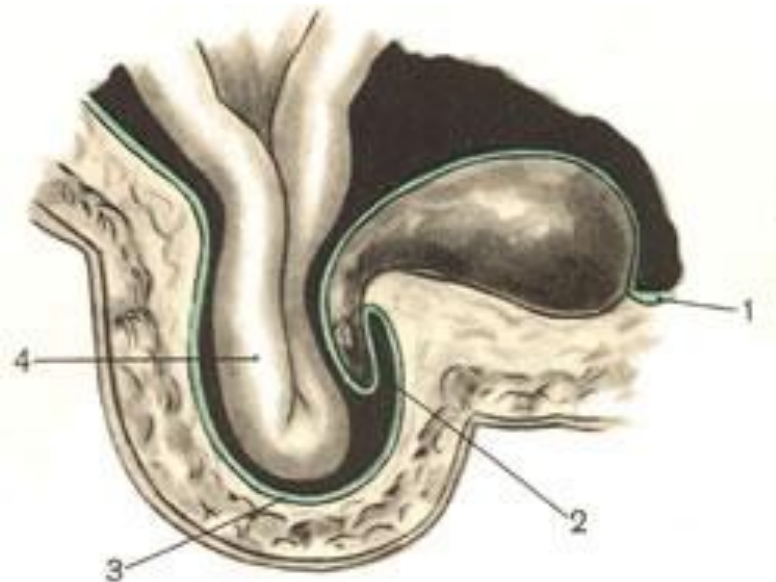


# Грыжи

- ✓ Гры́жа (лат. hernia) — выходение 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)

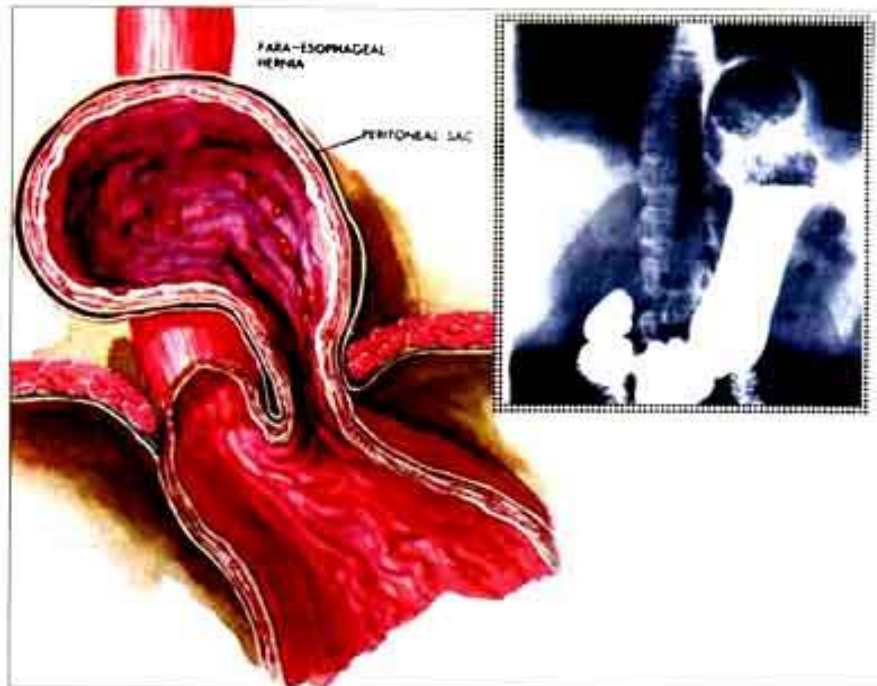
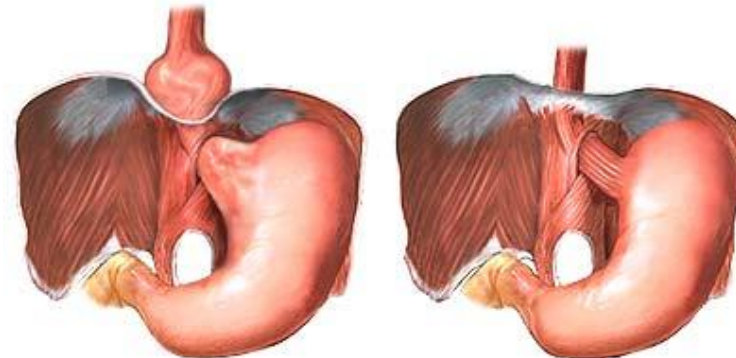
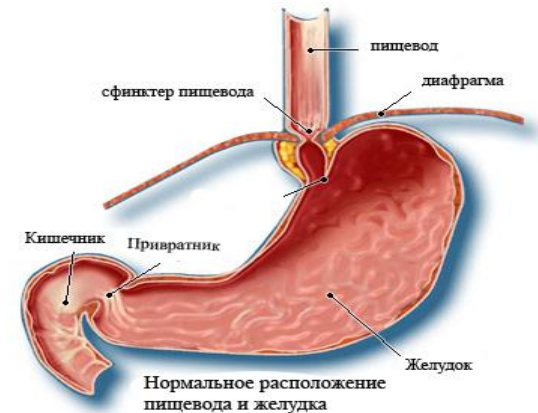
Полные (грыжи, вышедшие под кожу)

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



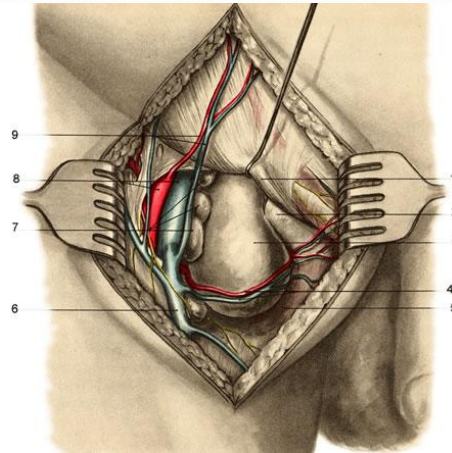
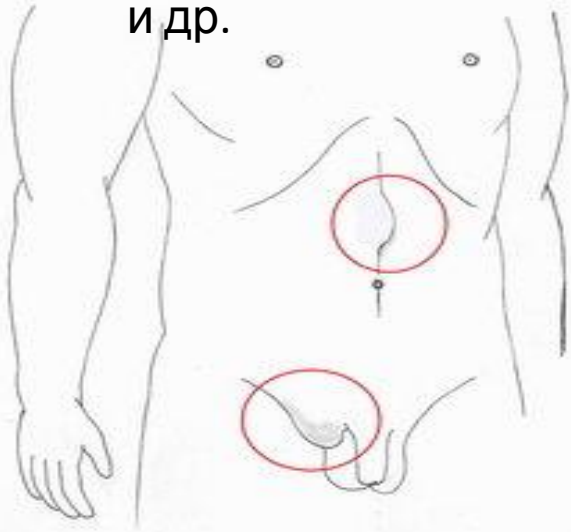
# Клиническая классификация грыж

- ✓ 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.)



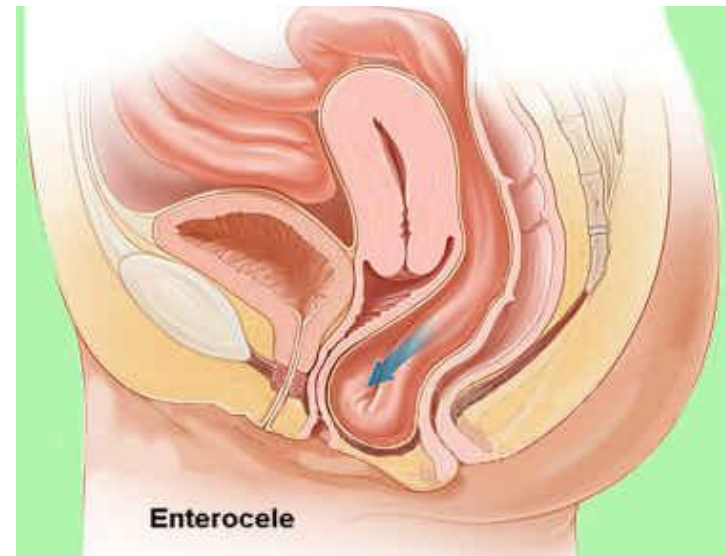
# Клиническая классификация грыж

- ✓ **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 параэзофагеальные
- ✓ **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



Б



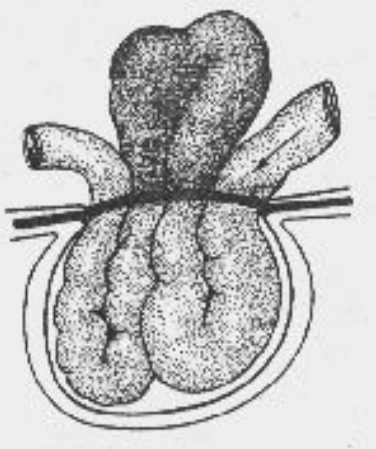
Б



## *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 переменчивы 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)

