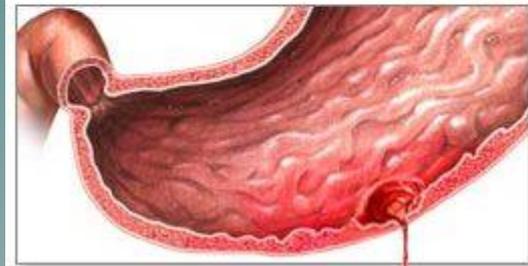
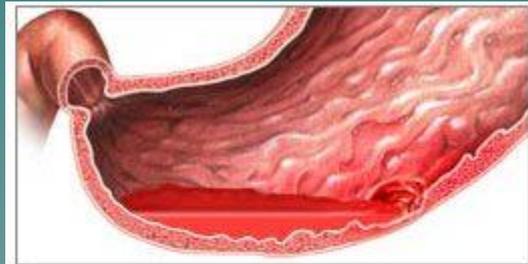


КРОВОТЕЧЕНИЕ при язвенной болезни



Статистика

- Известно, что около 25 % всех случаев язв желудка и двенадцатиперстной кишки осложняются кровотечением, причем в 5 % случаев они бывают обильными и угрожают жизни больного.
- Кровотечения из язв двенадцатиперстной кишки происходят в 5 раз чаще, чем из язв желудка.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

- Многочисленные клинические и экспериментальные исследования показали, что объяснить патогенез язвенной болезни унитарной теорией невозможно, так как в возникновении и развитии язвенной болезни принимают участие значительное количество общих и местных факторов, имеющих тесные связи.

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

Кровотечения делят на:

□ ЯВНЫЕ

□ СКРЫТЫЕ



Скрытое кровотечение

- происходит при повреждении мелкого сосуда. Кровопотеря при этом незначительная и такое кровотечение можно выявить только при помощи специальной реакции Грегерсена.
- Кровотечение может быть однократным и останавливаться через некоторое время самостоятельно. Повторные кровотечения возникают в ближайшие часы или сутки. Наиболее опасно **непрекращающееся** кровотечение.

Реакция Грегерсена

- - метод обнаружения крови в моче, кале, желудочном соке, рвотных массах и других средах, а также на различных предметах, основанный на окислении бензидина перекисью водорода за счет пероксидазного действия пигментов крови с появлением **зеленой** или **синей** окраски.



Явное кровотечение всегда сопровождается значительной кровопотерей и проявляется

тремя основными признаками:

- Кровавая рвота.
- Дегтеобразный стул (мелена).
- Признаки общей кровопотери со стороны всего организма.



Кровавая рвота

- обычно возникает при кровотечениях из язв желудка, реже при язве двенадцатиперстной кишки, потому что для того, чтобы возникла рвота, кровь из двенадцатиперстной кишки должна попасть в желудок. Это происходит только при массивных кровотечениях в двенадцатиперстной кишке. Рвотные массы имеют темно-коричневый цвет. Говорят, что рвота имеет вид «кофейной гущи». Цвет объясняется перевариванием гемоглобина и превращением его под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин, имеющий темно-коричневую окраску. Если в желудок изливается сразу большое количество крови, рвотные массы могут содержать алую кровь, хотя чаще это бывает при кровотечениях из пищевода. Кровавая рвота возникает сразу после кровотечения или, при большом количестве крови, сразу во время кровотечения.

Мелена

- При попадании крови из желудка в двенадцатиперстную кишку или при кровотечении из самой двенадцатиперстной кишки кровь продвигается дальше по кишечнику. Под воздействием микроорганизмов, живущих в кишечнике, из железа гемоглобина образуются сернистые соединения железа, которые имеют черный цвет. На выходе из кишечника кал окрашен в черный цвет и имеет кашицеобразную консистенцию. Это называется дегтеобразный стул. Если из язвы возникает кровотечение у пациента уменьшаются или исчезают боли. Называют такое исчезновение боли – симптом Бергмана.

Общие симптомы острой кровопотери

- Потеря 10% от общего объема крови считается легкой-пациента могут беспокоить
- Потеря крови от 15 до 25% протекает тяжелее и вызывает развитие геморрагического шока (связанного с кровопотерей). Отмечается побледнение лица, кожи, похолодание конечностей. ЧСС увеличивается до 100 ударов в минуту. Снижается количество выделяемой мочи.
- Следующая степень кровопотери от 25 до 45%. В этом случае развивается тяжелый декомпенсированный геморрагический шок, который считается обратимым. Организм не может компенсировать такую кровопотерю – возникает снижение артериального давления, тахикардия, одышка, резкое снижение количества мочи. Пациенты в сознании, но могут быть возбуждены и беспокойны.

■

Потеря более 50%

- считается очень тяжелым состоянием. Сознание у пациента отсутствует. Кожа резко бледная, покрыта холодным липким потом. Пульс нитевидный. Артериальное давление может не поддаваться измерению. При отсутствии срочной помощи, это состояние становится необратимым.

Классификация кровотечений при язвенной болезни :

- I) **по этиологии** — из хронической язвы, из острой язвы, из симптоматической язвы;
- **по локализации** —
- из язвы желудка: а) кардии, б) тела желудка, в) антрального отдела, г) канала привратника (малая кривизна, передняя стенка, задняя стенка);
- из язвы двенадцатиперстной кишки: а) луковичные, б) постбульбарные, в) нисходящего отдела (стенки: передняя, задняя, верхняя, нижняя, переходные и сочетанные);

Классификация кровотечений при язвенной болезни :

- **по характеру:** продолжающиеся: а) струйное (профузное), б) ламинарное, в) капиллярное, г) рецидивирующее, д) нестабильный гемостаз, е) стабильный гемостаз, ж) постгеморрагическая анемия.

Диагностика

- 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.



Диагностика

- Ориентировочная оценка тяжести кровопотери возможна на основании внешних клинических проявлений кровотечения, определения шокового индекса по частоте сердечных сокращений ("Острый живот"), величине артериального давления, измерения количества крови, выделившейся с рвотой и жидким стулом, а также при аспирации содержимого из желудка. Показатели гемоглобина, гематокрита, центрального венозного давления (ЦВД), объема циркулирующей крови (ОЦК), почасового диуреза позволяют более точно оценить тяжесть кровопотери и эффективность лечения. При исследовании крови в ранние сроки (несколько часов) после начала острого кровотечения число эритроцитов и содержание гемоглобина могут оставаться на нормальном уровне. Это связано с тем, что в течение первых часов происходит выброс эритроцитов из депо.

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

- катетеризация подключичной вены или нескольких периферических для быстрого восполнения дефицита ОЦК, измерения ЦВД;
- зондирование желудка для его промывания и контроля за возможным возобновлением кровотечения;
- экстренная эзофагогастродуоденоскопия и одновременная попытка остановки кровотечения обкалыванием кровоточащей язвы или коагуляцией кровоточащего сосуда;

Диагностика

- постоянная катетеризация мочевого пузыря для контроля за диурезом (он должен составлять не менее 50-60 мл/ч);
- определение степени кровопотери;
- кислородная терапия;
- гемостатическая терапия;
- аутоотрансфузия (бинтование ног);
- 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. Иногда указанные стадии обозначают как Форрест 1; 2; 3.

Лечение

- 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).
- При возможности перорального приема препаратов целесообразно назначать более эффективные при кровоточащей язве блокаторы протонной помпы - омепразол, холинолитики (гастроцепин), антациды и препараты, уменьшающие кровоснабжение слизистой оболочки (вазопрессин, питуитрин, соматостатин).

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.

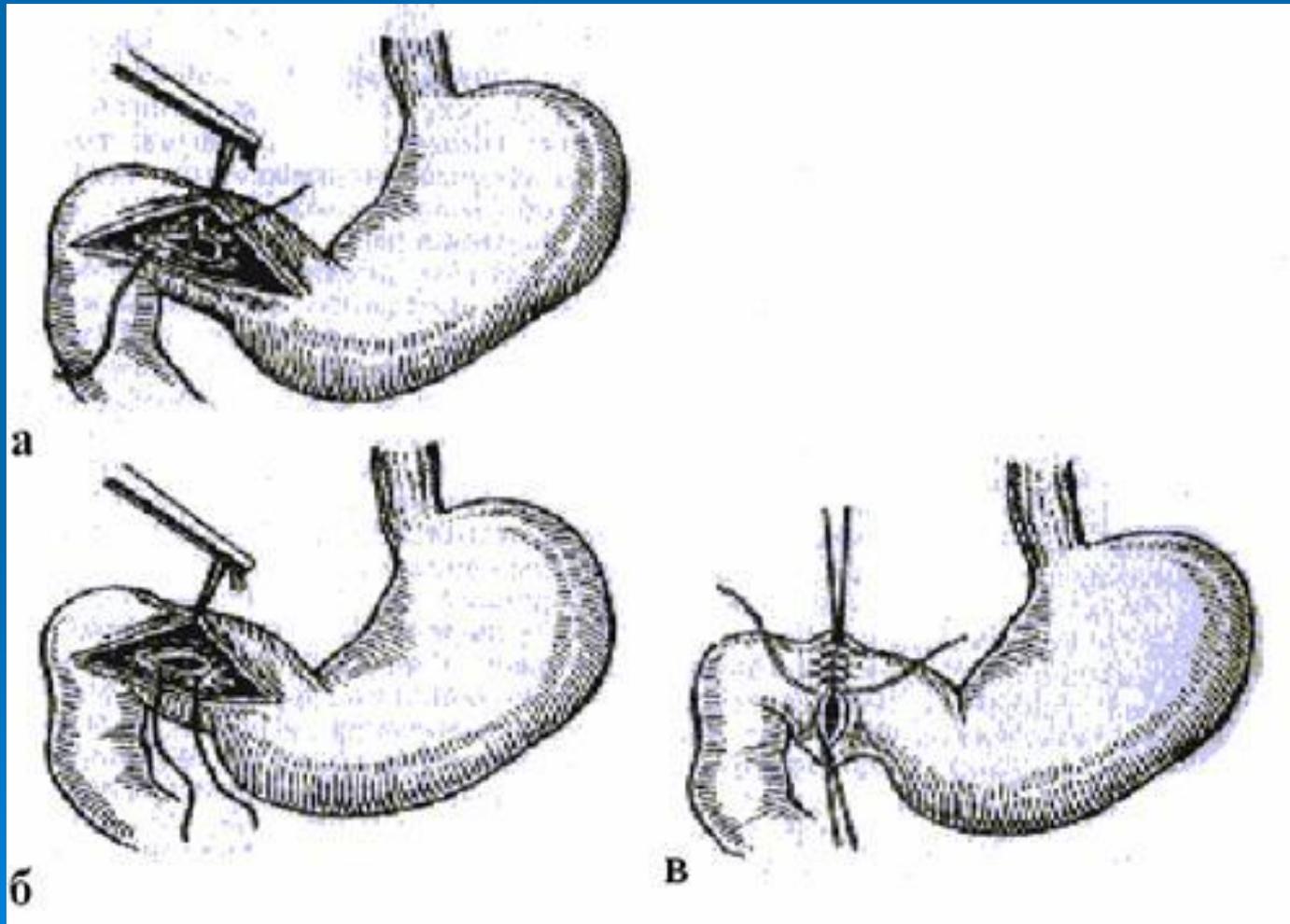
Лечение

- Инфузионную терапию проводят с целью нормализации гемодинамики, обеспечения адекватной перфузии тканей.
- Она включает восполнение ОЦК, улучшение микроциркуляции, предупреждение внутрисосудистой агрегации, микротромбозов, поддержание онкотического давления плазмы, коррекцию водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, дезинтоксикацию.

Лечение

- 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 %.

Хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения



Хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения

- В ряде случаев требуется хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения. Так, при язве желудка производится прошивание кровоточащего дефекта В ряде случаев требуется хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения. Так, при язве желудка производится прошивание кровоточащего дефекта или экономная резекция желудка В ряде случаев требуется хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения. Так, при язве желудка производится прошивание кровоточащего дефекта или экономная резекция желудка. При язве 12-перстной кишки, осложненной кровотечением, прошивание язвы В ряде случаев требуется хирургическая остановка желудочно-кишечного кровотечения. Так, при язве желудка производится прошивание кровоточащего дефекта или экономная резекция желудка. При язве 12-