
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

*подготовила уч-ся группы 31СД18Х
Лапина Карина*

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ
2. ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ
3. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
5. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД
6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
7. ДЕЙСТВИЯ МЕДСЕСТРЫ
8. ТРАНСПОРТИРОВКА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

***Желудочно-кишечное кровотечение —
кровотечение в полость желудка или
двенадцатиперстной кишки.***

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

1. ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- ❑ Язвенная болезнь
- ❑ Эрозивный гастрит и эзофагит
- ❑ Расширение вен пищевода
- ❑ Синдром Маллори-Вейсса
- ❑ Другие причины:

стрессовые язвы

Артериовенозные дефекты и злокачественные новообразования

Кровотечения имеющие ЛОР-источники (могут быть приняты за желудочно-кишечные кровотечения). Механизм развития желудочно-кишечного кровотечения зависит от вызвавшей его причины.

Предполагают, что при язвенной болезни кровотечение возникает в результате того, что наступает истончение и некроз сосудистой стенки, когда дно язвы достигает стенки кровеносного сосуда.

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

2. ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

- Дивертикулез**
- Ангиодисплазия**
- Другие причины:**
 - карцинома**
 - гемморой**
 - вследствие полипов**
 - в результате воспалительного заболевания кишечника**

КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. По этиологии:

Язвенные кровотечения при:

- хронических каллёзных и пенетрирующих язвах
- пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов
- острых язвах, возникающих в результате токсического или лекарственного (салицилаты, стероидные гормоны) воздействия на слизистую оболочку желудка или кишки, стрессовых (ожоговый, кардиогенный, травматический, психический шок) язвах, при системных заболеваниях (атеросклероз, гипертоническая болезнь, капилляротоксикоз, лейкозы, цирроз печени, уремия и т.д.), эндокринных язвах (синдром Золлингера-Эмисона, гиперпаратиреоз).

Неязвенные кровотечения при:

- варикозном расширении вен пищевода и желудка при портальной гипертензии
- ущемлённой грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- синдроме Мэллори-Вейсс (трещинах слизистой пищеводно-желудочного перехода) эрозивном геморрагическом гастрите
- доброкачественных и злокачественных опухолях желудка и кишки
- дивертикулах пищеварительного тракта
- химических ожогах желудка
- инородных телах пищевода и желудка.

2. По локализации источника кровотечения:

- пищеводные
- желудочные
- тонкокишечные
- толстокишечные.

3. По клиническому течению:

- остановившееся
- рецидивирующее
- продолжающееся.

ПО СТЕПЕНИ КРОВОПОТЕРИ БОЛЬНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ТРИ ГРУППЫ:

- ❑ **1. Кровопотеря легкой степени тяжести** — состояние больного удовлетворительное, АД в норме, пульс до 100 ударов в минуту; Нв не ниже 100 г/л; Эр 3,5 10/л; гематокрит 35; дефицит до 20% к должному; удельный вес крови 1053 — 1040.
- ❑ **2. Кровопотеря средней степени тяжести** — заметная бледность кожных покровов, однократная потеря сознания, повторная рвота, жидкий дегтеобразный стул. АД снижено до 90 мм. рт. ст.; пульс 120 ударов в минуту; Нв не ниже 80 гр/л; Эр 2,5 10/л; гематокрит 25-30 ед.; удельный вес крови 1050 — 1045; дефицит ОЦК от 20 до 29%.
- ❑ **3. Кровопотеря тяжелой степени** — частая потеря сознания, обильная кровавая рвота, мелена. Частота пульса более 110 ударов в минуту; АД снижено до 80 мм. рт. ст.; холодный пот; резкая бледность кожных покровов; Нв ниже 80 г/л; гематокрит ниже 25 ед.; Эр 1,5 10"/л; удельный вес крови ниже 1044; дефицит ОЦК 30% и больше.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Показания к операции:

1. Экстренная операция – до 2 ч. Продолжающееся кровотечение 2-3 степени тяжести, рецидив кровотечения.
2. Срочная операция – остановившееся кровотечение при наличии тромбов в язве, рецидив кровотечения в стационаре.
3. Плановые операции выполняют при стабилизации гемостаза, небольших язвах при наличии в них тромбов и кровопотере легкой степени.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

Послеоперационное ведение заболевших осуществляют с учётом тяжести кровопотери, объёма операции и присутствия сопутствующих заболеваний.

- ❑ Больные находятся в отделении реанимации или интенсивной терапии.
- ❑ Режим постельный до 4—5 дней, учитывая степень анемии и объём операции.
- ❑ Объём инфузионной терапии зависит от дефицита ОЦК (традиционно в первые сутки составляет 3000—4000 мл с в последствииидующим уменьшением к 5 дню до 1,5—2 л). Количество гемо-трансфузий зависит от степени анемии. Ежедневно переливают плазму, протеин, альбумин, альвезин по 200—400 мл, реополиглюкин по 400 мл, пентоксифиллин по 5 мл, кристаллоиды (5% р-р глюкозы, р-р Рингера-Локка), витамины С, В, викасол).
- ❑ Антибиотикотерапия необходима, т.к. больные предрасположены к инфекциям.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Ранними признаками кровотечения являются общие признаки анемизации:

- Головокружение
- Обморок
- Позже возникает кровавая рвота при переполнении желудка кровью (рвота типа кофейной гущи)
- Слабость
- Мелена (дегтеобразный стул)-появляется через 12-24 часа от начала кровотечения. При массивной кровопотери может быть жидкий кровавый стул.

ДЕЙСТВИЯ МЕДСЕСТРЫ

- Сообщить врачу
- Уложить пациента горизонтально, без подушки, с приподнятым ножным концом кровати
- Положить пузырь со льдом на эпигастральную область, а внутрь – кусочки льда
- Приготовить необходимые лекарственные средства (кровоостанавливающие). Но вводить их можно только с разрешения врача!
- Питье и питание запретить до особых распоряжений врача

ТРАНСПОРТИРОВКА

Необходимо уложить больного на носилки. Если есть угроза коллапса и значительные кровопотери, то головную сторону носилок следует опустить. На живот нужно поместить пузырь со льдом. Самостоятельные передвижения таких больных очень опасны и не должны допускаться.

При транспортировке, особенно в холодное время года мы принимаем все меры для предупреждения переохлаждения, так как охлаждение почти при всех видах травм, несчастных случаях и внезапных заболеваниях резко ухудшает состояние больного, способствует развитию новых осложнений.

В этом отношении особого внимания требуют больные с наложенными артериальными жгутами, находящиеся в бессознательном состоянии, шоке и с обморожением.