



Острое кишечное кровотечение

Кафедра оперативной хирургии и топографической
анатомии

Хирургический клуб ВолгГМУ
Секция Абдоминальной хирургии

Рудченко Елизавета

Кишечные кровотечения подразделяются на:

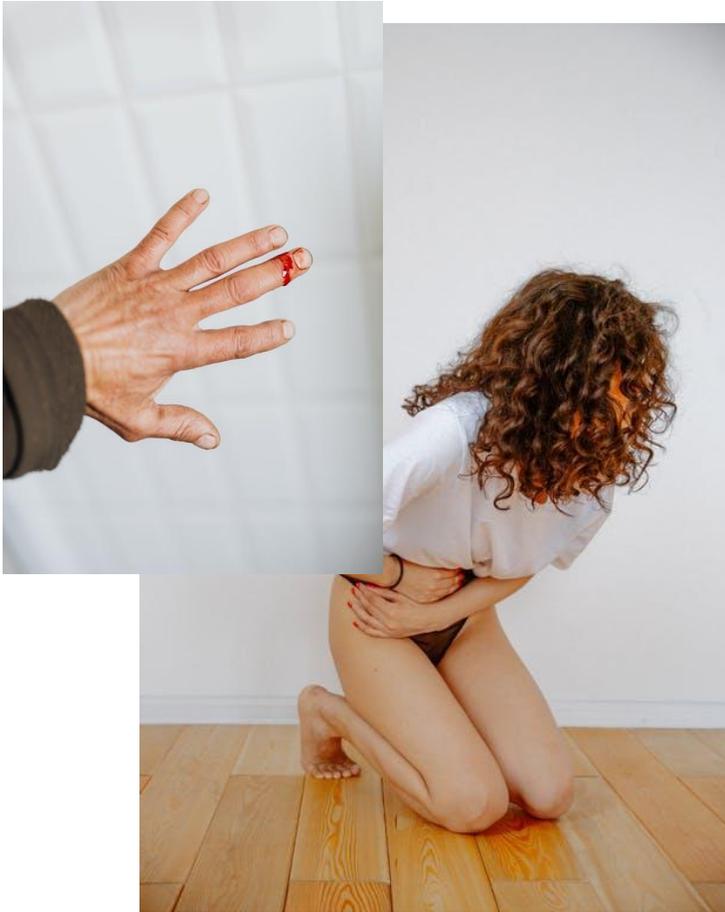
- массивные и немассивные
- острые и хронические кровотечения.
- венозные, артериальные, капиллярные
- Язвенные и не язвенные

Язвенного генеза можно разделить на два основных вида:

1. Диффузные диапедезные и капиллярные при сопутствующей язвенной болезни геморрагическом или эрозивном гастродуодените.
2. Аррозивные - из вен и артерий различного калибра, которые расположены на дне язвы

Острые- в течение 10-12-24 часов больной теряет до 1 литра крови (менее 20% ОЦК) при относительно стабильных показателях гемодинамики. Возможен эндоскопический или эндоваскулярный гемостаз



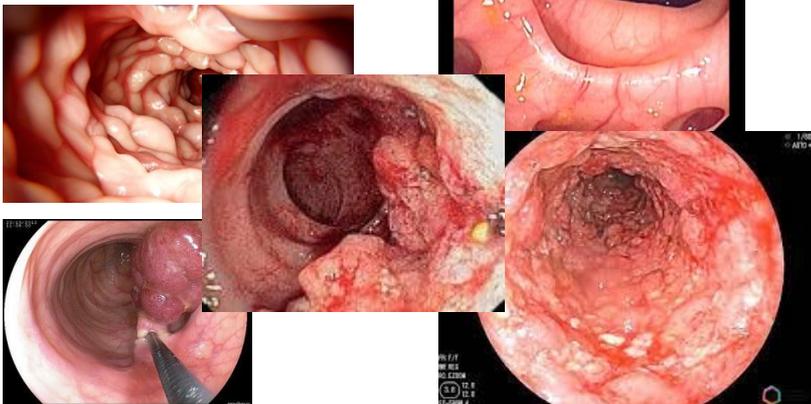


По массивности следует разделять :

1. **Сверхострое** – большое по объему, обильное и внезапное смертельный исход наступает моментально, прежде чем удается что – либо предпринять.
2. **Острое**, очень массивное, которое проявляется обильной рвотой , или дегтеобразным стулом.
3. **Острое однократное** с извержением кровавой рвоты или появление черного стула без выраженных гемодинамических расстройств.
4. **Острое «малое»**, которое выражается в появлении примеси крови при рвоте или в потемнении цвета кала.

Причины кровотечений из тонкого кишечника:

- патология сосудов (ангиодисплазия, телеангиэктазия, гемангиома)
- артериовенозные аномалии
- язвенные поражения
- болезнь Крона
- применение НПВП, солей калия, 6-меркаптопурина
- дивертикул Меккеля
- синдром Золлингера-Эллисона
- васкулит
- опухоли тонкого кишечника



Причины кровотечения из толстого кишечника:

- болезни ободочной кишки: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулёз, полипоз, геморрой, ангиодисплазии и др.
 - дивертикулёз
 - опухоли (при локализации преимущественно справа)
 - полипы толстого кишечника (в т. ч. диффузный семейный полипоз)
 - воспалительные заболевания толстого кишечника: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, инфекционный, псевдомембранозный и др. колиты
 - геморрой (в т.ч. вторичный при циррозе печени)
 - ангиодисплазии и другая патология сосудов
 - геморрагии после эндоскопических манипуляций (например полипэктомии, взятие материала на гистологическое исследование).
- Кровотечение из толстого кишечника врач должен заподозрить при появлении мелены или при обильном кровотечении из прямой кишки.

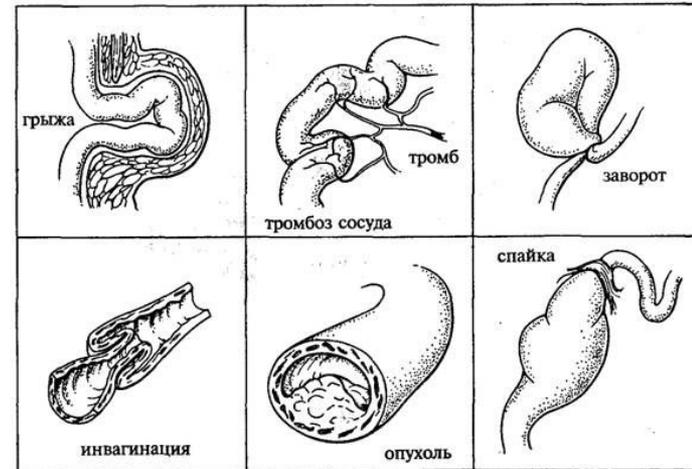
Кровотечение из толстого кишечника врач должен заподозрить при появлении мелены или при обильном кровотечении из прямой кишки.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) - заболевание, характеризующееся нарушением пассажа кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ). Наиболее часто кишечная непроходимость (КН) возникает у лиц 40-60 лет. У мужчин она бывает несколько чаще, чем у женщин.

Предрасполагающие факторы при механической кишечной непроходимости:

- врождённая долихосигма
- 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.

Виды острой кишечной непроходимости



Классификация ОКН

I. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая кишечная непроходимость:

а) паралитическая;

б) спастическая.

2. Механическая кишечная непроходимость:

а) странгуляционная;

б) обтурационная;

в) смешанные формы.

II. По уровню обструкции:

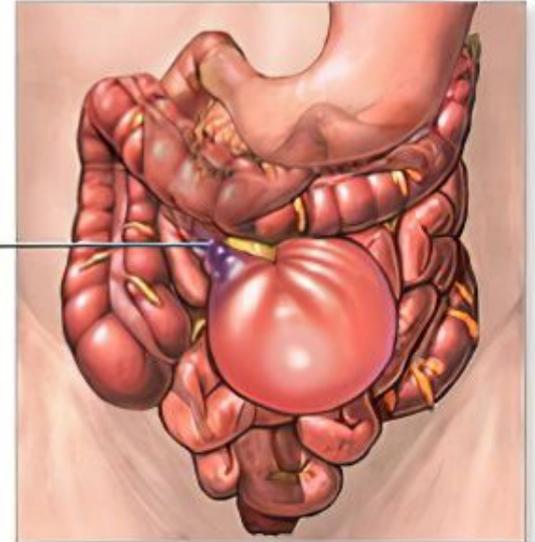
1. Тонкокишечная непроходимость:

а) высокая;

б) низкая.

2. Толстокишечная непроходимость

Кишечная
непроходимость



Специфические симптомы

- Симптом Валя — относительно устойчивое неперемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь;
- Симптом Шланге — видимая перистальтика кишок, особенно после пальпации;
- Симптом Склярора — 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 Цеге–Мантейфеля — признак низкой толстокишечной непроходимости: малая вместимость (не более 500–700 мл воды) дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы;
- Симптом Мондора — усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики («Шум вначале, тишина в конце»);
- «Мёртвая (могильная) тишина» — отсутствие звуков перистальтики; зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним 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, тогда как в левой подвздошной области, то есть там, где она обычно пальпируется, 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.

Диагностика тонкой кишки

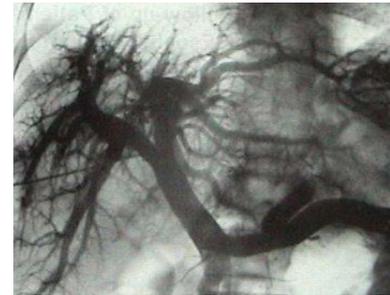
Баллонная интестиноскопия



Диагностика толстой кишки



Колоноскопия

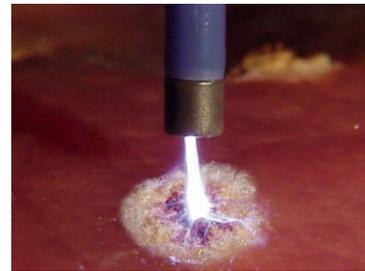


Селективная
ангиография

Используемые методы эндоскопического гемостаза

- би- и моноактивная диатермокоагуляция
- лазерная фотокоагуляция
- термокаутеризация
- аргонно-плазменное воздействие
- инъекционные методики введения адреналина, этанола склерозанта и клеевых композиций
- обработка копрофером
- аппликация тахокомба (имеет место трудность доставки)
- клипирование сосуда
- лигирование

Аргон-плазменная коагуляция
Энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактно, с помощью ионизированного газа аргона (максимальная глубина коагуляции до 3 мм).



Лазерная коагуляция
Бесконтактный способ коагуляции тканей путем воздействия оптического когерентного излучения с высокой направленностью луча и большой плотностью энергии.



Больные с тяжелой кровопотерей без признаков продолжающегося профузного кровотечения подлежат госпитализации в ОРИТ:

- катетеризация центральной вены
- инвазивная и неинвазивная оценка системной и центральной гемодинамики (гиповолемия)
- противошоковая и трансфузионная терапия, (гемотрансфузия при Нв ниже 80 г/л, переливание СЗП для восполнения дефицита факторов свертывания, восполнение ОЦК)
- эндоскопический мониторинг остановки кровотечения (и желудочный зонд!)

Тактика при кровотечениях язвенной этиологии

- Экстренное эндоскопическое обследование
- Диагностическая эндоскопия по возможности сразу переходит в лечебную
- Динамическая и лечебно-диагностическая эндоскопия 1-3-6-12
- При невозможности динамического контроля – установка зонда, наблюдение в ОРИТ
- При отсутствии отклика на лечение в течение суток – операция
- При рецидиве ЖКК – выполнение эндоскопического гемостаза с оценкой его эффективности

Хирургическое лечение (общие рекомендации)

- Швы на стенку желудочно-кишечной трубки должны накладываться на неизменные ткани без натяжения, ушивание ран желудка, ДПК и кишечника рекомендуется с применением атравматических нитей.
- Гастро(дуодено)томия с прошиванием кровоточащего сосуда наиболее целесообразна при продолжающемся профузном кровотечении (Forest I A) и нестабильном состоянии пациента
- Вмешательство целесообразно начинать с гастротомии (поперечно на границе тела и дна желудка) или гастродуоденотомии (продольно через антральный отдел, привратник и переднюю стенку луковицы ДПК) и прошивания кровоточащего сосуда (не язвы!)
- Язвенный дефект на задней стенке желудка или ДПК следует ушить отдельно
- Мобильность слизистой и подслизистой оболочек при наличии каллезных краев можно повысить экономным иссечением рубцов по краям язвы