

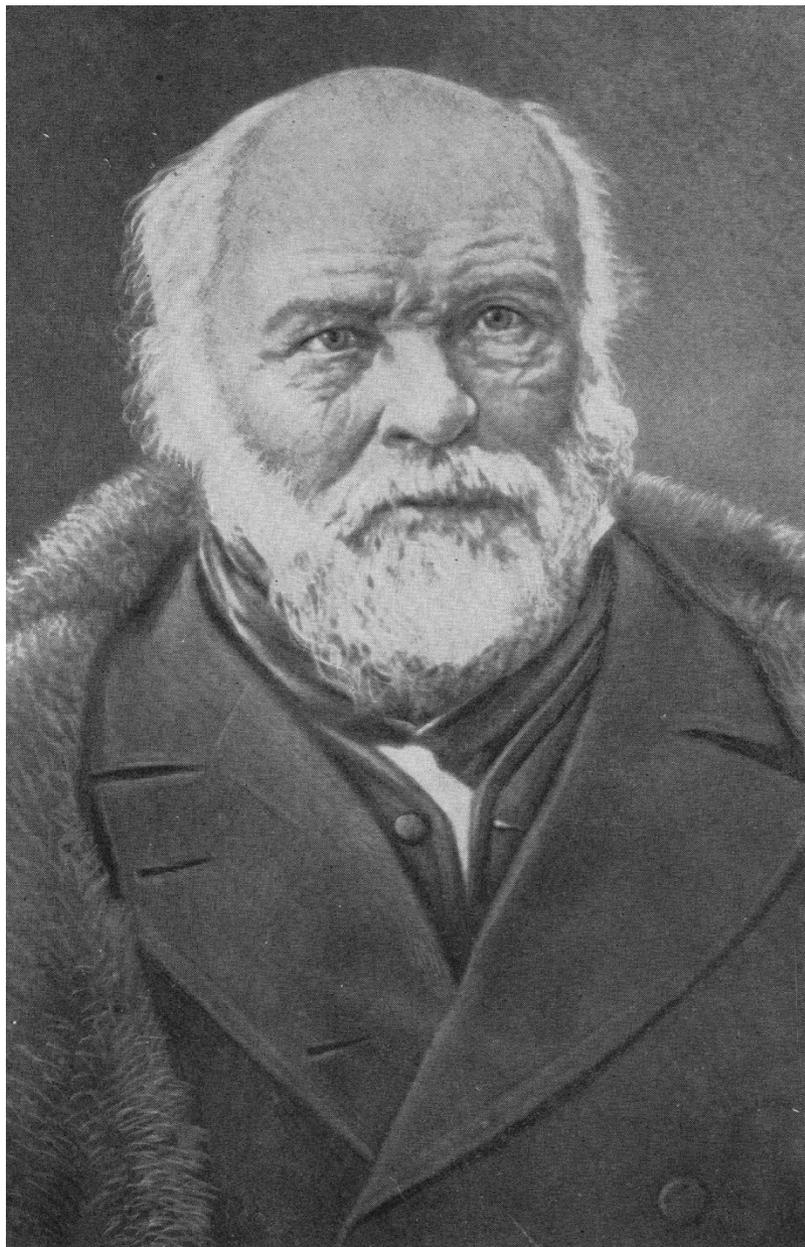
# Вводная лекция

## Неязвенные кровотечения

- Кафедра госпитальной хирургии
- Профессор, д.м.н. В.А.Гольбрайх

# План лекции

- 1. История развития хирургии
- 2. Выдающиеся деятели хирургии
- 3. Некоторые юридические аспекты хирургии.
- 4. Доказательная медицина. 5. Работа с ВИЧ инфицированными больными
- 5. Неязвенные кровотечения



**Н.И. Пирогов  
(1810-1881)**

- **В 1840 году наш соотечественник гениальный Н.И. Пирогов представил в академию проект о создании новой хирургической клиники с четким разграничением задач обучения студентов на различных курсах.**

- Вот что писал по этому .И.Пирогов:
- «Я указал в своем проекте на необходимость учреждения при Академии кафедры госпитальной хирургии, так как молодые врачи, выходящие из учебных заведений почти не имеют практического образования

- Так как новая хирургическая клиника была организована на базе госпиталя, то в последующем и получила название кафедры госпитальной хирургии

- И первая госпитальная хирургическая клиника на 1000 коек была открыта в Санкт – Петербурге в 1842 г.

- Кафедра госпитальной хирургии нашего университета организована в 1939 году. История основания и становления кафедры связана с такими видными отечественными хирургами, как С.П.Шиловцев, Г.С.Топровер и А.Я.Пытель.

## Первый зав.кафедрой госпитальной хирургии

- **Шиловцев Сергей Павлович 17.07.1898** - 1964г. дмн, профессор, Заслуженный деятель науки РСФСР. Окончил Куйбышевский мед. институт (1924). Руководил кафедрой госпитальной хирургии Волгоградского мед. института (1939-1942). С 1942 до конца жизни - зав. кафедрой общей хирургии Самарского мед. института. Занимался вопросам онкологии (рак полости рта после употребления наса), лечения ран, геморроя.

- В настоящее время – заведующий кафедрой госпитальной хирургии доктор медицинских наук - Сергей Сергеевич Маскин

- Основными направлениям научной работы кафедры являются: неотложная хирургия заболеваний и травм живота; колопроктология; хирургия рака поджелудочной железы; разработка методик лечения синдрома эндогенной интоксикации и гепаторенального синдрома при ургентной патологии желудочно-кишечного и билиарного трактов; диагностика и лечение травм органов брюшной полости; хирургическая профилактика и лечение ишемических поражений головного мозга.

# *История возникновения и развития хирургии.*

- 1. Хирургия древнейших цивилизаций: Вавилон, Древний Египет, Древняя Индия, Древний Китай.
- 2. Хирургия Древней Греции и Древнего Рима.
- 3. Хирургия Византийской Империи.
- 4. Хирургия средневековой Европы: Парацельс, Амбруаз Паре, Андреас Везалий.
- 5. Становление современной хирургии: а)  
открытие наркоза
- б) открытие асептики и антисептики

■ Бюст царя  
Хаммурапи



■ Стелла  
Хаммурапи



- **Закон 215. Если лекарь сделал человеку тяжёлую операцию или же он вскрыл бельмо и спас глаз - получит 10 сиклей серебра.**
- **Закон 318 - То же самое, но убил его или выколол ему глаз - то лекарю должны были отрубить руку.**



- Сушрута — древне-индийский медик, хирург и философ.



- Сушрута – автор древнейшего трактата по практической хирургии. Описано более 300 операций, свыше 120 хирургических инструментов и более 650 лекарственных препаратов.

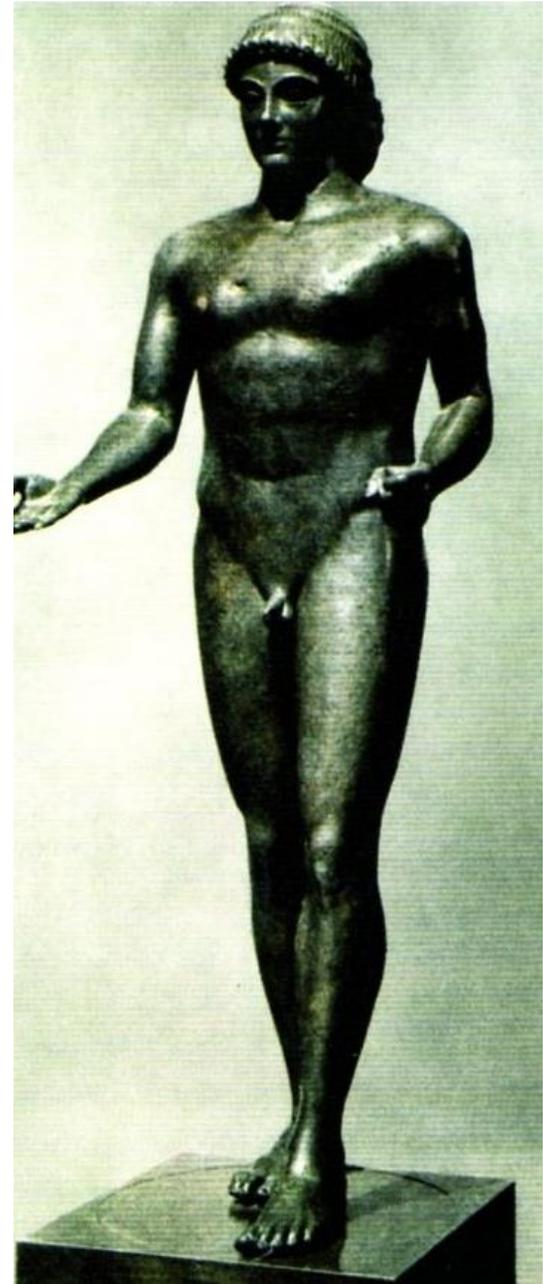
■ крово-  
пускание в  
Древнем  
Китае



- хирург Хуа То выполняет операцию раненому генералу Куан Ю



■ **Аполлон**



■ Асклепий и Гигея



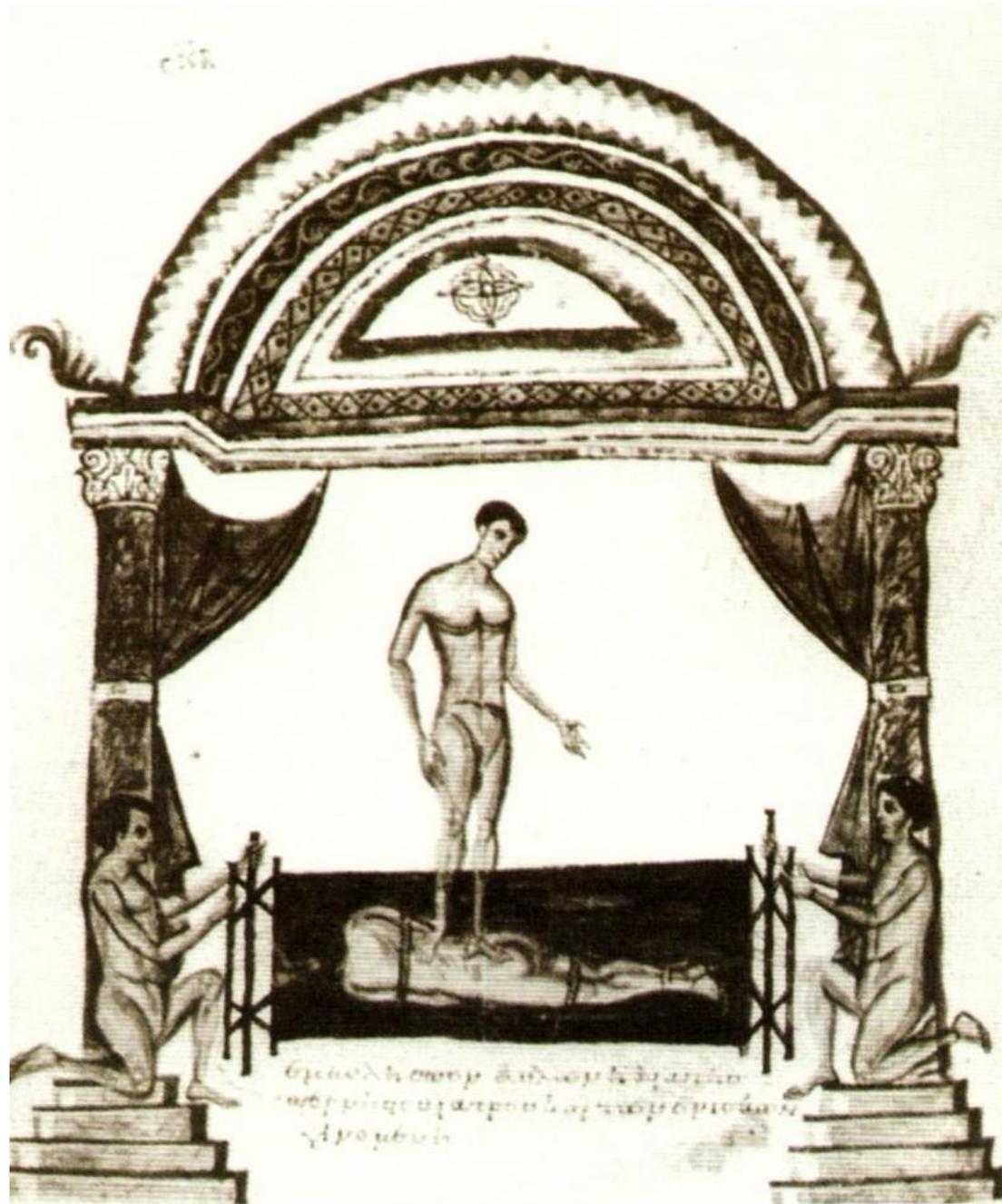
■ Гиппократ



- **вправление вывиха бедра по Гиппократу**



■ лечение  
выпадения  
меж-  
позвоночных  
дисков по  
Гиппократу



- **Авл Корнелий  
Цельс (25 лет до  
н.э. - 50 лет н.э.)**



■ Авиценна





183.

*Гравюра из книги Амбруаза Паре, в которой он обосновывает отказ от использования кипящего масла для остановки кровотечения (Библиотека ВОЗ, Женева)*

■ **Андреас  
Везалий**



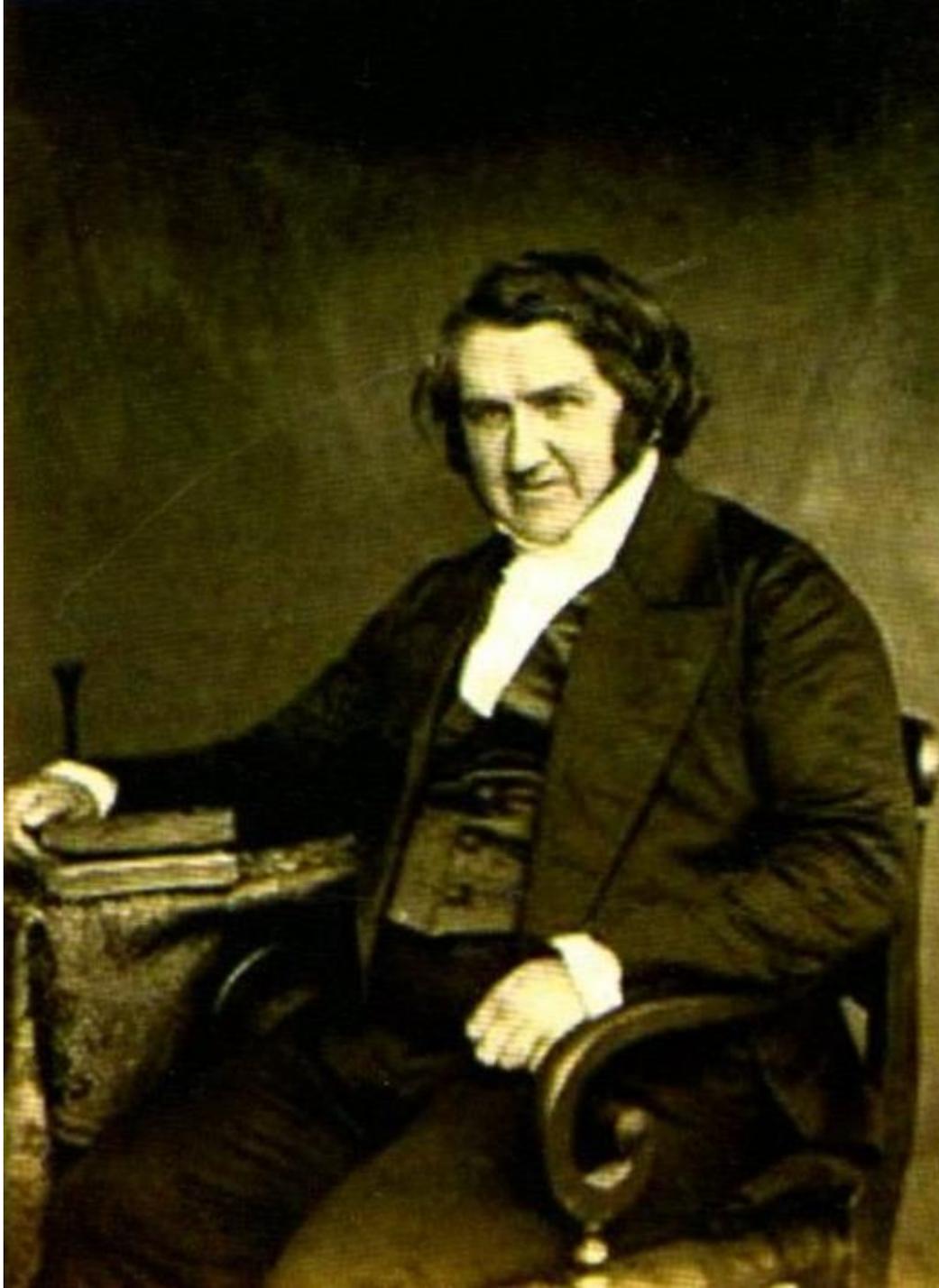


# История наркоза

- 16 октября 1846 г. – день рождения современной анестезиологии. Первый наркоз дал У.Мортон, хирург Д.Уоррен



- **Дж. Симпсон  
перво-  
открыватель  
усыпляющих  
свойств  
хлороформа**



# Три достижения, определившие развитие современной хирургии

- 1. Анатомия Везалия
- 2. Асептика и антисептика.
- 3. Открытие наркоза

# АСЕПТИКА

- это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания инфекции в рану, а так же на предупреждение распространения внутрибольничной инфекции

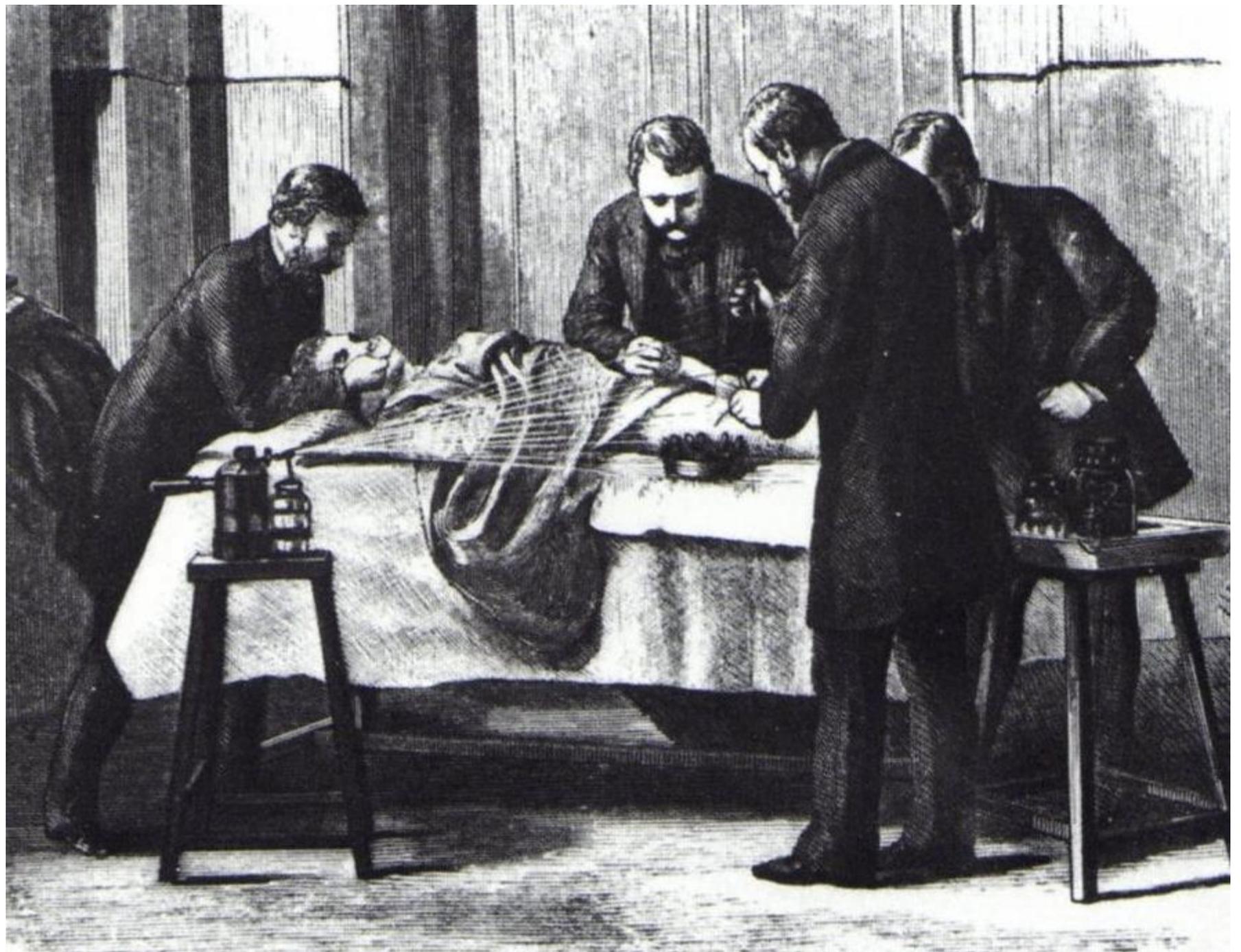
- **АНТИСЕПТИКА**

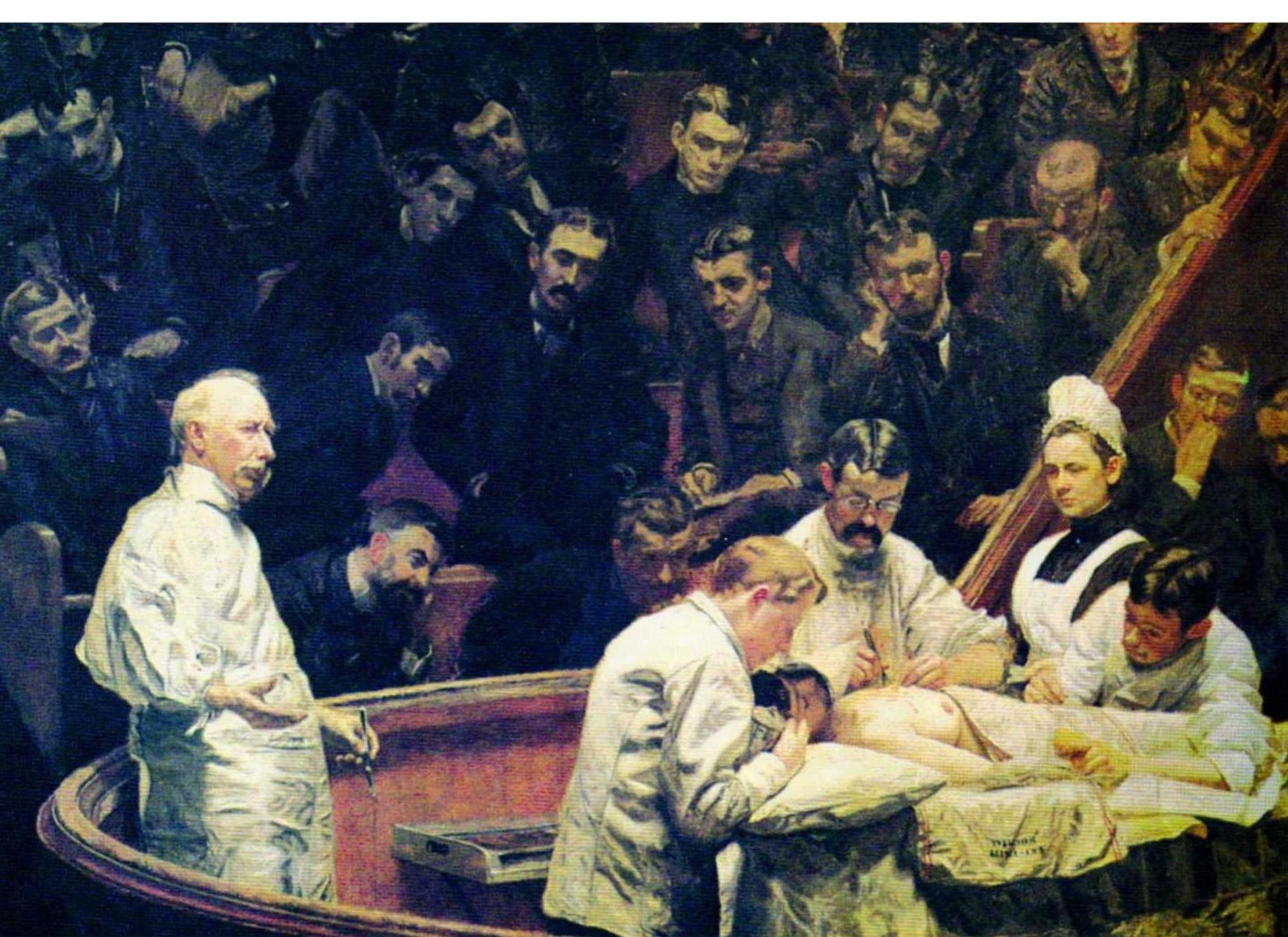
- это комплекс мероприятий, направленных на борьбу с инфекцией в ране и организме в целом.

## Предшественники АСЕПТИКИ и АНТИСЕПТИКИ

- Антонио ван Левенгук (1632-1723)  
Голландия
- Луи Пастер (1822-1895) Франция
- Игнац Земмельвейс (1818-1865) Венгрия
- Жюль Лемер Франция
- Джозеф Листер (1827-1912)







# Выдающиеся хирурги 19 и 20 века

- 1. Теодор Бильрот (1829-1896) – немецкий ( австрийский ) хирург, основоположник современной абдоминальной хирургии
- 2. Эмиль Теодор Кохер ( 1841 – 1917 ) — швейцарский хирург, лауреат Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1909 году «за работы в области физиологии, патологии и хирургии щитовидной железы».

- 3.Алексис Каррель (1873 -1944 ) –французский хирург и биолог, лауреат Нобелевской премии ( 1912 ) за разработку сосудистого шва и трансплантации органов.
- 4. В 60 –х годах XX столетия в мировой медицине произошли два исторических события, обозначивших начало новой эпохи. КРИСТИАН БАРНАРД ( 1967 ) в Южной Африке выполнил первую плановую успешную операцию по пересадке сердца, а ТОМАС СТАРЛЗ ( 1963 ) в США осуществил первую плановую трансплантацию аллогенной печени. Эти две операции изменили отношение к трансплантации органов.

- « Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит» - Бургав.

# КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

- По способу построения и обоснования  
– прямой и дифференцированный  
ый диагноз

- Прямой диагноз –типичные, «патогномоничные» симптомы рассматриваются с точки зрения одного заболевания.
- Дифференцированный – из ряда различных заболеваний, имеющих общие симптомы, исключают то или иное заболевание

# Три вида диагнозов

- А) Предварительный ( при поступлении ),
- В) Основной или клинический,
- Г) Окончательный
- Эти три диагноза отражают определенные этапы диагностического процесса

# Доказательная медицина

- Доказательная медицина (англ. Evidence-based medicine — медицина, основанная на доказательствах) — подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных (Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

# Доказательная медицина, история вопроса

- В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения в клинических исследованиях. Под практикой доказательной медицины понимают использование данных, полученных из клинических исследований в повседневной клинической работе врача.
- В большинстве стран стали общепризнанными некоторые правила проведения клинических исследований, изложенные в стандарте GCP (Good Clinical Practice, «Надлежащая клиническая практика»), а также правила производства лекарственных средств (стандарт GMP) и выполнения лабораторных исследований (стандарт GLP).

# Уровни доказательной медицины

- Класс (уровень) I (A) большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
- Класс (уровень) II (B) небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе больных.
- Класс (уровень) III (C) нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
- Класс (уровень) IV (D) выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме

# Деонтология

- Учение о принципах поведения медицинского персонала, направленное на максимальное благо больных людей,веряющих им свою жизнь, а также на достижения индивидуального благополучия и признание почетного положения врача.

# Деонтологические правила

- 1. Достижение гармоничности в работе, взаимного уважения товарищей по работе и уважения к больным.
- 2. Охрана психики больных и родственников.
- 3. Полноценное обезболивание

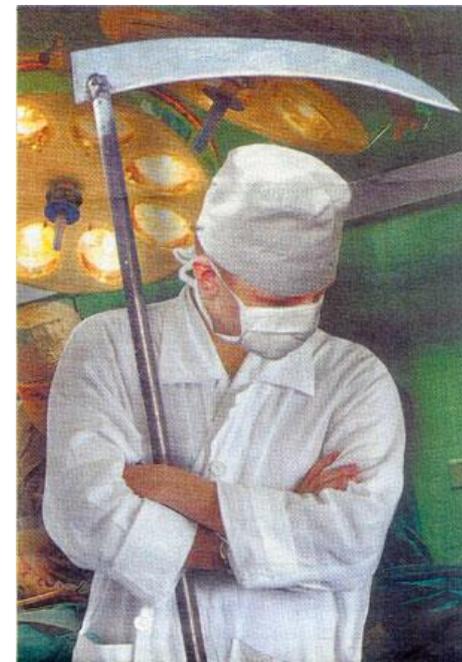
# Деонтологические правила

- 4.Своевременная и правдивая информация больного о его заболевании и лечении.
- 5.Заботливое и правильное отношение к тяжелым и неизлечимым больным
- 6. Безукоризненное выполнение приемов операции.

# Юридические аспекты хирургической деятельности.

- Две главные причины этических и юридических конфликтов: 1) несоблюдение прав больного и невыполнение обязанностей врача,
- 2) ятрогения.

**Ятрогения (от греч. iatros — врач, гennaо — порождаю) — негативное воздействие врача, медицинского работника на пациента, приводящее к неблагоприятным последствиям.**



А. В. Петровский

# Ошибки в хирургии

- **Хирурги клиники Мейо совершили 69 «никогда не случающихся» ошибок за 5 лет**

# Ошибки в хирургии

- К счастью, ни одна из несольких сот ошибок, совершенных докторами клиники, не привела к летальному исходу. Тем не менее, 69 раз произошли события, «которые никогда не случаются»: 24 раза было проведено «неправильное вмешательство», 18 раз бригада оставляла в теле пациента хирургический инструментарий.

# четыре вида ответственности врача

1. Дисциплинарная – ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение врачом, возложенных на него обязанностей ( замечание, выговор ).
2. Административная – наказание за совершение правонарушения, посягающего на общественные отношения в сферах здоровья ( сокрытие ВИЧ-инфекций, контактов, создающих опасность заражения ).

# Виды ответственности врача

- 3.Гражданская – ответственность за причинение имущественного вреда (приобретение пациентом лекарств, расходы на санаторно-курортное лечение ), которая обычно состоит в денежной компенсации.

# Виды ответственности врача

- 4. Уголовная. Уголовный кодекс не содержит специальной статьи, посвященной исключительно ненадлежащему оказанию медицинской помощи. Тем не менее, определенные действия врача могут повлечь наступление ответственности более, чем 25 статьям УК.

# ВИЧ и хирургия

- Заболевание характеризуется спектром клинических проявлений от бессимптомной ВИЧ-инфекции до развернутого СПИДа, включающего возникновение оппортунистических инфекций. В основе диагностики лежит количественное исследование клеток, которые называются CD4 лимфоциты. Это лишь одна разновидность иммунных клеток организма, но именно они поражаются вирусом и количество клеток в пробе является маркером для определения наличия ***В зависимости от числа CD4+ ВИЧ-инфекция классифицируется на:***
  - Ранняя стадия (CD4+ >500/μl)
  - Промежуточная стадия (CD4+ 200-499/μl)
  - Развернутая стадия (CD4+ 50-200/μl)
  - Терминальная (CD4+ <50/μl)
- Диагноз СПИД определяется как CD4+ <200/μl независимо от присутствия симптомов или других заболеваний.
- **Норма CD4 у здорового человека составляет примерно 400-1600 клеток/мл – для мужчин, 500-1600 клеток/мл – для женщин.**

- **Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом** обнародовал данные по ВИЧ за первые шесть месяцев 2020 года. По состоянию на 30 июня в России проживало 1 094 050 россиян с выявленным диагнозом ВИЧ. По предварительным данным, в первом полугодии 2020 года умерло 14 439 инфицированных ВИЧ (аналогично период 2019). Умирают инфицированные ВИЧ в среднем в возрасте 39 лет. Основной причиной летальных исходов остается туберкулез.
- По последним данным от коронавируса в России умерло 19 418 человек. !!

ВИЧ и ЦМВ(цитомегаловирусная инфекция - или цитомегалия — хроническое герпесвирусное заболевание человека с возможностью поражения практически всех органов и систем)

- У больных с иммунодефицитом ЦМВ протекает более тяжело, так как **вирус быстро распространяется по организму и вызывает:**
- поражение центральной нервной системы с возможными судорогами, возникновением комы;
- тяжелую диарею;
- пневмонию, затруднения дыхания;
- гепатит (поражение печени).
- Заподозрить инфекцию **можно** по общему анализу крови, где уровень лимфоцитов превышает 50% ( у взрослых) и 72% (у детей до 4,5 лет).

# Особенности работы хирурга с ВИЧ инфицированными больными

- 25% больных со СПИДом в течение своей болезни нуждаются в помощи хирурга.
- Пути передачи: половой контакт, кровь больного, отделяемое из ран. ВИЧ обнаружен в слюне и слезной жидкости, однако случаев заражения при контакте с ними не зарегистрировано.

- Контагиозность вируса гепатита В в несколько раз выше по сравнению с ВИЧ. Все меры предосторожности и дезинфекции, применяемые при работе с больными – носителями вируса гепатита В, эффективны и при ВИЧ, т.е. фатальности никакой нет, если применять все организационные меры.

- По данным американских авторов ( 2012г. ) , из 200 случаев контакта медицинских работников с инфицированным материалом, вследствие прокола кожи иглой, ни у одного человека в течение года не наступила заражения. До 2014 г. во всем мире случаев доказанного инфицирования мед. персонала было 25 случаев.

# Что нужно делать при повреждении кожи во время операции

- Немедленно снять перчатку,  
дезинфицировать рану, проверить кровь  
больного на носительство вируса,  
проверить свою кровь на ВИЧ через 6, 12  
недель, 6 месяцев и один год на наличие  
антител к ВИЧ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

**ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Кафедра госпитальной хирургии**

**Желудочно-кишечные кровотечения  
неязвенной этиологии**

Профессор В.А.Гольбрайх

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

По этиологическим признакам выделяют:



Язвенные кровотечения, возникают:

- а) при язвенной болезни желудка и ДПК;
- б) при пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

## 1. По этиологическим признакам выделяют:

### Неязвенные кровотечения, возникающие:

- а) при варикозном расширении вен пищевода и желудка (синдром портальной гипертензии);
- б) при линейных разрывах слизистой оболочки кардиального отдела желудка (синдром Маллори-Вейса);
- в) при эрозивном геморрагическом гастрите, эрозивно-язвенном эзофагите;
- г) при острых язвах ЖКТ;
- д) при доброкачественных и злокачественных опухолях желудка и кишечника;
- е) при дивертикулах пищеварительного тракта;
- ж) при ущемленной грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- з) при ГЭРБ;
- и) при других редких заболеваниях (болезни Крона, НЯК, радиационные поражения);
- к) при заболеваниях печени и желчевыводящих путей (опухоли, кисты, абсцессы печени, кисты протоков, острый деструктивный панкреатит, рак поджелудочной железы), при которых происходит опорожнение крови через желчные пути;
- л) при заболеваниях крови (лейкозы, гемофилия, болезнь Верльгофа – тромбоцитопеническая пурпура, болезнь Шенлейна-Геноха – геморрагический васкулит);
- м) при заболеваниях кровеносных сосудов (аневризма аорты и ее ветвей, кавернозные гемангиомы, синдром Дьелафуа – интрамуральные артерио-венозные мальформации, болезнь Рандю-Вебера-Ослера – множественные телеангиоэктазии).

# ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ НЕЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Возникновение кровотечений из желудочно-кишечного тракта обусловлено несоответствием между воздействием агрессивных факторов на клетки слизистых оболочек и факторов их защиты (препятствующих распространению деструктивного процесса в толщу стенок полых органов до уровня крупных внутрисстенных сосудов)

## **Агрессивные факторы :**

1. кислая рН в желудке за счет продукции соляной кислоты, гастрина, пепсина;
2. повреждающее действие содержимого ДПК (желчь и активированные ферменты поджелудочной железы);
3. экзо- и эндотоксины условно-патогенной флоры ЖКТ.

## **К механизмам защиты слизистой оболочки органов ЖКТ, относят:**

1. гемато-гистологический барьер, включающий в себя клеточные элементы слизистых оболочек, которые продуцируют слизистый секрет, содержащий бикарбонатный компонент, вырабатывают простагландиновые комплексы, имеют способность к регенеративным процессам;
2. реакцию соединительнотканых элементов подслизистого слоя к формированию отграничительного грануляционного вала;
3. систему гемостаза;
4. двигательную (перистальтическую) активность органов.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Показатели кровопотери	Степень кровопотери			
	Легкая	Средняя	Тяжелая	Крайне тяжелая
Клинические признаки	Легкая бледность кожных покровов. Симптом «бледного пятна» до 3 см	Значительная бледность кожных покровов. Однократная потеря сознания, повторная рвота кровью, мелена. Симптом «бледного пятна» > 3 см	Резкая бледность кожных покровов, потеря сознания, жажда, холодный липкий пот, обильная повторная рвота кровью. Симптом «бледного пятна» не определяется	То же, что при тяжелой степени, угнетение сознания
сАД мм. рт. ст.	Не понижено	90	Ниже 90	Ниже 60
Частота пульса, уд/мин	100	120	Свыше 120	Свыше 120
Гемоглобин, г/л	100-200	80- 100	Ниже 80	Ниже 80
Количество эритроцитов	3,5x10 <sup>12</sup>	2,5x10 <sup>12</sup>	Менее 1,5x10 <sup>12</sup>	Менее 1,5x10 <sup>12</sup>
Гематокрит, %	35	25-30	Менее 25	Менее 25
Относительная плотность крови	1,053– 1,050	1,050– 1,045	Ниже 1,044	Ниже 1,044
ЦВД, мм.вод.ст.	50-160	Ниже 50	Около 0	Около 0
Дефицит ОЦК	До 15%	До 25%	До 40%	Более 40%
КЩС	Норма	Компенсированный метаболический ацидоз	Метаболический и дыхательный ацидоз	Метаболический и дыхательный ацидоз
Величина кровопотери	500	1000	Более 1500	Около 2000 и более

# ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

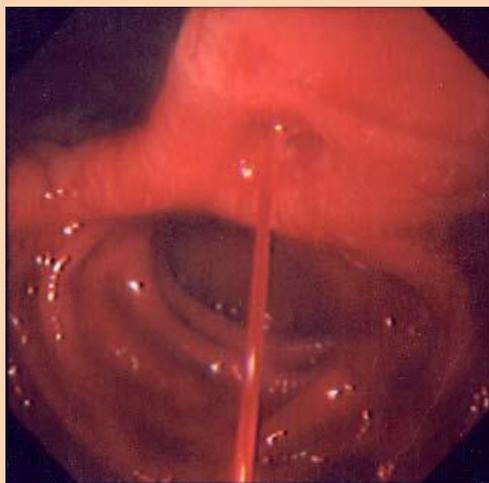
Лабораторные показатели красной крови могут реагировать на кровопотерю не сразу. Существенное снижение уровня эритроцитов и гемоглобина отмечается лишь через 12-24 часа.

Уровень гематокрита в первые сутки при остром кровотечении также слабо отражает реальный объем кровопотери. Поэтому величина гематокрита снижается лишь после восстановления ОЦК. Это восстановление происходит за счет внесосудистой жидкости, через 24-48 часов.

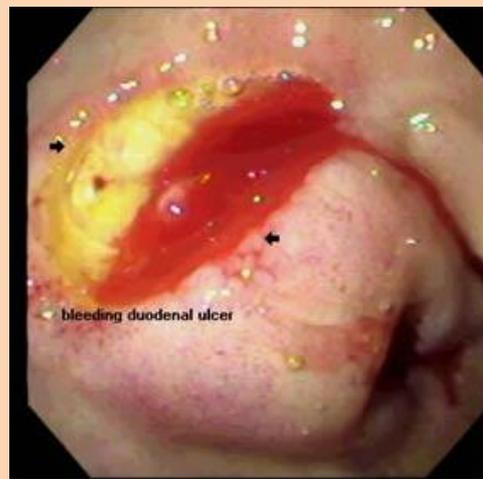
При кровотечениях из пищеварительного тракта необходимо также определять количество тромбоцитов, факторы свертывания крови, группу крови и резус-фактор, наличие скрытой крови в аспирате и кале.

# Инструментальные методы диагностики неязвенных Ж.К.Т

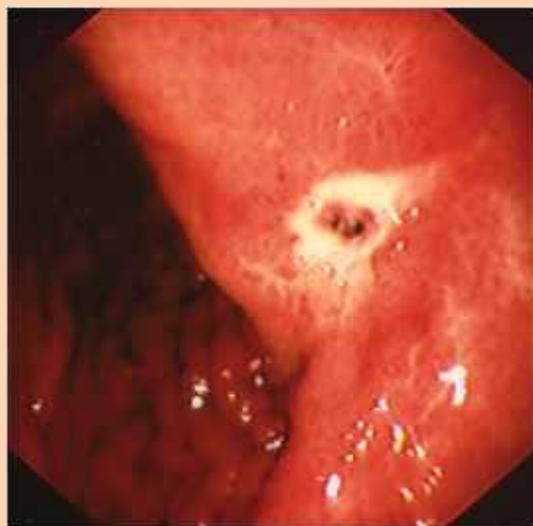
- 1. Эзофагогастродуоденоскопия.
- 2. Интестиноскопия; исследования пассажа бария по тонкой кишке; эндоскопическая капсула.
- 3. КТ и МРТ брюшной полости ( в основном для диагностики опухолей).
- 4. Ирригоскопия и колоноскопия



**Forrest Ia -  
струйное**



**Forrest Ib - вялое венозное  
кровотечение**



**Forrest IIa – видимый тромбированный сосуд  
(«часовой тромб»)**



**Forrest IIb – фиксированный сгусток**



**Forrest IIc – геморрагическое  
пропитывание**

# ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Для диагностики характера и локализации источника кровотечения используются **рентгенологические исследования и видеокапсулирование.**

Общедоступные методики рентгенологической диагностики (обзорная рентгенография органов брюшной полости), являются малоинформативными в отношении поиска источника кровотечения.

Исключение составляют грубые структурно-функциональные изменения со стороны органов, которые возможно выявить при контрастировании органов ЖКТ. Так, к примеру, при локализации источника кровотечения в верхних (пищевод, желудок, ДПК) отделах пищеварительного тракта возможно проведение эзофагогастродуоденографии (рис.7-8); при кровотечениях, проявляющихся кровавым стулом показана ирригоскопия.



Контрастирование  
варикозно расширенных  
вен пищевода при  
эзофагографии



Параэзофагеальная грыжа  
при рентгеноскопии  
желудка

# ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

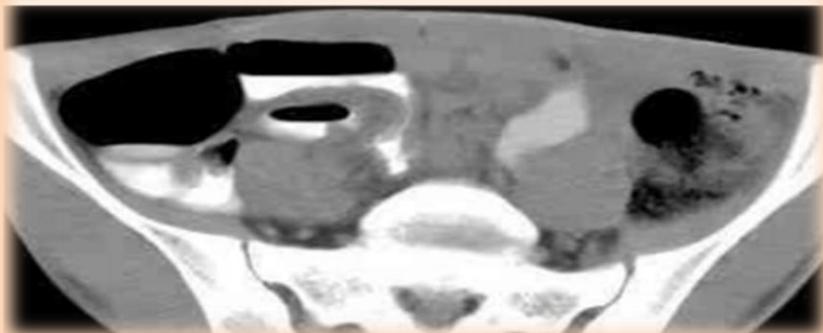
Преимущество компьютерной томографии (КТ) по сравнению с традиционной рентгенографией — возможность визуализации стенки кишки или желудка, а также более точное выявление экстрамуральных и мезентериальных изменений (рис.9).

При подозрении на опухоль желудка и кишечника КТ применяют для углублённой характеристики распространения опухолевого процесса в брюшной полости.

Для целенаправленного исследования сосудов (КТ-ангиография) используют спиральные, мультиспиральные или электроннолучевые компьютерные томографы, позволяющие получать большое количество срезов за минимальное время.

При проведении КТ возможна последующая реконструкция двухмерных плоских изображений в трёхмерные. Производя «вращение» объекта, можно исследовать интересующие зоны в различных плоскостях, под разным углом зрения, что позволяет «заглянуть» внутрь изучаемого органа.

КТ используют не только в диагностических целях, но и в качестве «навигатора» для выполнения малоинвазивных лечебных процедур.

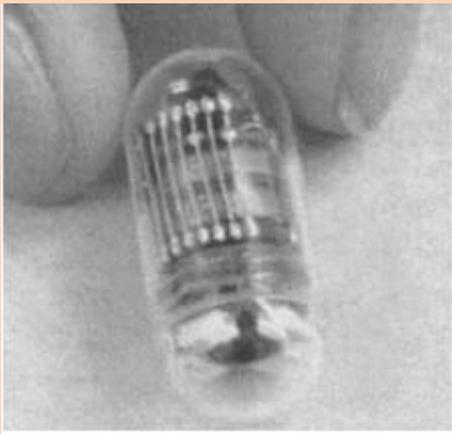


КТ-признаки фиброзной трансформации терминального отдела подвздошной кишки при болезни Крона

# ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Диагностические трудности возникают при локализации источника кровотечения в тонкой кишке, которая является «немой зоной» для исследования в общепольничной сети. Единственным методом исследования данного органа является визуальная диагностика с использованием эндоскопического оборудования нового поколения.

Эндоскопическая капсула M2A (Given Diagnostic Imaging), несмотря на малые габариты (размер капсулы всего 11x26 мм, вес не более 4 г), позволяет получать и анализировать высококачественные видеоизображения всего желудочно-кишечного тракта (рис.10).



Это возможно благодаря особому оснащению данного устройства. Она содержит цветную камеру, 4 источника света, радиопередатчик и батареи. В настоящее время использование системы визуальной оценки позволяет с большой точностью осуществлять поиск любой патологии желудочно-кишечного тракта.

# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Лечение кровотечения из пищеварительного тракта должно быть индивидуальным и комплексным. Больные с желудочно-кишечными кровотечениями должны госпитализироваться в хирургический стационар.

**Оказание неотложной помощи базируется на основных принципах:**

1. местное применение холода;
2. голод;
3. покой;
4. венозный доступ путем катетеризации периферических либо подключичной вен;
5. аспирация желудочного содержимого;
6. катетеризация мочевого пузыря;
7. проведение инфузионно-трансфузионной терапии;
8. гемостатическая терапия.

# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

## Медикаментозный

### орошение растворами медикаментов:

- ❖ гемостатиками: хлорид кальция, аминокaproновая кислота, капрофер и сосудосуживающими препаратами (мезатон, адреналин)
- ❖ денатурирующими препаратами (этиловый спирт и др.)

### инfiltrационный гемостаз:

- ❖ раствором адреналина
- ❖ физиологическим раствором (гипертоническим)
- ❖ медицинским клеем
- ❖ цианакрилатами
- ❖ силиконовыми композициями
- ❖ масляными растворами
- ❖ спирт-новокаиновыми смесями
- ❖ денатурирующими растворами
- ❖ склерозирующими препаратами

**нанесение пленкообразующих препаратов**  
(лифузоль, статизоль)

## Механический:

- ❖ клипирование сосуда гемостатическими клипсами
- ❖ лигирование эластическими кольцами
- ❖ лигирование эндопетлей

## Физический:

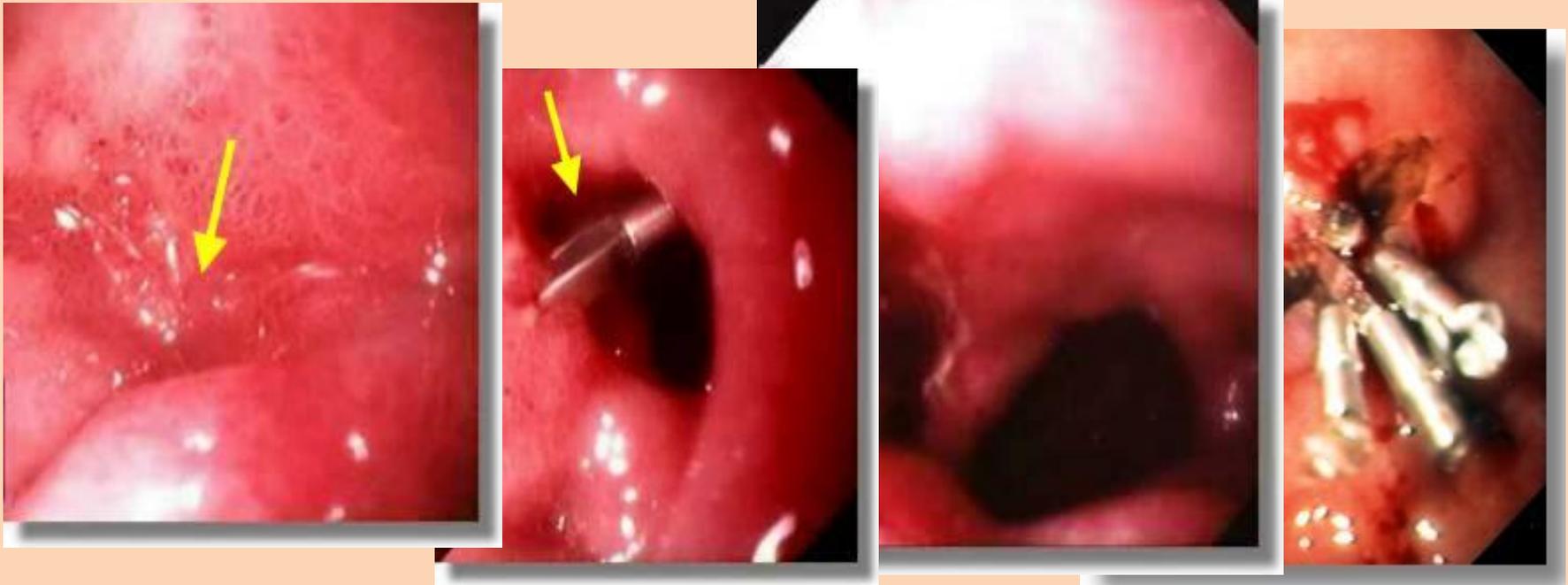
- ❖ термовоздействие
- ❖ криовоздействие
- ❖ электрокоагуляция (монополярная и биполярная)
- ❖ лазерная фотокоагуляция
- ❖ плазменная коагуляция
- ❖ радиоволновое воздействие

# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Клипирование - наложение металлических скобок на видимый сосуд или очаг кровотечения.

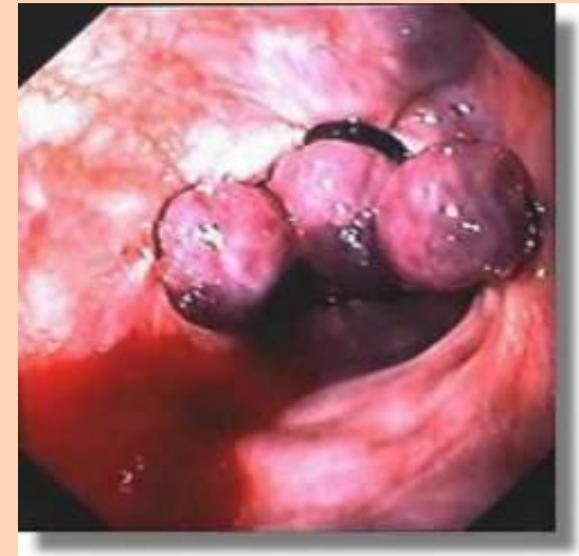
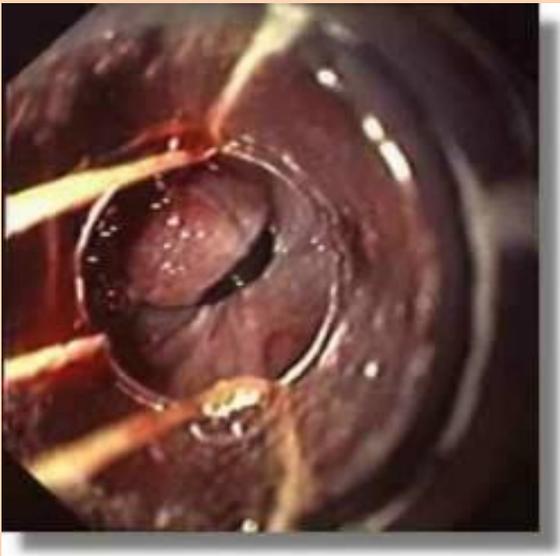
## **Показания:**

Видимый кровоточащий или некровоточащий сосуд,  
Кровотечение с ограниченной поверхностью



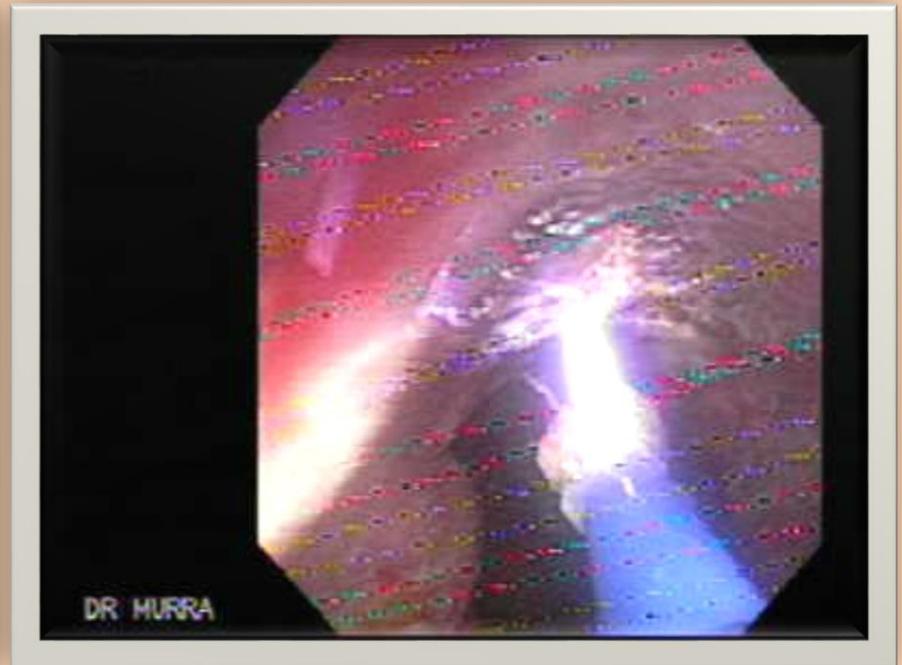
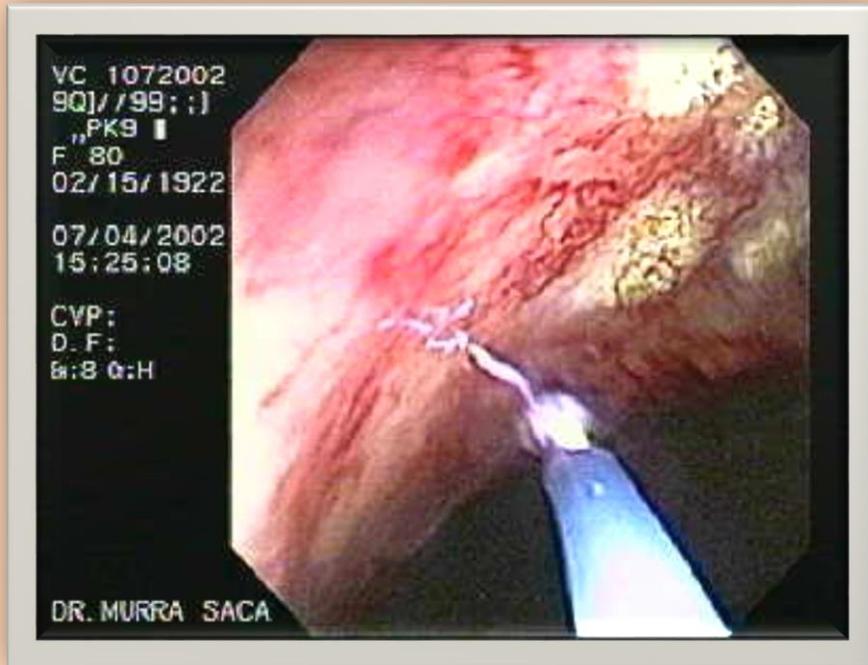
# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Лигирование - присасывание варикозного узла и набрасывание резинового кольца на его основание для того, чтобы прервать кровоток.



# ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО- ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Применяется практически во всех случаях кровотечений из пищеварительного тракта, особенно эффективен метод при злокачественных опухолях ЖКТ.



# ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. ОСТРЫЕ ЯЗВЫ.



Макроскопически острые язвы выглядят как круглые, овальные или реже — полигональные дефекты, дно их серовато-жёлтое, после отторжения некротических масс — серо-красное. При острой язве разрушается слизистая оболочка и подслизистый слой стенки органов, что зачастую является результатом слияния мелких эрозий.

Размеры острой язвы обычно не превышают 1 см. Края их невысокие, сглажены, при биопсии мягкие. До 1/3 острых язв осложняются кровотечением. Представляет интерес наличие острых язв, оба края которых подрыты, а слизистая оболочка почти соединилась над язвенным дефектом. Благодаря этому, язва на срезах приобретает треугольную форму с вершиной, обращённой в просвет желудка. После заживления острой язвы остаётся плоский, звездчатый реэпителизированный рубец.

# ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА.

**Синдром Золлингера-Эллисона** (аденома поджелудочной железы ульцерогенная, гастринома) — опухоль островкового аппарата поджелудочной железы, характеризующаяся повышенной секрецией гастрина, который активирует секрецию желудком больших количеств соляной кислоты.

Этим обусловлено возникновение пептических язв двенадцатиперстной кишки и желудка, не поддающихся лечению и сопровождающаяся упорными поносами.



Синдром возникает в результате опухоли, располагающейся в области головки или хвоста поджелудочной железы (85% случаев). В 15% случаев опухоль локализуется в желудке или является проявлением множественного эндокринного аденоматоза (множественной эндокринной неоплазии). Развитие пептических язв, устойчивых к лечению, связано с повышенной выработкой желудочного сока и, соответственно, соляной кислоты и ферментов.

У подавляющего большинства пациентов локализуется в двенадцатиперстной кишке, реже обнаруживается в желудке и тощей кишке. Часто наблюдаются множественные язвы желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки.

# ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. СИНДРОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА .

**Синдром Маллори — Вейсс** (по МКБ-10: **желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром**) — поверхностные разрывы слизистой оболочки брюшного отдела пищевода и кардиального отдела желудка при рецидивирующей рвоте, сопровождающиеся кровотечением.

Состояние было впервые описано в 1929 г. Маллори и Вейссом у 15 больных алкоголизмом.

**Этиология.** Частая причина — многократная рвота после злоупотребления алкоголем. Также относятся переедание, тупую травму живота, сильный кашель, астматические состояния, посленаркозную рвоту, эндоскопические исследования.

Возникновению синдрома Маллори-Вейсса способствуют острый и хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК, рак желудка, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, заболевания печени и поджелудочной железы.

**Патогенез.** Основная роль отводится внезапному повышению внутрижелудочного давления вследствие дискорреляции замыкательной функции кардиального и пилорического сфинктеров.

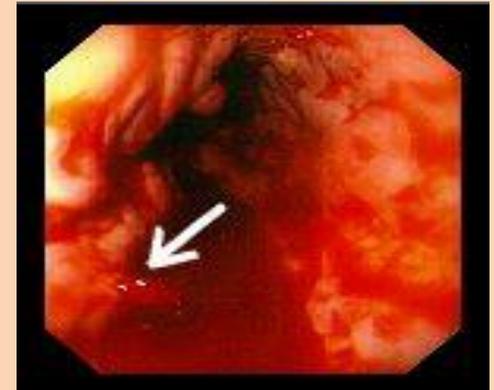


# ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Кровотечение портального генеза обусловлено повышением портального давления.

Выделяют 4 вида проявлений гипердинамической циркуляции при портальной гипертензии:

1. Кровотечения из варикознорасширенных вен пищевода. (60%).
2. Кровотечения из варикознорасширенных вен желудка. Варикозно- расширенные вены желудка чаще развиваются при подпеченочной форме портальной гипертензии. Кровотечения из желудочных варикозов развиваются реже, чем из пищеводных.
3. Портальная гипертензионная гастропатия. Морфологически она характеризуется расширением подслизистых вен желудка. У больных циррозом печени частота развития портальной гипертензионной гастропатией составляет 50-60%.
4. Варикозное расширение вен прямой кишки и эктопические варикозы являются редкими источниками кровотечения при портальной гипертензии



# ЧАСТНЫЕ ФОРМЫ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА.

Через пару часов необходимо спустить пищеводный (проксимальный) баллон во избежание образования пролежней пищевода и для контроля гемостаза. Если кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода продолжается, то проксимальный баллон вновь надувают. Если после того, как пищеводный баллон спустили, кровотечение из ВРВ пищевода не возобновилось, то зонд Блэкмора не убирают, а оставляют в желудке для контроля гемостаза, чтобы в случае рецидива кровотечения, вновь раздуть проксимальный (пищеводный) баллон.

