**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Реферат

на тему:

**«Кровотечение из ЖКТ и органов мочевой системы»**

**Пенза 2008**

# **План**

1. Кровавая рвота
2. Кровотечение желудочное
3. Кровавый стул
4. Кровотечение из почек и мочевыводящих путей

Литература

**1. Кровавая рвота**

Чаще всего оказывается симптомом кровотечения из пищевого, желудка и двенадцатиперстной кишки. Реже в рвотных массах может оказаться кровь, проглоченная больным при недиагностированном носовом или легочном кровотечении. При профузном кровотечении растяжение желудка рефлекторно вызывает рвоту. Кровь в таких случаях бывает алой, неизменной. При поступлении в желудок относительно небольших количеств крови, а также при длительном пребывании крови в желудке она, подвергаясь воздействию соляной кислоты желудочного сока, меняет свою окраску. Рвотные массы при этом становятся черно-бурыми, напоминающими кофейную гущу. При отсутствии растяжения желудка кровью рвоты может не быть. В таком случае излившаяся в желудок или двенадцатиперстную кишку кровь через 12–24 и после начала кровотечения выделяется со стулом, придавая ему черную окраску (дегтеобразный стул).

Наиболее частой причиной кровавой рвоты оказывается кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки или желудка. Реже кровотечение и кровавая рвота могут быть вызваны опухолью желудка, геморрагическим гастритом, варикозным расширением вен пищевода, разрывом слизистой оболочки желудка (синдром Маллори-Вейсса), ее ожогом. Причинами кровавой рвоты могут быть также поступление крови через желчные протоки при травме печени (гемобилия), болезни крови и другие заболевания.

Почти всегда еще до появления кровавой рвоты и черного стула развиваются более или менее выраженные общие признаки острого малокровия (общая слабость, обморочные состояния, тахикардия и т.д.). Для желудочного кровотечения при синдроме Маллори-Вейса характерна кровавая рвота после многократной рвоты без примеси крови.

В условиях оказания неотложной помощи в большинстве случаев весьма трудно установить истинную причину кровотечения, приведшего к кровавой рвоте, поэтому считают допустимым условный диагноз: желудочное кровотечение или желудочно-кишечное кровотечение. Нужно предостеречь от возможности ошибки, когда за примесь крови к рвотным массам принимают выделение принятых незадолго до рвоты красного вина, варенья и т.д.

Неотложная помощь и госпитализация. Во всех случаях больных с желудочно-кишечным кровотечением (даже при отсутствии общих симптомов острого малокровия) экстренно госпитализируют в хирургический стационар. Транспортируют больных на носилках, при признаках острого малокровия – с опущенным головным концом. Больному следует ввести 100 мл 5% раствора аминокапроновой кислоты внутривенно капельно. 10 мл 10% раствора глюконата кальция внутримышечно (или внутривенно) или 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно, 1–2 мл 1% раствора викасола внутримышечно.

В стационаре проводят исследования (гастрофиброскопия и др.) для уточнения источника кровотечения и проведения гемостатической терапии. Если в течение 24–48 и от активной консервативной гемостатической терапии эффекта не получено, показано экстренное оперативное вмешательство. В некоторых случаях кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта можно остановить при лечебной эндоскопии (полипэктомия через эндоскоп, электрокоагуляция источника кровотечения и т.п.).

**2. Кровотечение желудочное**

Наиболее частые причины желудочного кровотечения – язвенная болезнь желудка, доброкачественные опухоли желудка (полип, лейомиома, невринома, липома), злокачественные новообразования желудка (рак, саркома), эрозивный (геморрагический) гастрит, синдром Маллори-Вейсса. Сифилитическое поражение желудка, туберкулез желудка, отдельные, лекарственные препараты (салицилаты, антикоагулянты, глюкокортикоидные гормоны и др.) могут стать причиной желудочного кровотечения.

Желудочное кровотечение может быть обусловлено повышенной хрупкостью сосудистой стенки, разрывом сосудов по ряду причин.

Симптомы желудочного кровотечения неоднородны и зависят от объема и продолжительности кровопотери: чем массивнее кровопотеря, тем тяжелее состояние больного. Почти всегда до развернутой симптоматики и появления кровавой рвоты и черного стула отмечаются нарастающая вялость, слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности. Характерны признаки остро развивающегося малокровия: головокружение, общая слабость, холодный пот, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, падение АД, тахикардия. Кровавая рвота и дегтеобразный стул – наиболее достоверные, но не всегда первые признаки желудочного кровотечения.

Дегтеобразный стул (мелена) может появиться как через несколько часов, так и нередко через 1–2 сут. после начавшегося кровотечения.

Нередко желудочное кровотечение бывает первым и единственным проявлением заболевания. Причина желудочного кровотечения не вызывает сомнения при наличии признаков язвенной болезни, хронического гепатита, цирроза печени, указаний на прием салициловых препаратов, глюкокортикоидов. Однако в ряде случаев распознавание причины желудочного кровотечения вызывает затруднения. Среди них особого внимания заслуживают длительно и скрыто протекающие заболевания, в частности доброкачественные или злокачественные опухоли желудка, особый вариант бессимптомного течения язвенной болезни. В остром периоде инфаркта миокарда может быть желудочное кровотечение вследствие образования острых эрозий и язв слизистой оболочки либо нарушения проницаемости сосудистой стенки. Окончательно судить о причине кровотечения можно только после тщательного обследования больного в стационаре, включая исследование крови (клиническое и биохимическое), эндоскопическое и рентгенологическое исследование.

Из острых заболеваний желудка острые эрозии и язвы наиболее часты. Причины острых эрозий и язв гастродуоденальной системы различны и либо связаны с приемом некоторых лекарственных препаратов, либо развиваются в состоянии стресса, либо сопутствуют некоторым острым и хроническим заболеваниям.

Среди острых язв желудка имеются своеобразные, редко встречающиеся изъязвления, сопровождающиеся массивным кровотечением из крупных аррозированных сосудов – так называемые простые эрозии, или простые изъязвления. Они располагаются вне зоны преимущественной локализации хронических язв желудка – в 3–4 см параллельно малой и большой кривизне. В этой зоне (шириной 1–2 см) нередко первичные ветви желудочной артерии проходят, не разделяясь, сквозь собственную мышечную оболочку в подслизистый слой, изгибаются в виде дуги и образуют сосудистое сплетение, от которого ретроградно отходят ветви, питающие мышечный слой. При образовании в этой зоне острой эрозии или язвы происходит аррозия крупного артериального сосуда, приводящая к массивному кровотечению, что служит показанием к неотложному хирургическому вмешательству.

У больных, находящихся в критическом состоянии (сепсис, шок), всегда следует иметь в виду возможность развития стрессовых язв гастродуоденальной системы. В патогенезе этих язв играют основную роль ишемия слизистой оболочки, нарушение слизистого барьера желудка и гиперхлоргидрия желудочного содержимого. В период стресса на 3–5‑й день развивается относительная гиперсекреция, приводящая к нарушению слизистого барьера и разрушению поверхностного эпителия. Массивные кровотечения возникают у 4–15% больных со стрессовыми язвами, причем нередко из поверхностных дефектов слизистой оболочки небольшого размера.

Неотложная помощь. Необходимо ввести внутривенно капельно 100 мл 5% раствора аминокапроновой кислоты, 10 мл 10% раствора глюконата кальция внутримышечно (или внутривенно) или 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно, 1–2 мл 1% раствора викасола внутримышечно. При массивном желудочном кровотечении вводят 50 мл 10% раствора желатина подкожно, предварительно подогрев раствор до 36–37˚С. Больному необходим полный покой, холод (пузырь со льдом на эпигастральную область); целесообразно глотать небольшие кусочки льда).

Госпитализация. Больные с признаками желудочного кровотечения должны экстренно направляться в хирургический стационар. Транспортируют больных, как правило, на носилках, при выраженных признаках кровопотери – с опущенным головным концом.

В первые часы пребывания больного в стационере необходимо экстренное эндоскопическое исследование, что позволит установить источник кровотечения. При тяжелой кровопотере необходима гемостатическая и заместительная терапия. При острой кровопотере до 1–1,5 л объем можно возместить плазмозамещающими растворами (полиглюкин, реополиглюкин, реоглюман, рондекс), которые вводят внутривенно струйно или капельно от 400 до 1200 мл. Скорость введения определяется общим состоянием больного, уровем АД, частотой пульса, показателем гематокрита, причем умеренная гемодилюция (гематокрит 25–30%) рассматривается как благоприятный фактор. При потерях крови от 1,5 до 3 л соотношение плазмозамещающих растворов и крови для трансфузионной терапии должно составлять 1:1, а при потерях более 3 л – 1:2. Во всех случаях количество плазмозамещающих препаратов должно составлять около 1 /3 объема крови (максимально 1,5 л) при обязательном учете гематокрита.

**3. Кровавый стул**

Появление крови из заднего прохода является симптомом кровотечения из толстой кишки или конечных петель подвздошной кишки. Чем ближе к анальному отверстию располагается источник кровотечения, тем менее измененной оказывается кровь. При кровотечениях из слепой, восходящей и поперечной ободочных кишок стул обычно бывает темно-бордовым или красновато-коричневым, из нисходящей ободочной и сигмовидной – ярко-красным или вишнево-малиновым, из желудка и двенадцатиперстной кишки – черным (дегтеобразный стул – мелена). При сочетании кишечного кровотечения с поносом стул становится ярко-красным независимо от высоты расположения источника кровотечения. При кровотечениях из прямой кишки примесь крови обнаруживается на поверхности каловых масс, имеющих нормальную окраску. При более обильном кровотечении из прямой кишки может выделяться чистая кровь без кала. Это может происходить при кровотечении из внутренних геморроидальных узлов, когда кровь скапливается в ампуле прямой кишки и затем выделяется наружу при позыве на дефекацию.

При ректальном кровотечении обязательно пальцевое исследование (или ректоскопия) прямой кишки для того, чтобы исключить наличие кровоточащей опухоли или другого источника кровотечения.

Неотложная помощь. Больным проводят гемостатическую терапию: вводят 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно или 10 мл 10% раствора глюконата кальция внутримышечно, 1–2 мл 1% раствора викасола внутримышечно. При сильном кровотечении следует ввести 100 мл 5% раствора аминокапроновой кислоты внутривенно капельно.

Госпитализация. Любое достаточно четко выраженное кишечное кровотечение является показанием к экстренной госпитализации больного в хирургический стационар. При небольших кровотечениях из прямой кишки возможно амбулаторное обследование. Если кровотечение обусловлено кровоточащей опухолью, больной может быть направлен в онкологическое учреждение.

**4. Кровотечение из почек и мочевыводящих путей**

Гематурия – выделение крови с мочой. Может быть видимой невооруженным глазом (макрогематурия) или различима лишь при микроскопии (микрогематурия). Различают тотальную макрогематурию, когда моча окрашена кровью на протяжении всего акта мочеиспускания с одинаковой интенсивностью; инициальную (начальную) макрогематурию, при которой только первая порция свежевыпущенной мочи окрашена кровью; терминальную (конечную) макрогематурию, когда кровь выделяется лишь в конце акта мочеиспускания. В большинстве случаев гематурия сопровождается другими симптомами того или иного заболевания. Основными патологическими поцессами при которых наблюдается кровотечение из органов мочевыделительной системы, являются опухоли, травмы, туберкулез, уролитиаз, воспаление (гломерулонефрит, цистит). Гематурия может быть также обусловлена гидронефротической трансформацией, поликистознгой дегенарцией почки, неправильно проводимым лечением антикоагулянтами (как осложнение этого лечения), она может быть проявлением геморрагического диатеза. Чаще всего гематурия является признаком опухолевого процесса.

Аденома предстательной железы. Кровотечение из мочевого пузыря, если оно не вызвано деструкцией опухоли, бывает обусловлено аденомой предстательной железы. В этом случае кровоточит отечная и разрыхленная слизистая оболочка мочевого пузыря над предстательной железой. Нередко травмируются и кровоточат варикозно расширенные в этом участке вены. Пузырное кровотечение может возникать вследствие внезапного изменения пузырного давления во время катетеризации в случаях задержки мочи в мочевом пузыре; во избежание этого необходимо в таких случаях опорожнять мочевой пузырь медленно, с перерывами.

Опухоли мочевого пузыря. До кровотечения в анамнезе могут быть расстройства мочеиспускания. В этих случаях макрогематурия (тотальная с бесформенными сгустками либо терминальная) может сопровождаться учащенным мочеиспусканием, болью в области мочевого пузыря.

Опухоли почек. Кровотечение начинается внезапно и без боли, сопровождается выделением червеобразных сгустков крови. По мере усиления кровотечения может развиться почечная колика, вызываемая обтурацией мочеточника кровяными сгустками. Иногда кровотечение достигает такой большой силы, что возникает тампонада мочевого пузыря сгустками.

Мочекаменная болезнь. В отличие от кровотечения при опухолях почек кровотечение при мочекаменной болезни возникает после приступа почечной колики (травмируются форниксы).

Туберкулез почек. Гематурия носит профузный характер. В анамнезе – часто туберкулез других органов и систем, постоянная тупая боль в поясничной области, иногда дизурия.

Циклическая магрогематурия у женщин в предменструальном периоде может быть признаком эндометриоза.

Нефроптоз и стеноз почечной вены. После физических нагрузок могут возникать так называемые форникальные кровотечения как результат внутрипочечной венозной гипертонии.

Острый гломерулонефрит. Характерна макроскопическая гематурия без сгустков наряду с остро возникшими отеками лица, ног и живота, а также с повышением АД.

Инфаркт почки. Гематурия обычно умеренная, острая боль в области почек, повышение температуры и АД при наличии сердечнососудистого заболевания, которое может быть причиной эмболии или тромбоза.

Травма органов мочеполовой системы почти всегда сопровождается гематурией. Весьма важно, поэтому при макрогематурии выявить вероятность предшествующей травмы органов мочеполовой системы, так как в этих случаях нередко требуются срочная госпитализация и срочное оперативное вмешательство. Если тотальная гематурия возникает вскоре после ушиба поясничной области, отмечается выбухание в этой области, характер мочеиспускания не изменяется, на коже поясничной области можно различить ссадины и кровоподтеки (наличие последних необязательно), то можно думать о повреждении почки. Травма почки может возникнуть и без непосредственного воздействия на область этого органа: она может быть следствием чересчур сильного напряжения брюшного пресса при подъеме тяжести или резкого поворота туловища. В такой ситуации почка как бы «вывихивается» из своего ложа. Заподозрить травму мочевого пузыря можно при сочетании макрогематурии с резко выраженной дизурией, частыми болезненными позывами на мочеиспускание, при которых выделяется либо скудная порция мочи, либо только кровь, а в анамнезе был удар в нижний отдел живота, падение на ягодицы или резкое повышение внутрибрюшного давления вызывают внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. При переломах костей таза обычно возникает внебрюшинный его разрыв.

Диагноз. Гематурию следует отличать от уретроррагии, – когда кровотечение по каплям или струей происходит независимо от акта мочеиспускания. Уретроррагия возникает только при заболеваниях и повреждениях уретры. При заболеваниях отделов мочевого тракта, расположенных выше наружного сфинктера, кровь не может выделиться, не смешиваясь с мочой. При жалобах больных на примесь крови в моче следует установить факт наличия гематурии. Довольно часто больные жалуются на «кровяную» мочу, принимая за таковую концентрированную мочу темно-коричневого цвета. Красное окрашивание мочи бывает при употреблении в пищу некоторых продуктов, например свеклы, а также при приеме амидопирина, ревеня и т.д. Иногда моча имеет кровянистую окраску, а в осадке эритроциты не обнаруживаются. В таких случаях кровянистую окраску моче придают кровяные пигменты, гемоглобин. Чтобы решить вопрос о локализации патологического процесса, применяют трехстаканную пробу. Если кровь отмечается лишь в первой порции, то она происходит из нижних отделов мочевыводящей системы, если крови больше во второй порции мочи, то источником кровотечения – в мочевом пузыре и вышележащих отделах мочевых путей: равномерное распределение крони во всех трех стаканах свидетельствует о более высокой локализации патологического процесса, вызвавшего кровотечение (почечная лоханка, почка). Макрогематурия может достигнуть такой степени, что у больного возникает геморрагический шок. О степени гематурии можно судить по наличию или отсутствию кровяных сгустков.

Сгустки никогда не обнаруживают при незначительной гематурии; их наличие свидетельствует о сильном кровотечении.

Неотложная помощь. При наличии макрогематурии больному следует обеспечить покой. Если больной с травмой мочевых органов и макрогематурией находится в стадии алкогольного опьянения и резко беспокоен, то его следует фиксировать к кровати, каталке, носилкам. При кровотечении, вызванном переломом костей таза, необходимо уложить больного на деревянный щит. При сильном кровотечении нужно ввести 1–2 мл 1% раствора викасола, 10 мл 10% раствора глюконата кальция внутримышечно, 10 мл 10% раствора хлорида кальция внутривенно. При кровотечении, влекущем за собой появление геморрагического шока, необходимо последовательное проведение противошоковой терапии. Все меры борьбы с кровотечениями в условиях оказания неотложной помощи должны быть применены лишь при действительно сильном и опасном кровотечении. В противном случае остановка его не нужна (это не относится к больным с травмой мочевыводящих путей), так как помешает урологам выявить затем с помощью цистоскопии источник гематурии.

Госпитализация при макрогематурии любого происхождения срочная в урологическое отделение, где незамедлительно должен быть уточнен источник кровотечения в первую очередь с помощью цистоскопии. При комбинированных травмах с повреждением костей таза, позвоночника или других органов – госпитализация в травмотологическое отделение. Транспортировать больных с травмой мочевых органов необходимо весьма осторожно, обеспечивая неподвижность больных, особенно при комбинированных повреждениях мочевых органов и костей таза. Как правило, такие больные находятся в состоянии шока, и малейшее движение их ведет к смещению отломков тазовых костей и ухудшению состояния. Транспортировать их необходимо на деревянном щите.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского В.И. Кандрора, М.В. Неверовой, Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 г.