

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

«Кафедра общей хирургии им. Профессора М.И. Гильмана»

Реферат

На тему «Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии»

Выполнил: ординатор 2 года Прохорчук Е.С.

Красноярск , 2022г.

Содержание

1. Введение
2. Определения и понятия
3. Этиология и патогенез
4. Классификация
5. Клиническая картина
6. Диагностика
7. Определение степени тяжести
8. Лечение
9. Список использованной литературы

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) — чрезвычайно распространенное заболевание: в индустриально развитых странах им страдает 6–10 % взрослого населения. Причинами неудовлетворительных результатов консервативного лечения являются нарушения его режима и программы, поздняя диагностика, недостатки медикаментозной терапии, необоснованность лечения при наличии осложнений. Одно из самых опасных проявлений — кровотечения из язвы, на которые приходится до 25–30 % от всех других осложнений.

Острые гастродуоденальные кровотечения (ОГДК) являются наиболее сложными в лечебно-диагностическом плане и тяжелыми по прогнозу осложнений (5–15 % летальности) язвенной болезни. В свою очередь, ОГДК отличаются по этиологии и патогенезу от других желудочнокишечных кровотечений, имеют свое клиническое проявление, а также требуют особого диагностического подхода и индивидуальной хирургической тактики.

Определения и понятия

Острое гастродуоденальное кровотечение — тяжелое осложнение язвенной болезни желудка и ДПК, проявляющееся истечением крови в просвет ЖКТ в результате различных патологических состояний и процессов. Массивное продолжающееся или повторяющееся кровотечение представляет серьезную угрозу для жизни больного и требует выполнения неотложной операции.

Прободная (перфоративная) язва- тяжелейшее осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящее, как правило, к развитию перитонита. Под перфорацией острой или хронической язвы понимают возникновение в стенке органа сквозного дефекта, обычно открывающегося в свободную брюшную полость.

МКБ- 10 : K25 – Язва желудка

 K26- Язва двенадцатиперстной кишки

Этиология и патогенез

Причинами гастродуоденальных кровотечений являются:

1. Болезни желудка и ДПК: язвенная болезнь, пептические язвы желудочно-кишечных анастомозов, эрозивный гастродуоденит, дивертикулы, полипы, опухоли, травматические повреждения (синдром Мэллори– Вейсса), специфические поражения (туберкулез, актиномикоз, ожоги пищевода и желудка, инородные тела).
2. Заболевания, осложняющиеся вторичным изъязвлением стенки желудка и ДПК: ожоговая болезнь, инфекционные заболевания, острые стрессовые язвы, острые язвы при отравлениях и эндогенных интоксикациях, заболевания сердечно-сосудистой системы и почек; последствия медикаментозной, гормональной или лучевой терапии.
3. Заболевания органов смежных отделов ЖКТ, прилегающих к желудку и ДПК: грыжи пищеводного отдела диафрагмы; опухоли, прорастающие в желудок и ДПК; внутренние свищи (с общим желчным протоком, желчным пузырем), панкреонекроз, амилоидоз.
4. Заболевания сосудов: разрывы аневризмы или склерозированного сосуда, болезнь Рандю–Вебера–Ослера, варикозное расширение вен пищевода и желудка, узелковый периартериит, тромбозы воротной и селезеночной вен.
5. Заболевания кроветворной системы и геморрагические диатезы.

При обострении язвенной болезни, вследствие повышения переваривающей способности желудочной среды, происходит прогрессирование дистрофических процессов в области язвенного кратера. Ферментация краев и дна язвы под действием желудочного сока приводит к обнажению и разрушению сосудов различного диаметра. В результате возникает кровотечение, интенсивность которого зависит от диаметра поврежденного сосуда и его вида.

Также выделяют другие группы причин: механическое повреждение сосудистой стенки, врожденные или приобретенные нарушения различных звеньев системы гемостаза.

Классификация

Гастродуоденальные кровотечения классифицируются следующим образом:

1. По виду: – вследствие деструктивного процесса стенки желудка и ДПК;
– вследствие механического (травматического, интраоперационного) повреждения сосуда;
– вследствие нарушений системы гемостаза.
- II. По скорости и времени развития:
– острые ($> 7\%$ ОЦК за 1 ч);
– хронические ($< 5\%$ ОЦК за 1 ч).
- III. По объему:
 - малые (кровопотеря до 10% ОЦК или до 500 мл);
 - средние ($10\text{--}20\%$ ОЦК или ~ 500 мл – 1 л);
 - большие ($21\text{--}40\%$ ОЦК или $\sim 1\text{--}2$ л);
 - массивные ($41\text{--}70\%$ ОЦК или $\sim 2\text{--}3,5$ л);
 - смертельные ($> 70\%$ ОЦК или $> 3,5$ л).
- IV. По степени тяжести гиповолемии и возможности развития шока (по Г. П. Брюсову, 1997):
 - легкой степени (дефицит ОЦК $10\text{--}20\%$, дефицит глобулярного объема (ГО) $< 30\%$, шок отсутствует);
 - умеренной (дефицит ОЦК $21\text{--}30\%$, дефицит ГО $30\text{--}45\%$, развитие шока при длительной гиповолемии);
 - тяжелой (дефицит ОЦК $31\text{--}40\%$, дефицит ГО $46\text{--}60\%$, шок);
 - крайне тяжелой (дефицит ОЦК $> 40\%$, дефицит ГО $> 60\%$, шок, терминальное состояние).
- V. По степени тяжести (по Н. А. Кузнецову, А. Ф. Черноусову, 2009–2010):
 - I степени (хроническое оккультное (скрытое) кровотечение или микрокровотечение): содержание Нб в крови может быть незначительно снижено, признаков нарушения гемодинамики нет; 7
 - II степени (умеренная степень кровопотери): состояние пациента удовлетворительное, общие признаки анемизации, побледнение кожи, сухость слизистых оболочек, возможно развитие обморока; пульс до 100 уд./мин, систолическое АД > 110 мм рт. ст., индекс шока (ИШ) $< 1,0$, центральное венозное давление (ЦВД) > 5 см вод. ст., диурез > 30 мл/ч, Нб > 100 г/л, дефицит ОЦК $< 20\%$;
 - III степени (средняя степень кровопотери): состояние пациента средней степени тяжести, бледность, мелена, однократная потеря сознания, пульс $110\text{--}120$ уд./мин,

систолическое АД 90–110 мм рт. ст., ИШ 1,0–1,5, ЦВД 0–5 см вод. ст., диурез 15–30 мл/ч, Hb 80–100 г/л, дефицит ОЦК 20–30 %;

– IV степени (тяжелая кровопотеря): состояние пациента тяжелое, сознание спутанное, пульс > 120 уд./мин, систолическое АД < 90 мм рт. ст., ЦВД < 0 см вод. ст., диурез < 15 мл/ч, Hb < 80 г/л, дефицит ОЦК > 30 %;

– V степени (крайне тяжелая кровопотеря — геморрагический шок): угнетение сознания, при продолжающемся кровотечении — полная потеря сознания, кома, систолическое АД < 60 мм рт. ст., Hb < 60 г/л, Eг < 1,5 · 10¹²/л, дефицит ОЦК > 40 %.

VI. По эндоскопической картине язвенного кровотечения (J. Forrest, 1987):

- F-I-A — струйное (артериальное) кровотечение из язвы;
- F-I-B — капельное (венозное) кровотечение из язвы;
- F-II-A — тромбированные сосуды на дне язвы;
- F-II-B — сгусток крови, закрывающий язву;
- F-II-C — язва без признаков кровотечения;
- F-III — источники кровотечения не обнаружены.

Клиника

- Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являются следующие признаки:
 - рвота малоизмененной кровью и/или содержимым по типу «кофейной гущи»;
 - мелена и/или черный оформленный кал при пальцевом исследовании прямой кишки;
 - коллаптоидное состояние и холодный липкий пот в сочетании с язвенным анамнезом;
 - бледность кожи, снижение гемоглобина в сочетании с язвенным анамнезом.

Достаточно одного из перечисленных критериев для отнесения больного к группе ЖКК.

Основные диагностические мероприятия:

- измерение АД и ЧСС;
- установка желудочного зонда;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- общий анализ крови;
- ЭКГ;
- УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики)

ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ В ОРИТ (ОПЕРБЛОКЕ) ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ «ТЯЖЕЛОЕ ЖКК»

1. Обязательные исследования:

- ЭКГ, Rg-графия органов грудной клетки (если не выполнены в ОСМП);
- биохимический анализ крови: сахар, мочевины, креатинин крови, общий белок;
- группа крови, резус-фактор;
- ФГДС,

ФГДС при тяжелом ЖКК должна быть выполнена в экстренном порядке соответственно тяжести состояния больного в течение 2 часов после поступления в стационар.

Противопоказанием для проведения лечебно-диагностической ФГДС может быть только терминальное состояние больного.

2. Дополнительные исследования (по показаниям):

- тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, фибринолитическая активность плазмы;
- биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий;
- PaO₂, ЦВД.

1. Всем больным с тяжелыми ЖКК должна быть определена степень тяжести кровопотери.

Клинико-лабораторные критерии для определения тяжести кровопотери при гастродуоденальных кровотечениях

| Показатели | Степень кровопотери | | |
|-----------------|---------------------|---------|---------|
| | Легкая | Средняя | Тяжелая |
| АД, мм. рт. ст. | > 100 | 90-100 | <90 |

| | | | |
|----------------------|-------------|-------------|---------|
| Частота пульса, | < 100 | < 120 | > 120 |
| Гемоглобин, г/л | > 100 | 80-100 | <80 |
| Венозный гематокрит, | >35 | 25-35 | <25 |
| Удельный вес крови | 1,053-1,050 | 1,050-1,044 | < 1,044 |

4. Параллельно с определением тяжести кровопотери и проведением лечебно-диагностической ФГДС необходимо оценить тяжесть состояния больных и степень выраженности сопутствующей патологии с целью выяснения степени риска возможной анестезии и операции. Для этого целесообразно использовать общепринятую классификацию Американского общества анестезиологов (ASA) либо балльные системы оценки полиорганной недостаточности MODS (Multiple Organ Dysfunction) и APACHE II (Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation), SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) и др.

Определение степени тяжести кровотечения:

Критерии отнесения к группе «тяжелое ЖКК»:

- возраст старше 60 лет;
- неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или мелена;
- коллапс, потеря сознания;
- тахикардия - частота сердечных сокращений > 100 в мин;
- гипотензия—систолическое АД < 100 мм рг.сх;
- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;
- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;
- наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и деком пенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие 4-х и более перечисленных признаков позволяет диагностировать у больного «тяжелое ЖКК», что требует направления его в ОРИТ (БИТ - блок интенсивной терапии ОСМП) для дальнейшего обследования и лечения.

2. Остальные пациенты относятся к группе «нетяжелое ЖКК» и подлежат обследованию в условиях ОСМП и кабинета ФГДС, а в дальнейшем большинству из них показано лечение и наблюдение в профильном ХО.

3. Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинамики, минуя ОСМП, направляются в ОРИТ (БИТ ОСМП) или операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мероприятий, в т.ч. экстренная лечебно-диагностическая ФГДС

4. Больные с тяжелыми ЖКК перемешаются по стационару только на каталке.

Лечение

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение должно включать частные и общие направления:

1. Строгий постельный режим, диета Мейленграхта.
2. Холод на эпигастральную область. Возможно промывание желудка ледяной водой с добавлением адреналина, ϵ -аминокапроновой кислоты или 0,1%-ного раствора азотнокислого серебра.
3. Применение гемостатических средств, оказывающих системные эффекты и обеспечивающих как ингибирование фибринолиза (ϵ -аминокапроновая кислота, транексамовая кислота, аprotинин, гордокс, лексипифан, овомин), так и усиление коагуляции (свежезамороженная плазма; препараты, содержащие факторы свертывания: криопреципитат — при снижении уровня фибриногена < 100 мг%; тромбоцитарная масса — при тромбоцитопении $< 50 \cdot 10^9$ /л; витамин К и его синтетический аналог — викасол; десмопрессин — синтетический аналог антидиуретического гормона, стимулирующего высвобождение фактора Виллебранда и VIII фактора)
4. Восполнение кровопотери путем инфузионно-трансфузионной терапии («правило 3 : 1»: 1 мл потерянной крови замещают 3 мл кристаллоидных и коллоидных растворов) исходя из тяжести кровопотери. Препаратами для возмещения острой кровопотери являются:
 - до 1000 мл — кристаллоидные и коллоидные растворы в соотношении 2 : 1 в объеме 200–300 % объема кровопотери;
 - 1000–1500 мл — кристаллоиды и коллоиды в соотношении 3 : 1 в общем объеме 300 % от кровопотери;
 - более 1500 мл:
 - а) кристаллоиды/коллоиды в соотношении 3 : 1;
 - б) свежемороженая плазма, реже альбумин (при снижении концентрации белка в плазме < 50 г/л);
 - в) эритроцитарная масса;
 - г) тромбоцитарный концентрат (при уровне тромбоцитов $< 150 \cdot 10^9$ /л) в общем объеме 300 % от кровопотери.

Чаще всего используют солевые изотонические растворы и препараты на основе среднемoleкулярных декстранов (полиглюкин, интрадекс, полиглюсоль, макродекс), препараты желатина (желатиноль, геможель, гелофузин, плазможель) и среднемoleкулярного гидроксиптилкрахмала (ХАЭС-стерил, инфукол, волювен, рефортан, стабизол), а также препараты на основе полиэтиленгликоля (полиоксифумарин). Данные лекарственные средства длительно удерживаются в сосудистом русле и повышают коллоидно-осмотическое давление плазмы, нормализуют ОЦК и гемодинамику. В последние десятилетия для возмещения острой кровопотери применяют кровезаменители — переносчики кислорода, созданные на основе эмульсий перфторуглеродов (химически инертные соединения, растворяющие до 60 объемных

процентов кислорода и до 90 объемных процентов углекислого газа: перфукол, перфторан, оксигент, флюзол) и лиофилизированного гемоглобина (геленпол).

5. Целенаправленная противоязвенная терапия: боллюсно внутривенно квамател — до 40 мг 2 раза в сут, пантопразол — до 40 мг/сут; блокаторы внешнесекреторной функции желудка, ДПК, поджелудочной железы (внутривенно соматостатин, октреотид).

6. Эндоскопическое лечение. Способы:

- Воздействие гемостатическими и сосудосуживающими средствами (раствор адреналина)
- Аргано-плазменная коагуляция
- Клипирование сосудов
- Лигирование
- Диатермокоагуляция
- Лазерная коагуляция
- Криовоздействие
- Аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем
- Склерозирующая терапия
- Гемоспрей

Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода используется зонд-обтуратор Сенгстакена–Блэкмора в течение 2–3 сут с дополнительным введением препаратов, снижающих портальное давление (питуитрин, нитроглицерин).

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Оперативные вмешательства при ОГДК начинают с дуодено- или гастротомии для установления локализации и вида источника кровотечения.

При кровоточащей язве желудка хирургические вмешательства должны выполняться дифференцированно. У пациентов с высоким риском (пожилой, старческий возраст; сопутствующая патология в стадии декомпенсации) предпочтение отдается малотравматичным операциям: стволовой ваготомии, гастротомии с иссечением язвы по типу сегментарной резекции (реже прошиванием кровоточащих сосудов) и пилоропластике. Резекция 2/3 желудка с удалением кровоточащей язвы тела желудка и гастриноподуцирующей зоны может быть выполнена у компенсированных пациентов (без явлений геморрагического шока и при уровне Hb > 90 г/л).

При кровоточащей язве ДПК возможны следующие вмешательства:

- прошивание (иссечение) кровоточащей язвы в сочетании (или без) с пилоро- и дуоденопластикой по Финнею и селективной проксимальной ваготомией (предпочтительнее в экстренных условиях операция Тейлора: передняя СПВ + задняя стволовая ваготомия);
- антрумэктомия + ваготомия (при сочетании ОГДК и пилородуоденального стеноза и относительно стабильном состоянии пациента);
- резекция 2/3 желудка (при стабилизации состояния пациента и невысоком операционном риске). Летальность при экстренных операциях по поводу ОГДК может достигать 5–15 %.

Список использованной литературы:

1. Хирургические болезни : учеб. / под ред. А. Ф. Черноусова. М. : ГЭОТАРМедиа, 2010. 664 с.
2. Неотложная абдоминальная хирургия : справ. пособие для врачей / под ред. А. А. Гринберга. М. : Триада-Х, 2000. 496 с.
3. МакНелли, П. Р. Секреты гастроэнтерологии / П. Р. МакНелли ; пер с англ. М. ; СПб : Бином, Невский диалект, 1998. 1023 с.
4. 50 лекций по хирургии / под ред. В. С. Савельева. М. : Медиа Медика, 2003. 408 с.
5. Основы клинической хирургии : практ. рук. / под ред. Н. А. Кузнецова. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 672 с.
6. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв ГЭА- МКБ-10 K25.4; K26.4;K28.4) / РОХ, 2014. 16 с.
7. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. /под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М. ГЭОТАР – Медиа, 2009. Т- II. – 832 с. – (серия «Национальные руководства»).