

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

КАФЕДРА

«Общей хирургии имени профессора М.И. Гильмана»

Рецензия ДМН профессора кафедры Общей хирургии имени профессора М.И. Гильмана на реферат ординатора первого года обучения специальности «Общая хирургия» Колотюк Натальи Евгеньевны по теме: «Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности «Общая хирургия»:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная

Комментарии рецензента: тема реферата актуальная, проблематика вопроса освещена с позиции разных отделов медицины.

Дата: 18. 10.18г

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



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»

Выполнила: ординатор 1 года Колотюк Н.Е.

Проверил: ДМН, профессор Петрушко С.И.

Красноярск , 2018г.

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 пищевода и 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 Нв 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, Нв > 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 $90\text{--}110$ мм рт. ст., ИШ $1,0\text{--}1,5$, ЦВД $0\text{--}5$ см вод. ст., диурез $15\text{--}30$ мл/ч, Нв $80\text{--}100$ г/л, дефицит ОЦК $20\text{--}30\%$;

– 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 перемещаются 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, полиглюсол, макродекс), препараты желатина (желатиноль, геможель, гелофузин, плазможель) и среднемoleкулярного гидроксипропилкрахмала (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)
- Аргоно-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»).