Курсовая работа

по дисциплине: «Неотложное состояние в хирургии и травматологии»

тема: «Кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки»

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является распространенным во всем мире заболеванием, которым страдают в основном люди молодого и среднего возраста. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин (соотношение мужчин и женщин составляет 4:1). В молодом возрасте чаще встречается язва двенадцатиперстной кишки, в старшем возрасте язва желудка. По данным Г.И. Дорофеева и В.М Успенского, при прочих данных условиях, среди всех больных соотношение локализации язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке равняется 1:7, в том числе по возрастным группам: до 25 лет - 1:3, 25-40 лет - 1:8, 45-58 лет - 1:3, 60 лет и старше 1:2. Актуальность проблемы язвенной болезни определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения. Надо полагать, что в развитии язвенной болезни участвуют с одной стороны какие-то пусковые причинные факторы, с другой - играют роль особенности ответной реакции организма на воздействие этих факторов.

Этиология язвенной болезни сложна и находится в определённом сочетании экзогенных и эндогенных факторов. Мы, тем не менее, сосредоточились на изучении эколого-биогеохимических и некоторых эндогенных факторов. Следует заметить, что в последние годы появляются сообщения о неравноценной распространённости этого заболевания в пределах отдельного региона. Многие исследователи обращают внимание на причинно-следственную связь язвенной болезни с условиями жизни населения, с качеством воды, пищи, состоянием чистоты атмосферного воздуха. Несмотря на успехи в диагностике, лечении язвенной болезни, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население, не обнаруживая тенденций к стабилизации или снижению показателей заболеваемости.

Актуальность проблемы лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений в первую очередь определяется высоким уровнем общей летальности, которая достигает 10-14%. Несмотря на общепризнанную эффективность современных «противоязвенных» средств, число больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100000 взрослого населения в год (Панцырев Ю.М. и соавт., 2003).

Кровотечение - одно из частых осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, оно встречается у 10-15% больных. Кровотечение язвенной природы составляет от 45-55% от всех желудочно-кишечных кровотечений, у мужчин возникает чаще, чем у женщин, без особых различий в зависимости от возраста. По данным Б.С. Розанова (1950, 1960), среди различных источников язвенное кровотечение составляет не менее 75%, причем у мужчин язва является причиной кровотечения в 92%, а у женщин - в 62% случаев.

Однако в последнее время отмечается тенденция к возрастанию частоты неязвенных кровотечений, возможно, в связи с улучшением диагностики и дифференциальной диагностики в результате широкого внедрения фиброгастродуоденоскопии. Чаще всего кровотечением осложняются большие пенетрирующие язвы двенадцатиперстной кишки и малой кривизны желудка (особенно субкардиальные язвы) из-за особенностей кровоснабжения этих отделов и возможности аррозии крупного артериального сосуда. При этом кровотечение из язв двенадцатиперстной кишки встречается в 4-5 раз чаще, чем из язв желудка. Если кровотечения не язвенного происхождения имеют тенденцию к самостоятельной остановке, то язвенное кровотечение часто бывает упорным или повторяется через короткие промежутки времени, причем с нарастающей интенсивностью, что приводит к массивной кровопотере. Это сопровождается неудовлетворительными результатами как консервативного, так и оперативного лечения, особенно при запоздалых вмешательствах, - летальность при тяжелой кровопотере может достигать 10-15%. К факторам, непосредственно влияющим на исход лечения при кровоточащей язве, относятся характер патологии, объем и темп кровопотери, возраст больного, а также наличие и характер сопутствующих заболеваний.

Проблема выбора вида и объема операции остается весьма актуальной и обосновывает необходимость продолжения поисков в выборе оптимального метода оперативного вмешательства у больных с кровоточащей язвой луковицы двенадцатиперстной кишки.

1. Этиологические факторы и патогенез язвенной болезни

Механизм язвообразования как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке сводится к нарушению взаимодействия между факторами агрессии желудочного сока и защиты (резистентности) слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Предрасполагающими к развитию язвенной болезни моментами будут считаться факторы, обладающие способностью либо усиливать кислотно-пептические свойства желудочного содержимого (повышать секрецию соляной кислоты и пепсина, нарушать моторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки), либо ослаблять устойчивость слизистой оболочки гастродуоденальной области (повреждать защитный слизистый барьер, подавлять процессы регенерации эпителиальных клеток, нарушать кровообращение в слизистой оболочке и т.д.). В ряду таких факторов рассмотрена этиологическая роль алиментарных погрешностей, вредных привычек, лекарственных воздействий, нервно-психических факторов и генетически обусловленных механизмов.

Оценивая значение алиментарных факторов в возникновении язвенной болезни, следует учитывать, что пути реализации их действия могут быть различными. Во-первых, необходимо считаться с прямой травматизацией слизистой оболочки желудка грубой пищей. Во-вторых, длительное употребление грубой пищи способно вести к формированию хронического гастрита, некоторые формы которого могут рассматриваться с позиций предъязвенного состояния. Известно, что приём пищи стимулирует выработку соляной кислоты и пепсина. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки отмечается более высокий выброс соляной кислоты в ответ на стандартную пищу, чем у здоровых. Увеличением секреции желудочного сока объясняется в значительной мере и неблагоприятное действие при язвенной болезни различных специй и пряностей, нередко употребляемых больными в значительном количестве. Отрицательное влияние приправ и специй, кроме того, может быть связано и с их способностью вызывать слущивание поверхностных эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка. К числу алиментарных погрешностей принято относить и злоупотребление кофе. Механизм неблагоприятного действия кофе (как, впрочем, и крепкого чая) связывается с его способностью стимулировать секрецию соляной кислоты. Кроме того, кофе способствует освобождению гастрина, являющегося одним из самых мощных стимуляторов желудочного кислотовыделения.

К числу вредных привычек, способствующих развитию язвенной болезни, относятся курение и злоупотребление алкоголем. Основная часть больных язвенной болезнью относится к числу курящих лиц. Практически все больные с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки (96%) принадлежат к числу курильщиков, у которых, таким образом, определяются и более высокие показатели смертности. Ряд исследователей подчёркивают неблагоприятное воздействие курения на заживление гастродуоденальных язв. Показано, что курение способствует увеличению выработки соляной кислоты в желудке. При этом длительное курение ведёт к гиперплазии обкладочных клеток слизистой оболочки желудка, которая сопровождается выраженной и стойкой их гиперфункцией. У курящих людей отмечается высокий уровень пепсиногена-I в сыворотке крови, что может вызывать усиление протеолитической активности желудочного сока. Повышенное содержание пепсиногена-I у курящих лиц обусловлено «трофическим» действием никотина на пепсинпродуцирующие клетки слизистой оболочки желудка. Курение вызывает также разнообразные нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, способствуя ускорению эвакуации пищи из желудка с последующей ацидификацией содержимого луковицы двенадцатиперстной кишки, снижению давления в пилорическом сфинктере, усилению дуоденогастрального рефлюкса желчи.

Большое внимание следует уделить возможной неблагоприятной роли алкоголя в происхождении язвенной болезни. Влияние алкоголя на секреторную и моторную функции желудка зависит в немалой степени от его концентрации. Кроме того, показано, что диспепсические расстройства (тошнота, рвота), возникающие после приёма алкоголя, могут объясняться не только секреторными или моторными нарушениями желудка, ни и гепатотоксичными свойствами сивушных масел, содержащихся в водочных изделиях. Механизм острых повреждений связан со способностью алкоголя нарушать защитный барьер слизистой оболочки желудка, что приводит к повышению обратной диффузии водородных ионов и увеличенной потере белка. Приём алкоголя сопровождается также слущиванием поверхностных эпителиальных клеток с последующим уменьшением выработки желудочной слизи.

Не подлежит сомнению возможность неблагоприятного действия многих лекарственных средств (ацетилсалициловой кислоты, индометацина, глюкокортикоидов, резерпина и др.) на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, которое всё же чаще проявляется развитием не язвенной болезни, а эрозивных поражений слизистой оболочки. Нередко эти эрозии проявляются скрытыми или явными кровотечениями. Согласно исследованиям, 10% всех желудочно-кишечных кровотечений обусловлены приёмом ацетилсалициловой кислоты, причём даже однократный приём 2 таблеток способствует появлению петехиальных геморрагий в слизистой оболочке желудка, сохраняющихся в течение суток. Представленные данные указывают на потенциальную роль в возникновении язвенной болезни определённых медикаментозных препаратов, особенно при их воздействии в сочетании с другими этиологическими факторами. Значительно чаще они способствуют всё-таки обострению и рецидивированию ранее существовавшего заболевания. Способы реализации ульцерогенного действия указанных медикаментозных лекарственных средств могут быть различными. Одним из таких механизмов является усиление кислотно-пептической агрессии желудочного сока (резерпин), причём у некоторых препаратов (глюкокортикоиды) этот эффект может быть вторичным, опосредованным гиперплазией G-клеток слизистой оболочки желудка последующим увеличением выработки гастрина. Далее, при действии определённых лекарственных средств (глюкокортикоиды, резерпин) мобилизуется ряд биологически активных веществ (гистамин, серотонин, катехоламины, некоторые ферменты), приводящих к гиперсекреции соляной кислоты и разнообразным трофическим нарушениям. Более выраженным оказывается влияние медикаментозных препаратов на состояние защитного барьера слизистой оболочки желудка. Многие из них (ацетилсалициловая кислота, индометацин, глюкокортикоиды) подавляют выработку слизи в желудке, и нарушают её качественный состав, снижая тем самым резистентность слизистой оболочки к действию желудочного сока. Кроме того, ацетилсалициловая кислота вызывает десквамацию поверхностного эпителия и растворяет липиды защитного барьера слизистой оболочки желудка, снижает в ней активную секрецию бикарбонатов и нарушает её проницаемость, способствуя обратной диффузии водородных ионов из просвета желудка в слизистую оболочку, что в конечном итоге может способствовать язвообразованию.

Клинические наблюдения свидетельствуют о несомненной роли отрицательных эмоций в происхождении язвенной болезни и её неблагоприятном течении. Отрицательные эмоции вызывают в организме человека появление защитных реакций, которые осуществляются через гипофизарно-надпочечниковую систему и проходят в своём развитии несколько стадий: тревоги, резистентности, истощения. Указанные защитные реакции носят приспособительный характер и включаются в так называемый общий адаптационный синдром. При чрезмерной силе воздействия неблагоприятных факторов, приводящей к неадекватным ответным реакциям, развивается «болезнь адаптации», проявлением которой могут считаться и гастродуоденальные язвы.

Среди генетически обусловленных факторов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки существенное место отводится групповой специфичности крови, её резус-принадлежности, а также способности организма секретировать антигены системы АВН. Обнаружено, что среди больных с дуоденальной локализацией язв преобладают пациенты с 0(I) группой крови.

В последние годы отечественными и зарубежными исследователями отмечается важнейшая этиологическая роль специфического микробного агента Helicobacter pylori (Hр), наиболее часто обнаруживаемо в антральном отделе желудка. Однако роль этого микроорганизма в этиологии язвенной болезни остаётся спорным. Основное в ульцерогенезе - изменение сигнальных систем, обусловленное НР. Обычно в комплекс сигнальных систем и механизмов включают выделяемые различными клетками эпителия слизистой оболочки цитокины, контактирующие с Нр, наибольшее значение среди которых в настоящее время придаётся интерлейкину-8, изменяющему показатели хемотаксиса, хемокинеза, агрегации и высвобождения лизосомальных ферментов из нейтрофилов.

Этиологические факторы язвенной болезни, как правило, действуют не изолировано, а в тесной взаимосвязи друг с другом. Так, нервно-психическое перенапряжение нередко сочетается с чрезмерным курением и избыточным употреблением кофе; злоупотребление алкоголем почти всегда сопровождается грубыми нарушениями характера питания. При этом наследственная отягощённость во многих случаях представляет собой тот «фон», на котором реализуется неблагоприятное действие других этиологических факторов.

.1 Классификация язвенной болезни

) Существует 4 стадии язвенного процесса:

. Острая язва;

. Стадия начала эпителизации дефекта;

. Стадия заживления язвы и сохранение восполения в окружающих тканях;

. Стадия полной ремиссии.

) По наличию осложнений: осложненная и неосложненная (кровотечением, пенетрацией, перфорацией, рубцовым стенозированием).

) По имеющим сопутствующим заболеваниям.

Единичная язва или множественная: Возможно наличие одного или нескольких язвенных дефектов и в желудке и в двенадцатиперстной кишке, а также одновременное наличие язв и в желудке и в двенадцатиперстной кишке.

Течение заболевания: Первично-выявленная или рецидивирующая (часто или редко рецидивирующая) болезнь. Существенное значение имеет факт первичного выявления заболевания или же количество и частота рецидивов.

Фазы процесса: Основываясь на результатах повторных клинико-эндоскопических, бактериологических, морфологических и лабораторных исследований, выделяют 3 фазы язвенной болезни:

· Фаза обострения. В фазе обострения у больного имеется язва с активными воспалительными изменениями слизистой оболочки (гастрит, дуоденит, гастродуоденит) независимо от выраженности клинической симптоматики.

· Фаза затухающего обострения. Характеризуется отсутствием клинических признаков обострения, свежими постязвенными рубцовыми изменениями и сохраняющимся активным воспалением слизистой оболочки (обычно антральный гастрит, бульбит). Фаза затухающего обострения наступает в разные сроки от начала лечения. Данную фазу следует рассматривать как состояние неполной ремиссии.

· Фаза ремиссии. Характеризуется отсутствием клинических, эндоскопических (язв, эрозий, отёка, гиперемии и др.) и гистологических (нейтрофильной инфильтрации собственной пластинки и межэпителиальных пространств слизистой оболочки) проявлений обострения болезни и колонизации слизистой оболочки H.pylori .

Тяжесть язвенной болезни. По тяжести различают:

· Язвенную болезнь лёгкой степени тяжести. При лёгкой форме болезни обострения возникают не чаще одного раза в год, характеризуются малосимптомными проявлениями, которые быстро купируются под влиянием лечения.

· Язвенную болезнь средней степени тяжести. При язвенной болезни средней степени тяжести обострения обычно возникают 2 раза в год. Болевой симптом и диспепсические явления купируются лишь благодаря адекватной медикаментозной терапии.

· Тяжёлую язвенную болезнь. Часто характеризуется рецидивирующим течением и выраженной симптоматикой, отсутствием стойких ремиссий и цикличности обострений.

.2 Клиника и осложнения язвенной болезни

Характер жалоб позволяет судить локализации язвенного процесса в том или ином отделе или двенадцатиперстной кишки. Основными жалобами являются боли, изжога, рвота, кислый вкус во рту, тошнота, отрыжка, черный стул, утомляемость, потливость, слабость.

Боли - это главная жалоба больных язвенной болезни, и основным диагностическим признаком наблюдается у 92% больных боли бывают различной интенсивности (тупые, режущие, жгучие, опоясывающие) и локализуются в эпигастральной области, в правом и левом подреберье, при язве в двенадцатиперстной кишки боли больше справа. Для язвенных болезней характерно периодичность, сезонность и ритмичность.

Различают:

ранние боли - в течение 1 часа после еды, характерна для язвы желудка;

поздние спустя 1,5-4 часа после приема ночные пищи, характерна для язвы двенадцатиперстной кишки, голод.

Боли обусловлены моторными нарушениями, гиперсекрецией желудочного сока и воспалительными изменениями слизистой двенадцатиперстной кишки. Боли усиливаются при приеме острой плохо обработанной пищи. Иррадиация болей зависит от локализации язвы и наличия осложнений язвенного процесса.

Изжога довольно частый и ранний признак язвенной болезни, обусловлен нарушением секреторной и моторной деятельности желудка, наблюдается у 49,5% больных.

Рвота часто возникает на высоте язвенных болей и может быть ранней и поздней, обусловлено раздражением воспаленной слизистой оболочки желудка желудочным соком и имеет рефлекторный характер. Часто рвота приносит заметное облегчение, хотя и временное. При осложнении язвенной болезни кровотечением является рвота «кофейной гущей».

Рвота встречается у 64% больных.

Тошнота встречается у 47,5% больных и обычно предшествует рвоте.

Отрыжка бывает кислой, пустой и пищей встречается у 24% больных.

Стул при язве двенадцатиперстной кишки приводит к запорам, испражнение нередко напоминают овечий кал («горошками»), иногда темно-черного цвета, что обусловлено кровоточивостью язвы. При язве желудка запоры отсутствуют.

Язвы двенадцатиперстной кишки в 85% случаев располагаются в луковице на расстоянии 2см от привратника, 10% - 5см, 5% - более 5см от привратника. Внелуковичные язвы встречаются в 5 20% случаев.

Какие могут быть осложнения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

Язвенное кровотечение-наблюдается у 10-15 % больных. Проявляется кровавой рвотой (гематомезис), дегтеобразным стулом и симптомами кровопотери-снижение АД, нитевидный пульс, головокружение, холодный липкий пот, слабость..

Перфорация язвы- встречается у 5-10% больных. У мужчин в 10-20 раз чаще, чем у женщин. Проявляется «острой кинжальной» болью в эпигастрии, напряжением мышц передней брюшной стенки, развитием перитонита, быстрым ухудшением состояния больного. Сглаженная, атипичная картина может наблюдаться у ослабленных больных, в старческом возрасте либо при «прикрытой» перфорации, когда дефект замаскирован прилегающими тканями. В 75-80% случаев диагноз может быть поставлен рентгенологически-определяется свободный газ в брюшной пол-ти.

Пенетрация язвы-распространение язвы за пределы стенки желудка и 12пк в окружающие органы и ткани. Клиническая картина зависит от того, какой орган вовлечен в процесс. Обычно боль становится постоянной, прием антацидных препаратов не приносит облегчения. При пенетрации в поджелудочную железу боль может иррадировать в спину или стать опоясывающей. При пенетрации в малый сальник боль перемещается в правое подреберье. Необходимо рентгенологическое исследование, незамедлительное проведение ЭГДС.

Стеноз-(сужение) в области язвенного дефекта. Развивается у 6-15% больных. Различают стадии компенсации и декомпенсации стеноза. Больные предъявляют жалобы на чувство тяжести после еды, боли, рвоту, приносящую облегчение, потерю массы тела. Проведение рентгенологического исследования и биопсию..

Перивисцериты-представляют собой распространение воспалительного процесса до серозной оболочки органа (желудка или 12пк). Часто приводят к распространению спаечного процесса. Перивисцериты проявляются повышением температуры тела, увеличением СОЭ, появлением в крови С-реактивного белка. Диагноз может быть подтвержден, проведением лапароскопии. Лечение чаще консервативное, антибиотикотерапия, физиотерапия.

Малигнизация-(озлокачествление язвы), наблюдается только при язвах желудка. Первично-язвенная форма рака желудка. Необходимы гистологические и цитологические исследования.

1.3 Диагностика и лечение язвенной болезни

Проводится сбор анамнеза, осмотр, лабораторные исследования: Клинический анализ крови-при язвенной болезни будут отмечаться следующие отклонения:

· Наличие анемии-подозрение на кровотечение (определение содержания железа в сыворотке крови).

· Лейкоцитоз, изменение в лейкоцитарной формуле-риск пенетрации.

Группа крови и резус фактор. При развитии осложнений (перфорация, кровотечение).

Анализ кала-необходимо исследование кала на скрытую кровь, с целью исключения возможного язвенного кровотечения.

Клинический анализ мочи проводят для исключения сопутствующих воспалительных заболеваний почек.

Инструментальное исследование:

ЭГДС (Эзофагогастродуоденоскопия)-здесь мы можем определить содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки, характер кислотопродукции в желудке.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время применяется реже, чем ЭГДС. Однако, помимо выявления язвенного дефекта (симптом «ниши») рентгенологическое исследование позволяет оценить моторную функцию пищевода, желудки и 12- перстной кишки и темпы эвакуации бариевой взвеси. Рентгенография желудка с бариевой взвесью. Определяется язвенный дефект в области angulus ventriculi по малой кривизне.

УЗИ органов брюшной полости. Данный метод может быть использован в диагностике язвенной болезни желудка. Трансабдоминальное УЗИ позволяет визуализировать не только патологический субстрат - язвенный дефект в стенке желудка, но и саму желудочную стенку. Ультразвуковое исследование целесообразно использовать в комплексе с рентгенологическими и эндоскопическими методами.

.4 Лечение язвенной болезни

Условия проведения лечения. Амбулаторное лечение.

Лечение может проводиться в амбулаторных условиях при отсутствии показаний к госпитализации. Амбулаторное лечение обязательно должно проводиться под контролем врача.

Стационарное лечение. Решение вопроса о госпитализации принимается индивидуально.

Показания к госпитализации:

· Язвенная болезнь с тяжелой клинической картиной: сильный болевой синдром, рвота.

· Язвенная болезнь с тяжелым течением, ассоциированная с хеликобактериозом, не поддающимся эрадикации.

· Язвенная болезнь с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Продолжительность стационарного лечения составляет при язвенном дефекте в желудке 20-30 дней, при дуоденальной язве 10-14 дней.

Методы лечения-мероприятия направлены на изменения образа жизни:

Прекращение курения - снижает сроки рубцевания и частоту обострений.

Прекращение или уменьшение употребления алкоголя. По рекомендации ВОЗ возможноупотребление не более 14 алкогольных единиц в неделю для женщин и 20 для мужчин (1 порция или 1 алкогольная единица равна: 330 мл пива, 150 мл вина, 40 мл крепкого алкоголя).

Прекращение приема нестероидных противовоспалительных препаратов и стероидов, если это возможно, либо уменьшить дозу.

Немедикаментозные мероприятия, диетотерапия: Диета существенно не влияет на течение язвенной болезни, однако больным должны быть даны советы по рациональному питанию с исключением из рациона пищи, которая усиливает симптомные проявления болезни. Регулярные приёмы пищи могут способствовать более быстрому исчезновению симптомов болезни. Применение механически и химически щадящих противоязвенных диет оправдано лишь при симптомных проявлениях обострения язвенной болезни. Предусматривается обязательное 5-разовое питание в день, пищу готовят на пару.

Физиотерапия: УВЧ-терапия, грязелечение, парафиновые и озокеритовые аппликации.

Медикаментозное лечение: Ранитидин и фамотидин обладают большей селективностью, чем циметидин. Фамотидин в 40 раз мощнее циметидина и в 8 раз ранитидина, он наиболее длительно воздействует на базальную секрецию, снижая ее до необходимого уровня в течение 10-12 часов. Ранитидин действует 7-8 часов, циметидин 2-5 часов. Максимальное число побочных эффектов дает циметидин, который вступает в лекарственные взаимодействия преимущественно вследствие угнетения печеночного метаболизма. Концентрация некоторых лекарств в сыворотке крови при приёме одновременно с циметидином повышается. При длительном назначении циметидина в больших дозах наблюдались гематологические (агранулоцитоз, лейко - и тромбопения) и эндокринные (снижение либидо и потенции, гинекомастия, галакторея) сдвиги, а также нарушения со стороны ЦНС (дезориентация, психические расстройства).

· Омепразол (Омез);

· Ланзопразол (Ланзоптол);

· Пантопразол (Санпраз);

· Париет

· Эзомепразол (Нексиум).

Обволакивающие и вяжущие препараты:

· Де-нол;

· Вентер;

· Простагландин.

Антихеликобактерные препараты.

Хирургическое лечение: В настоящее время благодаря впечатляющим успехам лекарственной терапии у пациентов с язвенной болезнью хирургические подходы используются лишь при осложненных формах заболевания. При этом в основном применяются малоинвазивные методики (эндоскопический метод остановки кровотечений, лапароскопические операции).

Показания к хирургическому лечению:

· Продолжительные, рецидивирующие кровотечения (несмотря на адекватную терапию).

· Перфорация язвы.

· Декомпенсированный стеноз привратника.

· Обострение с рецидивом язвы после перенесенного осложнения, несмотря на непрерывный прием препаратов антисекреторного действия в поддерживающей дозе и курсов 7 или 10 дневной антихеликобактерной терапии.

· Нерубцующаяся в течение 6 месяцев доброкачественная язва желудка или 12пк.

Дифференциальная диагностика:

Клиническое течение язвенной болезни может напоминать холецистит или желчнокаменную болезнь, боли иногда приступообразного характера локализуются в правом подреберье. Однако в пользу язвенной болезни свидетельствуют сезонность обострения болей, хорошая переносимость продуктов, обычно вызывающих боли при заболевании желчного пузыря, данные рентгеноскопии, рентгенографии, эндоскопии.

В чем отличия: Иррадиация болей при язвенной болезни желудка вверх, в спину, в область сердца. Поздние, голодные, ночные боли, не зависящие от качества пищи (дуоденальная язва) и более или менее связанные с качеством пищи (язва желудка). При болях больной старается прижать брюшную стенку и остаться неподвижным. Сезонный по преимуществу характер болей. Рвота приносит облегчение. Преимущественно повышенная секреторная функция желудка, гиперсекреция постоянного типа, преобладание сложнорефлекторной фазы секреции над нервно-химической, парадоксальная секреция.

При холецистите:

Боли, разнообразные по силе и длительности, чаще от 1 до 4 часов, во время приступа желчной колики интенсивные. Иррадиация болей преимущественно правосторонняя, вверх под правую лопатку, в правое плечо. Боли, связанные с качеством пищи (острая, консервированная пища, жиры, яичные желтки, пищевые вещества, стимулирующие моторную функцию желчного пузыря). Преимущественно пониженная секреторная функция желудка вплоть до стойкой ахилии (в начальный период холецистита иногда временное повышение).

.5 Желудочно-кишечное кровотечение

Желудочно-кишечное кровотечение - наиболее частое и серьезное осложнение язвенной болезни. В 70 % случаев язва желудка и двенадцатиперстной кишки является причиной желудочно-кишечных кровотечений. Летальность достигает 10 %. Примерно у 20 % больных язвенной болезнью возникают кровотечения.

Классификация. По этиологии язвенные кровопотери возникают при хронических каллезных и пенетрирующих язвах; острых язвах; симптоматических язвах.

По локализации: из язвы желудка; из язвы двенадцатиперстной кишки.

По характеру кровотечения: продолжающееся; останавливающееся.

По степени тяжести кровопотери:

• легкая (до 1000 мл), пульс до 100 ударов в 1 мин, АД в норме или снижено до 100/60 мм рт.ст., гемоглобин 110 - 80 г/л, эритроциты -4,0 - 3,1хЮ12/л, гематокритное число 0,4 - 0,31, дефицит ОЦК - до 20 %;

• средняя кровопотеря (до 2000 мл), пульс 120 ударов в 1 мин, АД ниже 80/60 мм рт. ст., гемоглобин 80 - 60 г/л, эритроциты 3,0 - 2,5x10' 2/л, гематокритное число - 0,3 -0,21, дефицит ОЦК до - 30 %;

• тяжелая кровопотеря (свыше 2000 мл), частота пульса больше 120 в минуту, АД ниже80/60 мм рт.ст., гемоглобин ниже 80 г/л, эритроциты 2,4х1012/л и ниже, гематокритное число - 0,20, дефицит ОЦК - от 30 % и больше. Пульс на артериях конечностей не определяется, больной без сознания. Рвота и понос - свежей кровью.

Клиническая картина. Зависит от тяжести кровотечения и стадии геморрагического шока. Больные отмечают слабость, головокружение, сонливость, обморочное состояние, жажду, рвоту кровью (типа "кофейной гущи ), дегтеобразный стул, холодный липкий пот, мелькание мушек перед глазами. При осмотре отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Могут быть нарушение слуха и зрения, психические расстройства, боли в области сердца. Часто больные отмечают исчезновение болей в животе (симптом Бергманна) после кровотечения. Это объясняется разведением кислого содержимого желудка излившейся кровью.

Диагностика. Кроме выяснения данных анамнеза, жалоб, объективных данных, лабораторных показателей проводится экстренная фиброгастродуоденоскопия, которая дает ответы на вопросы о источнике кровотечения и его локализации, признаках продолжающегося кровотечения, состоявшегося кровотечения с высоким риском его рецидива.

.6 Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении

• при подозрении или установлении диагноза желудочно-кишечного кровотечения показана экстренная госпитализация больного в хирургический стационар;

• транспортировка больного осуществляется в положении лежа на носилках с введением гемостатических препаратов и прикладыванием пузыря со льдом на область эпигастрия;

• местным гемостатическим эффектом при приеме per os обладают 10 % раствор кальция хлорида, 5 %раствор s-аминокапроновой кислоты, 0,2 % раствор тромбина. Можно использовать измельченную гемостатическую губку по 1 столовой ложке каждые 1 - 2 ч;

• вводят гемостатики: 10 мл 10 % раствора кальция глюконата внутримышечно или внутривенно, 10 мл 10 % раствора кальция хлорида внутривенно, 1 - 2 мл / % раствора викасола внутримышечно, 100 мл 5 % раствора ε-аминокапроновой кислоты внутривенно капельно.

Лечение. В стационаре проводится дальнейшая комплексная гемостатическая терапия, включающая:

• инфузионную: 5% раствор ε-аминокапроновой кислоты - 200 мл, дицинона - 250 г, внутривенно 2 мл кальция хлорида иди 10 % раствор кальция глюконата - 10,0 мл, фибриногена 1 - 2 г на 250 мл изотонического раствора натрия хлорида, 3 % раствор гемофобина внутрь, 1 % раствор викасола 3 мл внутримышечно-

• местную: строгий постельный режим, прикладывание холода на подложечную область, промывание желудка ледяной водой (желудочная гипотермия), введение в желудок но зонду 0,1 % раствора адреналина или норадреналина по 4 мл вместе с 100 - 150 мл 5 % ε-аминокапроновой кислоты (или дают пить по 1 столовой ложке этой смеси каждые 15 мин);

• лечебную эндоскопию - обкалывание язвы 0,1 % раствором адреналина или норадреналина, электрокоагуляция, прошивание сосуда металлической клипсой, лазерная коагуляция, аппликация медицинского клея МК № 6, 7, 8;

• эндоваскулярную эмболизацию кровоточащего сосуда с помощью суперселективного введения искусственного эмбола через бедренную артерию.

Проводится коррекция волемических нарушений:

• восполнение ОЦК путем переливания компонентов крови - нативной, сухой замороженной плазмы, декстранов, альбумина, протеина, кристаллоидов;

• стабилизация гемодинамики сердечными, сосудистыми средствами;

• ликвидация метаболического ацидоза - 4 % раствор натрия гидрокарбоната - 200 мл;

• восстановление микроциркуляции - реополиглюкин - 400 мл внутривенно, трентал - 5,0 - 15,0 мл на 250 мл физиологического раствора.

При неуспешной комплексной гемостатической терапии показано оперативное лечение, которое может быть экстренным, срочным и плановым с индивидуальным подходом к каждому больному. Операция должна быть наименее травматичной.

Производимые операции: секторальное иссечение или прошивание сосуда в язве; резекция желудка; ваготомия (СПВ - селективная проксимальная ваготомия) с иссечением язвы.

В послеоперационном периоде больные находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии и нуждаются в тщательном уходе и лечении.

язвенный болезнь желудок кровотечение

Заключение

Язвенная болезнь является результатом дисбаланса между защитными и повреждающими факторами в желудке и двенадцатиперстной кишке. Знание механизмов защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки дает возможность лучше разобраться в патогенезе язвенной болезни.

Успехи в лечении:

. Благодаря применению высокоэффективных противоязвенных препаратов (блокаторов протонной помпы и Н2-блокаторов) отмечается ежегодное снижение уровня госпитализации по поводу кровотечений из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

. Основным методом диагностики кровоточащей язвы луковицы ДПК на современном этапе является фиброгастродуоденоскопия, применяющаяся как с диагностической, так и с лечебной целью.

. Абсолютным показанием к оперативному вмешательству при кровоточащей язве луковицы ДПК является профузное продолжающееся кровотечение, рецидив кровотечения в клинике и неэффективность консервативных методов у больных с массивным кровотечением.

. Эффективность эндоскопического гемостаза в комбинации с блокаторами протонной помпы и Н2-блокаторами при кровоточащей язве луковицы ДПК составила 77,2%.

. Широкое применение методов медикаментозного воздействия, эндоскопического гемостаза и оперативных вмешательств позволило улучшить результаты лечения

Список использованной литературы

1. Кабарухина Б.В. Хирургия для фельдшеров. Практикум Учебник: канд. мед. наук. - Ростов н/Д: «Феникс», 2003. - 480 с.