**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 1953г.

**Место жительства:** с.Октябрьское

**Место работы:** неработающая

**Национальность:** русская

**Диагноз при поступлении:** желудочно-кишечное кровотечение

**Дата поступления:** 04.03.2005г.

**Клинический диагноз:**

1. **основное заболевание:** ulcer duodeni acuta
2. **осложнения основного заболевания:** haemorrhagia duodenalis
3. **сопутствующие заболевания:** Гипертоническая болезнь II степени, риск II. Остеохондроз позвоночника, стадия ремиссии. Хронический бронхит, стадия ремиссии.

**Операция: --------------------------------------------------**

**Обезболивание: -------------------------------------------------**

**Осложнения операции:** **---------------------------------**

**Исход заболевания:** улучшение

**Группа крови:** B (III) Rh +

 **АНАМНЕЗ**

1. **Жалобы**

**Жалобы при поступлении:**

* острые боли в эпигастральной области режущего характера, возникшие после приема пищи и продолжающиеся в течение 6 часов
* однократная рвота съеденной пищей с примесью крови («кофейной гущей»), принесщая облегчение (рвоту пациентка вызывала самостоятельно)
* тошнота
* многократный жидкий дегтеобразный стул
* однократная потеря сознания
* слабость, головокружение
* отрыжка воздухом
* метеоризм

 **Жалобы на момент курации:**

* слабость, головокружение
* головная боль
* боли в области эпигастрии режущего характера, возникающие после приема пищи
* тошнота
* отрыжка воздухом
* метеоризм
* отсутствие стула в течении 3 дней
1. **Анамнез развития заболевания.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больной в течение последних 12 лет, когда впервые начала отмечать появление болей в эпигастральной области через 1-2 часа после еды. Боли имели невыраженный характер, к врачам пациентка не обращалась - при усилении болей купировала приемом соды или вызвала рвоту. Сезонный характер болей и связь с приемом отдельных видов пищи пациентка не отмечает. В связи с остеохондрозом и хроническим бронхитом в течение последних 20 лет \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* принимала большое количество НПВС. Также больная отмечает периодическое появление отрыжки воздухом, метеоризма, изжоги в данный период времени.

В течение последних 1,5 лет пациентка отмечает усиление болей в эпигастрии, они стали носить более интенсвиный характер. Больная самостоятельно принимала лекарственные препараты (белалгин, фталазол, карсил), однако улучшения не наступало. За 2 недели до госпитализации \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* по рекомендации журнала начала применять новую методику лечения остеохондроза - употребление внутрь натощак 3% раствора перекиси водорода.

4 марта после еды у больной появились тошнота и интенсивные боли в эпигастрии. Пациентка самостоятельно вызвала рвоту, которая принесла ей облегчение. В рвотных массах больная отметила наличие крови (рвота «кофейной гущей»), через некоторое время появилась резкая слабость и головокружение, больная не смогла встать с постели. Была вызвана бригада «Скорой помощи», со слов пациентки АД было около 90\60 мм.рт.ст. После инъекции кордиамина больная почувствовала себя лучше и от госпитализации отказалась. В течение следующего часа боли в эпигастрии усилились, появился многократный дегтеобразный стул, тошнота, слабость, головокружение. Больная дома потеряла сознание. Повторно к ней была вызвана бригада СМП и пациентка была доставлена в приемное отделение ОКБ.

При осмотре дежурным хирургом: состояние тяжелое, больная заторможена, кожные покровы бледные. АД 80\40. После осмотра дежурным реаниматологом в 16.40 (АД 90\60, ЧСС=110уд\мин, продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение) пациентка переведена в ОАР, где находилась в течение суток. В 18.50 05.03.2005г. после осмотра дежурным хирургом больная была переведена в отделение общей хирургии для дальнейшего обследования и лечения.

1. **Анамнез жизни**

 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась 10 февраля 1953 года первым ребенком в полной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. В детском возрасте переболела всеми детскими инфекциями, часто болела ОРЗ и ОРВИ. Менструации начались с 13 лет, регулярные, безболезненные, с умеренным количеством выделений. Половая жизнь начата в 16 лет. Имела 7 беременностей, из которых 3 закончились родами, 4 - мед.абортами. Первая беременность и роды в 18 лет протекали патологически (с какой именно патологией - больная не уточняет), вторые и третьи роды протекали без осложнений.

В 1969г. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* закончила среднюю общеобразовательную школу, затем училась в техникуме. C 24 работала на цементно-бетонном заводе мастером участка, не работает в течение последних 2 лет. В работе отмечает влияние постоянной запыленности, тяжелых нагрузок и нерегулярного режима питания.

С 30 лет страдает хроническим бронхитом с обострениями в весеннее-осенний период. При обострениях к врачу не обращалась, лечилась дома самостоятельно (НПВС, терпинкод, бромгексин, сироп солодки). Через несколько лет после начала заболевания начала отмечать возникновение приступов удушья на резкие запахи в период обострения заболевания. В течение последних 1,5 лет отмечает регулярное возникновение головных болей, связанных с подъемом АД до 150-160 мм.рт.ст. К врачу пациентка не обращалась, нерегулярно самостоятельно принимала анаприлин и эналаприл.

С 25 лет страдает остеохондрозом позвоночника с периодическими обострениями, по поводу чего регулярно принимала большое количество НПВС.

В 1990г. получила производственную травму с переломом поясничного отдела позвоночника и 2 ребер, по поводу чего проходила лечение в стационаре. Проживает с сыном и мужем в благоустроенной квартире. Со слов больной питание в семье достаточное, регулярное, полноценное.

* 1. **Семейный анамнез**

О заболеваниях бабушек и дедушек по материнской и отцовской линии не знает. Мать умерла в возрасте 26 лет от рака ЖКТ. Отец умер в возрасте 77 лет от рака почки. Старший сын страдает язвенной болезнью ДПК. У младшего сына - хронический панкреатит. Дочь и муж здоровы. Со слов пациентки, нервных, психических, обменных болезней в семье нет.

* 1. **Аллергологический анамнез**

С детского возраста отмечается аллергия на цитрусовые, яйцо, шоколад, пыльцу (в весеннее-летний период), проявляющиеся сыпью и зудом. Приблизительно с 30 лет отмечает реакцию на резкие запахи в виде приступов удушья и головокружения, возникающих при обострениях хронического бронхита. Имеется лекарственная аллергия на антибиотики тетрациклинового ряда. По поводу аллергии обследования и лечения не проходила.

 **Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* гиперстенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 168см.

*Вес:* 98кг.

*Кожа, слизистые оболочки:*

 Кожа бледная, сухая, тургор снижен, сыпи, расчесов нет. Оволосение по женскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые бледно- розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет.

*Подкожно-жировой слой:* сильно выражен, распределен равномерно. Признаков отеков нет.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре и пальпации увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

*Шея:* шейные лимфоузлы пальпаторно неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа пальпаторно не определяется.

*Ротовая полость:* видимые слизистые рта, мягкого неба, десна розового цвета, чистые, влажные. Язык обычных размеров, с обильным наложением желтовато-белого налета. Зубы с участками кариозной пигментации.

**Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка гиперстенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол более 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, объем движений полный.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* грудная клетка гиперстенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 16\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см. (второй метод).

|  |
| --- |
|  Нижние границы легких |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье |  ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро |  ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media  | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis  | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |
| --- |
|  Топографическая перкуссия границ сердца |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая  | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

*Аускультация:* при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:*

Слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный с обильным желтовато-белым налетом. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот напряжен, определяется болезненность в эпигастральной области.

 Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

 *Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, плотный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Пальпация в проекции поджелудочной железы безболезненная.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 8см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 12см

Поперечник = 8см

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме.

**Status localis**

Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряженный, в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Пальпаторно край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, плотный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Пальпация в проекции поджелудочной железы безболезненная. При пальпации большой кривизны желудка определяется выраженная болезненность.

 **Данные лабораторных исследований**

**1.Общий анализ крови (от 04.03.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЛейкоциты, 109/л | 1153,5 6,5 | 115 – 1453,7 – 4,74,78 – 7,68 |

Заключение: снижение уровня гемоглобина и эритроцитов.

1. **Биохимический анализ крови (от 04.03.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\лМочевина, ммоль\лКреатинин,ммоль\лОбщий билирубин, мкмоль\лПрямой билирубин, мкмоль\лОбщий белок г\л | 8,77,50,08911,3отрицателен59,0 | 3,5-7,52,5-8,30,044-0,128,55 – 20,05отрицателен65-85 |

Заключение: повышение глюкозы крови, снижение общего белка крови.

1. **Показатели свертываемости крови (от 04.03.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %Протромбиновое время, секФибриноген общий, г/лФибриноген В, г/лЭтаноловый тест | 100152,4отр.отр. | 80 – 10510-142,5 – 3,5отр.отр. |

Заключение: незначительное увеличение ПТВ и незначительное снижение общего фибриногена

1. **ЭГДС (от 04.03.2005г.)**

Заключение: одиночная эрозия препилорического отдела желудка, 2 острые язвы луковицы ДПК (признаки бывшего кровотечения). Признаков продолжающегося кровотечения нет.

1. **Консультация дежурного реаниматолога (от 04.03.2005г. 16.40)**

Заключение: АД 90\60 мм.рт.ст, ЧД=24, ЧСС=110 уд\мин. Живот увеличен, болезненный. Учитывая тяжесть состояния и продолжающееся кровотечение из ЖКТ перевод в ОАР II для динамического наблюдения и лечения.

1. **Консультация дежурного терапевта (от 04.03.2005г. 18.20 )**

Заключение: состояние после кровотечения из ЖКТ. Гипертоническая болезнь II степени, риск II. Остеохондроз позвоночника, стадия ремиссии.

 **Обоснование диагноза.**

Клинический диагноз острой язвы ДПК и состоявшегося дуоденального кровотечения ставится на основании:

1. **Жалоб больной при поступлении на:**
	* острые боли в эпигастральной области режущего характера, возникшие после приема пищи и продолжающиеся в течение 6 часов
	* однократную рвоту съеденной пищей с примесью крови («кофейной гущей»), принесшую облегчение (рвоту пациентка вызывала самостоятельно)
	* тошнота
	* многократный жидкий дегтеобразный стул
	* однократная потеря сознания
	* слабость, головокружение
		1. **Данных анамнеза:**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больной в течение последних 12 лет, когда впервые начала отмечать появление болей в эпигастральной области через 1-2 часа после еды. Боли имели невыраженный характер, к врачам пациентка не обращалась - при усилении болей купировала приемом соды или вызвала рвоту. Сезонный характер болей и связь с приемом отдельных видов пищи пациентка не отмечает. В связи с остеохондрозом и хроническим бронхитом в течение последних 20 лет \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* принимала большое количество НПВС. Также больная отмечает периодическое появление отрыжки воздухом, метеоризма, изжоги в данный период времени.

В течение последних 1,5 лет пациентка отмечает усиление болей в эпигастрии, они стали носить более интенсвиный характер. Больная самостоятельно принимала лекарственные препараты (белалгин, фталазол, карсил), однако улучшения не наступало. За 2 недели до госпитализации \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* по рекомендации журнала начала применять новую методику лечения остеохондроза - употребление внутрь натощак 3% раствора перекиси водорода.

4 марта после еды у \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* появились тошнота и интенсивные боли в эпигастрии. Пациентка самостоятельно вызвала рвоту, которая принесла ей облегчение. В рвотных массах больная отметила наличие крови (рвота «кофейной гущей»), через некоторое время появилась резкая слабость и головокружение, больная не смогла встать с постели. Была вызвана бригада «Скорой помощи», со слов пациентки АД было около 90\60 мм.рт.ст. После инъекции кордиамина больная почувствовала себя лучше и от госпитализации отказалась. В течение следующего часа боли в эпигастрии усилились, появился многократный дегтеобразный стул, тошнота, слабость, головокружение. Больная дома потеряла сознание. Повторно к ней была вызвана бригада СМП и пациентка была доставлена в приемное отделение ОКБ.

* + 1. **Данных объективного исследования:**

Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Пальпаторно край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, плотный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Пальпация в проекции поджелудочной железы безболезненная. При пальпации большой кривизны желудка определяется выраженная болезненность.

* + 1. **Данных параклинических исследований:**
			- В ОАК от 04.03.2005г. снижение уровня гемоглобина и эритроцитов
			- ЭГДС от 04.03.2005г.: одиночная эрозия препилорического отдела желудка, 2 острые язвы луковицы ДПК (признаки бывшего кровотечения). Признаков продолжающегося кровотечения нет.

 **Дифференциальный диагноз.**

Острую язву ДПК, осложненную дуоденальным кровотечением, необходимо дифференцировать от:

* синдрома Маллори-Вейса
* легочное кровотечение
* кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
* рака желудка и ДПК
	1. **Синдром Маллори-Вейса**

***Сходство:*** жалобы пациентки на рвоту с кровью, тошноту, возникшие после приема пищи. В анамнезе пациентка указывает на частую рвоту, которая может являться одним из этиологических факторов синдрома. В лабораторных анализах - признаки кровопотери.

***Отличие:*** для синдрома Маллори-Вейса характерно длительное употребление алкоголя или больших количеств пищи, которые больная отрицает. При данном синдроме обычно наблюдается массивная рвота сначала желудочным содержимым, затем - неизмененной кровью со сгустками. Больная в анамнезе указывает только на однократную рвоту, которую вызвала самостоятельно, характер рвоты - «кофейная гуща». При эндоскопическом исследовании желудка диагноз трещины кардии желудка (синдром Маллори-Вейса) не подтверждается.

1. **Легочное кровотечение**

***Сходство:*** при заглатывании крови возможна рвота с кровью (чаще однократная) и появление мелены. У больной в анамнезе имеется хроническое бронхолегочное заболевание, которое могло послужить источником кровотечения.

***Отличие:*** при легочных кровотечениях, как правило, наблюдается отхаркивание крови полным ртом или появление прожилков крови в мокроте. Характерно возникновение кашля. Кровь пенистая, светло-розового цвета. Этих признаков больная не отмечает. Кашля не возникало, кровь в рвотных массах не пенилась, смешанная с рвотными массами - «кофейная гуща». При ЭГДС источник кровотечения был выявлен в ДПК. При поступлении у больной не отмечалось нарушения функций внешнего дыхания, которые обычно характерны для легочного кровотечения.

1. **Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода**

***Сходство:*** при пищеводных кровотечениях характерно возникновение рвоты с примесью крови. В анамнезе больная указывает на жалобы, характерные для рефлюкс-эзофагита, который является одной из причин возникновения пищеводных кровтечений. Через некоторое время при попадании крови в желудок также возможно возникновение мелены.

***Отличие:*** у больной не наблюдается характерных признаков портальной гипертензии и цирроза печени (иктеричность кожи и слизистых, асцит, телеангиэктазии). При пальпации край печени уплотнен, но не выходит за пределы реберной дуги. В анамнезе больная не указывает на жалобы или перенесенные заболевания со стороны гепатобилиарной системы. В лабораторных данных нет изменений, характерных для цирроза печени (нарушение гликемического профиля, уровня белка и обмена билирубина). При эндоскопическом исследовании кровотечения из вен пищевода не выявлено.

1. **Рак желудка и ДПК**

***Сходство:*** при распадающихся опухолях ЖКТ возможно желудочно-кишечное кровотечение, которое может проявиться симптомами, как у данной пациентки (рвота с кровью, мелена). Диспептические жалобы со стороны ЖКТ также могут быть обусловлены наличием опухоли. У больной отягощенный онкологический анамнез со стороны родителей.

***Отличие:*** так как кровотечение из опухоли возникает обычно на поздних стадиях, у больных можно выявить «малые признаки» рака (похудание, извращение аппетита, слабость, и т.д.). В лабораторных данных нет признаков онкологического заболевания (увеличение СОЭ, диспротеинемия, снижение уровня белка и т.д.). При эндоскопическом исследовании признаков опухоли желудка и ДПК нет.

 **Характеристика основного заболевания**

1. **Желудочно-кишечное кровотечение**

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) являются тяжелым и опасным осложнением многих заболеваний. Они требуют оказания экстренной и высококвалифицированной лечебной помощи, а в ряде случаев и сложного опера­тивного вмешательства.

Диагностика заболевания, осложнившегося кровотечением, во многих случаях затруднительна, а в вопросах хирургической тактики и до настоящего времени еще существуют разногласия. Летальность при ОЖКК остается высокой. Даже в последние годы при острых язвенных кровотечениях летальность остается вы­ше 10 %. Результаты лечения кровотечений неязвенного происхождения еще хуже: при кровотечении из варикозных вен пищевода у больных циррозом печени ле­тальность составляет 45—50%, при злокачественных новообразованиях—26— 30 %, при геморрагических диатезах—8—10 %.

***Этиология:***

* язвенная болезнь желудка и ДПК (50-85%)
* варикозно расширенные вены пищевода при портальной гипертензии (5-18 %)
* распадающиеся опухоли ЖКТ(8-10%)
* синдром Маллори-Вейса (2,5-7,5%)
* острые эрозии ЖКТ (5,2-25%)
* прочие причины

***Классификация:***

* 1. Классификация В. И. Стручкова и Э. В. Луцевич (1961) предусматривает деление всех кровотечений из пищеварительного канала на 4 группы:

 1) крово­течения язвенной этиологии;

 2) кровотечения неязвенной этиологии;

 3) ложные желудочно-кишечные кровотечения (проглоченная кровь);

 4) кровотечения невы­ясненной этиологии.

* 1. А. А. Шалимов и В. Ф. Саенко (1972) делят больных с желудочно-кишечными кровотечениями по причинам возникновения последних на две большие группы:
		+ 1-я группа—больные с патологическими процессами в желудке и двенадцати­перстной кишке
		+ 2-я группа—больные с гипертониче­ской болезнью, врожденными и приобретенными геморрагическими диатезами, лейкемией, болезнями Верльгофа, Шейнлейна—Геноха, авитаминозами, лучевой болезнью, повышенной проницаемостью капилляров и другими редко встречаю­щимися заболеваниями.
			1. В. Д. Братусь (1980) предложил для практических целей следующую клас­сификацию:
* Кровотечения, связанные с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки:

1) при язвенной болезни;

2) неязвенного генеза - при опухолях желудка; геморрагическом эрозивном гастрите; грыжах пищеводного отверстия диафрагмы; дивертикулах пищевода и двенадцатиперстной кишки; туберкулезном поражении желудка; синдроме Маллори—Вейсса.

* Кровотечения, вызванные нежелудочными заболеваниями—при порталь­ной гипертензии на почве цирроза печени и внепеченочной блокады; геморрагиче­ских диатезах; атеросклерозе и гипертонической болезни; гемофилии, аневризме или механическом повреждении грудной части аорты и сосудов желудка.
	+ - 1. Классификация Б.И. Альперовича и М.И. Соловьева наиболее полно отражает этиологический принцип:
* кровотечения из язв желудка и ДПК (70%)
* осложнение патологических процессов неясной этиологии (24%)
* осложнения патологий ЖКТ
* осложнения патологий вне ЖКТ
* кровотечения при осложнении лечебных мероприятий (3%)
* кровотечения невыясненной этиологии (2%)
* ложные желудочно-кишечные кровотечения

***Клиника:***

В клинической картине ОЖКК различают 2 периода: скрытый и период внеш­них проявлений кровотечения.

Скрытый период соответствует начальным проявлениям ОЖКК и характери­зуется общими признаками кровопотери: слабость, холодный пот, обморочное состояние. Эти симптомы являются проявлением гипоксии головного мозга и гиповолемии. Степень их выраженности зависит от интенсивности кровотечения, исходного состояния, возраста больного, индивидуальных особенностей организма. Начавшееся кровотечение проявляется снижением АД, тахикардией, уменьшением наполнения пульса. Однако эти признаки не в полной мере характеризуют степень кровотечения, так как во многом зависят от устойчивости организма к кровопотере. Скрытый период, весьма короткий при массивных ОЖКК, при умеренном темпе кровотечения обычно бывает продолжительным.

К внешним признакам кровотечения относятся кровавая рвота и черный стул - мелена.

Характер рвотных масс и стула имеет определенное дифференциально-диагно­стическое значение, так как они позволяют в некоторой мере судить о локализа­ции источника кровотечения и его интенсивности. Так, рвота малоизмененной кровью возникает при обильном кровотечении из сосудов желудка (язва, опу­холь, геморрагический гастрит, синдром Маллори-Вейсса). Рвота жидкостью типа кофейной гущи чаще бывает при острых кровотечениях из язв двенадцати­перстной кишки и забрасывании небольших количеств крови в просвет желудка, а также при желудочных кровотечениях (под воздействием соляной кислоты образуется солянокислый гематин, имеющий характерный вид кофейной гущи). При рвоте (срыгивании) полным ртом темной кровью со сгустками можно за­подозрить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода или кардии в результате портальной гипертензии.

Если кровавая рвота, особенно при кровотечении из двенадцатиперстной киш­ки, может и не наблюдаться, то мелена является постоянным спутником всех острых желудочных и кишечных кровотечений (попадая в кишечник, кровь раз­лагается и при этом образуется сернистое железо черного цвета). Стул при этом может иметь различную окраску. Дегтеобразный стул свидетельствует о длитель­ном пребывании в высоких отделах кишечника значительных количеств крови. Темно-вишневая окраска стула бывает при быстром пассаже по кишечнику, вслед­ствие чего кровь не успевает разложиться и приобрести черный цвет. Такая окраска может также быть признаком кровотечения из нижних отделов кишеч­ника. Появление черного оформленного кала на фоне клинических признаков остановки массивного кровотечения может свидетельствовать о выхождении “старой” крови. Вслед за этим, как правило, появляется оформленный кал обыч­ного цвета. Кал малиновой окраски с большим количеством слизи может свиде­тельствовать о геморрагическом язвенном колите. Наличие на оформленном кале мазков алой крови, появление ее вслед за началом дефекации свидетельствует о кровотечении из дистальных отделов толстой кишки (при геморрое и трещине прямой кишки). При кровоточащих опухолях или полипах этих отделов толстой кишки в кале может также находиться малоизмененная кровь. С целью определе­ния окраски и характера каловых масс обязательно проводят пальцевое иссле­дование прямой кишки и осматривают испражнения больного. Следует, однако, помнить, что в первые часы от начала кровотечения (при раннем поступлении больного) кал в ампуле прямой кишки может иметь нормальную окраску.

При осмотре больного обращает на себя внимание бледность кожи и слизис­тых оболочек губ; при тяжелых кровопотерях — бледно-цианотичный оттенок слизистых оболочек и ногтевых пластинок. У больных циррозом печени нередко бывает особый цвет кожи — бледно-серый с желтушным оттенком. В ряде случаев можно заметить сосудистые “звездочки” на коже лица у верхних отделов плече­вого пояса. Эти признаки, наряду с увеличенной плотной печенью, увеличенной селезенкой, иногда асцитом, также свидетельствуют о циррозе печени и синдроме портальной гипертензии как причине острого кровотечения. У больных циррозом печени почти всегда отсутствует волосистость живота (симптом Клекнера — “голый живот”); язык гиперемирован, сосочки сглажены.

Телеангиэктазии на слизистых оболочках туб, языке, коже рук могут указы­вать на болезнь Рандю—Ослера, а крупные подкожные кровоизлияния, наряду с тромбоцитопенией,— на болезнь Верльгофа.

У больных с продолжительной невосполненной кровопотерей отмечается восковидный оттенок кожи конечностей, нередко у них развиваются безбелковые отеки. При надавливании пальцем на коже конечности образуется медленно исчезающее белое пятно (признак Бурштейна).

Внешний вид и поведение больного, как и другие объективные данные, во мно­гом зависят от степени кровопотери, времени, прошедшем от начала кровотече­ния, а также от того, остановилось кровотечение к моменту осмотра или еще продолжается.

При продолжающемся массивном кровотечении поведение больных, как прави­ло, беспокойное. Они возбуждены, испуганы, непрерывно меняют положение тела, рук, ног, зевают, учащенно дышат, отмечают слабость, удушье, жажду, не могут согреться. Кожа бледная, покрыта холодным потом, конечности холодные, иногда можно отметить цианоз губ, акроцианоз. Пульс слабого наполнения или ните­видный, 100—110 в 1 мин. АД снижено до 90-80 мм рт. ст. и больше. При весьма тяжелом кровотечении больные теряют сознание, развивает­ся коллапс.

При остановившемся кровотечении, даже после тяжелой степени кровопотери, поведение больных спокойное, отмечаются адинамия, угнетение психического со­стояния. Пульс учащен, однако редко превышает 100—110 в 1 мин. АД стабили­зируется на уровнях выше 90 мм рт. ст. По мере восполнения крово­потери пульс и АД постепенно приходят к норме. Массивные ОЖКК вызывают жажду, язык у таких больных сухой, покрыт серым или серовато-коричневым налетом.

Осмотр живота, как правило, не дает каких-либо данных, характерных для кровотечения. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, симметричный. У не­которых больных можно заметить пигментацию кожи в надчревной области вслед­ствие длительного применения грелки при упорном болевом синдроме (часто при пенетрирующих язвах). При портальной гипертензии как причине кровотечения живот иногда распластан, расширены подкожные вены передней брюшной стенки. При пальпации живот у больных с ОЖКК, как правило, мягкий. При гастродуо-денальных язвах может быть умеренное напряжение мышц в надчревной области, здесь же определяется болезненность при пальпации либо только при перкуссии брюшной стенки (симптом Менделя). Допустимы лишь поверхностная пальпация и легкая перкуссия. Подавляющее большинство больных язвенной болезнью же­лудка и двенадцатиперстной кишки отмечают уменьшение боли после начавшегося кровотечения (синдром Бергмана).

При аускультации важным симптомом является усиление кишечных шумов, что может свидетельствовать о продолжающемся кровотечении (симптом Тейло­ра). Усиленная перистальтика при этом возникает в ответ на попадающую в про­свет кишечника свежую кровь.

В последнее время среди больных с ОЖКК увеличилось число лиц пожилого возраста. Кровотечения у больных старше 60 лет бывают обильными вследствие атеросклеротических изменений сосудов, что затрудняет остановку его с помощью гемостатической терапии. Причинами профузных кровотечений у пожилых людей

часто являются каллезные язвы малой кривизны желудка и кардии. У лиц старше 60 лет наблюдаются изменения сердечно-сосудистой системы, нарушения функ­ции печени и почек, что снижает их толерантность к кровопотере и требует самых активных мер для остановки кровотечения и раннего оперативного лечения.

Необходимо помнить о возможности сочетания острого язвенного кровотече­ния и перфорации язвы. Клиническая картина перфорации на фоне желудочно-кишечного кровотечения, как правило, атипична. Такие характерные симптомы перфорации, как “кинжальная” боль, “доскообразное” напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щеткина—Блюмберга, могут отсутствовать. Нарастание боли в животе, даже небольшое напряжение мышц, болезненность при поверхностной пальпации, отсутствие печеночной тупости при перкуссии являются ранними симптомами перфорации на фоне кровотечения. Обязательной является обзорная рентгенография брюшной полости (наличие свободного газа).

Различаются 3 степени тяжести кровопотери:

I *степень —* легкая — наблюдается при по­тере до 20 % объема циркулирующей кро­ви (до 1000 мл у больного с массой тела 70 кг). Общее состояние удовлетворительное или средней тяжести, кожа бледная (сосудистый спазм), появляется потливость, пульс 90-100 в 1 мин, арте­риальное давление 100— 90/60 мм рт. ст., беспокойство сменяет­ся легкой заторможенностью, сознание яс­ное, дыхание несколько учащено, рефлексы понижены, мышцы расслаблены, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, олигурия. Без компенсации кровопотери выраженных расстройств кровообращения не отмечается.

II *степень —* средней тяжести — наблю­дается при потере от 20 до 30 % объема циркулирующей крови (от 1000 до 1500 мл у больного с массой тела 70 кг). Общее состояние средней тяжести, больной затор­можен, говорит тихим голосом, медленно, отмечаются выраженная бледность кожи, липкий пот, пульс 120—130 в 1 мин, слабого наполнения, артериальное давле­ние 90—80/50 мм рт. ст., учащенное поверхностное дыхание, выраженная олигурия. Вследствие спазма сосудов артериальное давление может быть нормальным или даже повышенным. Одна­ко оно может в любой момент снизить­ся вследствие истощения компенсаторных механизмов и расширения сосудов. Без компенсации кровопотери больной может выжить, однако остаются значительные на­рушения кровообращения, метаболизма и функции почек, печени, кишечника.

III *степень —* тяжелая — наблюдается при потере более 30 % объема цирку­лирующей крови (от 1500 до 2500 мл у больного с массой тела 70 кг). Общее состояние тяжелое или очень тяжелое, угнетена двигательная реакция, кожа и слизистые оболочки бледно-цианотичные или пятнистые (спазм сосудов сменяется дилатацией). Больной на вопросы отвечает медленно, шепотом, часто теряет сознание, пульс нитевидный, 130—140 в 1 мин, периодически не сосчитывается или не пальпируется, максимальное артериальное давление от 0—60 до 50 мм рт. ст., центральное венозное давление низкое, дыхание поверхностное, редкое, конечности и тело холодные на ощупь, температура тела снижена. Олигу­рия сменяется анурией. Восполнение кровопотери может привести к быстрому вос­становлению гемодинамики (лабильная форма). Если же быстрого улучшения не происходит, это свидетельствует о повреждении жизненно важных паренхиматозных ор­ганов (торпидная форма). В этом случае, как и при лабильной форме, имеется дилатация артерио-метартериоло-венулярного комплекса с открытыми артерио-венозными анастомозами. Нередко отмечаются гемор­рагические явления, свидетельствующие о распространенном внутрисосудистом тромбообразовании; насыщение крови кисло­родом, артерио-венозная разница умень­шаются, общее состояние ухудшается, на­растают явления интоксикации.

***Диагностика:***

При поступлении больного с ОЖКК в хирургический стационар прежде всего не­обходимо определить объем кровопотери. Группу крови и резус-принадлежность определяют в санпропускнике. Кроме того, сразу после поступления или же в первые сут­ки выполняют:

1) клинический анализ крови с определением содержания тромбо­цитов;

2) клинический анализ мочи;

3) коагулограмму;

4) биохлмические иссле­дования сыворотки крови (содержание общего белка и его фракций, глюкозы, билирубина, амилазы и мочевины);

5) исследование содержания калия и натрия в крови, КОС;

6) ЭКГ.

Эндоскопия в настоящее время является наиболее эффективным и достовер­ным методом диагностики, позволяющим в 95% случаев установить причину желудочно-кишечного кровотечения. Перед исследованием больному подкожно вводят 1 мл 1 % раствора промедола, а также 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, а за 2—3 мин до его начала корень языка, зев и глотку орошают 1—2 % раствором дикаина (1— 1,5 мл). Эндоскопическое исследова­ние можно выполнить даже у крайне тяжелых больных при продолжающемся кровотечении, в состоянии коллапса. В таких случаях исследование производят в палате либо в операционной под прикрытием массивного переливания крови и других необходимых реанимационных мероприятий.

1. **Острая язва ДПК**

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).

***Этиология и патогенез:***

Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке является лишь следствием расстройств указанных выше функций.

Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и др. нередко являются причиной развития язвенной болезни.

Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипофизарно-надпочечниковой системы и функции половых гормонов, а также нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина, энтерогастрона, холицистокинина - панкреозимина и др.), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенную роль играют наследственные конституциональные факторы (наследственное предрасположение встречается среди больных язвенной болезнью в 15-40% случаев).

Непосредственное формирование язвы происходит в результате нарушения физиологического равновесия между "агрессивными" (протеолитически активный желудочный сок, заброс желчи) и "защитными" факторами (желудочная и дуоденальная слизь, клеточная регенерация, нормальное состояние местного кровотока, защитное действие некоторых интестинальных гормонов, например секретина, энтерогастрона, а также щелочная реакция слюны и панкреатического сока). В формировании язв в желудке наибольшее значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки, ослабление ее сопротивляемости повреждающему воздействию кислого желудочного сока. В механизме же развития язв в выходном отделе желудка и особенно в двенадцатиперстной кишке, напротив, решающим фактором явяется усиление агрессивности кислотно-пептического фактора. Образованию язв предшествуют ультраструктурные изменения и нарушения в тканевом обмене слизистой желудка.

Раз возникнув, язва становится патологическим очагом, поддерживающим афферентным путем развитие и углубление болезни в целом и дистрофических изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в частности, способствует хроническому течению болезни, вовлечению в патологической процесс других органов и систем организма. Предрасполагающими факторами являются нарушения режима питания, злоупотребление острой, грубой, раздражающей пищей, постоянно быстрая, поспешная еда, употребление крепких спиртных напитков и их суррогатов, курение.

***Клиника:***

Характерны боль, изжога, нередко рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды на высоте боли. В период обострения боль ежедневная, возникает натощак, после приема пищи временно уменьшается или исчезает и появляется вновь (при язве желудка через 0,5-1 ч, двенадцатиперстной кишки - 1,5-2,5 ч). Нередка ночная боль. Боль купируется антацидами, холинолитиками, тепловыми процедурами на эпигастральную область. Часто язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сопровождается запорами. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса. Обострения заболевания характерны весной и осенью.

***Диагностика:***

При рентгенологическом исследовании в большинстве случаев (60-80%) выявляется ограниченное затекание бариевой взвеси за контур слизистой оболочки - язвенная ниша. В желудке язвы обычно локализуются по малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке - в луковице. Редко встречаются и трудно диагностируются язвы привратника, внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки.

Наиболее достоверным методом диагностики является гастродуоденоскопия, позволяющая обнаружить язву, определить ее характер, взять биопсию (при язвах желудка).

 **Лечение данного заболевания**

1. **Лечение желудочно-кишечного кровотечения**

***Консервативное лечение***

В большинстве случаев характер ОЖКК позволяет вначале применить консервативную гемостатическую терапию.

Важное место в системе консервативных лечебных мероприятий занимает со­здание полного физического и психического покоя, строгого постельного режима, особенно в разгар острого кровотечения и в первые дни после его остановки. Рекомендуется положить на живот пузырь со льдом. Больной должен быть обес­печен судном, уткой.

Назначают комплексную общую и местную гемостатическую терапию. Одним из наиболее эффективных средств гемостатической терапии является переливание крови. Следует переливать свежецитратную или малых сроков хра­нения (1—5 сут) консервированную кровь. Эффективны прямые гемотрансфузии. При умеренной кровопотере (до 20 % ОЦК) можно воздержаться от срочной гемотрансфузии. При кровопотере средней степени тяжести (20—30 % ОЦК) следует одномоментно перелить капельно до 500 мл крови, а при необходимости на следующий день переливание повторить. При тяжелой степени кровопотери (свыше 30 % ОЦК) гемотрансфузия может достигать 750 мл и больше. Если больной не подвергается операции, то в последующем гемотрансфузии, как пра­вило, повторяют. Рекомендуется переливать кровь капельным методом, медлен­но. Однако при тяжелом коллаптоидном состоянии гемотрансфузию производят капельно быстрым темпом или струйно. При этом применяют также полиглюкин, желатиноль, белковые препараты крови.

Если показания для оперативного вмешательства не обнаруживаются, то в отличие от многих других видов острой кровопотери при ОЖКК не следует стремиться к быстрому и полному восполнению кровопотери, чтобы не вызвать значительного повышения АД и возобновления кровотечения.

В комплексе общих гемостатических мероприятий применяют внутривенно ка­пельные трансфузии 5 % раствора аминокапроновой кислоты (200 мл), 1 % рас­твора кальция хлорида (100 мл), внутримышечное введение 1 % или 0,3 % рас­твора викасола (соответственно 1—2 и 3—5 мл).

При массивных кровотечениях теряется большое количество белка, главным образом альбуминов. Одновременно уменьшается содержание фибриногена. Па­дение концентрации фибриногена ниже 1 г/л является прямым показанием к трансфузии этого препарата. Следует вводить внутривенно капельно 2—4 г фибриногена. Одновременно переливают нативную и сухую плазму, альбумин, протеин, серотрансфузин.

Важное значение имеет местная гемостатическая терапия. Местным гемостатическим эффектом обладают 10 % раствор кальция хлорида, 5 % раствор амино­капроновой кислоты, 0,2 % раствор тромбина, раствор гемофобина и некоторые другие. В последнее время применяют комбинацию 5 % раствора аминокапроно­вой кислоты с тромбином и гемофобином. Смесь дают в охлажденном виде по 30 мл каждые 30 мин—1 ч рег оз в течение 2—3 сут. Целесообразно одновре­менное назначение (по показаниям) антацидных препаратов.

При кровотечениях из язвы двенадцатиперстной кишки рекомендуется при­менять ингибиторы протеолитических ферментов (Г. И. Ивашкевич, Л. Р. Крыштальская, 1974, 1977) по следующей схеме: после промывания желудка холодной водой больной должен в течение 2 ч выпить небольшими глотками 200 мл изото­нического раствора Рингера, к которому добавлено 25 000—50 000 ЕД трасилола, или 10000—20000 ЕД контрикала, или 200000—250000 ЕД гордокса. Таким же образом можно применять 5 % раствор аминокапроновой кислоты (200 мл). При этом на 24 ч больному назначают голод.

Одним из важных средств консервативной терапии является соблюдение пище­вого режима. В настоящее время общепризнанной является диета Мейленграхта (пюреобразная охлажденная пища). К кормлению можно приступать уже на сле­дующий день после остановки кровотечения. Энергетическая ценность суточного рациона должна составлять 9630—10467 кДж (2300—2500 ккал).

Нецелесообразно парентеральное питание, так как оно может вызывать по­вышение АД, увеличение гемодилюции и нарушение гемостаза. В связи с этим внутривенное введение жидкостей (изотонического раствора натрия хлорида, 5-10% раствора глюкозы, раствора Рингера—Локка и т. п.) не рекомендуется из-за возможности возобновления кровотечения.

Большое значение имеет правильный уход за больным. Необходимо осуще­ствлять постоянный контроль за АД, пульсом, диурезом (при тяжелом состоянии измеряют почасовый диурез и ЦВД), следить за естественными отправлениями организма (всасывающаяся из кишечника разложившаяся кровь обладает токси­ческим эффектом).

В последние годы применяют местный гемостаз через эндоскоп в виде оро­шения места кровотечения гемостатическими растворами, пленкообразующими препаратами, диатермокоагуляции, инъекции различных препаратов в подслизис-тый слой вблизи источника кровотечения. Эффективной является электрокоагуляция кровоточащих сосудов во время эндоскопии, особенно криоэлектрообработка их.

***Хирургическое лечение***

Экстренные (реанимационные) операции (на высоте кровотечения) выполняют по жизненным показаниям, к которым относятся:

1) неостанавливающееся профузное кровотечение;

2) рецидив профузного кровотечения после его остановки в стационаре;

3) сочетание кровотечения и перфорации.

Неотложными отсроченными следует считать вмешательства, которые выпол­няют после остановки массивного кровотечения, но не позже 2—3-х суток. Пока­заниями к ним являются:

1) наличие хронической каллезной язвы больших раз­меров с пенетрацией в соседние органы и ткани;

2) наличие хронической язвы, осложненной декомпенсированным или субкомпенсированным стенозом приврат­ника;

3) малигнизация язвы или подозрение на малигнизацию;

4) массивная кровопотеря, нестабильный гемостаз при длительном язвенном анамнезе у лиц, пожилого возраста.

Оперативное лечение не показано при остановившемся кровотечении I и II сте­пени из впервые выявленных язв у лиц молодого и среднего возраста. Таких больных после остановки кровотечения и восполнения кровопотери необходимо направлять в терапевтические стационары гастроэнтерологического профиля для прохождения полного курса противоязвенной терапии. При впервые выявленной язве, осложненной кровотечением III степени, а также у лиц пожилого возраста необходим индивидуальный подход. При стабильном гемостазе допустима кон­сервативная терапия с обязательным эндоскопическим и рентгенологическим контролем.

Противопоказанием к оперативному лечению является крайне тяжелая сопут­ствующая патология, декомпенсация сердечно-сосудистой и дыхательной систем или тяжелые неврологические осложнения, особенно у лиц пожилого и старче­ского возраста.

Наиболее эффективной операцией при крово­течении из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки до недавнего времени считалась резекция желудка с язвой. Различные паллиативные вмешательства (обкалывание кровоточащих сосудов, перевязка сосудов на протяжении, электро­коагуляция, наложение гастроэнтероанастомоза, резекция на выключение и др.) не служат надежной гарантией окончательного гемостаза и поэтому могут быть применены в особых случаях (крайне тяжелое состояние больного, невозмож­ность выполнить радикальную операцию).

В зависимости от локали­зации кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки следует различать не­сколько основных видов органосохраняющих операций, основанных на радикаль­ном удалении язвы:

1. При локализации кровоточащей язвы на передней стенке луковицы две­надцатиперстной кишки применяют методику овального или ромбовидного иссече­ния язвы с детальной ревизией задней и боковых стенок двенадцати­перстной кишки, а также ее нисходящей части. Убедившись в отсутствии других источников кровотечения и наличии аррозированного сосуда на дне удаленной язвы, выполняют пилоропластнку типа Джадда—Хорсли. При наличии выражен­ного стенозирования следует применять пилоропластику по Финнею.

2. При локализации кровоточащей язвы на малой кривизне (верхней стенке) луковицы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку или на задневерхней стенке с начальной пенетрацией в головку поджелудочной железы производят ограниченную мобилизацию луковицы две­надцатиперстной кишки со стороны малой кривизны с перевязкой правой желу­дочной артерии при выраженном перипроцессе. На держалке выводяг заднюю стенку двенадцатиперстной кишки. Иссекают язву вместе с участком начальной пенетрации. При этом образуется дефект со стороны зад­ней, верхней и передней стенок. Целость кишки восстанавливают по­перечным двурядным швом, расширяющим ее просвет, начиная со стороны задней стенки, с переходом на верхнюю и переднюю стенки. Так фор­мируется дугообразная пилородуоденопластика. Однако в большинстве случаев удается, сохраняя пилорический жом, ограничиться дуоденопластикой

3. При локализации кровоточащей язвы на большой кривизне (нижней стенке) лу­ковицы двенадцатиперстной кишки, а также на задней стенке с начальной пенетрацией в головку поджелудочной железы по опи­санному выше плану производят мобили­зацию (с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии), иссечение язвы с пилородуоденопластикой со стороны задней стенки через большую кри­визну на переднюю стенку.

4. При локализации кровоточащей язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы, в том числе при стенозирующих язвах с массивным перипроцессом, производят мобилизацию пилоробульбарной зоны с обеих сторон по малой и большой кривизнам, как правило, с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии. Затем циркулярно иссекают луковицу двенадцатиперстной кишки. При этом верхняя граница разреза проходит, как правило, тотчас над втянутым в рубцово-язвенный про­цесс пилорическим жомом, а нижняя—по нижнему краю пенетрирующей язвы, как и при методике Ниссена. Культю двенадцатиперстной кишки обра­батывают “открытым” способом двурядными швами (первый ряд—узелками внутрь, второй—П-образными погружающими швами) с тугой тампонадой кра­тера язвы.

Накладывают пилородуоденоанастомоз по Бильрот-1 (терминолатеральный) или пилороэнтероанастомоз по Бильрот-11.

5. При низко расположенных постбульбарных язвах двенадцатиперстной киш­ки, осложненных кровотечением, используют несколько вариантов обработки язвы.

Применяют уже описанную методику циркулярного иссечения луковицы две­надцатиперстной кишки с отсечением ее по нижнему краю язвы. Обра­ботку культи двенадцатиперстной кишки производят “открытым” способом. Первый ряд швов накладывают на участок, прилежащий к кратеру язвы, и за­канчивают на противоположной стороне. Обязательно перед этим осматривают нижележащие отделы двенадцатиперстной кишки и определяют проекцию и расположение большого сосочка двенадцатиперстной кишки, чтобы не захватить его в шов. Затем накладывают второй ряд швов—несколько П-образных швов от двенадцатиперстной кишки к верхнему краю кратера язвы и “капсуле” под­желудочной железы. При этом туго тампонируют кратер язвы. С целью про­филактики несостоятельности низкой культи двенадцатиперстной кишки через приводящую петлю к ней проводят тонкий трансназальный зонд. В особо трудных случаях следует использовать дуоденостомию по Welch. С этой целью лучше применить ниппельный полиэтиленовый дренаж, введенный в просвет двенадца­типерстной кишки не через швы, а через прокол в передней ее стенке с фикса­цией кисетным швом и укутыванием его сальником.

1. **Лечение язвенной болезни ДПК**

***Консервативное лечение***

Лечение строится по принципу воздействия на различные звенья патогенеза язвенной болезни. Оно является комплексным, предусматривает не только применение медикаментозных средств, но и проведение широкого круга других мероприятий (лечебное питание, прекращение курения и исключение алкоголя, нормализация режима труда и отдыха, отмена ульцерогенных лекарственных препаратов и др.).

Больным с неосложненным течением в большинстве случаев проводится консервативная терапия. Она осуществляется по этапному принципу. При обострении язвенной болезни больных госпитализируют в гастроэнтерологическое или общетерапевтическое отделение стационара. В стационаре им обеспечивается лечебно-охранительный режим с максимальным ограничением физических и эмоциональных нагрузок. При стихании обострения пациентов переводят в реабилитационное (загородное) отделение. В поликлинике осуществляют диспансеризацию и противорецидивное лечение.

Питание должно быть дробным (5—6 раз в сутки), пища — механически и химически щадящей. Большинству больных, как в период обострения, так и в процессе дальнейшего, в т.ч. противорецидивного, лечения показана диета № 1 по Певзнеру (диеты № № 1А и 1Б как физиологически неполноценные используются только при резко выраженной симптоматике и на очень короткий срок). Из пищи исключают жареные блюда, сырые овощи и фрукты, содержащие грубую растительную клетчатку (репу, капусту, груши, персики и др.), маринады, соления, копчености, крепкие бульоны, специи, газированные напитки, кофе, какао. Пища должна содержать достаточное количество белка и витаминов. Наиболее предпочтительны молоко и молочные продукты, по утрам яйцо всмятку и овсяная или манная каша. Мясо и рыбу употребляют в виде блюд, приготовленных на пару, яблоки, свеклу, морковь, черную смородину — только протертыми. При выявлении признаков нарушения функционального состояния центральной нервной системы (повышенной возбудимости, расстройств сна и др.) целесообразно применение седативных средств (например, экстракт валерианы) и транквилизаторов (феназепам, мезапам и др.).

С целью воздействия на кислотно-пептический фактор язвообразования применяют холинолитики периферического действия (атропина сульфат подкожно или внутрь, метацин, платифиллина гидротартрат парентерально и внутрь, а также селективный м-холинолитик гастроцепин, обладающий меньшим побочным действием). У больных с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, а также с язвами желудка, протекающими на фоне сохраненной и повышенной секреции соляной кислоты, холинолитики периферического действия часто комбинируют с антацидными средствами (окисью магния, карбонатом кальция, нитратом висмута, гидроокисью алюминия и фосфатом алюминия, входящими в состав препаратов алмагель, алмагель-А и фосфалугель), которые целесообразно применять через 11/2—2 ч после еды, приурочивая их эффект к моменту возникновения болей.

При тяжелом течении язвенной болезни, например при повторных кровотечениях, чрезмерно высоком уровне соляной кислоты, неэффективности обычной противоязвенной терапии применяют блокаторы Н2-рецепторов гистамина (циметидин по 200 мг 3 раза в день и 400 мг на ночь, ранитидин по 150 мг 2 раза в день, фамотидин по 20 мг 2 раза в день или 40 мг на ночь), которые, однако, следует продолжать принимать в поддерживающих дозах (по 400 мг циметидина или 150 мг ранитидина вечером) и после рубцевания язвы в течение 11/2—2 мес. Быстрое прекращение приема блокаторов Н2-рецепторов гистамина при достижении эффекта может принести к развитию «синдрома отмены» (связан с гиперплазией гастринпродуцирующих клеток на фоне приема этих препаратов, вследствие чего резко повышается секреция соляной кислоты), заключающегося в рецидивировании болезни, иногда с гастродуоденальным кровотечением и перфорацией язвы. Избежать «синдрома отмены» позволяет назначение холинолитических средств, и в первую очередь гастроцепина, в комбинации с антацидными препаратами в момент прекращения поддерживающей терапии блокаторами Н2-рецепторов гистамина.

В случае усиления моторики желудка и двенадцатиперстной кишки применяют спазмолитические миотропные средства (но-шпу, папаверина гидрохлорид и др.). При снижении моторной активности желудка, выраженном дуоденогастральном и гастроэзофагеальном рефлюксе назначают метоклопрамид (церукал) внутрь или внутримышечно 2—3 раза в сутки.

Для стимуляции регенерации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки используют солкосерил (внутривенно или внутримышечно), метилурацил, аллантон, облепиховое масло, экстракт алоэ, винилин, анаболические стероиды, витамины, аутогемотерапию. Вышеперечисленные средства показаны в первую очередь больным с локализацией язвы в желудке в связи с нередкими нарушениями трофики слизистой оболочки.

Широкое применение при язвенной болезни нашли препараты, способствующие повышению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны — сукралфат, представляющий комплекс сульфатированной сукрозы и гидроокиси алюминия (назначают по 1 г 3—4 раза в день за 1 ч до или через 2 ч после еды и на ночь), и де-нол — коллоидный субцитрат висмута (назначают по 0,24 г 2 раза в день за 1 ч до или через 2 ч после приема пищи). При приеме внутрь эти препараты образуют комплекс с некротическими массами зоны язвенного кратера, создающий барьер для кислотно-пептического фактора. Они также способствуют уменьшению активности пепсина, увеличению выработки слизи, ускорению регенерации эпителиальных клеток, повышению содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка; де-нол, кроме того, угнетает жизнедеятельность кампилобактерий.

При труднорубцующихся язвах желудка и двенадцатиперстной кишки используют гипербарическую оксигенацию, лазертерапию (5—10 сеансов по 1—3 минуты 2—3 раза в неделю). Применяются также различные способы местного воздействия на язву через эндоскоп: механическое очищение дна и краев язвы, промывание язвенного дефекта спиртом и колларголом, орошение язвы антибиотиками, облепиховым маслом, солкосерилом и другими препаратами, введение веществ, блокирующих нервные окончания (например, раствора новокаина) и образующих пленку на поверхности язвы (гастрозоля, лифузоля и др.).

Физиотерапевтическое лечение можно назначать лишь при стихании обострения и отсутствии признаков кровотечения. Рекомендуются тепловые процедуры (грелки, припарки, парафиновые и озокеритовые аппликации), электрофорез 3—5% раствора новокаина, микроволновое излучение и др.

Санаторно-курортное лечение показано не ранее чем через 2—3 мес. после стихания обострения. Оно проводится на бальнеологических курортах — Арзни, Боржоми, Дорохове, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Краинка, Миргород, Моршин, Трускавец и др. Помимо основного лечебного фактора — минеральных вод — используют грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, климатические факторы,

***Оперативное лечение*** при язвенной болезни проводят по абсолютным и относительным показаниям. К абсолютным показаниям относятся перфорация язвы, профузное желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсированный стеноз привратника, малигнизация язвы. Относительными показаниями служат пенетрирующие гастродуоденальные язвы, каллезные язвы желудка, грубые рубцово-язвенные деформации желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающиеся нарушением эвакуаторной функции желудка, а также повторные желудочно-кишечные кровотечения. Вопрос об оперативном лечении ставится также при часто рецидивирующем течении язвенной болезни, длительно не заживающих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

При неосложненной язвенной болезни предпочтение отдается плановым операциям, которые позволяют избежать развития тяжелых осложнений, увеличивающих риск операции и ухудшающих ее отдаленные результаты. При осложненной язвенной болезни сроки вмешательства зависят от характера осложнения. В связи с остеохондрозом и хроническим бронхитом в течение последних 20 лет Яскевич Т.Н. принимала большое количество НПВС.

 **Лечение данного больного**

Для компенсации острой кровопотери и стабилизации состояния в реанимационном отделении ОКБ больной было проведено следующее лечение:

1. Переливание донорской крови B (III) Rh + в объеме 270 ml
2. Переливание свежезамороженной плазмы объемом 200 ml
3. Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml
4. Sol. Reopolyglucini - 200 ml
5. Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100 ml
6. Sol. Glukosi 5% - 400 ml + Insulini 10ED + Sol. Kalii Chloridi 7,5% - 30 ml
7. Sol. Acidi Ascorbinici 5% - 5,0
8. Sol. Calcii chloride 10% - 10 ml
9. Sol. Ingitrili - 60 ED
10. Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5% - 3 ml
11. Sol. Euphyllini 2,4% - 5 ml
12. Sol. Vikasoli 1% - 1ml

После перевода в хирургическое отделение больная пролучала следующее лечение:

1. Стол № 1
2. Режим постельный, затем - палатный
3. Контроль АД
4. Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 200 ml
5. Sol. Glukosi 5% - 200 ml
6. Sol. Vikasoli 1% - 1ml
7. Tab. Enalaprili 0,005 по 1 таблетке 2 раза в день
8. Tab. Cerucali 10,0 по 1 таблетке 3 раза в день до еды
9. Tab. Ranitidini 0,15 по 1 таблетке 2 раза в день
10. Almagel по 1 чайной ложке 4 раза в день

 **Этапный эпикриз**

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1953г.р. поступила в ОКБ в порядке «Скорой помощи» 4 марта 2005г. с диагнозом направления: «Желудочно-кишечное кровтечение». При поступлении состояние тяжелое, АД 80\40 мм.рт.ст., пульс 110, кожные покровы бледные, больная заторможена. В связи с тяжестью состояния после осмотра дежурным реаниматологом принято решение о переводе пациентки в ОАР для динамического наблюдения, дальнейшего обследования и лечения. Через сутки в связи со стабилизацией состояния больная переведена в отделение общей хирургии ОКБ.

При поступлении больная предъявляла жалобы на:

* острые боли в эпигастральной области режущего характера, возникшие после приема пищи и продолжающиеся в течение 6 часов
* однократная рвота съеденной пищей с примесью крови («кофейной гущей»), принесщая облегчение (рвоту пациентка вызывала самостоятельно)
* тошнота
* многократный жидкий дегтеобразный стул
* однократная потеря сознания
* слабость, головокружение
* отрыжка воздухом
* метеоризм

Из данных анамнеза установлено, что \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больной в течение последних 12 лет, когда впервые начала отмечать появление болей в эпигастральной области через 1-2 часа после еды. В течение последних 1,5 лет пациентка отмечает усиление болей в эпигастрии, они стали носить более интенсвиный характер. За 2 недели до госпитализации \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* по рекомендации журнала начала применять новую методику лечения остеохондроза - употребление внутрь натощак 3% раствора перекиси водорода. 4 марта после еды у \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* появились тошнота и интенсивные боли в эпигастрии. Пациентка самостоятельно вызвала рвоту, которая принесла ей облегчение. В рвотных массах больная отметила наличие крови (рвота «кофейной гущей»), через некоторое время появилась резкая слабость и головокружение, больная не смогла встать с постели. Была вызвана бригада «Скорой помощи», со слов пациентки АД было около 90\60 мм.рт.ст. После инъекции кордиамина больная почувствовала себя лучше и от госпитализации отказалась. В течение следующего часа боли в эпигастрии усилились, появился многократный дегтеобразный стул, тошнота, слабость, головокружение. Больная дома потеряла сознание. Повторно к ней была вызвана бригада СМП и пациентка была доставлена в приемное отделение ОКБ.

При поступлении больной были проведены лабораторные и инструментальные исследования: ОАК (снижение уровня гемоглобина и эритроцитов), БАК ( повышение глюкозы крови и снижение общего белка), анализ свертывающей системы крови (незначительное увеличение ПТВ и снижение общего фибриногена), ЭГДС (Заключение: одиночная эрозия препилорического отдела желудка, 2 острые язвы луковицы ДПК (признаки бывшего кровотечения). Признаков продолжающегося кровотечения нет).

После проведенного обследования больной был поставлен диагноз:

1. **основное заболевание:** острая язва ДПК
2. **осложнения основного заболевания:** состоявшееся дуоденальное кровтечение
3. **сопутствующие заболевания:** Гипертоническая болезнь II степени, риск II. Остеохондроз позвоночника, стадия ремиссии. Хронический бронхит, стадия ремиссии.

В отделение ОАР за сутки больная получала следующее лечение:

1. Переливание донорской крови B (III) Rh + в объеме 270 ml
2. Переливание свежезамороженной плазмы объемом 200 ml
3. Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml
4. Sol. Reopolyglucini - 200 ml
5. Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100 ml
6. Sol. Glukosi 5% - 400 ml + Insulini 10ED + Sol. Kalii Chloridi 7,5% - 30 ml
7. Sol. Acidi Ascorbinici 5% - 5,0
8. Sol. Calcii chloride 10% - 10 ml
9. Sol. Ingitrili - 60 ED
10. Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5% - 3 ml
11. Sol. Euphyllini 2,4% - 5 ml
12. Sol. Vikasoli 1% - 1ml

В отделении общей хирургии больная паолучает следующее лечение:

1. Стол № 1
2. Режим постельный, затем - палатный
3. Контроль АД
4. Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 200 ml
5. Sol. Glukosi 5% - 200 ml
6. Sol. Vikasoli 1% - 1ml
7. Tab. Enalaprili 0,005 по 1 таблетке 2 раза в день
8. Tab. Cerucali 10,0 по 1 таблетке 3 раза в день до еды
9. Tab. Ranitidini 0,15 по 1 таблетке 2 раза в день
10. Almagel по 1 чайной ложке 4 раза в день

На данный момент лечение продолжается, состояние больной удовлетворительное. Прогноз для жизни и здоровья в целом благоприятный при условии правильного лечения и соблюдения диеты. Больной после выписки может быть рекомендовано регулярное наблюдение у гастроэнтеролога, соблюдение диеты №1, лечение сопутствующих заболеваний (гипертонической болезни, хронического бронхита, остеохондроза). Рекомендуется постоянный контроль АД.

 **Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура | Течение болезни | Назначения |
| 09.03.2005г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,7ЧД=12\мин | Знакомство с больной. На момент обследования пациентка предъявляет жалобы на сильную слабость, головокружение, боли в эпигастрии, тошноту, отрыжку, метеоризм, задержку стула. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живот напряжен, болезненность в эпигастральной области. | Стол № 1Режим палатныйКонтроль АДSol. Natrii Chloridi 0,9% - 200 mlSol. Glukosi 5% - 200 mlSol. Vikasoli 1% - 1mlTab. Enalaprili 0,005 по 1 таблетке 2 раза в деньTab. Cerucali 10,0 по 1 таблетке 3 раза в день до едыTab. Ranitidini 0,15 по 1 таблетке 2 раза в день Almagel по 1 чайной ложке 4 раза в день |
| 10.03.2005г.АД= 125\90 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,6ЧД=12\мин | Жалобы на слабость, головокружение, отсутствие аппетита, задержку стула, метеоризм, отрыжку, болезненность в эпигастрии. В состоянии больной отмечается явное улучшение - она активно передвигается по палате, настроение улучшилось. Живот при пальпации болезненный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. | Назначения те же. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови |
| 11.03.2005г.АД= 125\85 мм.рт.ст.Пульс 70 уд\минt =36,6ЧД=14\мин | Жалобы на слабость, метеоризм, болезненность в эпигастри. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит постепенно восстанавливается. Физиологические отправления в норме. | Назначения те же. |
| 12.03.2005г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 71 уд\минt =38,6ЧД=12\мин | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. | Назначения те же. |

12. 03. 2005г. курация закончена.

 **Список литературы:**

1. «Хирургические болезни», М.И. Кузин, М: «Медицина», 1986г.
2. «Лекции по хирургии», Б.А. Альбицкий, Томск, 1976г.
3. «Оперативная хирургия и топографическая анатомия», Е.Г.Островерхов М: «Литера», 1996г.
4. «Справочник практического врача» В.И. Бородулин; том 2 М: «Рипол классик», 2001г.
5. «Внутренние болезни», Ф.И. Комаров и др., М: Медицина, 1990г.
6. «Лекарственные средства», М.Д. Машковский, М: «Новая волна», 2003г.
7. «Язвенная болезнь», Абасов И.Т. и Радбиль О.С, Баку, 1980г.
8. «Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», Григорьев П.Я., М, 1986г.
9. «Острые желудочно-кишечные кровотечения», Горбашко А.И., М: «Медицина», 1987 г.
10. «Болезни желудка и ДПК», В.Х. Василенко, А.Л. Гребнев, М: «Медицинца», 1981г.
11. Статья «Язвенная болезнь ДПК», публикация на сайте: <http://max.1gb.ru/harrison/110.shtml>
12. Статья «Язвы желудка и ДПК», публикация на сайте:

 <http://www.gastritam.net/ulcer1.htm>

1. Статья «Желудочно-кишечные кровтечения», публикация на сайте:

 <http://www.compositions.ru>