

Министерство здравоохранения ЛНР
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки»
Кафедра общей и факультативной хирургии
(блок факультетская хирургии)

Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Луганск , 2020 г.

Краткие сведения и об анатомии и физиологии желудка и 12-перстной кишки

Желудок расположен в верхнем этаже брюшной полости, выше брыжейки поперечно-ободочной кишки.

В желудке различают следующие отделы:

кардиальный (*cardia ventriculi*) , *дно* (*fundus ventriculi*) ,

тело (*corpus ventriculi*)

пилорический отдел (*pars pylorica*) , в котором выделяют *antrum pyloricum* и *canalis pyloricum*

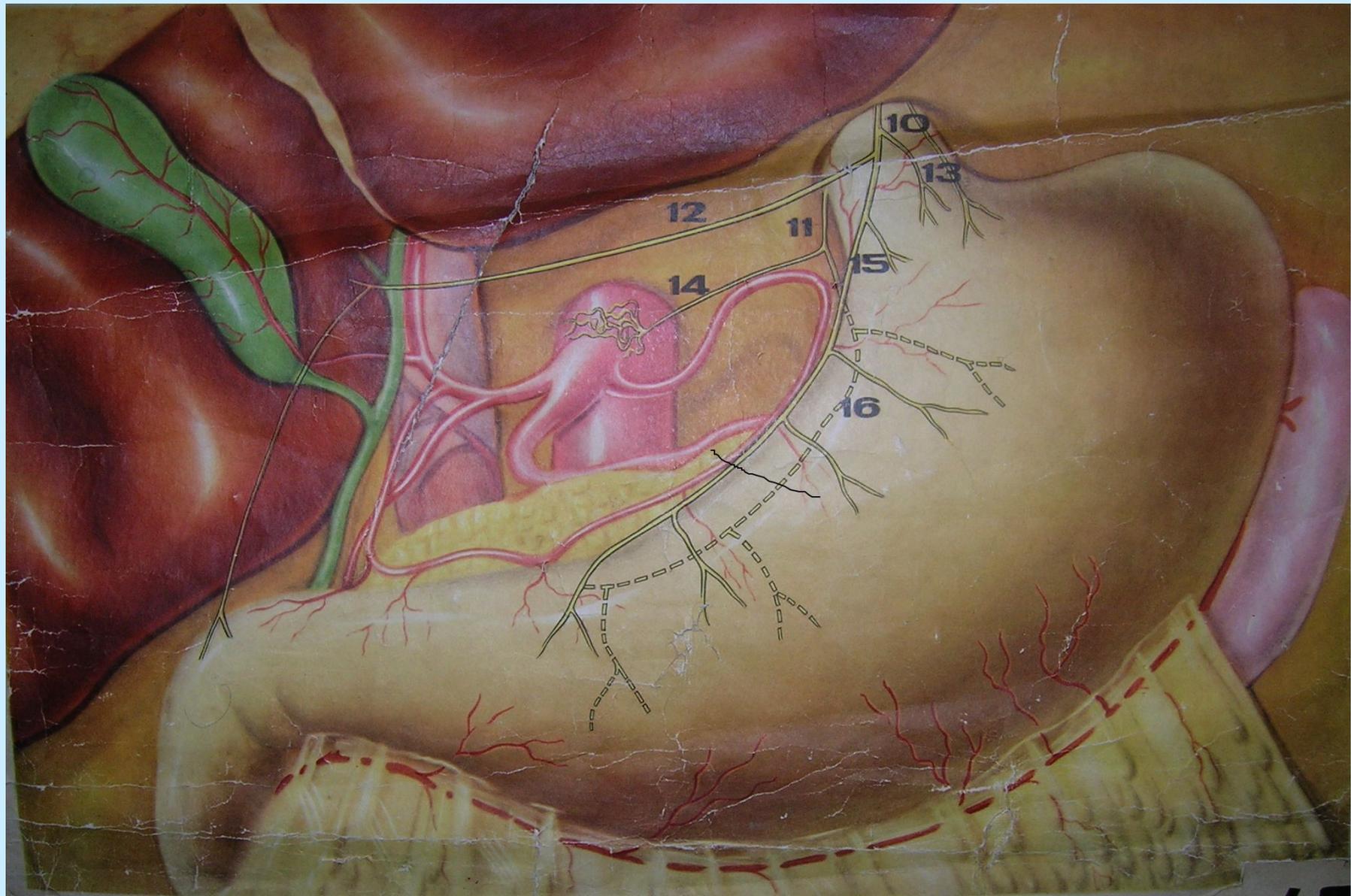


Кроволимфоснабжение желудка

- Обеспечивается за счет *трёх артерий* *чревного ствола*: *левая желудочная (отходит отдельно), печёночная и селезёночная артерии*. Печёночная даёт *правую желудочную артерию и правую желудочно-сальниковую артерию*. От *селезёночной артерии* *отходят левая желудочно-сальниковая и короткие желудочные артерии*.
- *Дополнительно* *бывают ветви из диафрагмальной артерии, и из верхней брыжеечной артерии*.
- *Венозный отток* осуществляется *одноименными венами* в систему *воротной вены*, частично через *вены пищевода* в *верхнюю полую вену*.
- *Лимфоотток* осуществляется по ходу *трех основных ветвей чревного ствола*

Иннервация

- Желудок, как и пищевод, имеет *собственный нервный аппарат* (подслизистое и межмышечное нервные сплетения).
- *Двойная вегетативная иннервация* осуществляется парасимпатическими и симпатическими нервными волокнами:
- *Парасимпатическую двигательную* иннервацию осуществляют *блуждающие нервы*
- *Симпатическая иннервация (двигательная и чувствительная)*, осуществляется *чревным сплетением*



10—ЛЕВЫЙ БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ
11—ПРАВЫЙ БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ
12—ПЕЧЕНОЧНАЯ ВЕТВЬ
13—ЖЕЛУДОЧНЫЕ ВЕТВИ

14—ЧРЕВНАЯ ВЕТВЬ
15—НЕРВ ЛАТАРЖЕ ПЕРЕДНИЙ
16—НЕРВ ЛАТАРЖЕ ЗАДНИЙ

42

Составными частями желудочного сока являются:

- **соляная кислота** - *обкладочные клетки тела и дна* желудка;
- **протеазы** (пепсин, парапепсин, катепсин, желатиноза, химозин) - *главные клетки тела и дна* желудка;
- **гастрин** – *добавочные и главные клетки антрального* отдела желудка;
- **муцин** - *комплекс мукопротеинов*;
- **липаза, гастромукопротеин** - *внутренний фактор Кастла, необходимый для всасывания в кишечнике витамина В12.*

Секреторная функция желудка

- Выделяют два периода желудочной секреции: внепищевую или **базальную**, и пищевую. Секреция второго периода носит название **стимулированной**. В пищевой (стимулированной) секреции выделяют три фазы:
- 1) **Первая фаза** - **нервно-рефлекторная (цефалическая)**. В эту фазу пищеварения выделяется примерно **45%** соляной кислоты желудочного сока. При пересечении блуждающих нервов эта фаза желудочной секреции отсутствует.
- 2) **Вторая фаза** - **нейрогуморальная (желудочная)**, регулируется гормоном гастрином. В эту фазу выделяется **45%** соляной кислоты желудочного сока.
- 3) **Третья фаза** - **кишечная**. Пища, попадая в тонкий кишечник, рефлекторно и гуморально влияет на секрецию соляной кислоты (**10%**). В конце выделяются тормозные гормоны в желудке: энтерогастрон, секретин и другие.

Двенадцатиперстная кишка (*duodenum*)

- **Анатомически выделяют четыре части двенадцатиперстной кишки:**

верхняя горизонтальная

нисходящая часть

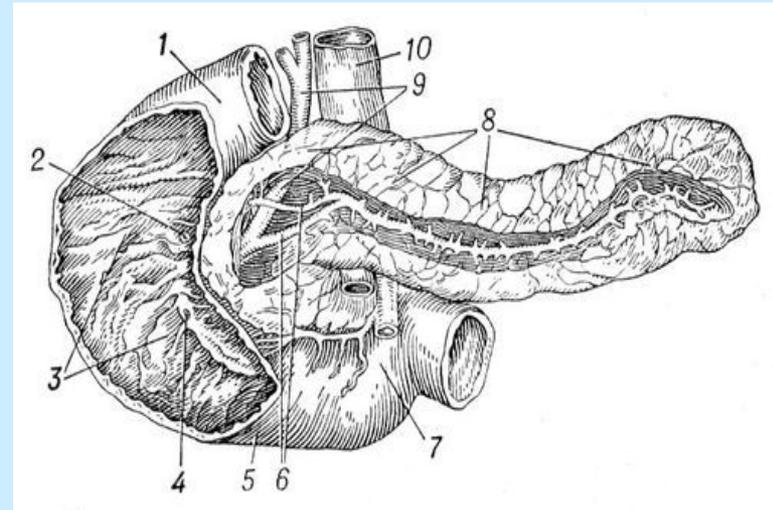
нижняя горизонтальная

часть

восходящая часть

- **Кроволимфообращение:**

Артериальная кровь к двенадцатиперстной кишке поступает *из верхней панкреатодуоденальной артерии (ветвь печеночной); и из нижней панкреатодуоденальной артерии (ветвь верхней брыжеечной).*



Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

(ЯБЖ, ЯБДПК)

Латинский термин – *Ulcus pepticum gastrici, u.p. duodeni*

Термины - "язва желудка", "язвенная болезнь желудка", "пептическая язвенная болезнь желудка" применяют по отношению к группе заболеваний ЖКТ, характеризующихся *образованием участков деструкции слизистой оболочки под действием соляной кислоты и пепсина, в большинстве случаев с участием пилорического хеликобактера (НР).*

ЯБЖ и ЯБДПК является одним из самых распространенных заболеваний органов пищеварения, поражая людей в наиболее активном творческом возрасте. Заболеваемость среди взрослого населения в разных странах составляет от 5% до 15%. Среди *ургентных хирургических заболеваний* по частоте одно только *осложнение ЯБ - перфорация* занимает *третье - четвертое место.*

Этиопатогенез язвенной болезни

- Механизм язвообразования как в желудке так и в двенадцатиперстной кишке сводится к *нарушению взаимодействия* между *факторами агрессии* и *факторами защиты (резистентности)* слизистой оболочки гастродуоденальной зоны



Факторы защиты и агрессии

- Язвенная болезнь является, в сущности, *полиэтиологическим, хронически протекающим заболеванием, возникающим в результате нарушения равновесия между факторами защиты и факторами агрессии в пользу последних.*
- **Факторы защиты:**
 - резистентность слизистой оболочки*
 - антродуоденальные кислотный тормоз*
 - щелочная секреция*
 - пища*
- **Факторы агрессии:**
 - соляная кислота*
 - гастродуоденальная дисмоторика*
 - травма слизистой*
 - факторы питания*
 - факторы окружающей среды*



Предложено множество теорий язвеобразования:

1. Сосудистая теория Р. Вихрова (1852).
2. Пептическая теория Бернарда (1856) и Квинке (1878).
3. Нейрорефлекторная теория Ресле (1912).
4. Механическая теория К. Ашоффа (1912).
5. Нейровегетативная теория Бергмана (1913):
нарушение функции вегетативной нервной системы приводят к образованию язв.
6. Нейтротрофическая теория А. Д. Сперанского (1913).
7. Воспалительная теория Коньяни (1925).
8. Кортиковисцеральная теория К.М. Быкова и И. Т. Курцина (1948).
9. Теория стресса Г. Селье (1953).
10. Теория слизистого барьера Холландера (1954).

Патологические изменения

Язва может быть *одна* или *несколько*. Различают *простую* и *каллёзную* язву. Каллёзная язва отличается *резким соединительнотканным утолщением краев и воспалительно-рубцовыми изменениями вокруг*.

Язва имеет округлую форму, её размеры могут быть различными. В *желудке* обычно *0,5-1-2 см* в диаметре, *3 см и более* – *гигантская язва*, а в *12-перстной кишке* от *нескольких миллиметров до 1 сантиметра*.

Дно язвы выполнено *некротической* или *грануляционной* (в период рубцевания) тканью. Поверхность её покрыта *пленкой*, состоящей из *некротической ткани, фибрина, лейкоцитов и эритроцитов*. При заживлении язвы возникает рубец (*рубцевание*). Если язва была множественная или часто рецидивирующая, то рубцы деформируют желудок или луковицу 12–перстной кишки.

Классификация язв желудка по Джонсону

- **Тип I** Большинство язв возникают в теле желудка, а именно в области, называемой *местом наименьшего сопротивления (locus minoris resistentiae)* - так называемая *переходная зона*, расположенная между телом желудка и антральным отделом.
- **Тип II** Язвы желудка, возникающие *вместе с язвой двенадцатиперстной кишки*.
- **Тип III** Язвы *пилорического канала*. По своему течению и клиническим проявлениям они больше похожи на язвы *двенадцатиперстной кишки*, чем на язвы желудка.
- **Тип IV** Высокие язвы, локализующиеся около *пищеводножелудочного перехода*

Классификация язв

По форме заболевания: 1. Впервые выявленная. 2. Рецидивирующая.

По локализации в двенадцатиперстной кишке:

1. Бульбарные (язва луковицы ДПК).
2. Постбульбарные (за луковицей ДПК).

Наиболее частая локализация: луковица ДПК.

По течению болезни:

- ▶ **Латентное** - язва выявляется случайно при инструментальном обследовании.
- ▶ **Лёгкое** - обострение 1 раз в 1-3 года. Боли умеренные, купируются за 10-14 дней. Трудовая активность в ремиссию сохраняется.
- ▶ **Средней тяжести** – рецидивы 2 раза в год. Выраженный болевой синдром, купируется более чем за 10-15 дней. Отмечается похудание. Язва глубокая, часто кровоточит. Отмечаются дуоденит и перидуоденит.
- ▶ **Тяжёлое** - обострение 3 раза в год и чаще. Отмечаются значительный болевой синдром. Значительное похудание. Язва глубокая, часто каллёзная. Часто с осложнениями.

Инструментальные методы исследования

Рентгеноскопия, рентгенография верхних отделов ЖКТ позволяет обнаружить язву примерно *в 70%* случаев. Зато *моторно-эвакуаторная* функция желудка, его *размеры, форма* могут быть *изучены только этим способом* исследования.

Прямым признаком язвы считается *наличие язвенной ниши в виде кратера* в стенке желудка или ДПК, в который *проникает барий*, а также *изменение рельефа складок, сходящихся радиально в язве*.

К косвенным признакам язвенной болезни относятся: *«пальцевое» втяжение большой кривизны* напротив язвы, *расположенной по малой кривизне; повышение двигательной функции* желудка, *спазм привратника; дискинезия луковицы ДПК* и другие.

Экзофагогастродуоденоскопическое исследование - эндоскопия (100%).

Лабораторные методы диагностики при язвенной болезни и ее осложнениях

1. С целью выбора наиболее эффективных схем лечения оценивается функциональное состояние желудка путём исследования *желудочной секреции*.
2. Для исследования *базальной (внепищевой)* и *стимулированной (пищевой)* секреции используются *аспирационно-титрационный метод* и *метод внутрижелудочной рН-метрии*.
3. Наиболее физиологичным и точным является *длительный внутриполостной мониторинг рН*. Это исследование позволяет непрерывно регистрировать величины рН в течение 24-96 часов, которые могут быть измерены с помощью различных рН-электродов (сурьмяного, стеклянного и др.). Современные регистрационные устройства проводят калибровку рН-зонда и записывают значения рН каждые 4-20 секунд с последующим компьютерным анализом накопленных данных.

Результаты

исследования функционального состояния желудка расцениваем как процентное соотношение базальной секреции и стимулированной:

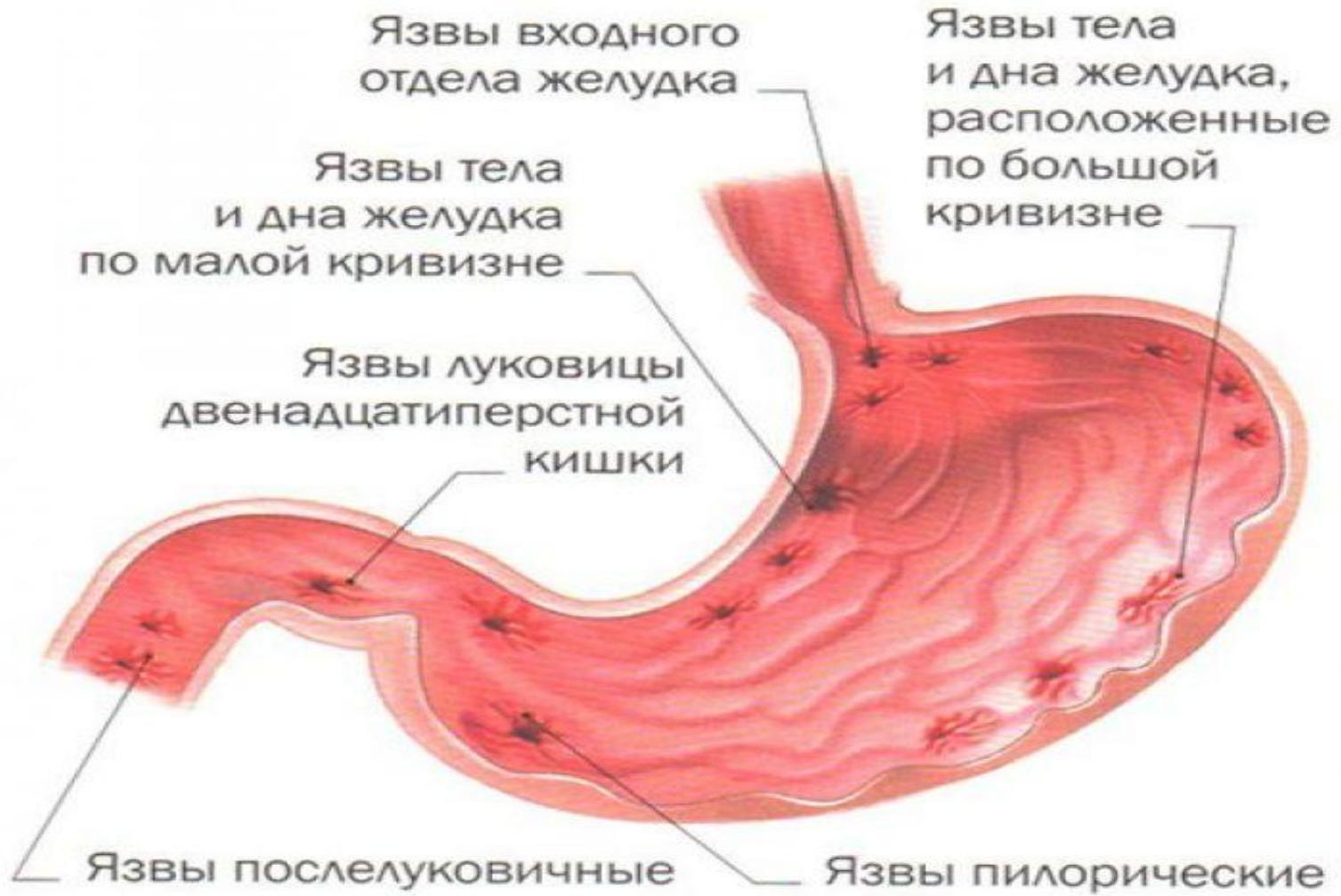
- 20% – норма, язва желудка, рак;
- 20-40% – язва желудка или двенадцатиперстной кишки;
- 40-60% – язва двенадцатиперстной кишки или синдром Золлингера-Эллисона;
- 60% и более – синдром Золлингера-Эллисона.

Таким образом, секреция при *язве желудка: базальная в норме, а стимулированная снижена* за счёт инактивации слизию.

А секреция при *язве ДПК: как базальная так и стимулированная* резко повышены.

Клиническая симптоматика язв различных локализаций

МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗВ



Язва кардиального и субкардиального отделов желудка.

Жалобы на упорную изжогу, ноющую или интенсивную раннюю боль у мечевидного отростка, наступающую сразу после приёма пищи; как правило, острой, кислой или горячей. Иногда бывают загрудинные боли.

При пальпации определяется боль в эпигастральной области у мечевидного отростка. Язык обложен густым серо-белым налётом. Кислотность желудочного сока нормальная.

Язва тела и дна желудка. Характеризуется тупой ноющей болью в «подложечной» области через 20-30 минут после еды, реже ночные боли. Появляется отрыжка съеденной пищей. Изжога бывает редко. Язык обложен густым серо-белым налётом. Пальпаторно ощущается боль в мезогастральной области и левом подреберье. Напряжение мышц незначительное или отсутствует.

Язва пилорического отдела. Характерны интенсивные и продолжительные боли в эпигастрии справа, чаще натощак или через 2-3 часа после приёма пищи, иррадиирующие в спину, за грудину, в правое подреберье.

Упорная рвота большим объёмом кислого содержимого. Пациенты худеют. Перкуторная и пальпаторная боль в эпигастрии. Язык не обложен.

Язва постбульбарная. Характерны упорные боли в мезогастральной области и пилорической зоне натощак или через 3-4 часа после приёма пищи с иррадиацией в спину, правое и левое подреберье.

Рвота на высоте боли не приносящая облегчения, изжога. Возможно кишечное кровотечение.

Присоединяются симптомы реактивного панкреатита, холецистита. При пальпации и перкуссии ощущается боль преимущественно в эпигастрии справа.

Лечение язвенной болезни

Показания к оперативному лечению больных язвенной болезнью

Абсолютные:

- перфорация язвы;
- рубцовый пилородуоденостеноз;
- профузное и неостанавливающееся желудочно-кишечное кровотечение;
- малигнизация.

Относительные показания:

- каллезные язвы ;
- пенетрация язвы в смежные органы и ткани без тенденции к заживлению;
- гигантские язвы;
- повторные язвенные кровотечения;
- длительный язвенный анамнез с частыми рецидивами;
- неэффективность консервативной терапии .

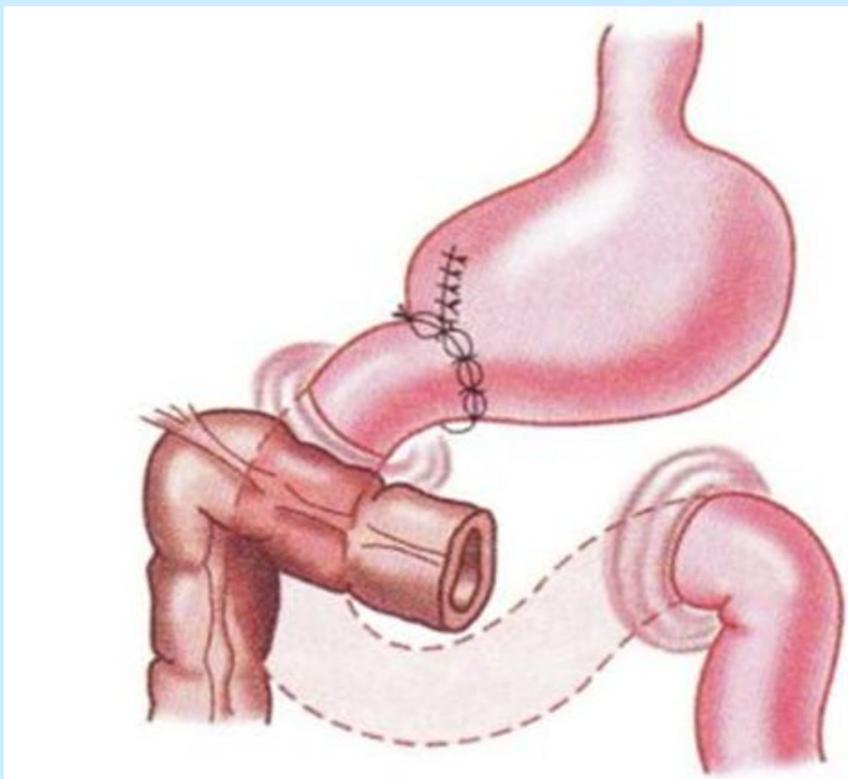
I. Резекционные методы лечения

Резекции желудка являются методом выбора при локализации язвы в желудке.

- Чаще всего выполняются дистальные резекции с патогенетически обоснованным удалением не менее 2/3 желудка по методу *Бильрот I* и *Бильрот II*. Реже - проксимальные резекции, в виду редкой локализации язвы в кардиальном отделе желудка и в проекции дна.
- Существуют десятки модификаций этих методов.

Христиан Альберт Теодор Бильрот

*выдающийся немецкий хирург, основоположник
современной абдоминальной хирургии*

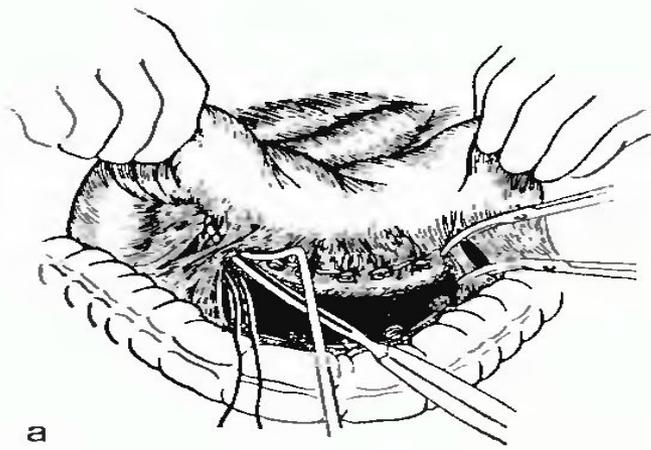


Классический вариант
резекции **по Бильрот I**
- с анастомозом *конца*
культи желудка с
концом
двенадцатиперстной
кишки

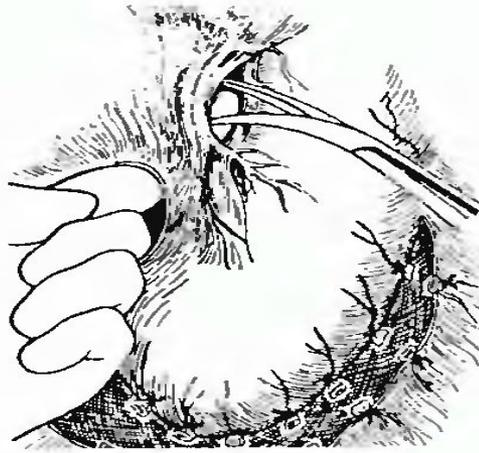
***Бильрот I* в модификации Маки-Шалимова** - с сохранением привратника, иссечением слизистой оставленной антральной части желудка 3-3,5 см от привратника и наложением анастомоза конец проксимальной культи желудка с дистальной культей антральной его части.

***Бильрот I* в модификации Габерера - Финнея** с гастро-дуоденальным анастомозом конец в бок.





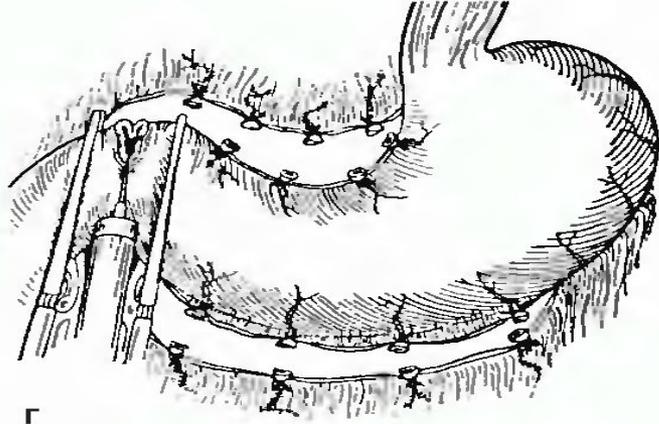
а



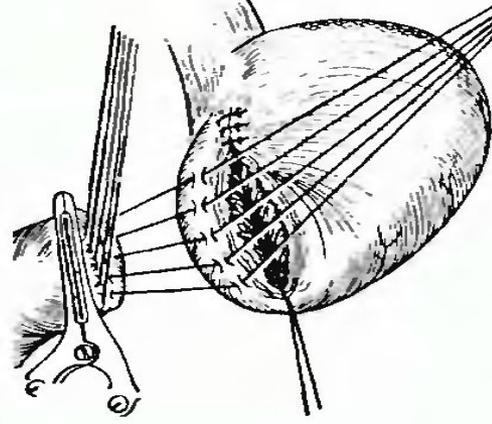
б



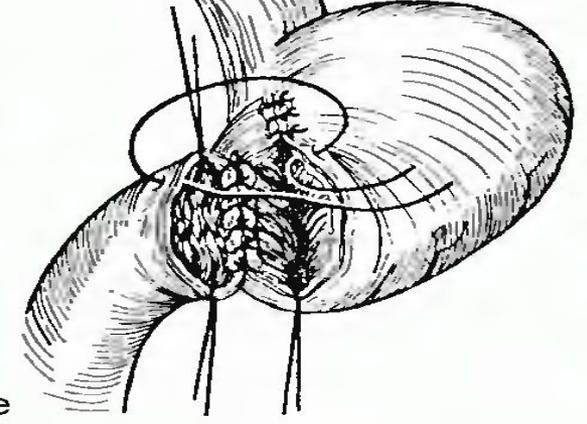
в



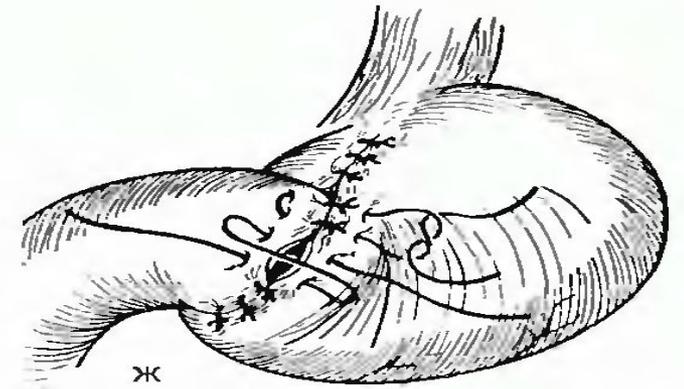
г



д



е



ж

204. Резекция желудка по способу Бильрот-I.

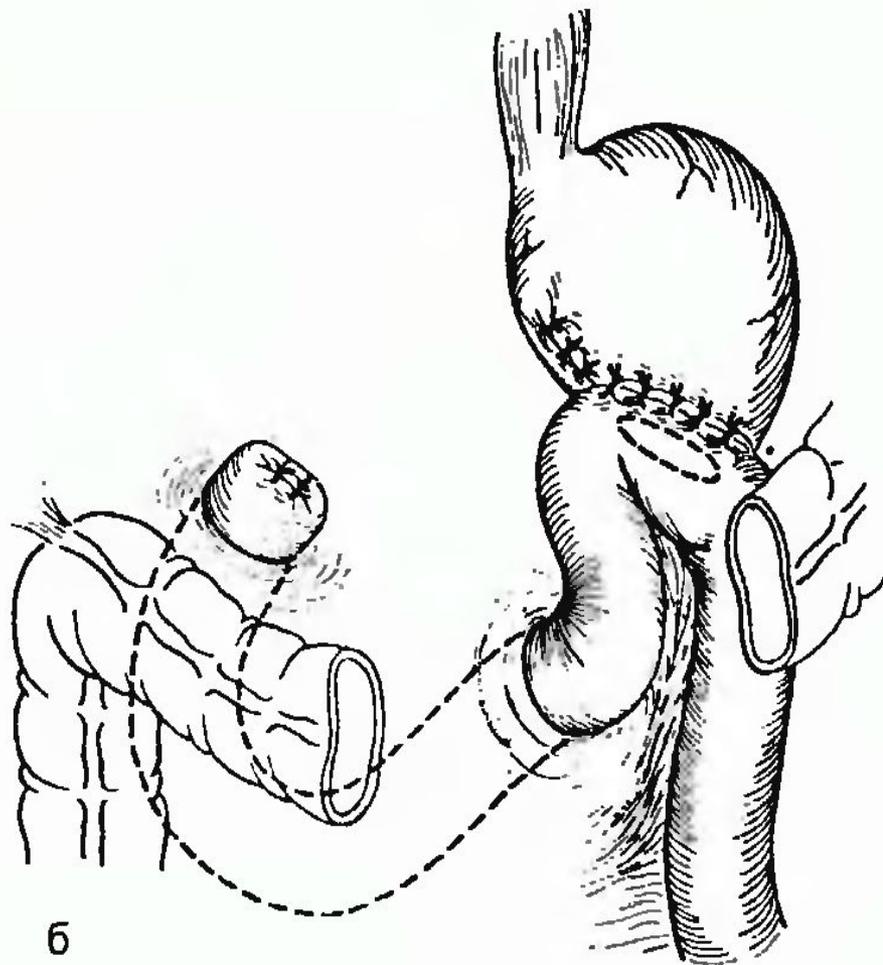
а — мобилизация желудка и перевязка ветвей желудочно-сальниковых артерий; б — мобилизация малой кривизны желудка; в — левые желудочные сосуды перевязаны и пересечены; перевязка боковой ветви левой желудочной артерии; г — пересечение двенадцатиперстной кишки; д — подготовка культи желудка и двенадцатиперстной кишки к наложению анастомоза; е — начало наложения первого ряда швов на переднюю стенку анастомоза; ж — завершающий этап формирования анастомоза.

Бильрот II

Резекция желудка по второму способу Бильрота заключается в том, что после удаления дистальной части желудка культя ДПК ушивается наглухо, а непрерывность ЖКТ восстанавливается с помощью соединения культи желудка с начальным отделом тощей кишки.

Из многочисленных вариантов резекции желудка по Бильрот-II наиболее широкое распространение получили модификации

*Гофмейстера-Финстерера,
Ру, Бальфура.*



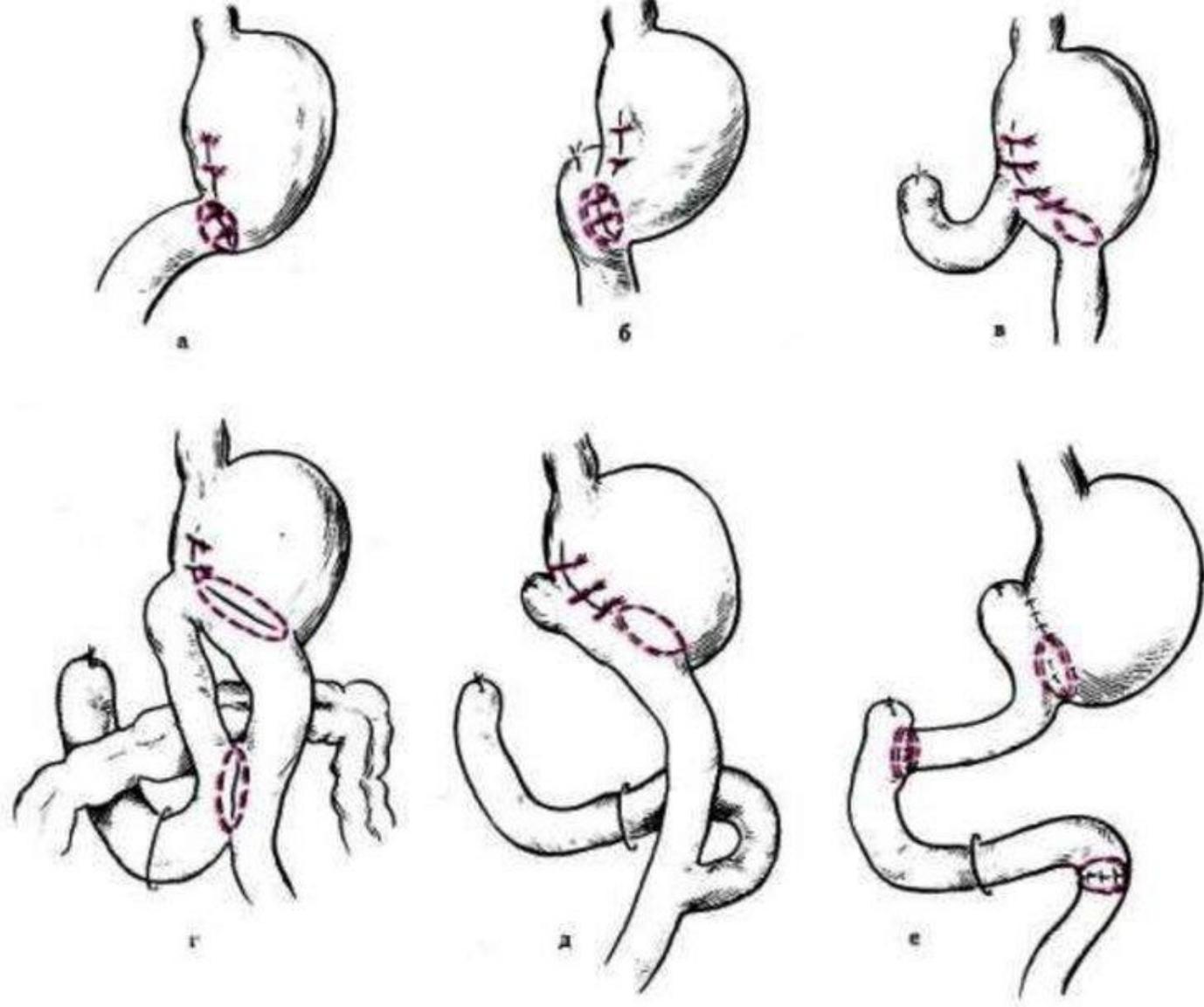
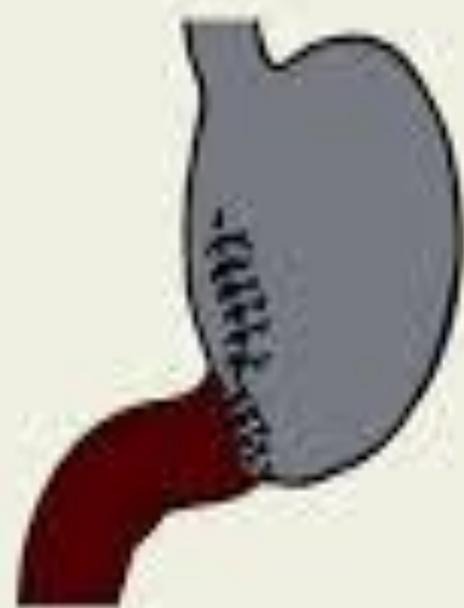
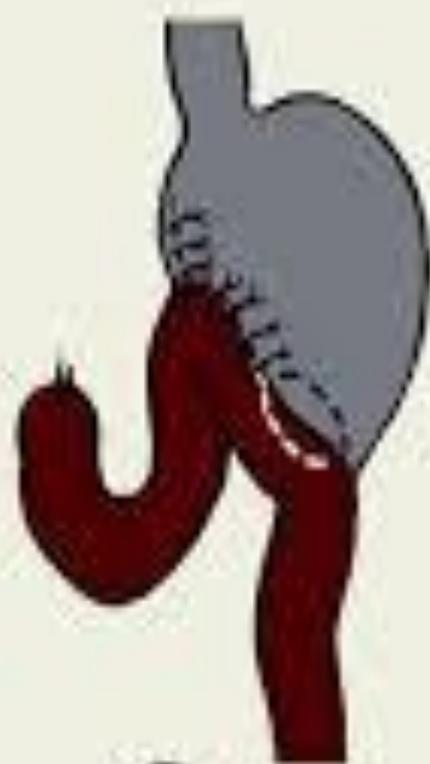


Рис. 11.13. Методы дистальной резекции желудка.

а — по Бильрот-1 ; б — по Габереру—Финнею; в — по Гофмейстеру—Финстереру; г — по Бальфуру; д — по Ру; е — гастроеюнодуоденопластика.



(a)



(b)



(B)

Уровни резекции желудка

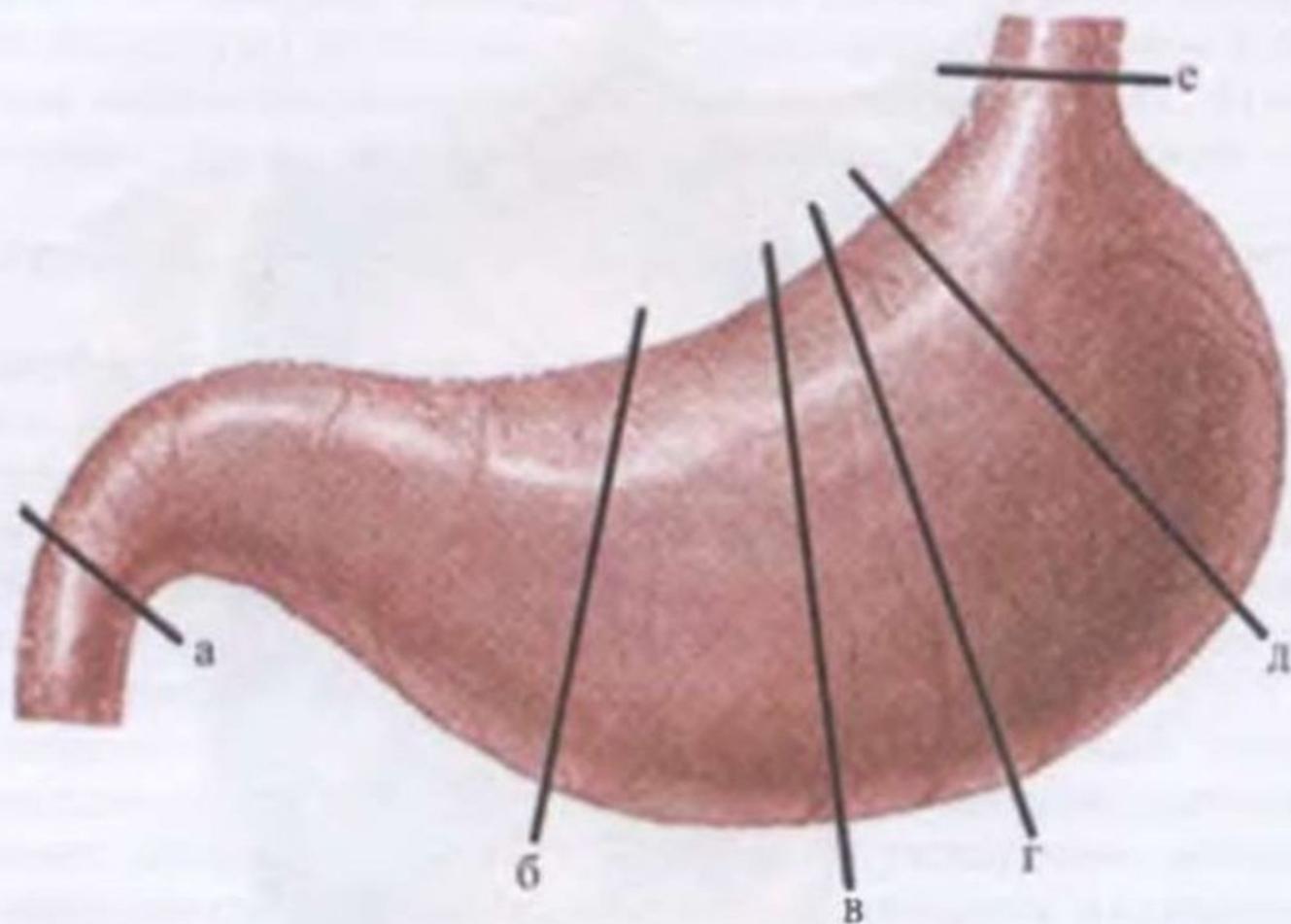


Рис. 17.45. Уровни резекции желудка. а-б – резекция 1/3 желудка (антрумэктомия); а-в – резекция 1/2 желудка; а-г – дистальная (2/3) резекция желудка; а-д – субтотальная резекция; а-е – гастрэктомия; г-е – проксимальная резекция. (Из: Шабанов В.А., Кушхабиев В.И., Вели-З...

III. Ваготомии

- органосохраняющие операции получили широкое распространение в 70-80-х годах XX века, являясь оперативным методом выбора при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке.

Проводятся с целью уменьшения образования соляной кислоты в желудке.

Вначале ваготомии выполнялись как самостоятельные операции. Позже, в связи с высоким процентом неудовлетворительных отдалённых результатов, стали проводиться как дополнение к другим вмешательствам, как к экстренным, так и к плановым.

В дальнейшем с совершенствованием схем консервативного лечения язвенной болезни и появлением новых классов лекарств, блокирующих секрецию кислоты в обкладочных клетках желудка (*наиболее эффективными среди которых в настоящее время являются ингибиторы протонного насоса*) количество ваготомий в экономически развитых странах резко уменьшилось и показания к ним значительно сузились.

Существенным оказалось открытие роли *Helicobacter pylori* в развитии язвенной болезни, а внедрение антисекреторной и эрадикационной терапии резко уменьшили риск развития язвенных кровотечений. В результате потребность в хирургических вмешательствах вообще и ваготомии в частности, значительно уменьшилась.

Виды ваготомий:

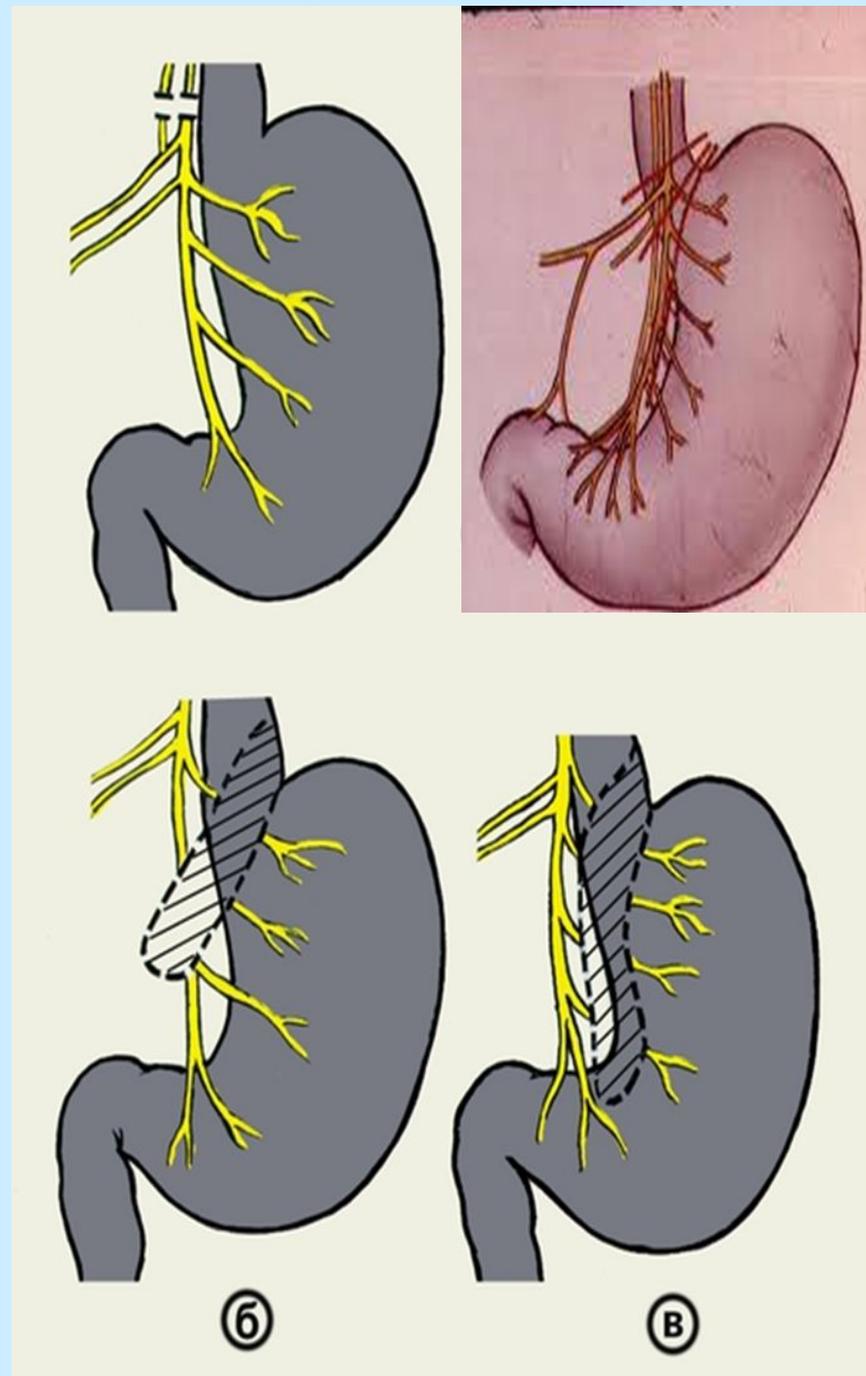
1. Стволовая ваготомия.

Следствием стволовой ваготомии является спазм привратника, поэтому она обязательно дополняется одной из *дренирующих желудок операций* – *пилоропластикой*

по Джабулею, Финнею, Гейнеке-Микуличу или гастроэнтероанастомозом

2. Селективная ваготомия.

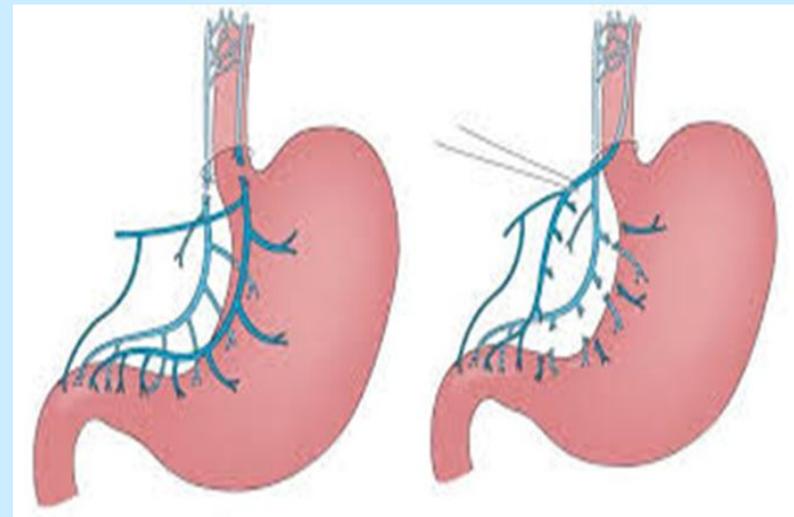
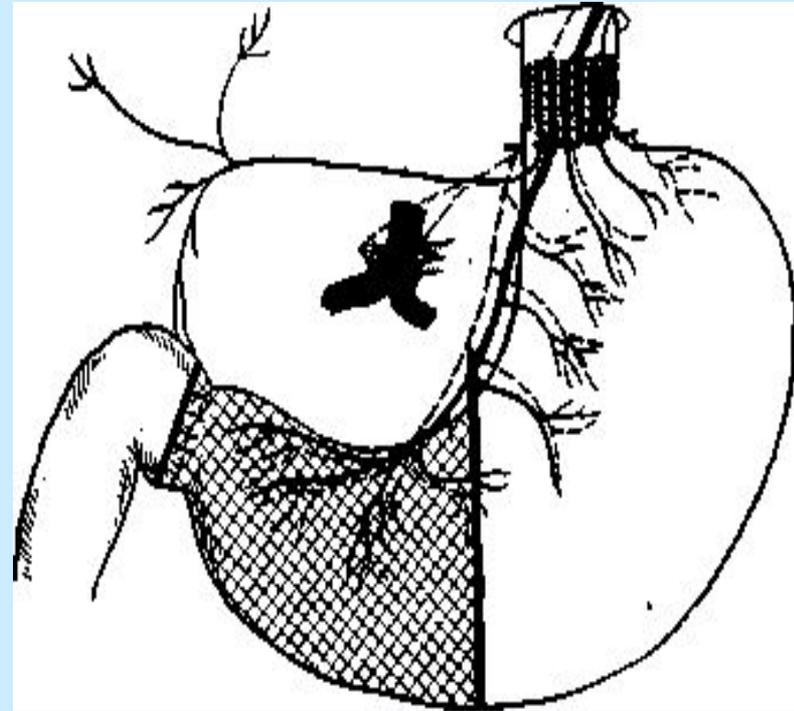
3. Селективная проксимальная ваготомия (*высокоселективная ваготомия, или париетально-клеточная ваготомия - parietal cell vagotomy (PCV).*



III. Комбинированные операции

Или **сочетанные** - это экономные резекции (антрумэктомия) со стволовой ваготомией, прицельные щадящие резекции тела желудка с высокоселективной ваготомией, пилоропластика с СПВ или ваготомия с иссечением язвы.

Как правило, используются при высоких показателях секреторной функции желудка в обеих фазах.



Пилоропластика

По Гейнеке-Микуличу – продольное рассечение антрального отдела желудка и начального отдела 12-перстной кишки по обе стороны от привратника на протяжении 3-4 см с последующим поперечным сшиванием образованной раны.

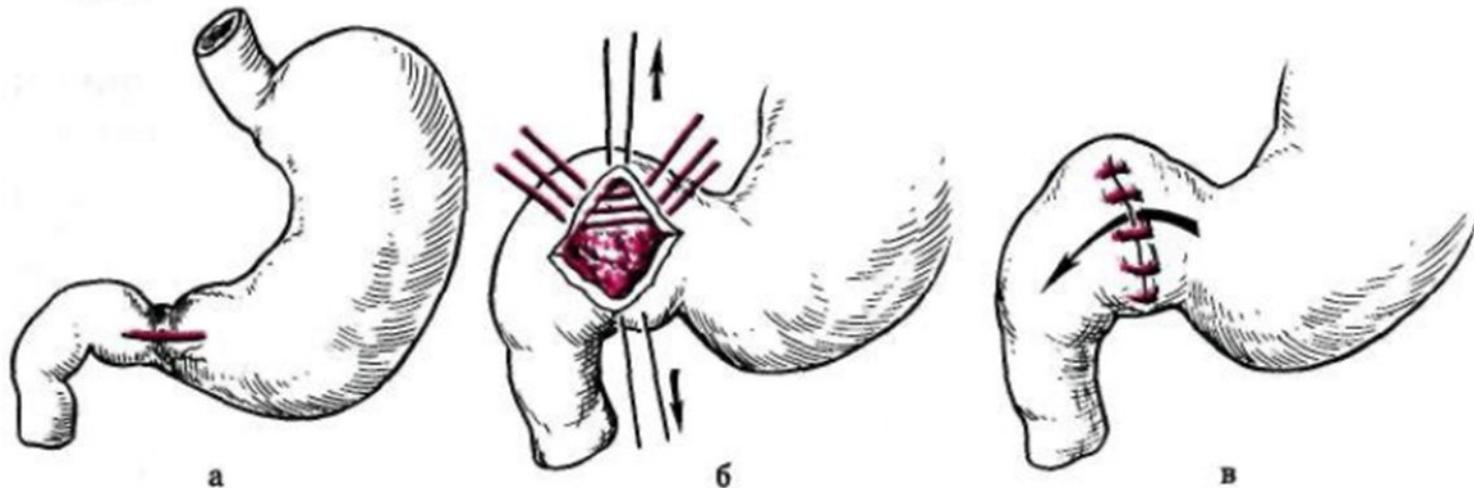


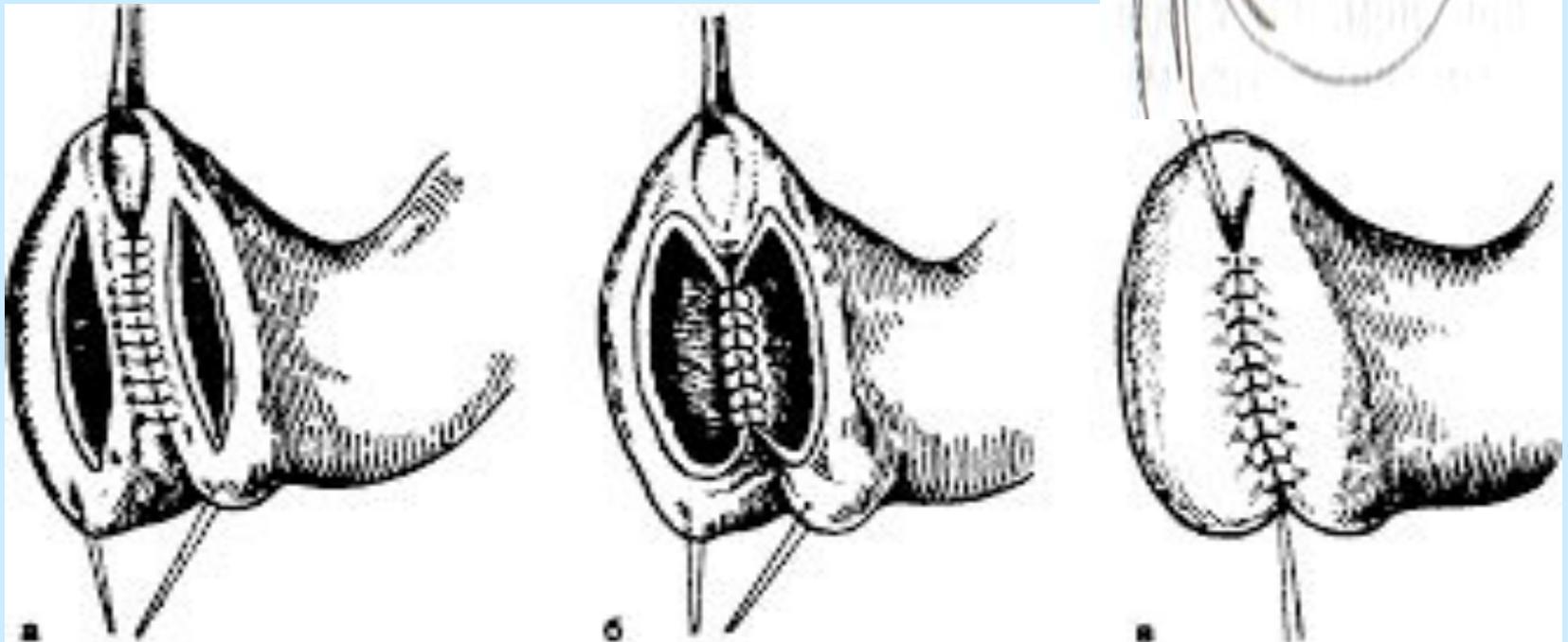
Рис. 11.14. Пилоропластика по Гейнеке—Микуличу.

а — рассечение стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в продольном направлении; б — сшивание краев разреза в поперечном направлении; в — сформированное соустье.

По Финнею – мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру. Рассечение антрального отдела желудка и начального отдела 12-перстной кишки сплошным разрезом длиной 4-6 см; швы на разрез накладывают по типу анастомоза «бок в бок».

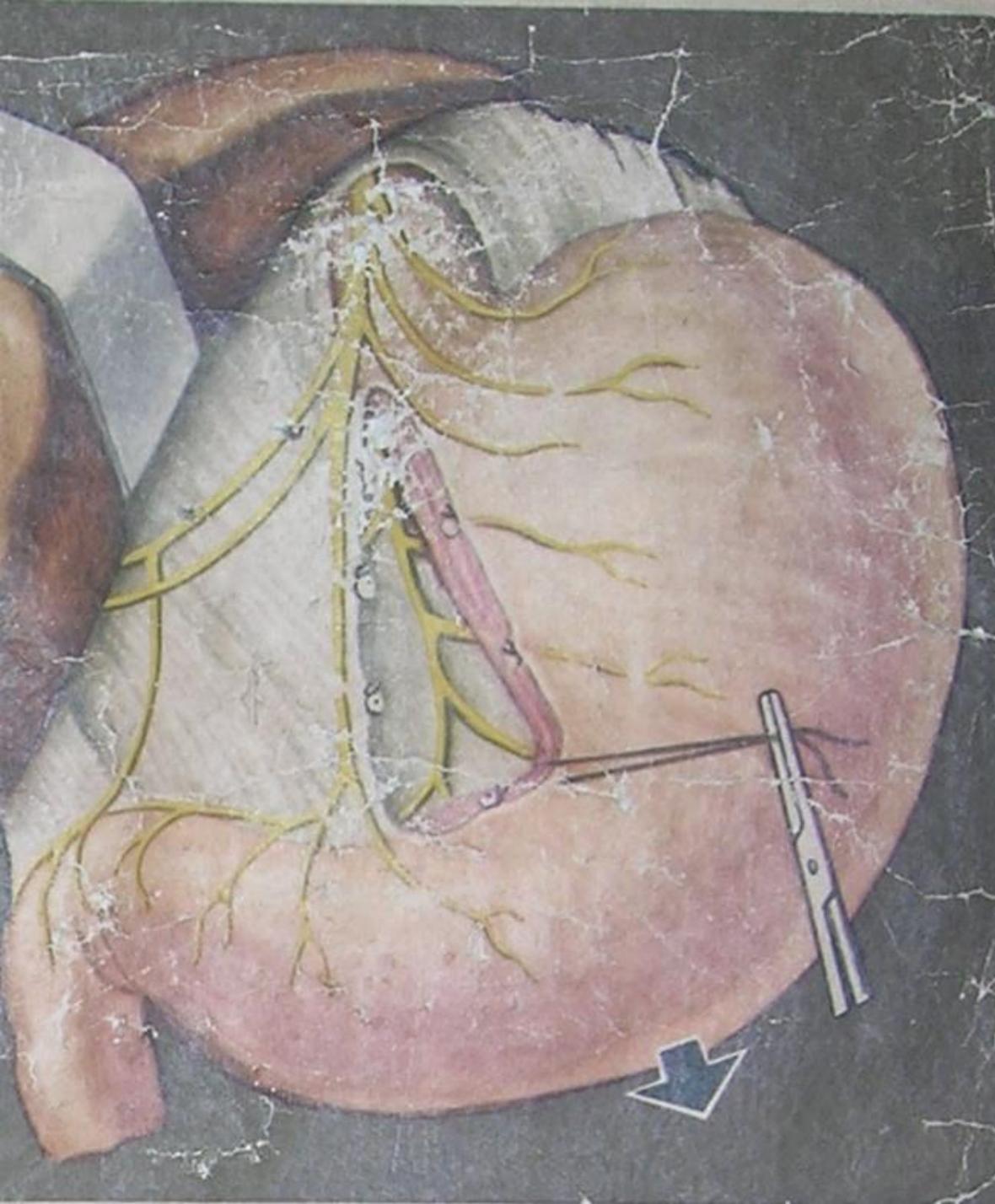


По Джабулею – применяется при наличии препятствия в пилороантральной зоне.
Мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру и наложение гастродуоденоанастомоза по типу «бок в бок».





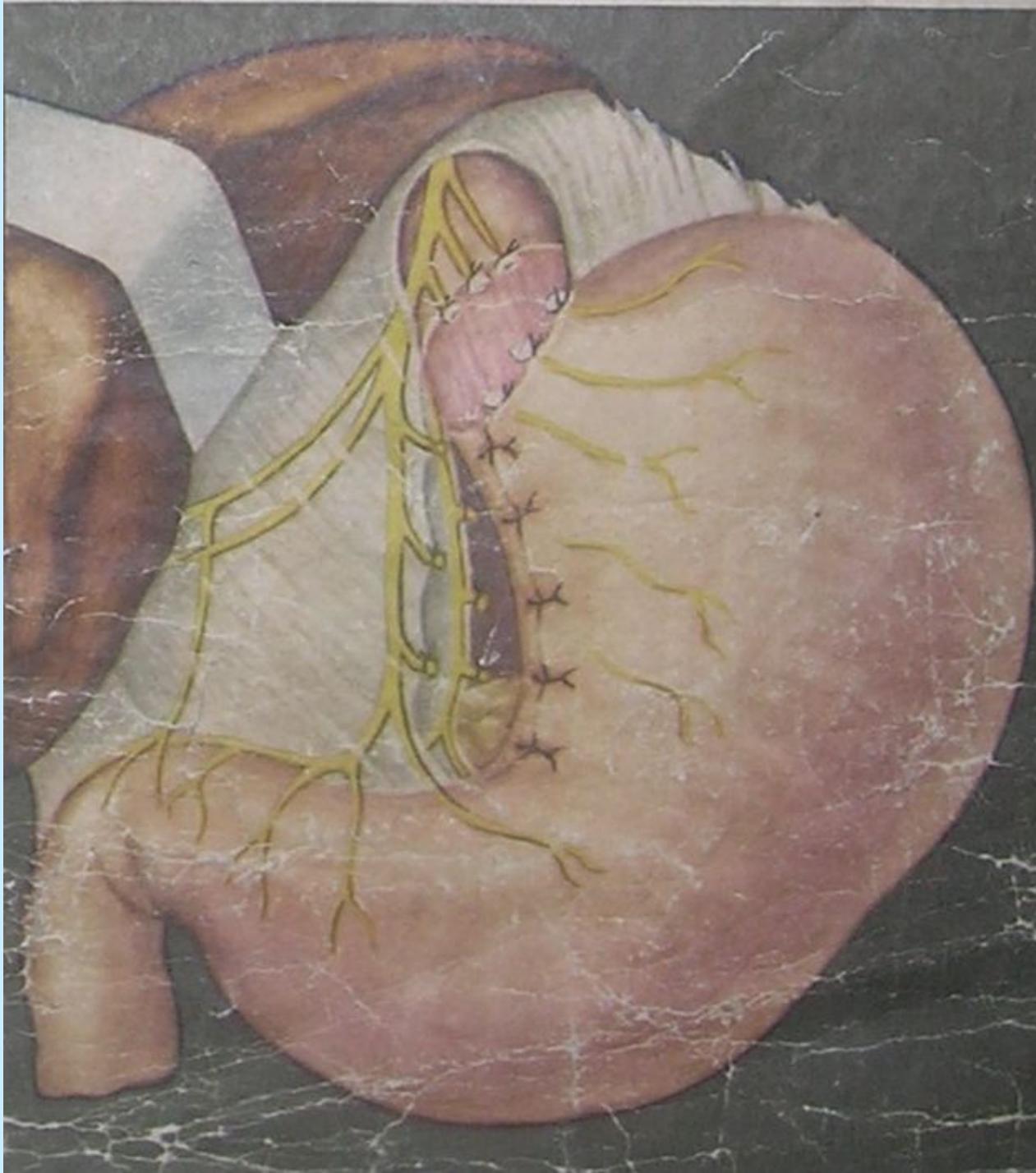
**Пунктиром
обозначена
линия
послойной
скелетизации
малой кривизны
желудка и
рассечения
брюшины над
пищеводом
вместе с
желудочными
ветвями
блуждающих
нервов**



- **Отсечен передний листок малого сальника вместе с передней ветвью Латарже**

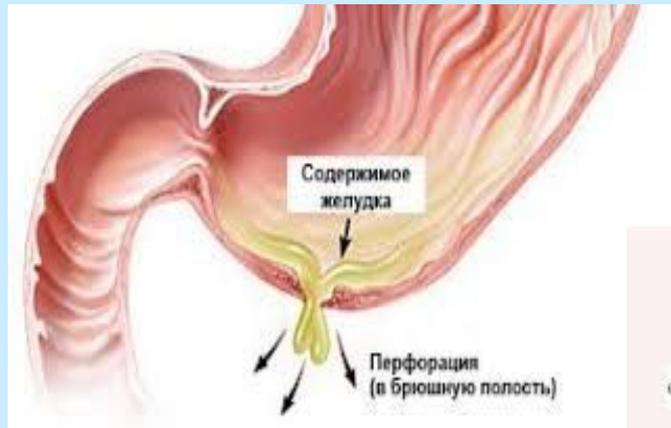


- **Отсечен задний листок малого сальника вместе с задним нервом Latarже**

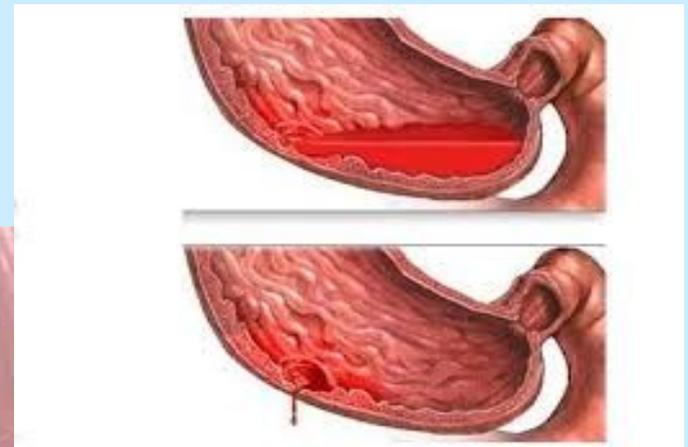


- **Ушита**
десерозиро
ванная малая
кривизна
желудка

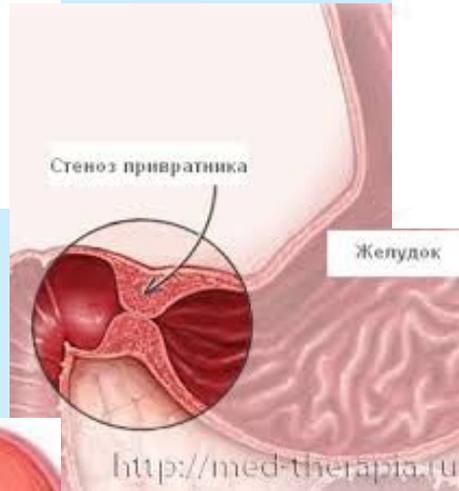
Осложнения язвенной болезни



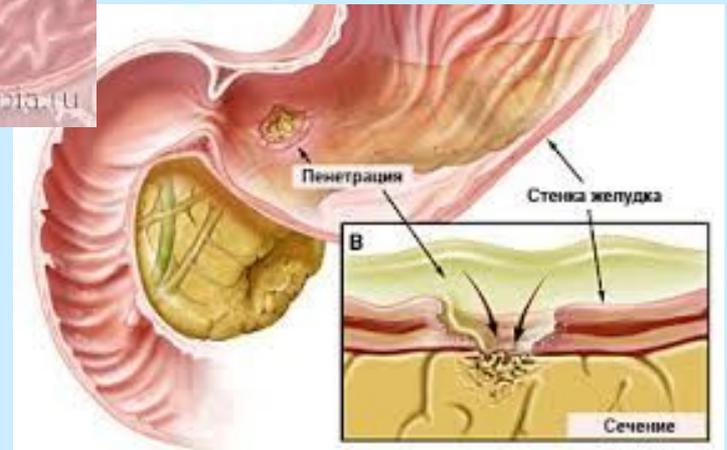
Перфорация



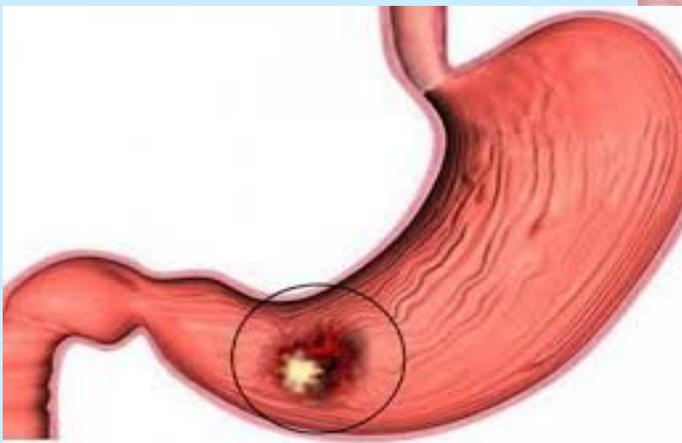
Кровотечение



Стеноз



Пенетрация



Малигнизация

Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Классификация

1. *По этиологии (Чухриенко):*

перфорации при язвенной болезни;
перфорации при раке желудка;
перфорации при локальном нарушении кровообращения в стенке желудка ;
перфорация при поражении стенки органа паразитами.

2. *По локализации (Савельев):*

перфорация язв желудка ;
перфорация язв двенадцатиперстной кишки ;
перфорация пептических язв анастомозов;
перфорация язв тонкого кишечника

3. *По клиническому течению:*

- прободение в свободную брюшную полость ;
- атипичное прободение: в сальниковую сумку, в малый сальник, забрюшинное пространство.
- прикрытое прободение - *«стёртая» клиническая картина перфорации ;*
- реперфорацию ушитых язв;
- перфорацию при лечении сопутствующих заболеваний.

4. *По патологоанатомическим признакам:*

- перфорацию острых язв;
- перфорацию хронических язв.

5. *По клиническим стадиям течения:*

- *I стадия - первичного шока (до 6 часов);*
- *II стадия - мнимого благополучия (6-12 часов);*
- *III стадия - разлитого перитонита (после 12 часов)*

Клиника и диагностика

Классическая триада симптомов:

1. Кинжальная боль. 2. Напряжение мышц брюшной стенки (доскообразный живот). 3. Язвенный анамнез.

К функциональным признакам относятся *рвота, задержка стула и газов, сильная жажда.*

Физикальные признаки

Симптомы *Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Менделя.*

Симптомы *исчезновения печеночной тупости:*

Спизарного – при перкуссии по среднеключичной линии в полусидящем положении, *Жобера* - при перкуссии по среднеаксиллярной линии в положении больного лежа на левом боку.

Френикус-симптом Элекера - иррадиация боли в правое надплечье и правую лопатку;

Симптом *Кервена* - болезненность и притупление по правому боковому каналу;

Per rectum определяют болезненность при пальпации передней стенки прямой кишки (*симптом Куленкампа*)

Рентгеноскопия, рентгенография

- Заключается в обнаружении *свободного газа (симптом «серпа»)* в брюшной полости (*пневмоперитонеума*).
- При отсутствии пневмоперитонеума применяют специальные методы исследования: *пневмогастрографию*, а также возможно исследование желудка путем применения водорастворимых стерильных контрастных веществ.
- *Пневмогастрография* заключается *во введении через зонд в желудок 600-700 мл воздуха*. Проходя через перфоративное отверстие, воздух скапливается над печенью или под диафрагмой, вследствие чего наблюдается характерная рентгенологическая картина - *симптом «серпа»*.

В сомнительных случаях применяют **лапароцентез**, лапароскопию, реже гастродуоденоскопию.

В клиническом анализе крови обнаруживают лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ.

Выбор метода операции

В настоящее время используют операции: *закрытие перфорации, иссечение язвы желудка, резекция желудка.*

Методом выбора является наиболее распространенная операция - закрытие перфоративного отверстия путём *ушивания дефекта* при прободных язвах желудка и ДПК с *последующей комплексной противоязвенной терапией*, включая инъекционные формы блокаторов протонной помпы (92,5%). *Ушивание производится всегда* при: острых язвах, отсутствии или коротком язвенном анамнезе, сроке после прободения более 6 часов (наличии разлитого серозно-фибринозного или фибринозно-гнойного перитонита), тяжелых сопутствующих заболеваниях, у декомпенсированных больных; при отсутствии условий для выполнения резекции желудка.

Иссечение прободной язвы производится (у каждого десятого больного) при наличии пилородуоденального стеноза, кровотечения, каллёзной язвы, перфорации язвы больших размеров; при подозрении на малигнизацию язвы.

Более радикальная операция - первичная резекция 2/3 желудка (7,5%) может производиться у пациентов с прободной язвой по наиболее эффективному методу Бильрот II в модификациях Гофмейстера - Финстерера.

Показания к резекции желудка возникают *при осложненном течении язвенной болезни - перфорации: резистентной язвы (безуспешное лечение в течение 3-5 лет), больших каллёзных язв желудка, при наличии множественных язв, повторная перфорация, перфорация опухоли (подозрение на малигнизацию, малигнизация), сочетание перфорации с кровотечением, гигантские перфоративные язвы.*

При длительно существующих *язвах двенадцатиперстной кишки* может быть выполнена *стволовая ваготомия с дренирующей операцией и иссечением язвы.*

Обязательное условие - время с момента перфорации не более 6 часов. Обязательный элемент операции - *тщательная санация и дренирование брюшной полости.*

Пилородуоденальные стенозы

(Ulcus stenosant)

- **Стеноз, или сужение** (от греч. *Stenos* - узкий) является весьма частым осложнением язвенной болезни (**13%**).
- В течении язвенного стеноза различают **три стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации**.
- При **компенсированном стенозе** общее состояние больных страдает мало. У таких больных появляется чувство переполнения желудка после еды. Главный признак заболевания рвота бывает эпизодически (1-2 раза в неделю). У некоторых пациентов бывает отрыжка кислым. В результате развивающейся компенсаторной гипертрофии мышечных элементов желудок преодолевает повышенное сопротивление в области сужения, эвакуация происходит своевременно.
- **При рентгенологическом исследовании:** желудок нормальных размеров или несколько расширен, перистальтика усилена. Эвакуация бариевой взвеси происходит своевременно или задержана на срок **до 6-12 часов**. **Через 24 часа** желудок **свободен от контраста**

- В **стадии субкомпенсации** рвота ежедневно, чаще вечером. Отмечается потеря трудоспособности, потеря в весе, обезвоживание больных. При объективном исследовании "шум плеска" в области желудка натошак, умеренное увеличение его размеров.
- **При рентгенологическом исследовании:** желудок расширен, натошак определяется жидкость. Пилородуоденальный канал сужен. Перистальтика ослаблена. Выражено замедление эвакуации до 12-24 часов, однако через 24 часа бария в желудке нет. В клиникобиохимических анализах крови выраженный белково-электролитный дисбаланс.
- В **стадии декомпенсации** стенка желудка истончается, гипертрофия сменяется атонией, желудок растягивается и под давлением большого количества содержимого спускается в малый таз. Рвота (срыгивание) после каждого приема пищи, жидкости.
- Объективные данные: резкое похудание, кожа сухая, тургор резко снижен. Определяется натошак "шум плеска" в проекции желудка.

С рвотой больной теряет много жидкости, электролиты, ферменты. Наступает сгущение крови, увеличивается ее вязкость, повышается гематокрит, снижается объем плазмы. Содержание хлоридов в крови и моче падает. Развивается азотемия. *Глубокие нарушения обмена приводят к дистрофическим изменениям в жизненно важных органах.*

Обезвоживание организма, хлорпения, азотемия, гипокалийемия, гипопротейнемия, нарушения кальциевого обмена могут привести к развитию *гастрогенной тетании* (желудочная тетания, хлорпривная тетания) и *комы*.

Рентгенологическая признаки:

1. Большое количество жидкости натошак
2. Увеличенные размеры желудка, опущение его
3. Замедление эвакуации, ослабление перистальтики
4. Задержка бария **свыше 24 часов.**

Предоперационная подготовка

Продолжительность, объем и характер зависят от степени стеноза и возникших вследствие этого нарушений гомеостаза. С этой целью производится:

- промывание желудка;
- коррекция водного и электролитного состава крови;
- коррекция углеводного обмена;
- коррекция белкового баланса;
- коррекция волевических нарушений;
- коррекция нарушений деятельности сердечнососудистой системы и других нарушений.

Выбор метода операции

- При **компенсированном** стенозе проводят курс комплексной противоязвенной терапии (2-3 недели). Может быть выполнена **пилоропластика, селективная проксимальная ваготомия с использованием интраоперационной рН-метрии, СПВ с дренирующей желудок операцией.**
- При **субкомпенсированном и декомпенсированном** стенозах и при **язвах II типа** возникают показания к **резекции желудка.**

Желудочно-кишечные кровотечения

ЖКК является наиболее частым осложнением язвенной болезни, наблюдается у 20% больных страдающих пептической язвой.

Классификация

По этиологии: Язвенные кровотечения;

Неязвенные кровотечения :

- из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии;
- синдром Мэллори-Вейса (*трещина слизистой кардии*);
- при эрозивном геморрагическом гастрите;
- из опухоли желудка и кишечника: доброкачественные и злокачественные;
- при химических ожогах желудка;
- из дивертикулы пищеварительного тракта;
- при ущемленной грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- при наличии инородных тел пищевода и желудка

По локализации источника кровотечения:

пищеводные, желудочные, тонко- и толстокишечные.

По степени кровопотери:

- хроническое - капиллярное кровотечение (до 500 мл кровопотери);
- острое малое I степени (до 1.0 литра), *до 20% ОЦК*;
- острое средней тяжести II степени (до 1,5 литра), *кровопотеря до 30% ОЦК*
- острые тяжелые III степени (*свыше 1,5 литра*), *свыше 30% ОЦК*.

Из лабораторных исследований *немедленно определяются* показатели красной крови, группа крови и резус принадлежность. Затем гемокоагулограмма и биохимический анализ крови.

Информативна экстренная гастроэнтероэнтерокопсия

Клиника желудочно-кишечного кровотечения

Симптомы внешней кровопотери: *кровавая рвота (haematemesis) и дегтеобразный черный стул или милона (melena).*

Симптомы внутреннего кровотечения:

- 1. Легкая степень.** Общее состояние больного ближе к удовлетворительному. Пульс удовлетворительного наполнения, 90-100 уд. в мин.. АД не ниже 100/70 мм рт. ст. Увеличение шокового индекса Альговера до 1. Общая потеря крови - 1000 мл. Снижение Нв до 100 г/л, Нт до 0.35.
- 2. Средняя степень.** Состояние тяжёлое. Выражена бледность кожных покровов. Пульс 100-120 уд. в мин., слабого наполнения. АД снижается до 90/60, 80/40 мм рт. ст.. Шоковый индекс Альговера 1-1,5. Нв снижается до 80 г/л, Нт - 0,25. Общая кровопотеря 1000-1500 мл.
- 3. Тяжелая степень** кровопотери. Пульс 130-140 уд. в мин, слабого наполнения, иногда не прощупывается. Сист. АД 60 мм рт.ст. и ниже. Нв - ниже 80 г/л, Нт - ниже 0,25. Общая кровопотеря 1500-2500 мл и более.

Лечение ЖКК

- При оказании первой медицинской помощи необходимо помнить, что эти больные относятся к категории крайне тяжелых и нуждаются в немедленной госпитализации даже при подозрении на ЖКК, в хирургический стационар или в центры по желудочно-кишечным кровотечениям.
- **Транспортировка только на носилках с осуществлением венозного доступа - инфузией декстранов, и катетеризации мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом.**
- В стационаре *с целью выбора лечебной тактики* необходимо **установить**:
 - наличие ЖКК;
 - источник кровотечения и его локализацию;
 - остановилось или продолжается кровотечение;
 - степень гемостаза;
 - степень кровопотери

Одновременно начинаются лечебные мероприятия:

- катетеризация подключичной вены;
- постоянный нозогастральный зонд для контроля за гемостазом, промывание желудка;
- катетеризация мочевого пузыря, постоянный катетер;
- гастродуоденоскопия по показаниям;
- **восполнение дефицита ОЦК;**
- **гемостатическая терапия;**
- **оксигенотерапия;**
- **По данным экзофагогастродуоденоскопии выделяют три группы больных:**
 - I с продолжающимся кровотечением;
 - II с остановившемся кровотечением, но с нестойким гемостазом (*тромб на дне язвы*);
 - III с остановившемся кровотечением со стойким гемостазом (*нет кровотечения, сгустков, тромбов*).

Комплексная гемостатическая терапия

- **Инфузионная.**
- **Местная.**
- **Лечебная эндоскопия.**
- **Эндоваскулярная эмболизация кровоточащего сосуда**
- **Восполнение ОЦК.**
- **Стабилизация гемодинамики.**
- **Ликвидация метаболического ацидоза**
- **Восстановление микроциркуляции.**

Показания к операции

- **Экстренная операция** - выполняется *до двух часов*: продолжающееся кровотечение II-III степени или рецидив кровотечения.
- **Срочная операция (1 - 1,5 суток)** - остановившееся кровотечение при наличии тромбов в язве - нестойкий гемостаз, рецидив кровотечения в стационаре.
- **Плановые операции** выполняются при стабилизации гемостаза, небольших язвах при наличии в них тромбов и кровопотери легкой степени.
- При кровотечениях из язв **желудочной локализации** предпочтительна **резекция желудка**. При язвах **дуоденальных** - **иссечение язвы или прошивание её**. Могут быть выполнены **иссечение или прошивание язвы с селективной проксимальной ваготомией**.

- При синдроме *Мэллори-Вейса* выполняется **гастротомия и прошивание кровоточащих сосудов** трещины (*операция Бейе*).
- При кровотечении *из варикозных вен пищевода и кардии*, при отсутствии эффекта от зондовой компрессии зондом Блэкмора и гемостатической терапии, также выполняется **гастротомия и прошивание вен цепьевидными швами** со стороны слизистой.
- *Кровоточащие опухоли желудка* - показание к радикальной или паллиативной (при наличии метастазов) **резекции** или **гастрэктомии**.

Результаты оперативного лечения на высоте кровотечения не утешительные.

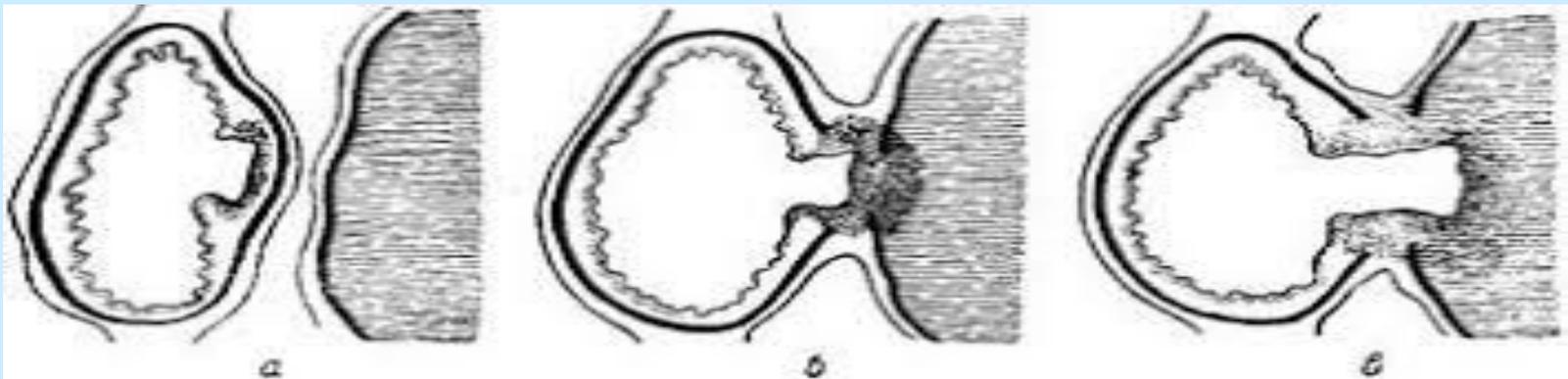
Послеоперационная летальность достигает 10% и выше.

Пенетрация язвы

Пенетрирующая язва возникает в результате *прогрессирования деструктивных процессов* в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, сопровождается *образованием спаечного процесса*, а *дном* язвы является *паренхиматозный орган*.

Стадии течения:

- внутрстенковая пенетрация;
- стадия фиброзных сращений;
- пенетрация в соседний орган



Язва желудка пенетрирует в:

- **малый сальник;**
- **поджелудочную железу;**
- **печень;**
- **поперечно-ободочную кишку.**

Язва ДПК пенетрирует в :

- **головку поджелудочной железы;**
- **гепатодуоденальную связку;**
- **желчный пузырь;**
- **желчные протоки с образованием свища**

Клиническая симптоматика

- 1) Устойчивый, длительный, постоянный болевой синдром;
- 2) Потеря характерной периодичности, ритмичности боли;
- 3) Иррадиация боли в поясничную область;
- 4) Рвота не приносит облегчения;
- 5) Постоянная резистентность, выраженная пальпаторная и перкуторная болезненность в проекции язвы;
- 6) Незначительная эффективность консервативного лечения;
- 7) На клинику язвенной болезни наслаивается клиника заболеваний других органов, в которые пенетрирует язва.

Могут быть потеря массы тела и субфебрилитет

Лечение *оперативное* - резекция
желудка.



Спасибо

за внимание!