

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОСЛОЖНЕНИЯ)

- чрезвычайно распространённое заболевание,
- до 25% больных нуждаются в хирургическом лечении,
- результаты лечения зависят от своевременности оперативного вмешательства,
- каждый врач должен знать, когда и кого из больных язвенной болезнью необходимо оперировать,
- какие хирургические вмешательства применяются сегодня в клинике.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

— это заболевание, в основе которого лежит образование и длительное течение язвенного дефекта на слизистой оболочке с поражением различных слоёв стенки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Почему язвенная болезнь требует хирургического лечения?

- 1) при ней развивается ряд смертельных осложнений (кровоотечения из язвы, перфорация стенки желудка или 12ПК и др.);
- 2) противоязвенная терапия у значительной группы больных неэффективна.

К компетенции хирурга относятся:

- прободение стенки желудка (или 12ПК),
- кровотечение из гастродуоденальной язвы,
- стенозирование выходного отдела из желудка в результате рубцевания язвы,
- пенетрация язвы в близлежащие окружающие органы,
- малигнизация или превращение язвы в рак,
- развитие каллезой язвы желудка,
- неподдающаяся терапевтическому лечению язва с длительным и упорным течением,
- осложнения и патологические синдромы после выполненных по поводу язвенной болезни операций .

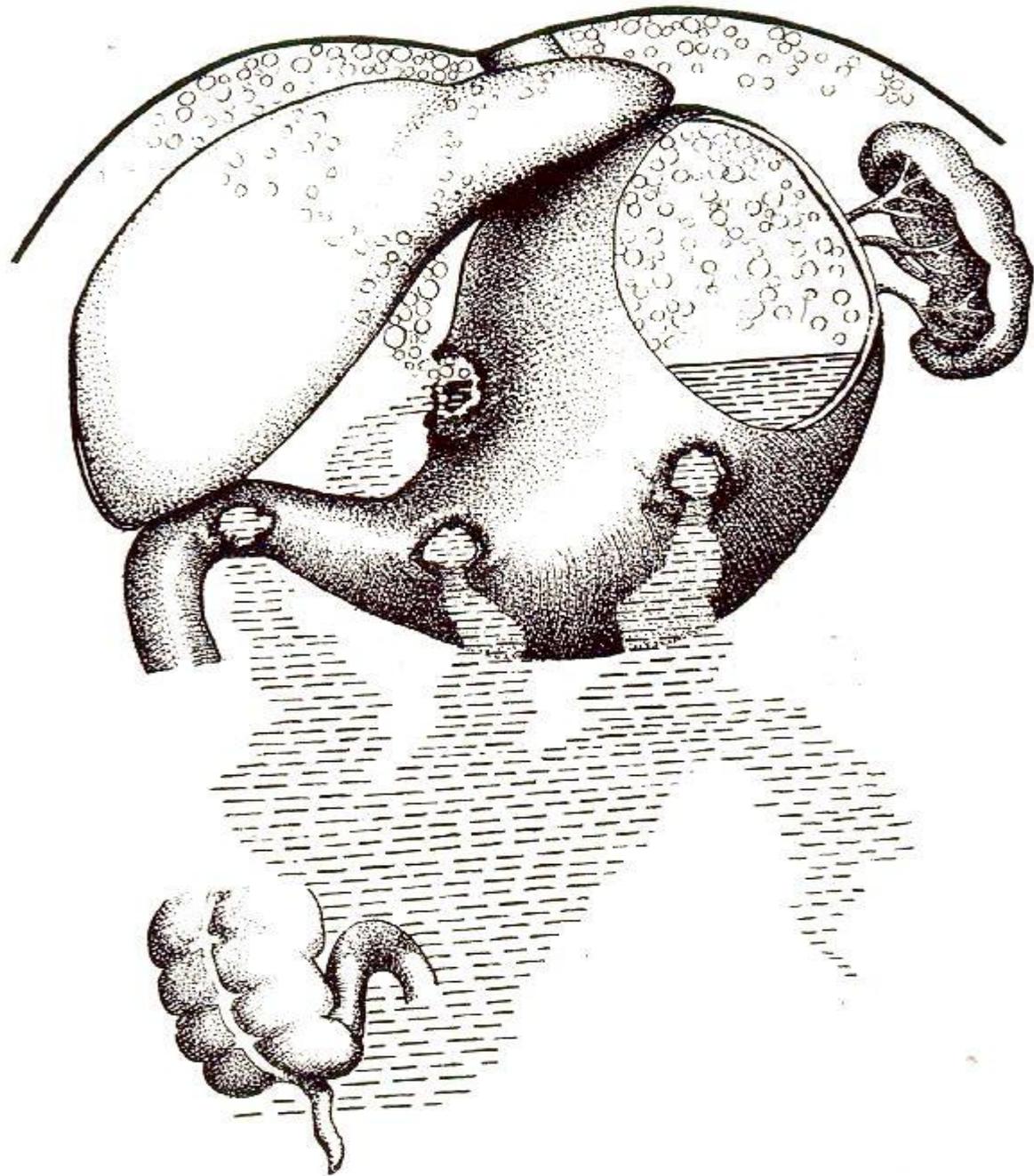


ПРОБОДЕНИЕ (ИЛИ ПЕРФОРАЦИЯ):

- это наиболее тяжёлое, бурно развивающееся и абсолютно смертельное осложнение язвенной болезни.
- спасти больного можно только с помощью экстренного хирургического вмешательства,
- чем меньше срок с момента прободения до операции, тем больше шансов больному **ВЫЖИТЬ**.

В отдельных случаях дегенеративные и дистрофические процессы в области язвенного кратера прогрессируют быстро:

- некроз тканей распространяется в глубину,
- нарастает деструкция язвенного дна,
- измененные ткани подвергается переваривающему действию желудочного сока,
- процесс доходит до наружной серозной оболочки, и разрушает её,
- возникает прободение язвы,
- через возникший дефект желудочное содержимое с высокой концентрацией соляной кислоты изливается в свободную брюшную полость.



Патогенез прободной язвы

1. поступление содержимого желудка в свободную брюшную полость;
2. химически агрессивное желудочное содержимое раздражает огромное рецепторное поле брюшины;
3. возникает и неуклонно прогрессирует перитонит;
4. вначале асептический, затем неминуемо перитонит становится микробным (гнойный);
5. в результате нарастает интоксикация, которую усиливает тяжёлая паралитическая кишечная непроходимость;
6. интоксикация нарушает обмены всех видов и угнетает клеточные функции различных органов;
7. это приводит к нарастающей полиорганной недостаточности;
8. она становится непосредственной причиной смерти.

Клиника

Классическая картина перфорации наблюдается в 90-95% случаев:

- внезапно возникшая сильнейшая “кинжальная” боль в эпигастральной области,
- боль быстро распространяется по всему животу,
- состояние резко ухудшается,
- боли сильные и больной иногда впадает в состояние шока,
- больные жалуются на жажду и сухость во рту,
- больной хватается руками за живот, ложится и застывает в вынужденной позе,
- малейшее движение вызывает усиление болей в животе,

АНАМНЕЗ

- перфорация обычно наступает на фоне длительного течения язвенной болезни,
- перфорации часто предшествует кратковременное обострение язвенной болезни,
- у некоторых больных прободение язвы возникает без язвенного анамнеза (примерно 12%),
- это бывает при «немых» язвах.

Данные осмотра и объективного исследования:

- ✓ больные лежат и стараются не делать никаких движений,
- ✓ лицо землисто-серое, черты заострены, взгляд страдальческий, покрыт холодным потом, губы и язык суховаты,
- ✓ артериальное давление несколько снижено, а пульс замедлен,
- ✓ главный симптом - напряжение мышц передней брюшной стенки, живот “доскообразный”, не участвует в дыхании, (у худощавых людей вырисовываются сегменты прямых линий живота и отмечаются поперечные складки кожи на уровне пупка -симптом Дзбановского),
- ✓ пальпация живота сопровождается резкой болезненностью, усилением болей в животе, больше в эпигастральной области, правом подреберье, затем болезненность становится разлитой,
- ✓ резко положительный *симптом Щеткина-Блюмберга* - вначале в эпигастральной области, а затем и по всему животу.

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА

1. уменьшение или полное исчезновение печёночной тупости (за счёт попавшего из желудка в брюшную полость воздуха, который скапливается над печенью),
2. по правому боковому каналу и в правой подвздошной ямке отмечается притупление (симптом Кервена).

АУСКУЛЬТАЦИЯ

1. снижение перистальтики кишечника или “гробовая тишина”,
2. иногда - шум трения брюшины (симптом Бруннера),
3. металлический звон, образующийся при выхождении пузырьков воздуха из отверстия желудка и лопающихся над жидкостью (симптом Мондора).

РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- отмечается нависание и резкая болезненность передней стенки прямой кишки (симптом Куленкампа).

Описаны и другие симптомы, однако они носят вспомогательный характер.

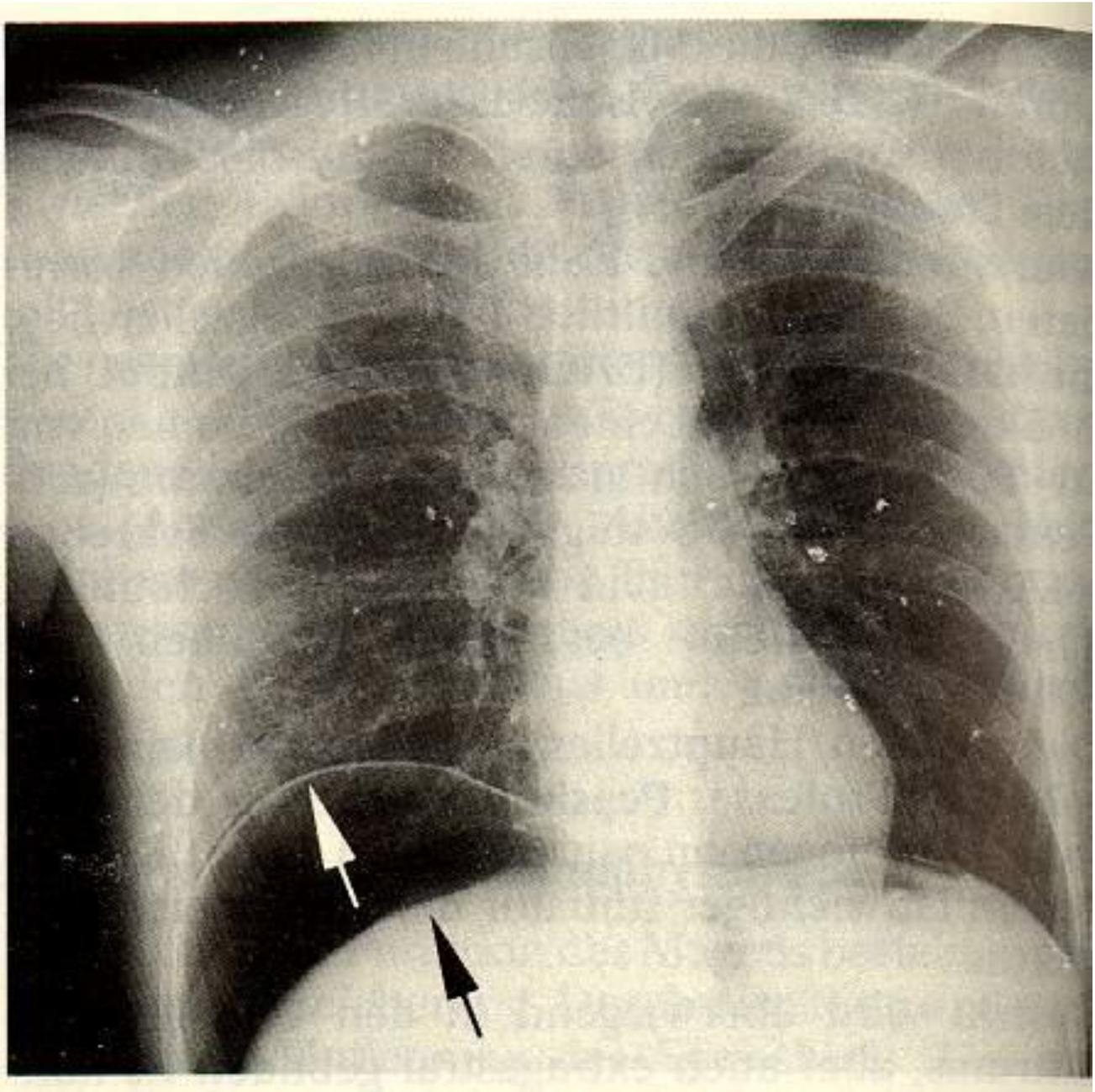
Диагностика прободной язвы

основывается на строго специфическом острейшем начале, характерных жалобах больных, наличии язвенного анамнеза, классической клинической картине и специальных методах исследования.

К ним относят:

- 1) Анализы крови - быстро нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.
- 2) Рентгенологически характерным признаком перфорации полого органа является пневмоперитонеум (в положении “стоя” выполнить Р-графию органов брюшной полости с захватом куполов диафрагмы). Пневмоперитонеум обнаруживается в виде серпа газа под куполом диафрагмы.

Это – 100%-ный объективный признак прободения, после которого диагноз считается доказанным.



Фиброгастродуоденоскопия

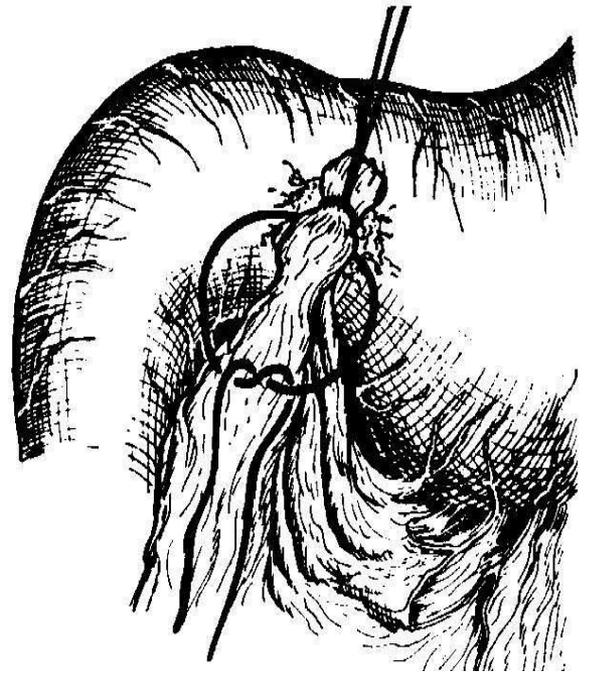
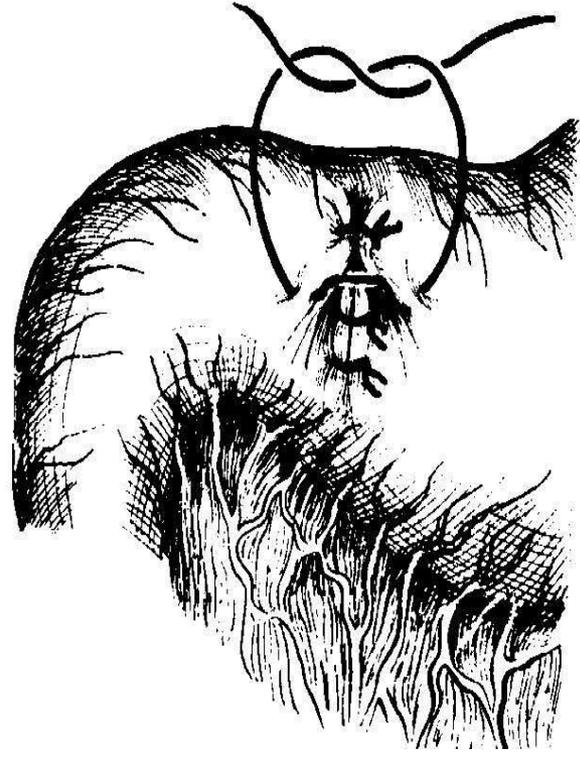
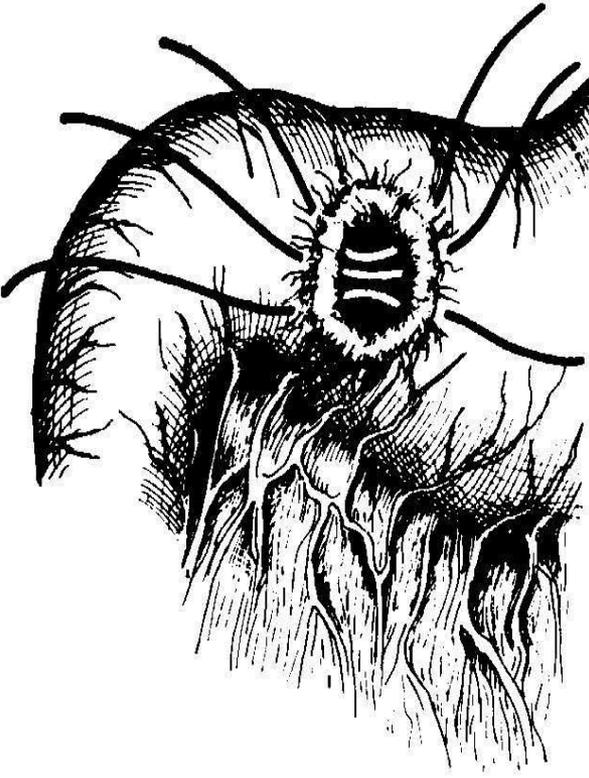
может помочь в диагностике, но она при подозрении на перфорацию не имеет такого решающего значения, как R-логическое исследование.

Лапароскопия

использование целесообразно в сложных случаях для дифференциации прободной язвы от заболеваний, не требующих оперативного лечения (отёчный панкреатит, пищевая токсикоинфекция и др.)

Хирургическая тактика при прободной язве

- Все больные с прободной язвой и даже при подозрении на перфорацию должны быть безотлагательно направлены и доставлены в хирургический стационар.
- Прободная язва является абсолютным показанием к экстренной операции.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

летальность в среднем составляет 2-7%,

она зависит от своевременности выполнения операции:

- при I стадии перитонита – 0
 - при II стадии перитонита – 2-5%
 - при III стадии перитонита 10-20%
 - при IV стадии перитонита – 90%.
- Прогноз зависит от сроков операции, наличия сопутствующей патологии и тяжести перитонита.***
- Отдалённые результаты зависят от условий жизни и качества противоязвенной терапии. В 93% случаев при соблюдении рекомендаций по режиму отдалённые результаты хорошие.***

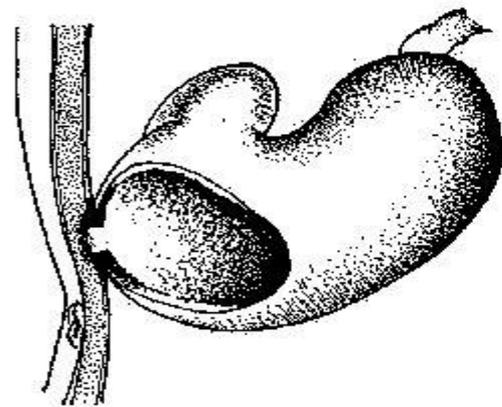
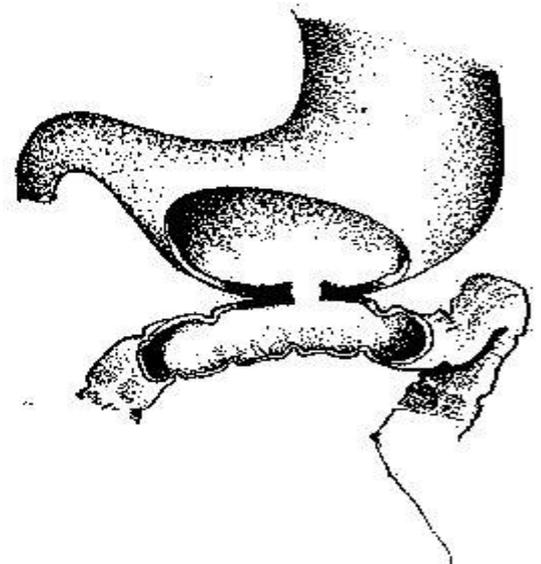
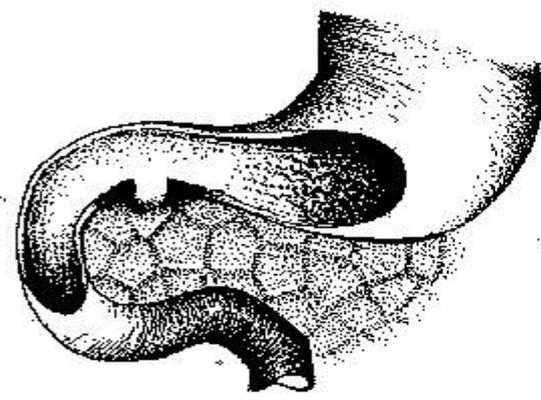
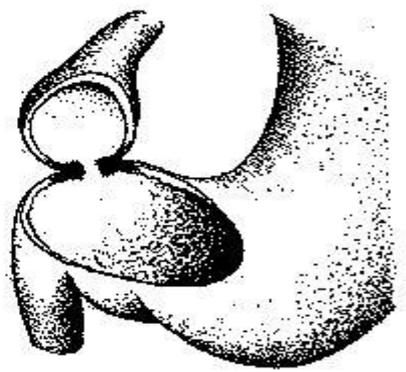
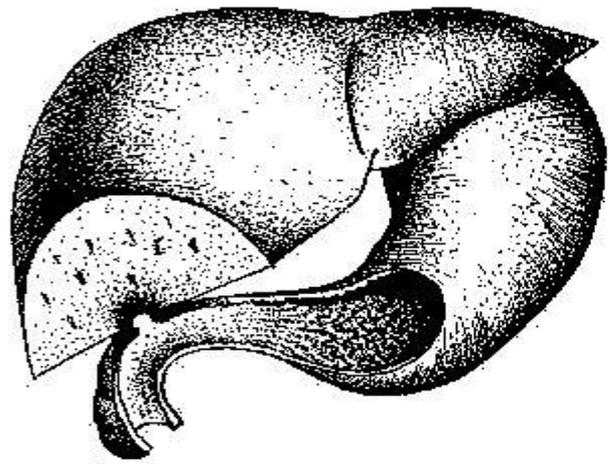
Пенетрация

это самостоятельное осложнение язвенной болезни, при котором язвенный процесс проходит все слои стенки желудка (или двенадцатиперстной кишки) и проникает в близлежащие органы, ткани которого затем образуют дно язвенного кратера.

Частота: данное осложнение наблюдается в среднем у 10-17% больных язвенной болезнью.

Патогенез и патанатомия:

- при длительном существовании язвенной болезни наблюдается образование хронической язвы,
- деструктивный процесс в язвенном кратере идёт медленно,
- постепенно разрушаются один за другим все слои желудочной стенки,
- воспаление тканей в области дна язвы приближается в серозному покрову и распространяется на него,
- на серозе вызывается реакция с локальным отложением фибрина,
- фибрин приклеивает и спаивает дно язвы с прилегающим органом,
- после разрушения серозной оболочки, дном язвы становятся ткани прилежащего органа,
- участок стенки желудка вокруг благодаря спаечному процессу оказывается плотно сращенным с близлежащим органом. *(Это предотвращает перфорацию в свободную брюшную полость)*,
- в воспаление вовлекается тот орган, в который пенетрировала язва.

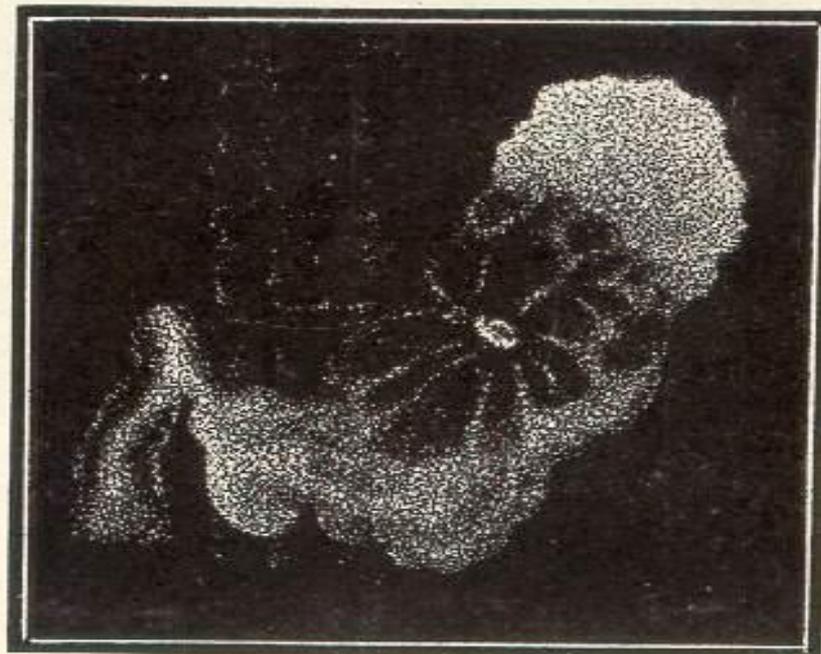
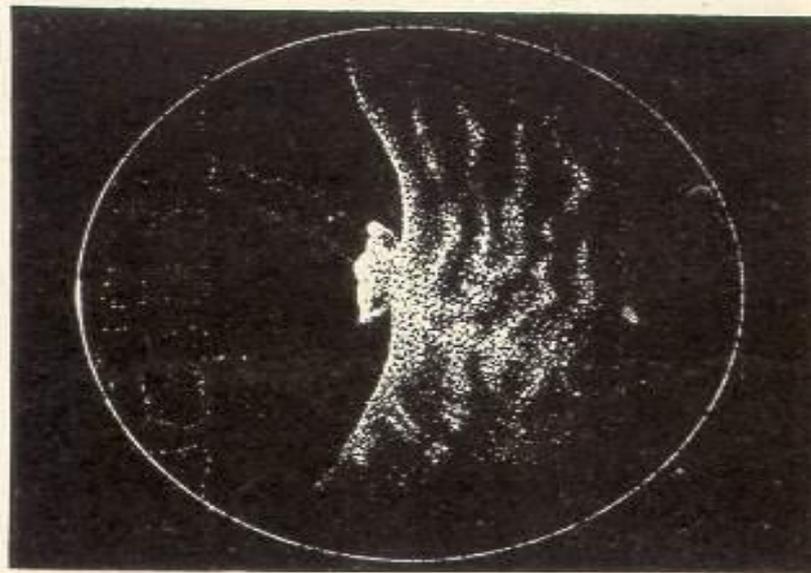
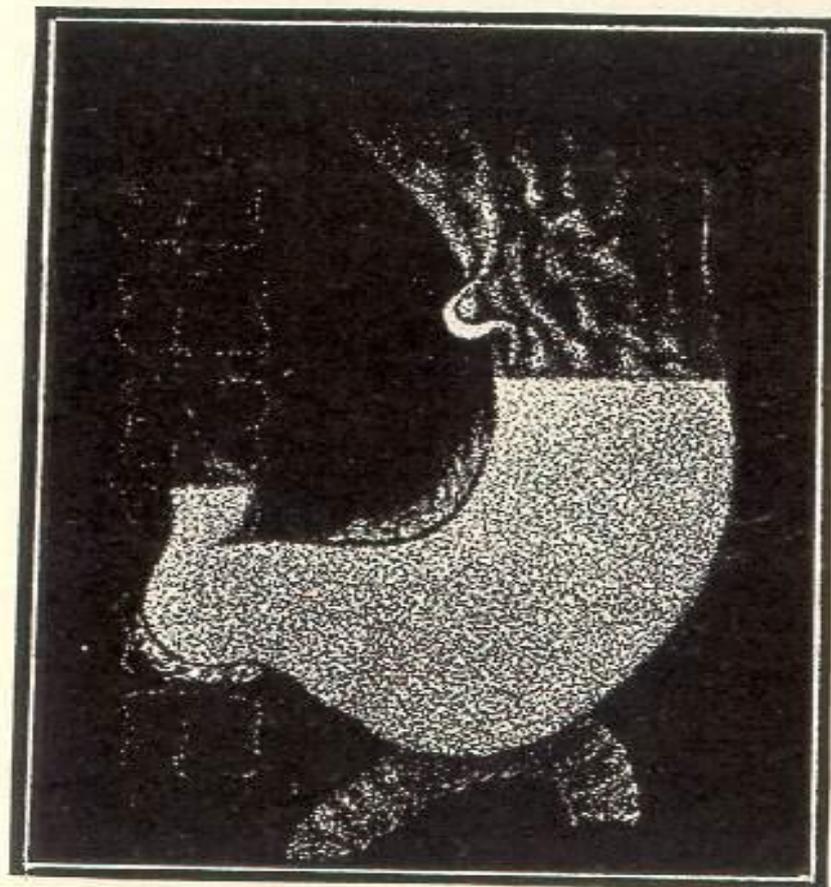


Клиническая картина

- ✓ более постоянный характер болей,
- ✓ иррадиация болей, зависящая от места пенетрации (Например, постоянная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину – признак пенетрации язвы в поджелудочную железу),
- ✓ боли теряют связь с сезонностью,
- ✓ не зависят от приёма пищи (они после приема пищи могут даже усиливаться),
- ✓ больные обычно боятся есть из-за усиления болей и часто худеют,
- ✓ к типичным признакам язвенной болезни присоединяются симптомы поражения органа, в который проникает язва (панкреатита, гепатита и др.)

Диагностика

- Основывается на характерной клинической картине.
- Лабораторные исследования, направленные на распознавание функционального состояния органа, вовлечённого в процесс.
- Рентгеноскопия желудка с контрастным веществом.



Лечение

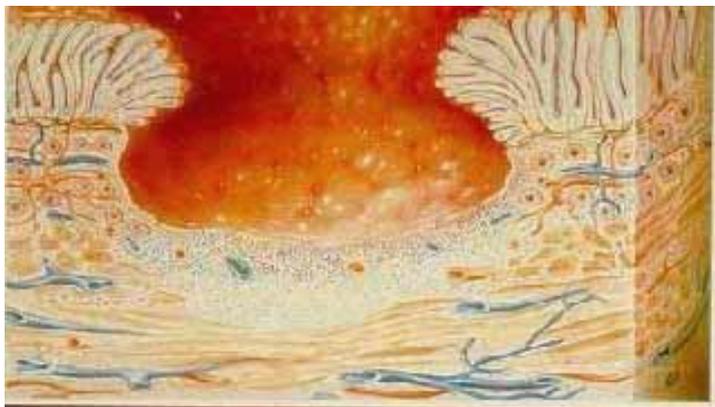
- при пенетрирующей язве показана операция,
- высокая эффективность оперативного лечения сегодня считается доказанной,
- методом выбора в настоящее время является резекция желудка,
- чаще применяется резекция по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Результаты: в ближайшем послеоперационном периоде осложнения могут развиваться в 5-17% случаев. Средняя летальность 2-5 %.

Пилоро-дуоденальный стеноз - сужение выходной части желудка, вызванное различными причинами, приводящее к нарушению эвакуации содержимого из желудка в 12ПК.

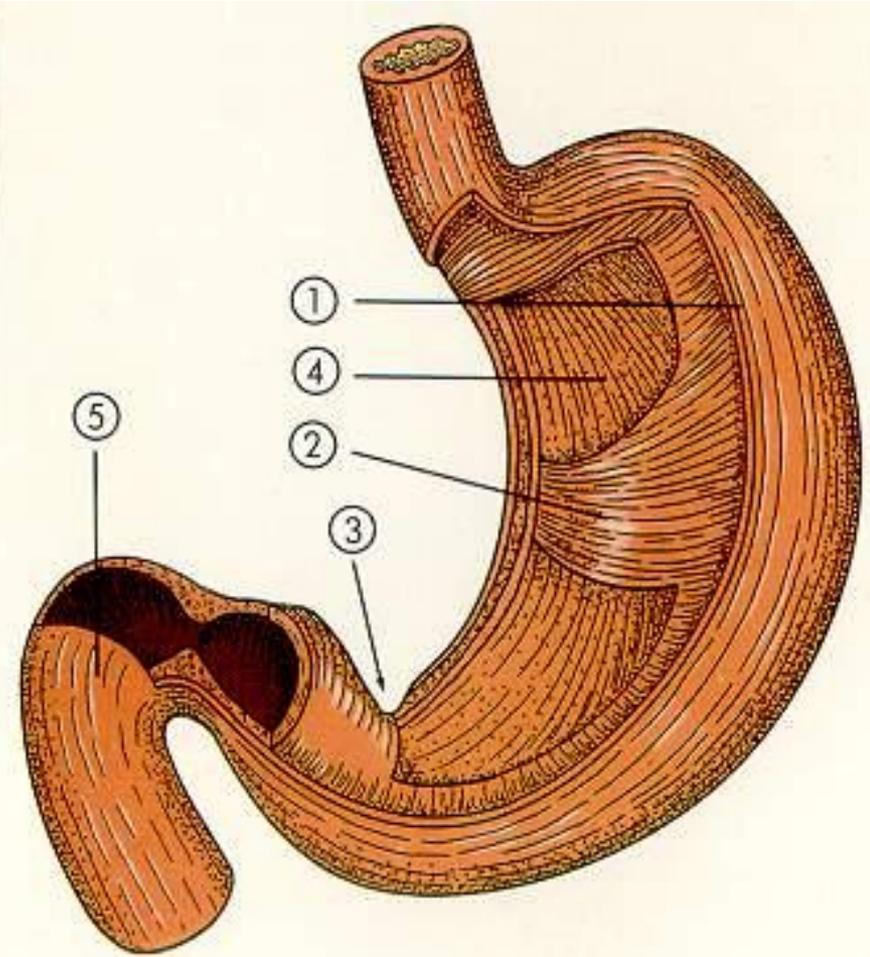
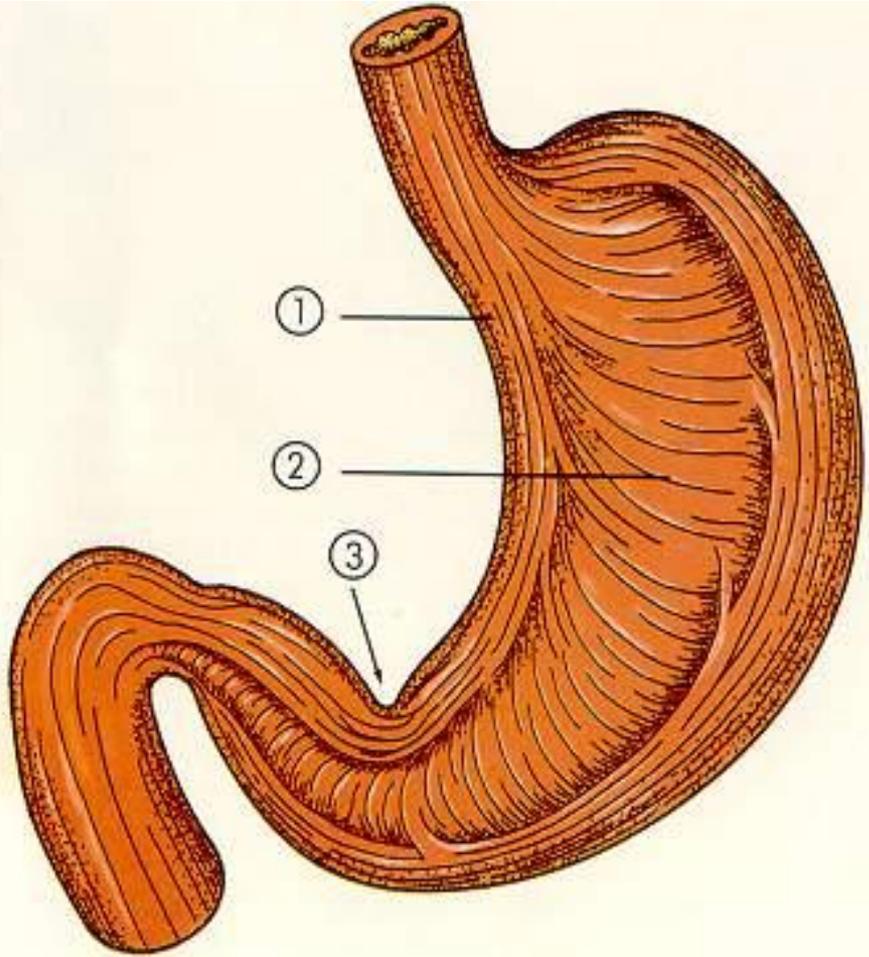
Причины сужения пилоро-дуоденальной зоны:

- чаще всего является язвенная болезнь,
- реже злокачественные или доброкачественные опухоли пилорического отдела желудка,
- рубцы на почве химических ожогов,
- туберкулёзное и сифилитическое поражение желудка и др.



Образование механического препятствия
~~■~~ нарушение эвакуаторной функции
желудка:

- вначале сужение пилородуо-денальной области невелико.
- продвижение желудочного содержимого компенсируется усиленной перистальтикой.
- в результате развивается гипер-трофия мышечного аппарата желудка.



Препятствие увеличивается, усиленная деятельность гипертрофированного желудка становится недостаточной

- ✓ эвакуация желудочного содержимого задерживается
- ✓ появляется застой пищи и жидкости в желудке
- ✓ желудок начинает расширяться, стенка его истончается, а мышечный слой атрофируется
- ✓ в конечной стадии желудок превращается в пассивный неперистальтирующий мешок.

Патогенез.

Патогенез пилоро-дуоденального стеноза определяется невозможностью усвоения пищи, потерей жидкости и солей с последующим нарушением обменных процессов и водно-электролитного баланса.

- ✓ Из-за препятствия в выходном отделе желудка принятая пища и жидкость не попадают в кишечник,
- ✓ Возникает рвота, при которой вместе с жидкостью теряются хлориды, ионы калия и натрия,
- ✓ Дефицит воды - 5-6 литров.
- ✓ Уменьшается количество циркулирующей крови - сгущение крови.
- ✓ Обезвоживание вначале затрагивает внеклеточные пространства, затем - внутриклеточный сектор.
- ✓ Жидкостьсберегающая реакция - уменьшается диурез.

- ✓ В крови задерживаются продукты метаболизма (нарастает мочеви́на, креатинин).
- ✓ Возникают признаки почечной недостаточности.
- ✓ Нарушения электролитного баланса (потеря водородных ионов, избыточное выведение хлора, калия и натрия).
- ✓ Обезвоживание, понижение количества хлоридов в крови и гипокалиемия:
 - парез кишечника,
 - изменения на ЭКГ,
 - нарушения со стороны нервной системы (апатия, парестезии, при тяжёлых формах - судороги мышц и потеря сознания).

Смерть больного наступает на фоне нарастающей почечной недостаточности.

Клиническая картина.

- Клиника пилоро-дуоденального стеноза находится в прямой зависимости от выраженности сужения выходного отдела и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка.
- С развитием рубцово-язвенного стеноза привратника меняется клиническая картина язвенной болезни.
- Чем больше выражено сужение и нарушена эвакуация из желудка, тем больше затушёвываается симптомокомплекс язвенной болезни.
- Он уступает место симптомам, связанным с застоем желудочного содержимого.
- Боли в эпигастрии приобретают тупой характер, достигая своего максимума в вечерние часы.
- Появляется чувство тяжести и распираения в эпигастральной области (переполнение и растяжение желудка).
- Нарастает изжога, появляются кислые отрыжки, которые сменяются отрыжками «тухлым» воздухом, они уменьшаются только после рвоты.

Характерные симптомы

- ✓ тошнота, ощущения в эпигастрии «хождения валов», желудок периодически «становится на дыбы»,
- ✓ появляется обильная рвота пищей съеденной накануне,
- ✓ для облегчения состояния больные сами искусственно вызывают рвоту,
- ✓ появляется жажда, сухость кожи, тургор её снижается.

При осмотре живота:

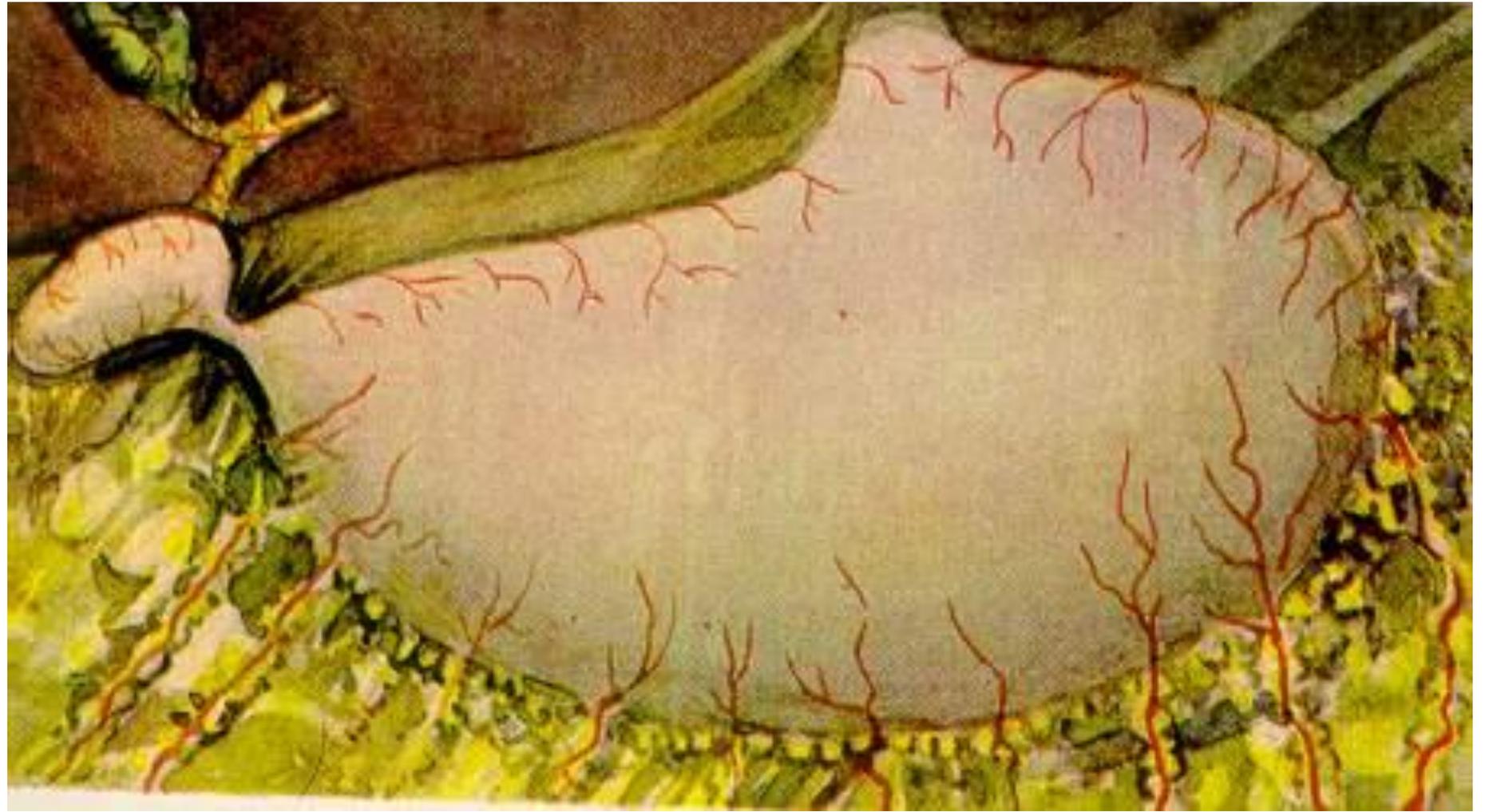
- ✓ вздутие его в верхнем отделе за счёт расширения и переполненного желудка,
- ✓ через брюшную стенку видна перистальтика желудка, особенно после еды,
- ✓ натощак в эпигастрии определяется шум плеска в желудке.

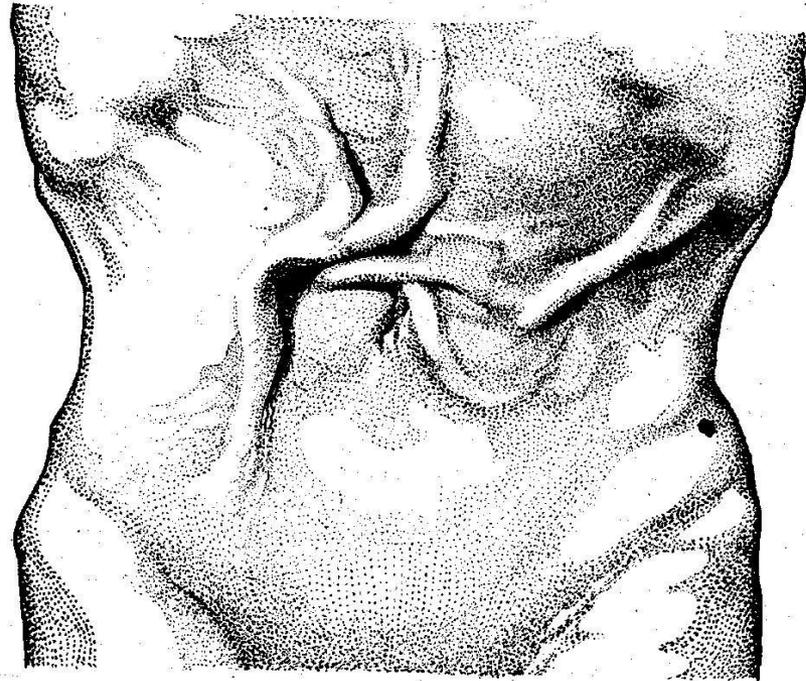
При выраженных стенозах:

- ❑ частая рвота и голодание,
- ❑ нарушается водно-солевой обмен,
- ❑ больные истощаются,
- ❑ развивается желудочная тетания (*появляется онемение пальцев рук, парестезия, апатия, судороги мышц кистей, затем тонические судороги мышц туловища и потеря сознания*).

В зависимости от степени нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка различают три стадии пилородуоденального стеноза:

- I. компенсированный;
- II. субкомпенсированный;
- III. декомпенсированный стеноз.





Лечение

В основном лечение пилородуоденальных стенозов должно быть хирургическим.

1. При компенсированном стенозе проводится консервативное противоязвенное лечение, в случае сохранения признаков стеноза выставляются показания к операции.
2. При субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе показания к оперативному лечению являются абсолютными.

Специальная предоперационная подготовка обязательна.

Результаты:

- ❑ В 90-93% случаев хорошие и отличные.
- ❑ Послеоперационная летальность 2-3%.
- ❑ При тяжелом декомпенсированном стенозе летальность достигает 14-20%.

Преобразование язвы в рак (малигнизация)

- Возможность превращения доказана ещё в прошлом веке.
- Превращаются в рак в основном хронические каллёзные язвы,
- Язвы желудочной локализации (примерно в 10-20%).
- Язвы двенадцатиперстной кишки редко осложняются развитием рака.

Частота развития рака из язвы находится в зависимости от величины и характера язвы:

- чаще малигнизуются каллёзные язвы,
- пенетрирующие язвы,
- язвы больших размеров (всякая язва больше 2,5см подозрительна на раковое перерождение),
- длительно существующие и неподдающиеся консервативному лечению желудочные язвы.

Клиническая картина

*при превращении язвы в рак в
клинической картине язвенной болезни
наступают изменения:*

- спадает острота болей,
- боли становятся умеренными, но постоянными,
- исчезает связь болей с приёмом пищи,
- появляется синдром «малых признаков».

Синдром «малых признаков»:

- снижается аппетит,
- появляется отвращение к пище,
- беспричинная слабость,
- повышенная утомляемость,
- беспокойный сон,
- потеря интереса к работе и окружающему,
- похудение, вялость, депрессия,
- повышается СОЭ, наблюдается анемия,
- снижается кислотность желудочного сока вплоть до ахолии.

Диагностика

1) рентгенологически признаки малигнизации:

- края язвы приподняты, нечёткие, подрывные, неровные;
- «ниша» становится более плоской;
- складки слизистой становятся плотные, ригидные, не конвергируют.

2) фиброгастроскопия с биопсией уточнят диагноз.

Лечение

1. При малигнизации язвы желудка единственным способом лечения является резекция желудка.
2. Резекция должна быть субтотальной или тотальной с удалением большого и малого сальника и всех регионарных лимфоузлов.

Прогноз: серьёзный, зависит от срока выявления данного осложнения, наличия метастазов в лимфоузлах, радикальности операции, возраста и сопутствующей патологии.

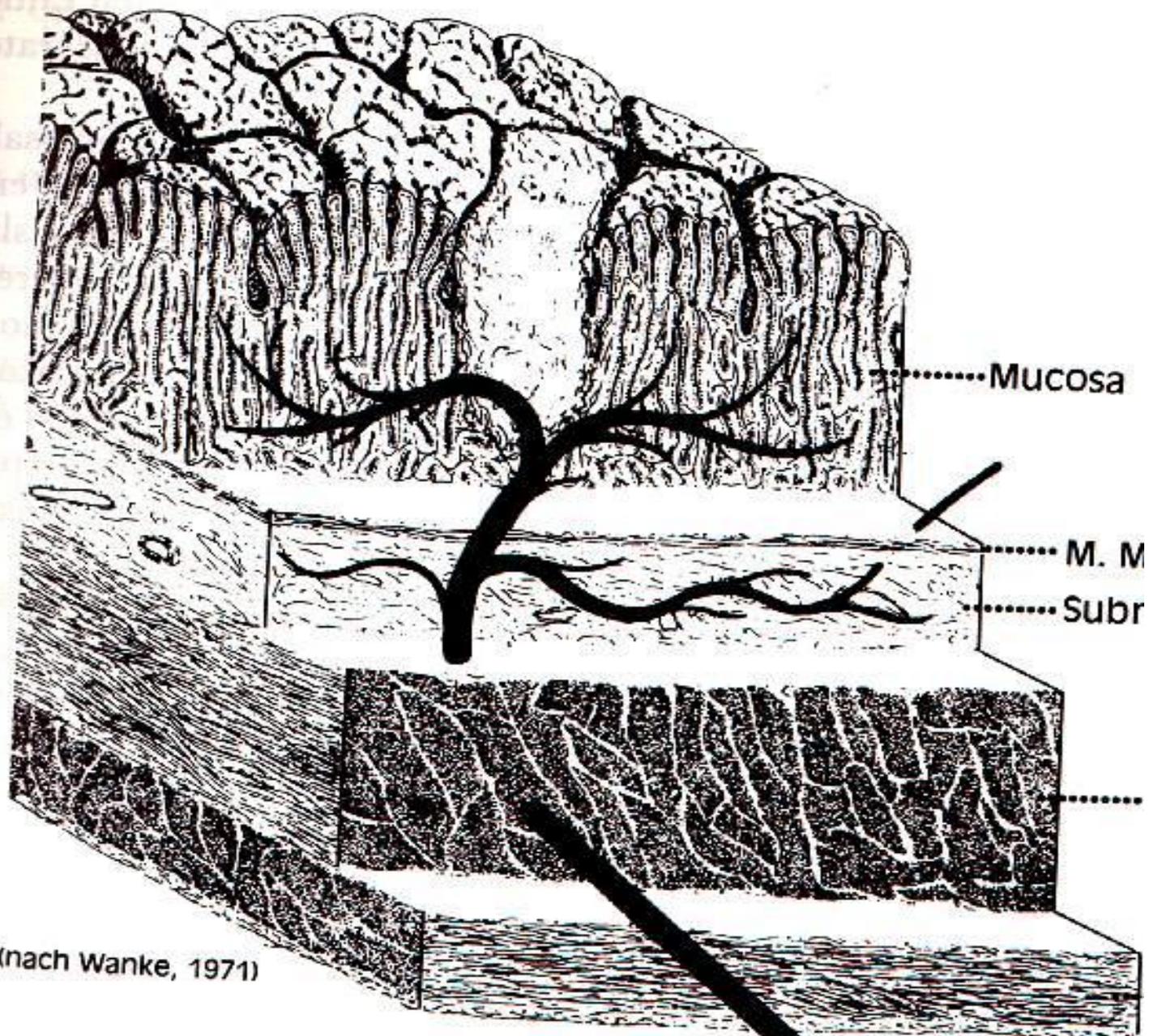
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ *ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ*

- наиболее сложное в лечебно-диагностическом плане осложнение ЯБ,**
- и самое тяжёлое среди других осложнений язвенной болезни.**

ЭТИОЛОГИЯ

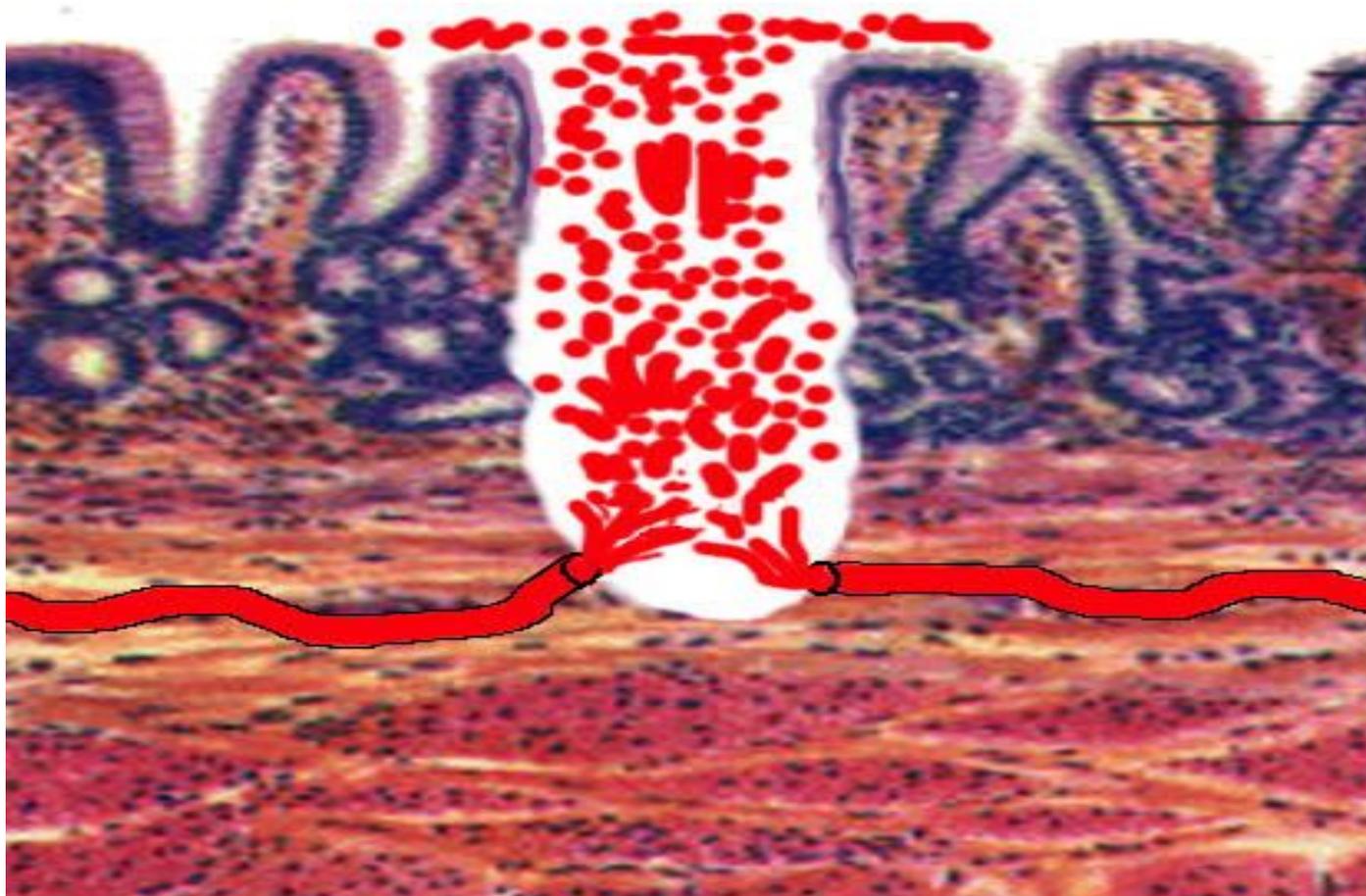
Почему язвы желудка и двенадцатиперстной кишки начинают кровить»?:

- При обострении происходит прогрессирование дистрофических процессов в области язвенного кратера.
- Дистрофически изменённые ткани подвергаются некрозу и перевариванию желудочным соком.
- Ферментация измененных краёв и дна язвы тканей приводит к обнажению и разрушению сосудов различного диаметра.
- Возникает кровотечение, интенсивность которого зависит от диаметра повреждённого сосуда и его вида. *(при разрушении вены кровотечение не столь интенсивное, как при аррозии артерии).*



(nach Wanke, 1971)

Модель острого гастродуоденального кровотока



Для обеспечения нормального кровообращения и доставки кислорода в ткани:

1. Учащаются сердечные сокращения (тахикардия),
2. Дефицит ОЦК компенсируется поступлением межтканевой жидкости из интерстициального пространства в сосудистое русло.

В результате возникает гемодиллюция (разжижение крови), что сопровождается снижением гемоглобина.

При тяжёлой кровопотере:

- ✓ доставка кислорода в ткани страдает,
- ✓ возникает гипоксия тканей,
- ✓ страдает энергетическое обеспечение клеточных функций.
- ✓ угнетается деятельность клеток,
- ✓ нарушаются функции различных органов и систем,
- ✓ нарастает синдром полиорганной недостаточности,
- ✓ изменения становятся необратимыми,
- ✓ наступает смерть.

При быстрой массивной кровопотере наблюдаются нарушения центральной гемодинамики с резким падением артериального давления и развитием геморрагического шока,

Прямые признаки ГДК:

1. Кровавая рвота со сгустками наблюдается при быстром и обильном кровотечении (*чаще из язвы желудочной локализации*).
2. При кровотечении меньшей интенсивности возникает рвота «кофейной гущей» (*смесь желудочного сока с солянокислым гематином, который образуется в результате соединения в просвете желудка крови с соляной кислотой*).
3. При кровотечении в 12ПК рвота кровью бывает реже, кровь поступает в кишечник и дает симптом чёрного дёгтеобразного стула (*мелена*).
4. При менее интенсивном кровотечении чаще бывает оформленный кал чёрного цвета, а при более интенсивном кровотечении наблюдается многократный жидкий дёгтеобразный стул с примесью сгустков крови.

Вторичные признаки ГДК

- слабость,
- быстрая утомляемость,
- головокружение,
- звон в ушах, мелькание «мушек» перед глазами.

Из анамнеза можно выявить, что накануне (за 3-5 дней) имелись симптомы обострения язвенной болезни, затем боли в эпигастрии уменьшались.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых, кожа покрыта холодным потом, наблюдается обморочное состояние.

Гемодинамические проявления кровотечения:

- ✓ пульс становится частым и слабым,
- ✓ артериальное давление падает,
- ✓ наблюдается тахикардия,

При пальпации живота болезненности в эпигастрии не наблюдается.

Гематологические признаки:

Показатели «красной крови» (Hb, Er, Ht) падают из-за гемодилуции (*но она наблюдается обычно через 10-12 часов после кровопотери*).

В анализах крови наблюдается лейкоцитоз и нейтрофилёз.

V этап диагностики

Решается задача индивидуального распознавания язвенного кровотечения.

Для решения задачи этого этапа используются достоверные критерии:

- 1) изучается объём кровопотери,
- 2) степень гемостаза,
- 3) состояние источника кровотечения.

Для определения объёма кровопотери используются номограммы Староверова, красочный метод со спектрографией, радиоизотопный метод, интегральная реография с расчётом по дефициту глобулярного объёма и прочие.

По величине кровопотери выделяются степени тяжести кровотечения

- микрокровотечение (кровопотеря до 200 мл),
- незначительное (до 20 % ОЦК),
- умеренное (от 20-30% ОЦК),
- обильное (от 30 до 40% ОЦК),
- тяжёлое (свыше 40% ОЦК).

С точки зрения степени гемостаза следует различать:

- 1) Продолжающееся кровотечение.
- 2) Повторяющееся кровотечение.
- 3) Остановившееся кровотечение.

Схема эндоскопического описания язвы :

- А. локализация язвы,
- В. размеры,
- С. глубина,
- D. изменения в краях язвы,
- Е. наличие видимого тромбированного сосуда.

Распознавание язвенных кровотечений с применением указанных критериев диагностики должно заканчиваться систематизацией полученных данных.

Для этого существует классификация клинических групп кровотечений:

0 («нулевая») – тяжёлое, продолжающееся кровотечение с коллапсом, повторяющейся рвотой и жидким кровавым стулом.

I – обильное или умеренное продолжающееся кровотечение.

II - обильное или умеренное повторяющееся кровотечение.

III - обильное или умеренное остановившееся кровотечение со стабильным или нестабильным гемостазом.

IV – незначительное продолжающееся, повторяющееся или остановившееся кровотечение.

V – микрокровотечение.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА начинается с первого осмотра больного и принятия первого решения.

Она должна быть следующей:

- все больные с ГДК подлежат неотложной госпитализации.
- госпитализация больных с ГДК только в хирургический стационар.
- в стационаре назначается комплексное медикаментозное лечение и в срочном порядке производятся диагностические исследования.

Самым трудным является вопрос кого и когда следует оперировать, а кого оперировать не нужно.

По отношению к язвенным кровотечениям:

1. Активная тактика,
2. Выжидательная тактика,
3. Активно-выжидательная тактика,
не оправдали себя.

Сегодня считается приемлемым **дифференцированный подход** к отбору больных для оперативного и консервативного лечения. Отправной точкой здесь является приведенная выше классификация клинических типов кровотечений.

МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ

ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

- Местный хирургический гемостаз (прошивание язвы, иссечение и прошивание язвы, прошивание сосудов подходящих к язве).
- Иссечение язвы с ваготомией.
- Резекция желудка.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. строгий постельный режим;
2. холод на эпигастральную область;
3. диета Мейленграхта (многоразовое кормление небольшими порциями 5-6 раз в день, пища в холодном виде, механически и химически щадящая);
4. заместительная терапия – переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, тромбоконцентрата, полиглюкина.;
5. гемостатическая терапия (глюконат кальция, дицинон, викасол, фибриноген, эпсило-аминокапроновая кислота и др.);
6. противоязвенное лечение (лучше внутривенно - квамател и др.)
7. стимуляция гемопоэза;
8. симптоматическая терапия и наблюдение;
9. обязательная эндоскопия желудка и 12ПК в динамике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Зависят от:

- тяжести кровотечения,
- сроков госпитализации,
- наличия сопутствующей патологии,
- рациональности хирургической тактики.

Общая летальность составляет 3-7%.

Послеоперационная летальность – 10-17%.