

# ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ОСЛОЖНЕНИЯ)

Осложнения, относящиеся к компетенции  
хирурга:

пилородуоденальный стеноз,

малигнизация (перерождение язвы в  
рак).

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

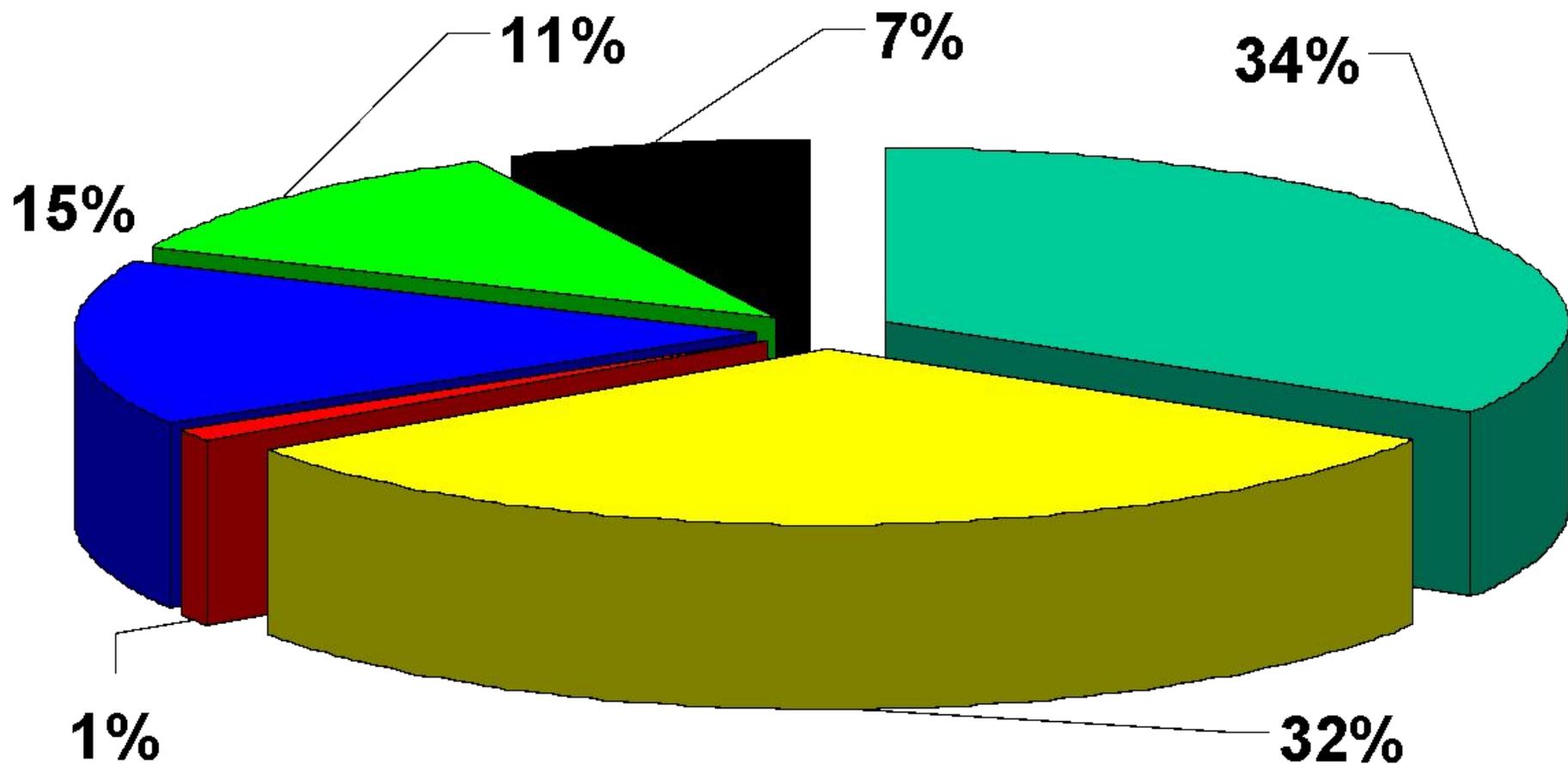
**Причины сужения пилоро-дуоденальной зоны:**

- 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.

- Стенозирование выхода из желудка вызывают язвы пилорического отдела и язвы начальной части двенадцатиперстной кишки.
- Нередко сужение развивается в пилорической и в начальной части 12ПК.
- Дифференцировать стеноз привратника от стеноза дуоденального почти невозможно.

*Правильнее называть это осложнение пилоро-дуоденальным стенозом*

**Частота:** среди других осложнений язвенной болезни пилоро-дуоденальные стенозы составляют от 11% до 27%.



- |   |   |
|---|---|
|  Неосложненная ЯБ        |  Кровотечение |
|  Кровотечение+перфорация |  Перфорация   |
|  Стеноз                  |  Пенетрация   |



## Патанатомия

**I.** 1. Заживление язв, располагающихся в пилородуоденальной зоне.

2. В области бывшей язвы происходит рубцовое сморщивание и разрастание фиброзной соединительной ткани.

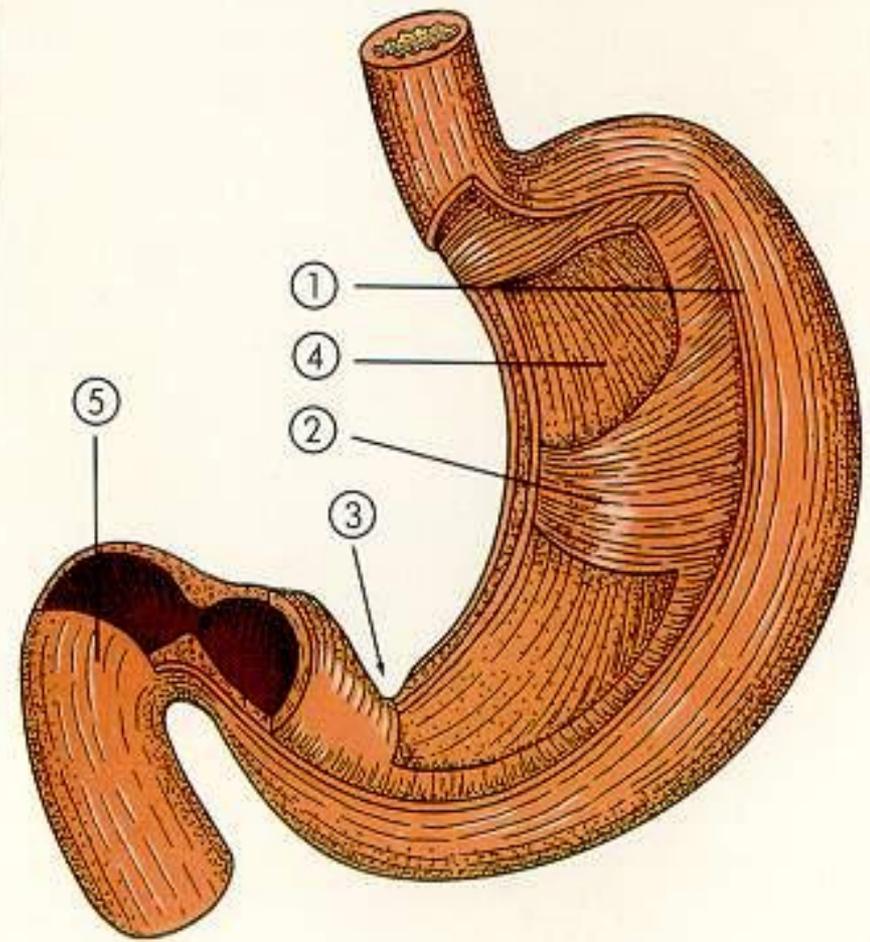
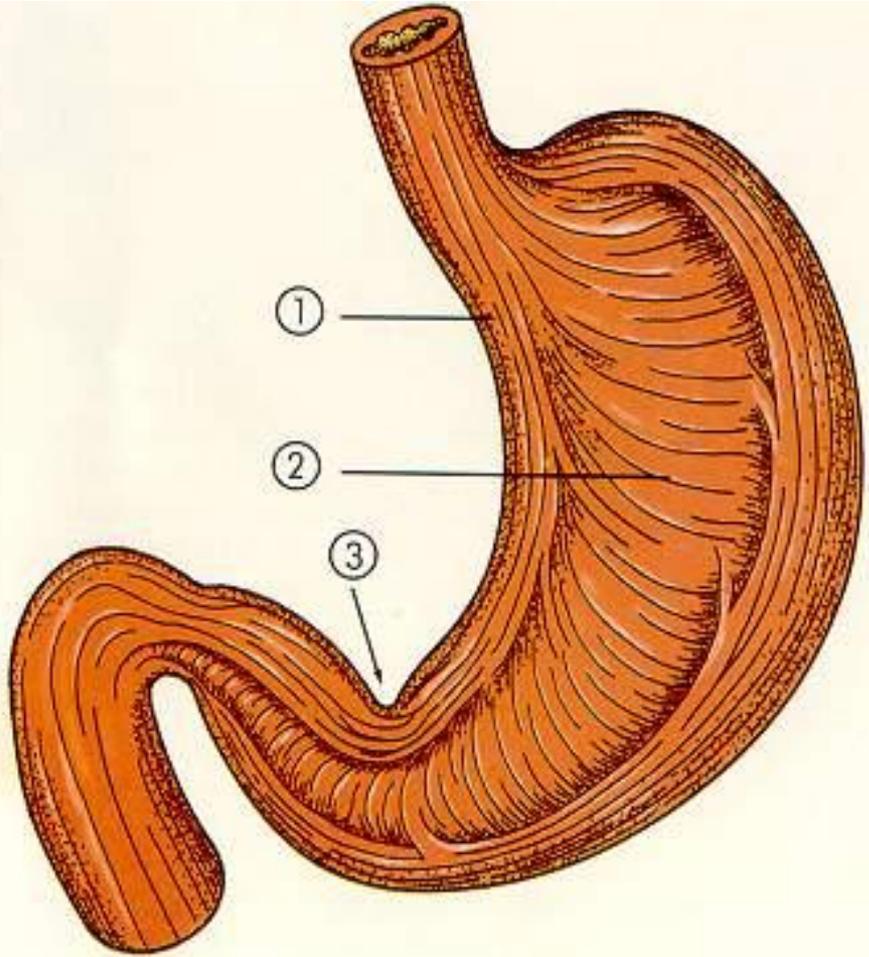
**II.** Стенозы, вызванные спаечным перипроцессом, который приводит к резкой деформации привратника или начального отдела двенадцатиперстной кишки.

**III.** Стенозы, обусловленные не зажившей язвой, возникают на почве выраженной воспалительной инфильтрации тканей вследствие обострения язвенной болезни.

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

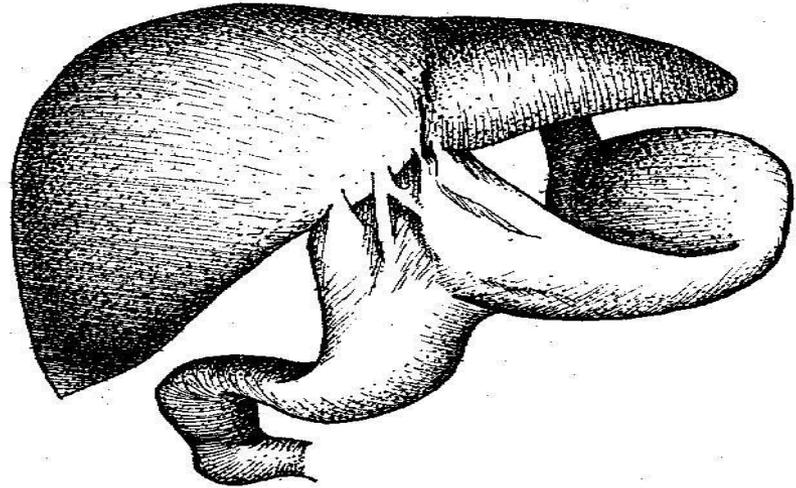
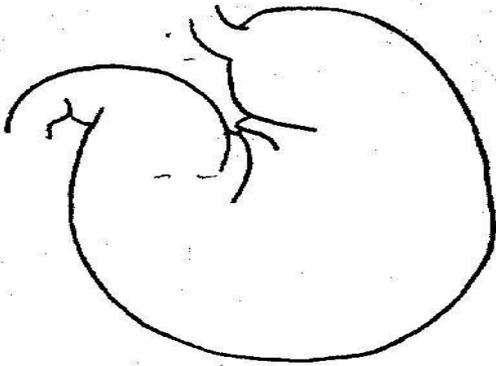
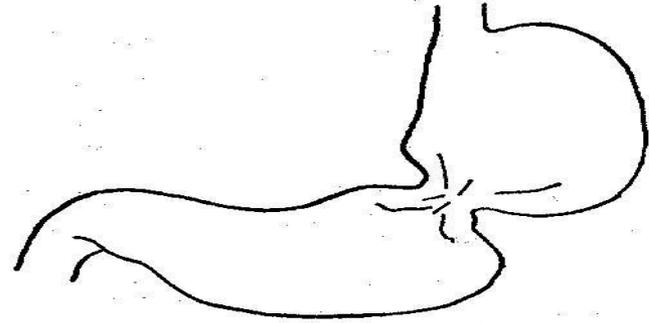
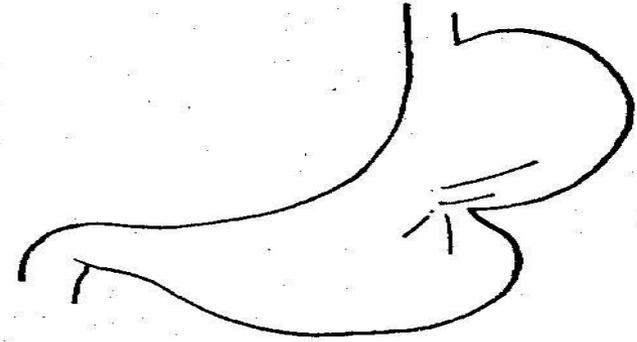
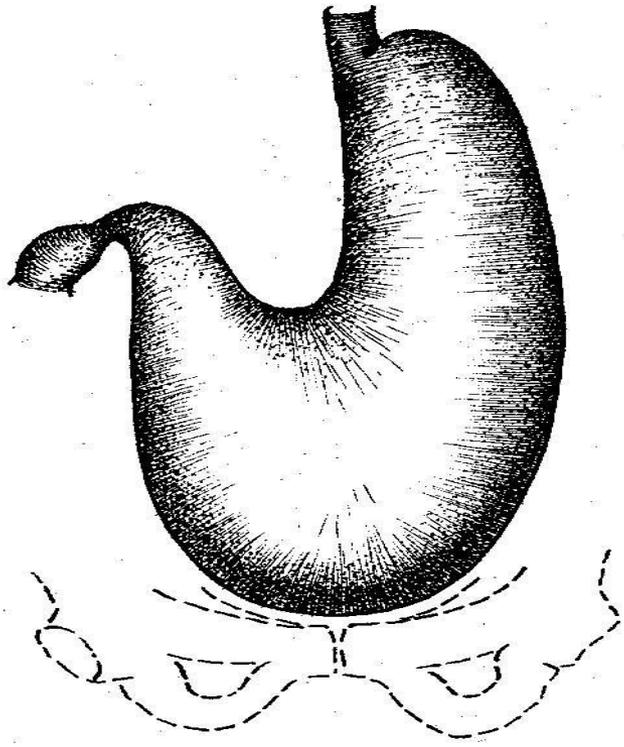
- вначале сужение пилородуо-денальной области невелико.
- продвижение желудочного содержимого компенсируется усиленной перистальтикой.
- в результате развивается гипер-трофия мышечного аппарата желудка.





*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 затушёвывается 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 распираания 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*).

## Лабораторные данные

- сгущение крови,
- повышается уровень гематокрита,
- понижается содержание хлора,
- гипокалиемия,
- повышается содержание креатинина и мочевины.

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

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

# **I. Компенсированный стеноз**

- характеризуется незначительной степенью сужения и повышением тонуса желудка,
- вследствие гипертрофии мышц усиленными сокращениями желудок проталкивает пищу через имеющееся сужение,
- длительного застоя пищи не бывает.

## **Клиника:**

- ✓ кроме болей, отмечается чувство тяжести и полноты в эпигастрии после еды,
- ✓ присоединяется кислая отрыжка, и рвота кислым содержимым с примесью пищи,
- ✓ шум плеска в эпигастрии натошак не определяется,
- ✓ эвакуация из желудка замедлена незначительно.

*Общее состояние больных, внешний вид и питание заметно не страдает.*

## **II. Субкомпенсированный стеноз**

- более заметное сужении привратника,
- несмотря на сохраняющуюся гипертрофию мышц, тонус желудка понижен,
- ёмкость желудка увеличена.

### **Симптомы нарушения эвакуации из желудка более выражены:**

- ✓ усиливаются боли и чувство тяжести в эпигастрии, достигая своего максимума в вечерние часы,
- ✓ появляется отрыжка тухлым,
- ✓ учащается рвота обильным количеством недавно съеденной пищи.

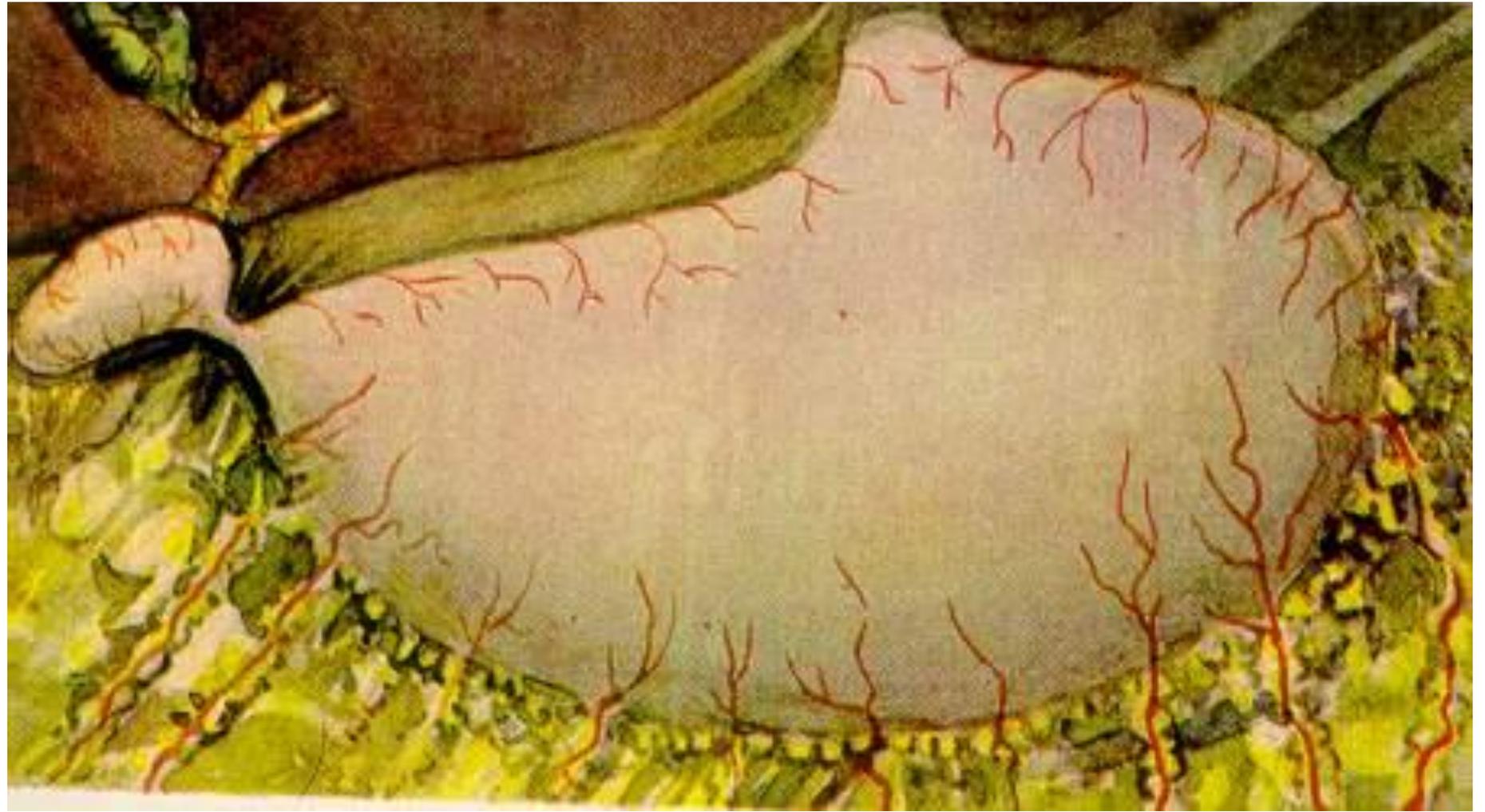
### **При осмотре живота:**

- ✓ видимая перистальтика желудка,
- ✓ в эпигастрии определяется шум плеска натошак.

Общее состояние ухудшается, появляется слабость, быстрая утомляемость, похудание. Определяются лёгкие признаки нарушения водно-электролитного обмена.

### **III. Декомпенсированный стеноз**

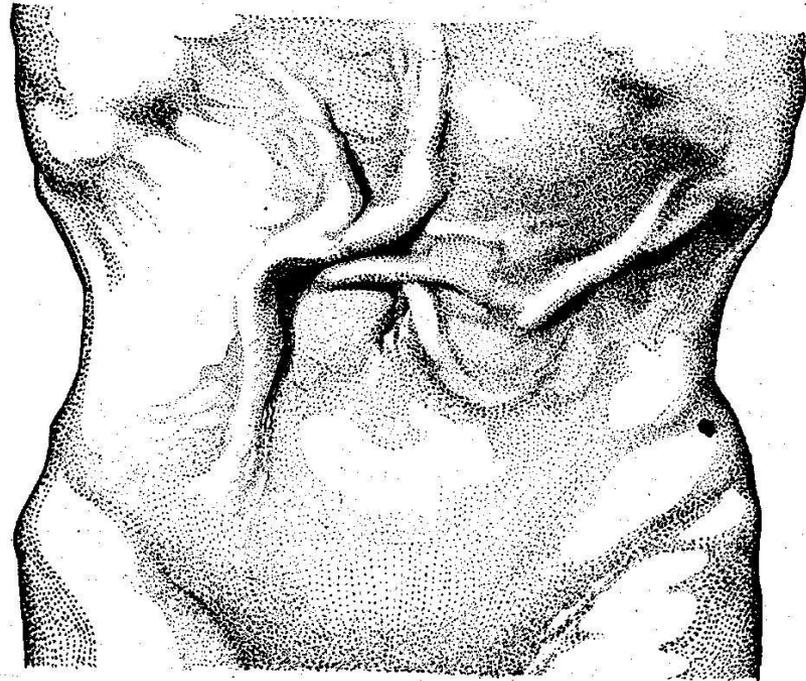
- крайняя степень сужения и нарушения моторной функции желудка,
- мышечного аппарата желудка оказывается уже недостаточно для опорожнения,
- желудок расширяется,
- мышечная оболочка его атрофируется,
- стенка истончается.



## **Клиническая картина декомпенсированного стеноза:**

1. частая рвота с примесью пищи, съеденной накануне,
2. рвота имеет неприятный запах,
3. отмечается постоянная отрыжка тухлым,
4. тяжесть, полнота и расширение в подложечной области становятся постоянными и мучительными,
5. для облегчения состояния больные сами часто вызывают рвоту,
6. понижается аппетит, возникает постоянная жажда и сухость во рту,
7. кожа становится сухой, легко берётся в складку, которая долго не расправляется,
8. общее состояние заметно страдает, появляется резкая слабость, наступает исхудание, достигающее в тяжёлых случаях до кахексии,
9. могут наблюдаться судороги и коматозное состояние.
0. в желудке всегда определяется шум плеска, желудок расширен и опущен.

В общем и биохимическом анализах крови отмечаются выраженные изменения.



## Диагностика

*При выраженных формах пилородуоденального стеноза не представляет трудностей*

**Диагноз ставиться на основании:**

1. характерных жалоб,
2. тщательно собранного анамнеза,
3. объективных данных осмотра больного.

Основной специальный методом диагностики - рентгеноскопия желудка с контрастным веществом.

*Затруднения возникают при определении конкретной стадии стеноза и при исключении функционального спазма привратника (он присутствует при обострении язвенной болезни, если язва локализуется в области привратника).*

## Рентгенологические признаки стеноза:

- a) расширение и увеличение объёма желудка,
- b) он имеет форму чаши,
- c) содержит большое количество газа и жидкости с горизонтальным уровнем,
- d) есть задержка эвакуации из желудка.

Фиброгастродуоденоскопия  
также способствует  
распознаванию стеноза.



Для определения стадии стеноза и для дифференциальной диагностики от пилороспазма выполняется

**лечебно-диагностический приём:**

1. за 3 дня до рентгеноскопии желудка больному производится:
2. двухсторонняя паранефральная новокаиновая блокада,
3. в течение 3х дней больному вводится 0,1% раствор атропина по 0,5мл 2 раза в день п/к,
4. перед сном вечером в течение трёх дней больному ставится зонд в желудок и производится опорожнение его.
5. в течение 3х дней больному проводится активное медикаментозное противоязвенное лечение.

После этого спазм привратника и обострение язвенной болезни ликвидируется, а нарушения эвакуаторной функции будут свидетельствовать об органическом стенозе.

*На 4-ые сутки выполняется рентгеноскопия желудка с последующим изучением эвакуации контрастного вещества из желудка. Обзорная рентгенография брюшной полости выполняется через 8, 12 и 24 часа после дачи бариевой взвеси.*

### Оценка результатов лечебно-диагностического приема

- Если при наличии клинической картины стеноза через 8-12 часов контрастного вещества в желудке не обнаруживается, то следует заключение о компенсированной стадии стеноза.
- Если бариевая взвесь задерживается в желудке до 24 часов, а после этого покидает просвет желудка, то у больного диагностируется субкомпенсированный стеноз.
- Если бариевая взвесь задерживается в желудке после 24 часов, то у больного имеет место декомпенсированный пилоро-дуоденальный стеноз.

## Дифференциальная диагностика

Следует дифференцировать стадии пилородуоденального стеноза язвенного происхождения:

- ✓ от стойкого пилороспазма,
- ✓ от рака привратника со стенозом.

### При раке привратника:

- выявляется синдром «малых признаков»,
- отсутствует язвенный анамнез,
- решающее значение имеет фиброгастроскопия с биопсией.

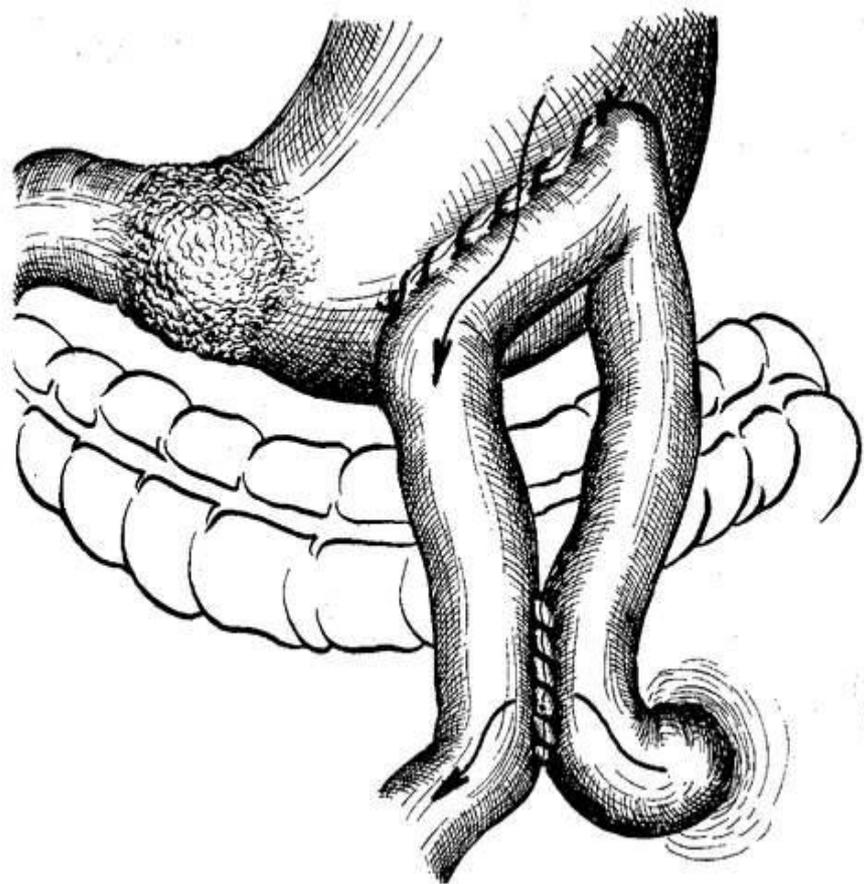
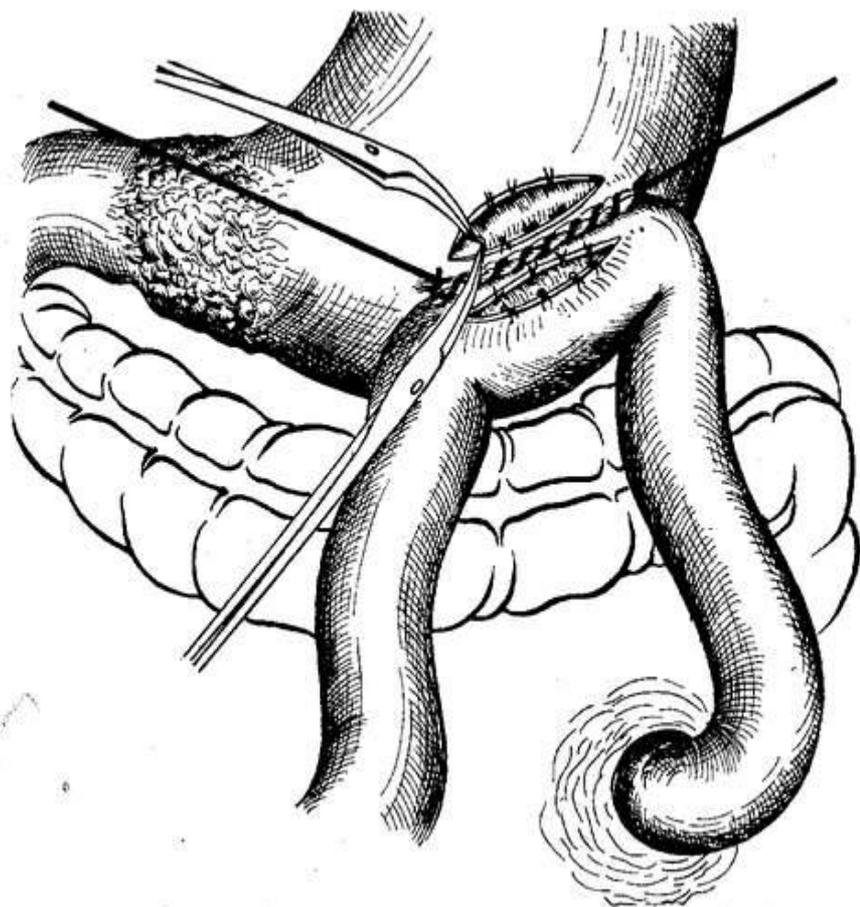
## Лечение

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.

- Операцией выбора при пилоро-дуоденальном стенозе является резекция желудка.
  
- При тяжёлом состоянии и истощении больного, особенно у пожилых людей, показана гастро-энтеростомия, как менее травматичная операция.
  
- У ряда больных при ранних стадиях стеноза можно использовать ваготомию с дренирующей желудок операцией.



## 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)**

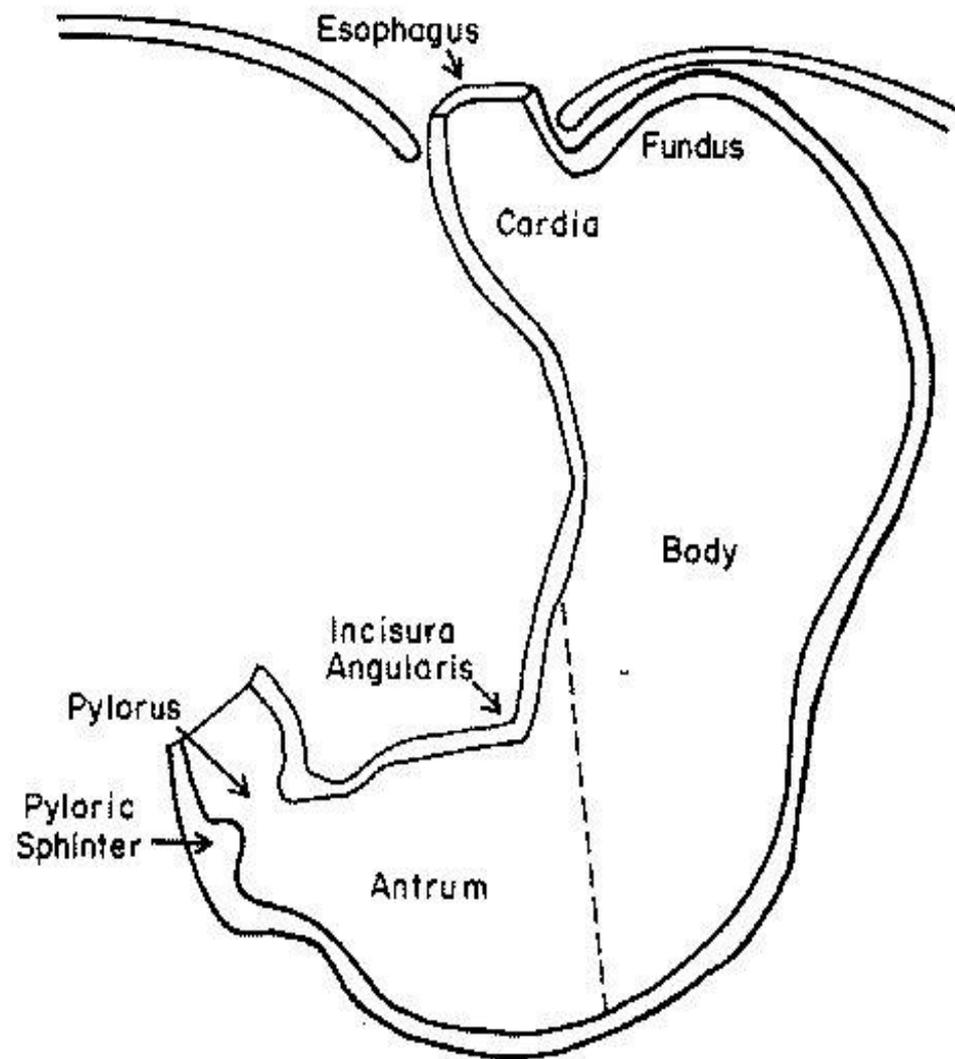
- Возможность превращения доказана ещё в прошлом веке.
- Превращаются в рак в основном хронические каллёзные язвы,
- Язвы желудочной локализации (примерно в 10-20%).
- Язвы двенадцатиперстной кишки редко осложняются развитием рака.

### **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.

**Наиболее часто превращаются в рак :**

- язвы кардиального и субкардиального отделов желудка,
- язвы большой и малой кривизны.



## Клиническая картина

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

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

## Синдром «малых признаков»:

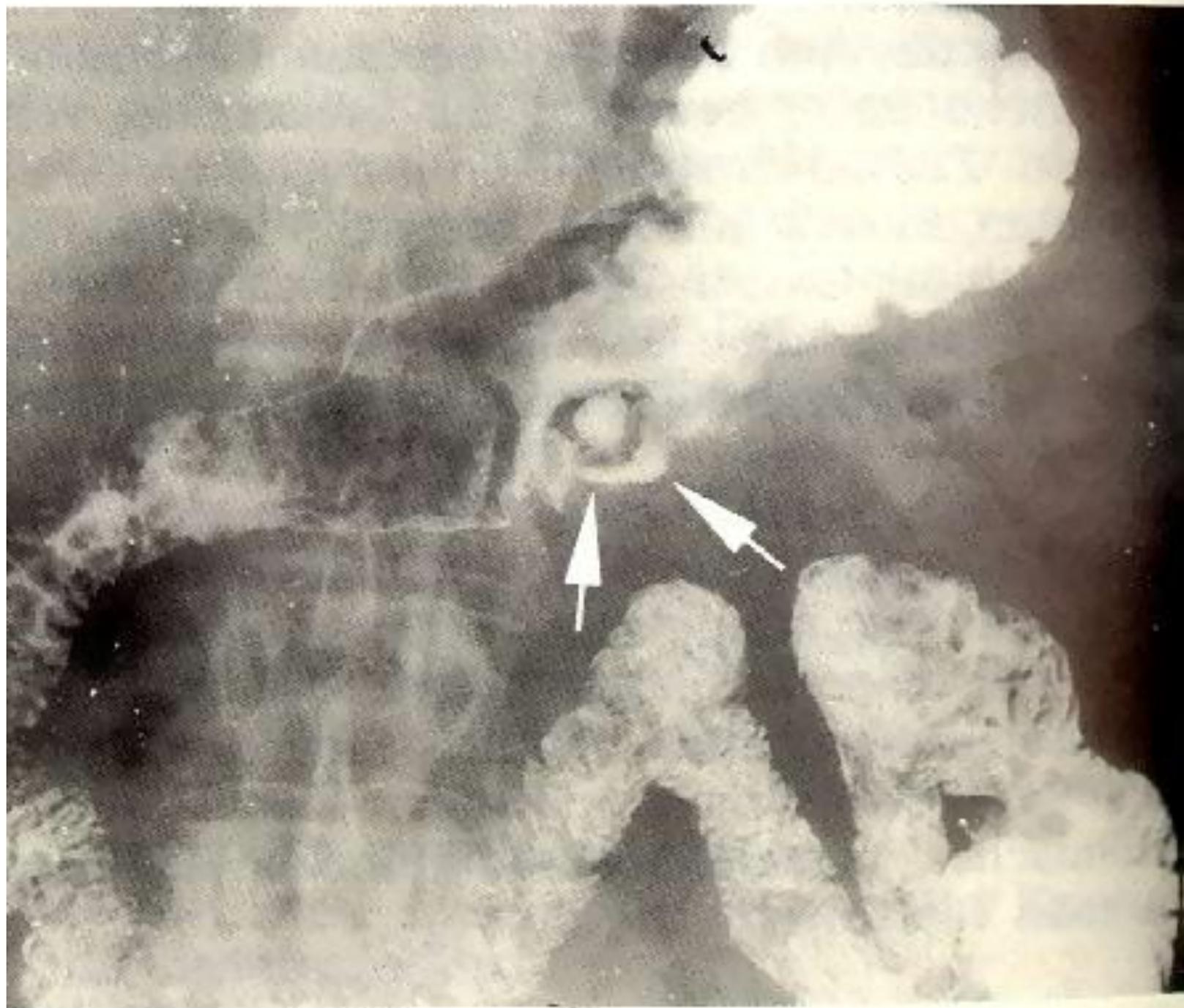
- снижается аппетит,
- появляется отвращение к пище,
- беспричинная слабость,
- повышенная утомляемость,
- беспокойный сон,
- потеря интереса к работе и окружающему,
- похудение, вялость, депрессия,
- повышается СОЭ, наблюдается анемия,
- снижается кислотность желудочного сока вплоть до ахолии.

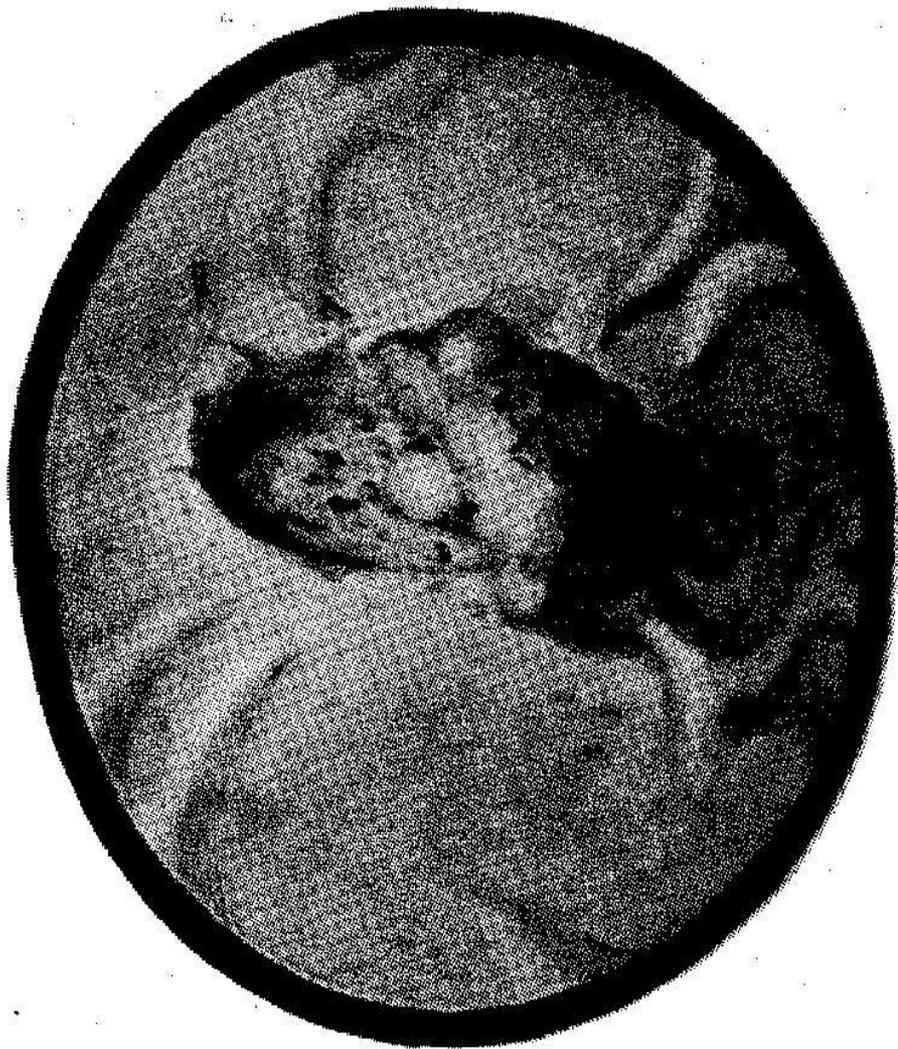
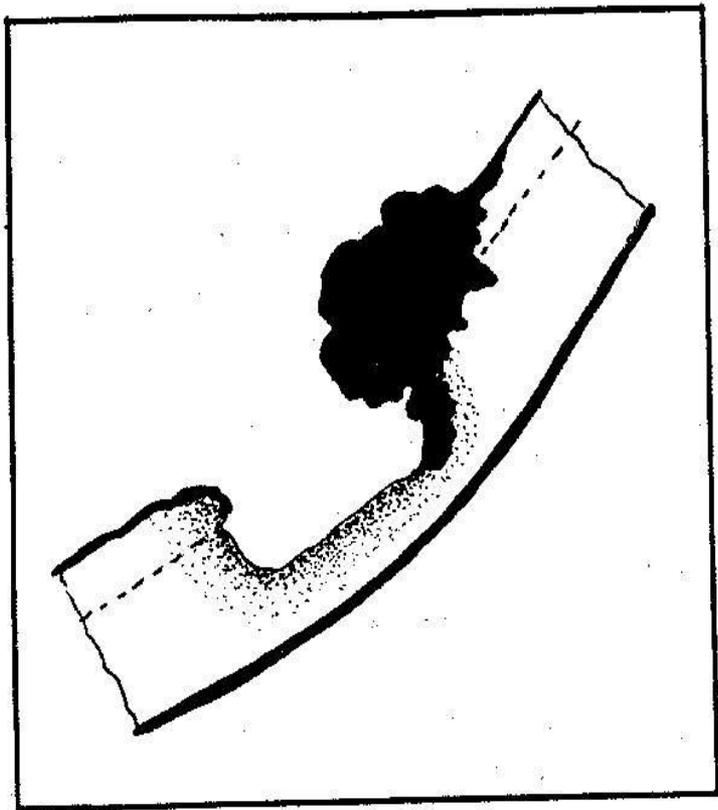
# Диагностика

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.*