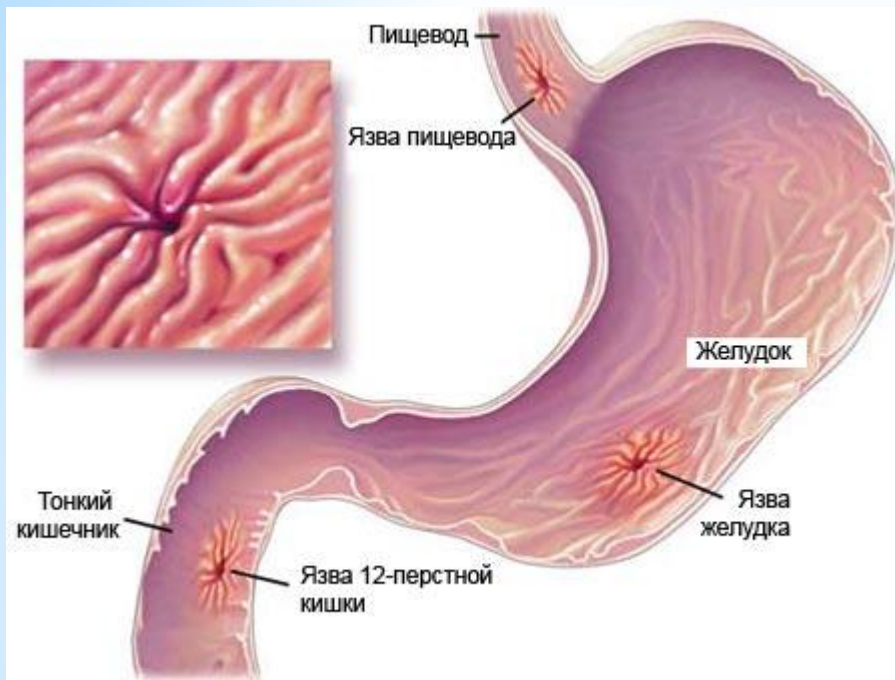


АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра хирургических болезней №2

Тактика врача при осложненной язвенной болезни

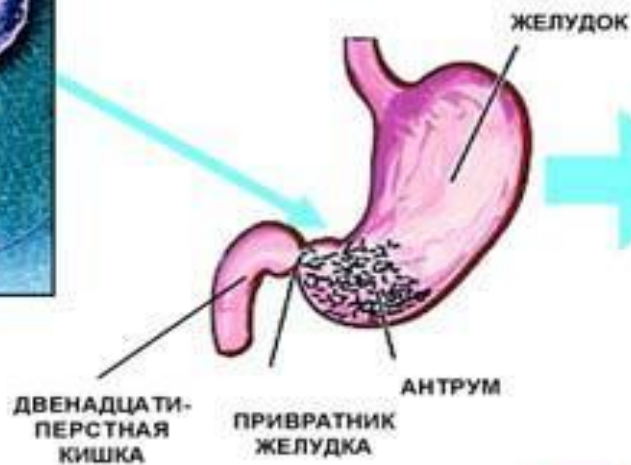
Астана 2015



Язвенная болезнь — заболевание, при котором в желудке и (или) 12-перстной кишке человека образуются дефекты (язвы). Чаще всего болеют язвенной болезнью мужчины от 20 до 50 лет.



Helicobacter pylori



ПОВЫШЕНИЕ
СЕКРЕЦИИ
ЖЕЛУДОЧНОГО
СОКА

ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИ-
ПЕРСТНОЙ КИШКИ



III



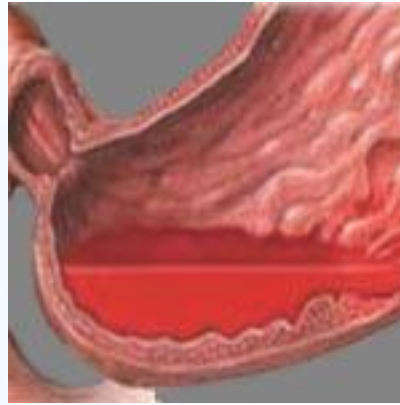
КРОВОТОЧАЩАЯ ЯЗВА

ЯЗВА ЖЕЛУДКА



Осложнения язвенной болезни:

* *Кровотечение,*



* *Пенетрация,*

Пенетрирующая язва



* *Перфорация,*

Перфорация язвы



* *Стеноз привратника.*

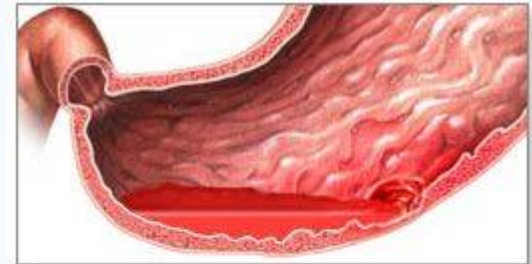
Стеноз привратника

Желудок



Кровотечение

- * Увеличение язвы может привести к обнажению стенки сосуда поражённого органа, и ее «разъеданию» кислотой. Возникает кровотечение. Симптомы зависят от объема кровопотери.
- * Признаки кровотечения:
 - * внезапная слабость,
 - * обморок,
 - * падение артериального давления,
 - * рвота алой кровью или «кофейной гущей» (свернувшейся кровью),
 - * жидкий дегтеобразный черный стул (так называемая мелена).
- * Лечение кровотечения осуществляется только в условиях хирургического стационара. Для выявления источника кровотечения выполняют гастроскопию. Во время этой процедуры кровотечение останавливают с помощью специальных растворов или прошивания кровоточащего сосуда специальными скрепками. Кроме того, больному назначают внутривенное введение препаратов, снижающих выработку соляной кислоты.
- * Если кровотечение прекратилось, то пациента на 3-5 дней оставляют в стационаре для наблюдения.
- * Если остановить кровотечение во время ЭГДС не удалось, прибегают к хирургическому вмешательству. Тип операции выбирает хирург в зависимости от особенностей болезни: от прошивания сосуда до удаления части органа.



Тактика врача при кровотечениях из язвы

- * Тактика врача при предположении наличия кровотечения или при выявлении острых желудочных и кишечных кровотечений должна быть следующей: необходима немедленная госпитализация больного в хирургический стационар. Уточнение локализации и непосредственной причины кровотечения следует проводить только в стационаре – лечение на дому недопустимо, так как судьба пациента во многом определяется ранней диагностикой кровотечения и сроком госпитализации. В стационаре одновременно проводятся диагностические, дифференциально-диагностические и лечебные мероприятия в целях остановки кровотечения, борьба с геморрагическим шоком, восполнение кровопотери, совместное обследование больных хирургом и терапевтом, а по мере необходимости – другими специалистами (гинекологом, инфекционистом и пр.).
- * **При кровопотере I степени** необходимости в неотложной операции нет, хотя в ряде случаев ее проведение может быть признано целесообразным.

При кровопотере II степени тяжести применяется активно-выжидательная тактика, то есть проводят консервативное лечение, и если кровотечение удалось остановить, то пациента не оперируют. Кроме того, консервативное лечение показано, когда причиной кровотечения являются геморрагический диатез, васкулиты и др. (кровотечение, связанное с нарушением физиологических механизмов гемостаза, усилится во время операции), при тяжелом состоянии больного, обусловленном не столько кровопотерей, сколько интеркуррентными заболеваниями (сердечная недостаточность, пороки сердца и др.), или при тяжелом основном заболевании, ставшем причиной кровотечения: неоперабельный рак, тяжелые формы лейкозов и др., а также при категорическом отказе пациента от операции.

При кровотечениях III степени, профузных и повторных кровотечениях хирургическое вмешательство иногда является единственным методом лечения, дающим надежду на спасение больного. От операции приходится воздержаться лишь в том случае, если она противопоказана или неоправданна (например, при раке IV стадии). Кроме того, экстренная операция необходима в случае прободной язвы в сочетании с кровотечением; если кровотечение продолжается более 24 ч и источник его может быть ликвидирован хирургическим путем; отсутствует достаточное количество совместимой крови или неизбежно повторное кровотечение.

Прободение (перфорация) язвы

- * Прободение (перфорация) язвы — образование сквозного отверстия в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. При этом их содержимое попадает в брюшную полость, и развивается воспаление брюшины — перитонит.
- * Прободение сопровождается внезапной интенсивной («кинжальной») болью в животе. Больной не может встать с постели — лежит тихо и неподвижно на боку с притянутыми к животу ногами (поза «эмбриона»), на лбу выступает пот. Повышается температура тела. Язык становится сухим, живот — «доскообразным» (напряжённым, плоским). По мере развития перитонита состояние больного ухудшается; при отсутствии немедленного хирургического вмешательства наступает летальный исход.
- * При подозрении на прободение язвы следует немедленно вызвать «Скорую помощь». Самостоятельных лечебных действий принимать не следует, запрещено прикладывать к животу грелку.
- * Лечение прободения — только срочная операция. Чаще всего разрыв зашивают, в некоторых случаях необходимо также удаление части пораженного органа.

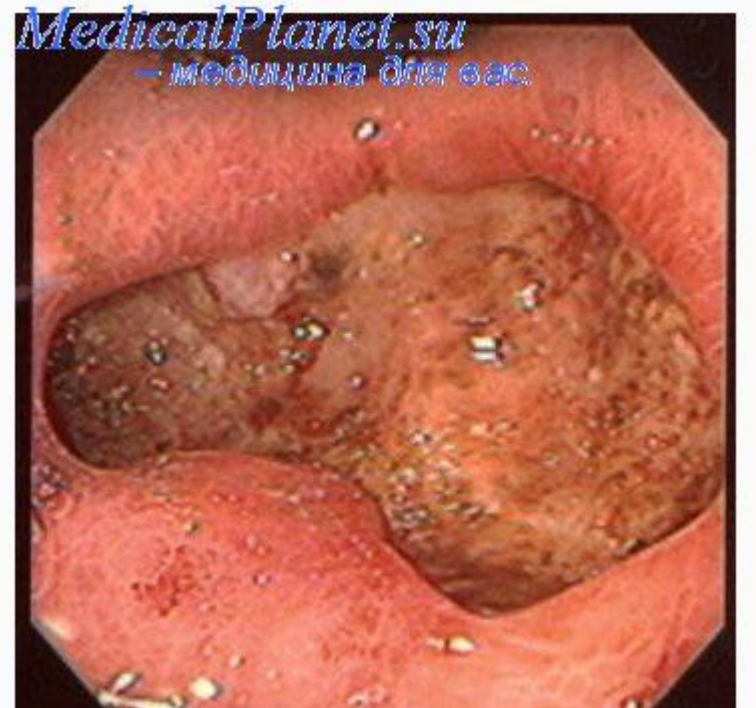


Диагноз перфорации язвы становится несомненным, если имеются следующие признаки:

- * 1. Внезапное начало острой непрерывной боли. При этом следует учитывать, что временное улучшение иногда возникает через 3 ч от момента ее появления, но оно ложное и может привести к потере бдительности больного, а иногда и врача. У пожилых и больных, принимающих длительное время стероидные гормоны, боль и явления перитонита могут отсутствовать.
- * 2. Живот не участвует в акте дыхания.
- * 3. Кишечные шумы отсутствуют.
- * 4. При рентгеновском исследовании у большинства больных под диафрагмой определяется газ, что имеет диагностическое значение, но его наличие не является обязательным. Иногда газ обнаруживается в других отделах брюшной полости. Но этот симптом трудно интерпретировать, а потому он не является типичным для перфорации.
- * При атипичной клинике при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки (прикрытое прободение, прободение в малый сальник или в полый орган), при сочетании прободной язвы с другими атипично протекающими заболеваниями органов брюшной полости показана срочная лапароскопия. При сомнительной лапароскопической картине прободной язвы рекомендуется проба, с нагнетанием в желудок воздуха через тонкий зонд.
- * Важно отметить, что наиболее часто перфорируют язвы двенадцатиперстной кишки, за ними по частоте следует перфорация дивертикула сигмовидной ободочной кишки, при болезни Крона и язве желудка.

Тактика врача при перфорации язвы

- * Оперативное вмешательство при прободной язве можно проводить как под местным обезболиванием, так и под наркозом. Мы применяем наркоз, так как считаем, что только при глубоком сне больного можно произвести необходимый осмотр и удалить из брюшной полости излившееся содержимое. В успешном исходе операции обработка брюшной полости, т. е. удаление излившегося из желудка содержимого, имеет весьма существенное значение. При вскрытии брюшной полости часть содержимого изливается, но большая часть остается, и его необходимо удалить при помощи отсасывающего аппарата или тампонами. При этом надо обратить особое внимание на подпеченочную и правую подвздошную области, где больше всего оно скапливается. Следует также удалить и содержимое желудка путем отсасывания через прободное отверстие или введения желудочного зонда через рот. Всякое промывание брюшной полости, а тем более эвентрация кишечника противопоказаны. После удаления содержимого в брюшную полость можно ввести антибиотики, а дополнительно они вводятся перед зашиванием ее. Закончив обработку брюшной полости, уточняют наличие прободной язвы, ее локализацию, характер. Обязательно следует проверить, нет ли еще других прободных или непроходных язв. Для этого надо осмотреть и заднюю стенку.



Пенетрация язвы

- * Это тоже образование отверстия в стенке желудка или 12-перстной кишки. Однако оно открывается не в брюшную полость, а в расположенные рядом органы: поджелудочную железу, толстый кишечник, печень, малый сальник и т.д.
- * Проявления зависят от того, в какой орган произошло прободение.
- * Общие симптомы: боли усиливаются и становятся постоянными. Они не проходят после приема пищи и употребления антацидов (альмагель, маалокс). Повышается температура тела.
- * Лечение неотложное, хирургическое.



Тактика врача при пенетрации язвы

* Пенетрирующие язвы 1-2 стадии плохо поддаются консервативному лечению. При третьей-четвертой стадиях пенетрации язвы не заживают. Единственно радикальным методом лечения пенетрирующих язв является операция. Больным с пенетрирующими язвами первого-второго типов по Джонсону показана резекция желудка. При первой стадии пенетрации небольших язв пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки возможно выполнение ваготомий в сочетании с дренированием желудка. Такой же вариант операции допустим при наличии огромных воспалительных инфильтратов в брюшной полости, разделение которых опасно ввиду возможного повреждения образующих его органов и тканей.

Стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки

- * Иначе называется «непроходимость пилорического отдела желудка», т.е. затруднение прохождения пищи из желудка в кишечник в результате деформации или сужения места перехода желудка в 12-перстную кишку. Возникает в результате рубцевания язвы, расположенной в конечном отделе желудка или начальном отделе 12-перстной кишки.
- * Незначительная степень сужения привратника проявляется тяжестью в верхней половине живота в течение нескольких часов после еды, отрыжкой кислым, периодической рвотой съеденной пищей, приносящей облегчение.
- * По мере прогрессирования этого состояния происходит постоянная задержка части пищи в желудке и его перерастяжение, появляется гнилостный запах изо рта, отрыжка тухлым, больные жалуются на интенсивную боль в животе, постоянную рвоту пищей. Нарушение пищеварения со временем приводит к истощению и обезвоживанию больного.



Тактика врача при стенозе привратника.

Перед хирургическим лечением необходимо откачивание желудочного содержимого через назогастральный зонд,

- * В/в введение изотонического раствора Хлорида Натрия (2-3 л/сут), раствора Глюкозы (1-2 л/сут), Витаминов (аскорбиновая кислота, никотинамид, кокарбоксилаза, витаминов В6, В12 и др.)**
- * Нередко требуется переливание Полиглюкина, Реополиглюкина, Альбумина, Эритроцитарной массы, Хлорида Калия.**
- * Независимо от способа оперативного лечения больным в предоперативном периоде желательно проведение полноценного курса противоязвенной терапии.**

Диагностика гастродуоденальных кровотечений

- * В диагностике острых гастродуоденальных кровотечений перед врачом стоят следующие задачи:
- * 1) установить факт кровотечения;
- * 2) выявить характер и локализацию источника кровотечения;
- * 3) выяснить, продолжается кровотечение или оно остановилось;
- * 4) в случае остановившегося кровотечения оценить степень устойчивости гемостаза;
- * 5) определить величину кровопотери;
- * 6) оценить тяжесть сопутствующих заболеваний.
- * Ключевое место в комплексе лечебно-диагностических мероприятий занимает эндоскопия. Неотложная фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), безусловно, является основным методом диагностики источника, типа и характера кровотечения. Пациенты с легкой и средней степенью кровопотери подвергаются ФЭГДС в хирургическом отделении. Больные с тяжелой кровопотерей доставляются сразу в отделение реанимации, где им наряду с интенсивной терапией выполняется диагностическая (лечебная) эндоскопия, от результатов которой зависит срочность хирургического вмешательства. При продолжающемся кровотечении, представляющем непосредственную угрозу для жизни, больные направляются сразу в операционную, где одновременно с анестезиологическим пособием проводятся восполнение кровопотери, эндоскопическая диагностика и попытка остановить кровотечение. Но даже после успешной манипуляции при большой кровопотере выполняется неотложное хирургическое вмешательство.