

Синдром приводящей петли (СПП)

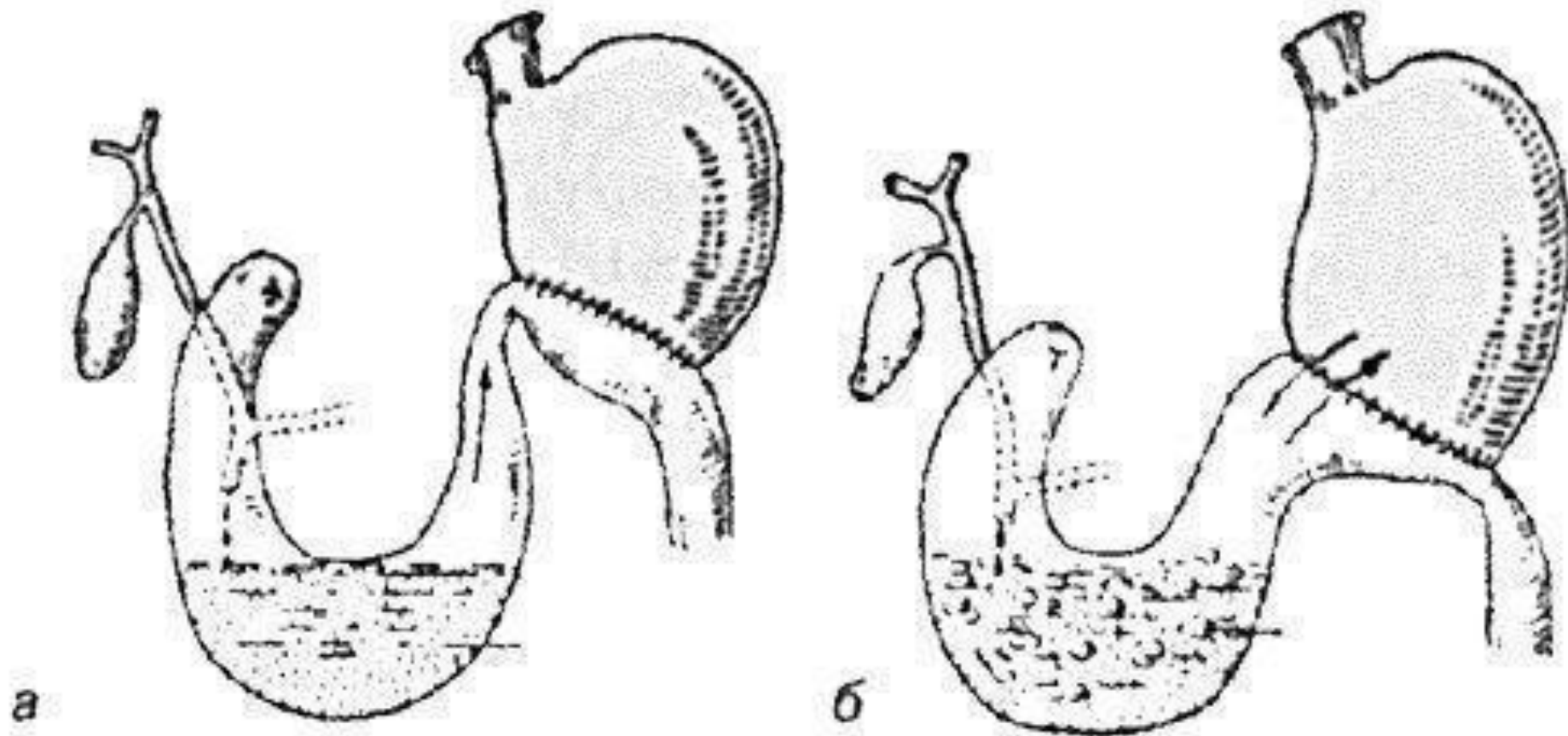
Подготовила студентка 408 гр. Нерсисян
А.В,

Синдром приводящей петли

(синдром желчной рвоты, синдром желчной регургитации, дуодено-билиарный синдром)

- Синдром приводящей петли может развиваться после резекции желудка по способу Бильрот II, особенно в модификации Гофмейстера-Финстерера, или стволовой ваготомии с наложением гастроэнтероанастомоза, когда образуется выключенный с одной стороны слепой отдел кишечника (двенадцатиперстная кишка и сегмент тощей кишки) и нарушается его моторно-эвакуаторная функция

- Приводящая петля — это оставшаяся часть двенадцатиперстной кишки и участок тощей кишки до анастомоза с культей желудка.
- Частота синдрома приводящей петли составляет 1,3–22%, тяжелые формы отмечены у 1–10% оперированных.



Синдром приводящей петли (схема) (по М.И. Кузину):
а-стеноз приводящей петли, б-стеноз отводящей
петли

Этиология и патогенез

Синдром приводящей петли (СПП) проявляется различными нарушениями опорожнения двенадцатиперстной кишки и может иметь функциональную и механическую природу.

При функциональном СПП основное значение имеет снижение тонуса и нарушение моторики двенадцатиперстной кишки, обусловленное как нарушением иннервации, так и наличием недиагностированного дуоденита и хронической дуоденальной непроходимости.

Синдром приводящей петли

1. Органические (95%)

А. Патологическая извитость и ангуляция ПП

Б. Формирование внутренних грыж

В. Ущемление ПП, стеноз ПП, инвагинация ПП

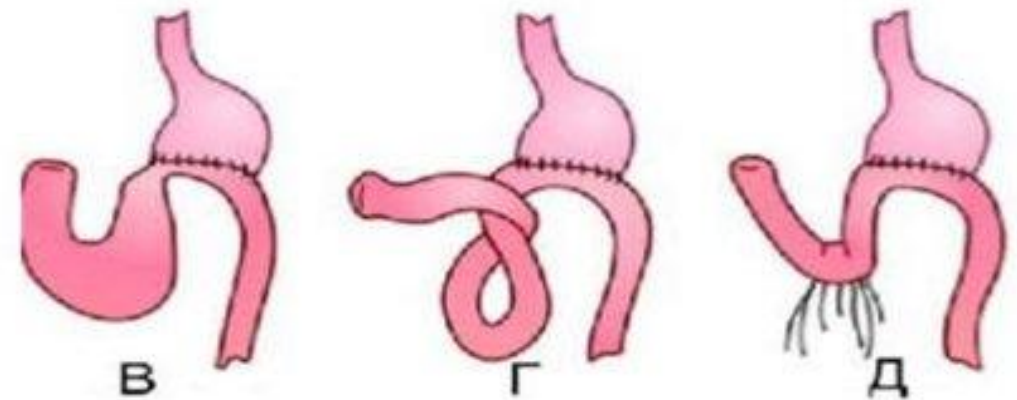
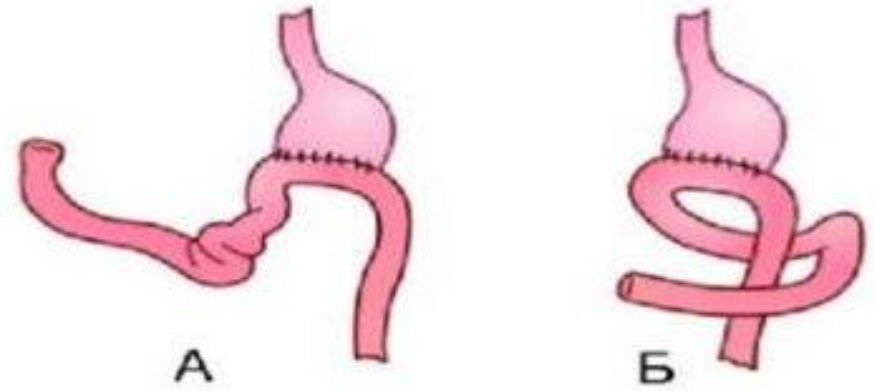
Г. Заворот, узлообразование ПП

Д. Спайкообразование в области ПП

2. Функциональные

-Гипертоническая/спастическая

-Гипотоническая (дискинезия, атония)



Этиология и патогенез

Механический СПП вызывается:

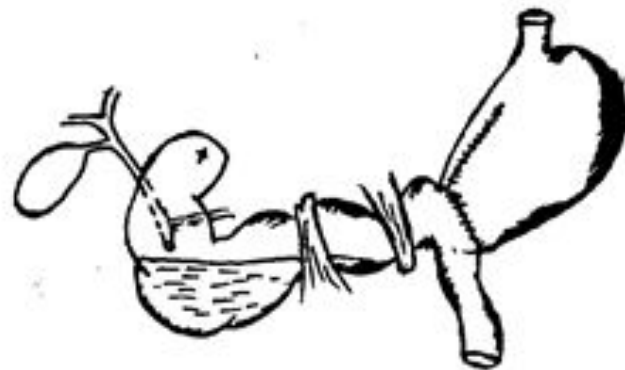
- спайками,
- изгибами,
- перекрутами кишки,
- внутренними грыжами,
- стенозом гастроеюноанастомоза,
- ущемлением приводящей петли в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки,
- инвагинацией приводящей петли кишки в гастроэнтероанастомоз,

Этиология и патогенез

- выпадением (пролапсом) слизистой оболочки приводящей петли в анастомоз,
- техническими погрешностями формирования желудочно-кишечного соустья.
- Застой содержимого в двенадцатиперстной кишке, дискинезия приводящей петли создают условия для развития кишечного дисбактериоза, холецистита, панкреатита, цирроза печени.



а



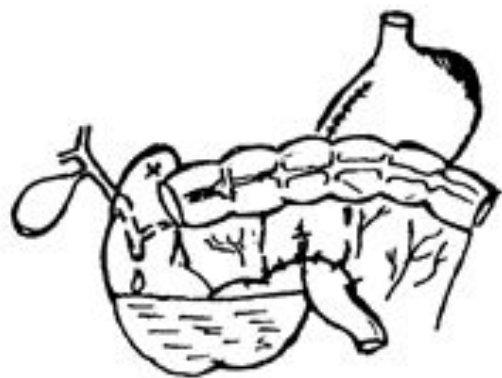
б



в



г



д



е

Схематичное изображение механических причин синдрома приводящей петли:

а – перекрут приводящей петли;

б – спайки в области приводящей петли;

в – высокая "шпора";

г – низкая "шпора";

д – ущемление петли в брыжейке толстой кишки;

е – провисание длинной приводящей петли.

Клиническая картина и диагностика.

Непроходимость приводящей петли может протекать остро или хронически.

Острая непроходимость:

- постоянные и усиливающиеся болями в эпигастрии, правом подреберье,
- тошнота,
- рвота желчью(но при полной непроходимости в рвотных массах желчь отсутствует), приносящая облегчение.
- прогрессивно ухудшается общее состояние,
- тахикардия,

Клиническая картина и диагностика.

- болезненность в эпигастрии,
- дефанс (защитное напряжение мышц брюшной стенки),
- иногда можно пропальпировать опухолевидное образование тугоэластической консистенции.
- Возможны срыгивания,
- отрыжка,
- изжога,
- загрудинные боли чаще при сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Клиническая картина и диагностика.

Различают три степени тяжести синдрома:

- **Легкая форма** - после приема особенно жирной пищи, отмечается тяжесть и небольшие боли в эпигастральной области и в правом подреберье, сопровождающиеся отрыжкой желчью до 50 - 100 мл. Общее состояние остается вполне удовлетворительным.
- **Средняя степень тяжести синдрома** - боли после еды возникают часто, они более интенсивные, могут иррадиировать в спину и правую лопатку. Рвота желчью с примесью или без примеси пищи возникает 3-4 раза в неделю. Вследствие потери желчи и панкреатического сока у больных наблюдаются нарушения переваривания и всасывания пищевых веществ и потеря веса. Трудоспособность таких больных ограничена. Терапевтическое лечение приводит к временному улучшению.

Клиническая картина и диагностика.

- **Тяжелая форма синдрома приводящей петли** - каждый прием пищи вызывает распирающие боли в эпигастральной области и в правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку. Иногда боли могут принимать опоясывающий характер. Возникает ежедневная рвота большим количеством желчи (до 1000 мл и более). После рвоты больные чувствуют временное облегчение, поэтому рвоту иногда вызывают искусственно. Отмечаются выраженное обезвоживание, значительный дефект веса и признаки гипо- и авитаминоза. Изменяется психика больных, они становятся раздражительными и апатичными. Стул нерегулярный, серого цвета и содержит много непереваренных жиров.

Клиническая картина и диагностика.

- Хроническая форма:
- ощущение полноты и растяжения в эпигастрии, усиливающиеся после еды,
- отрыжка с неприятным запахом,
- рвота со значительной примесью желчи,
- присоединяется вторичное поражение желчных путей.
- Застойные процессы ведут к развитию патогенной флоры в приводящей петле и восходящему инфицированию желчных путей, сопровождающимся резкими приступообразными болями в правом подреберье, зудом кожи, желтушностью склер, увеличением и уплотнением печени, увеличением желчного пузыря, характерными мучительными приступами изжоги.

Клиническая картина



Клиническая картина и диагностика.

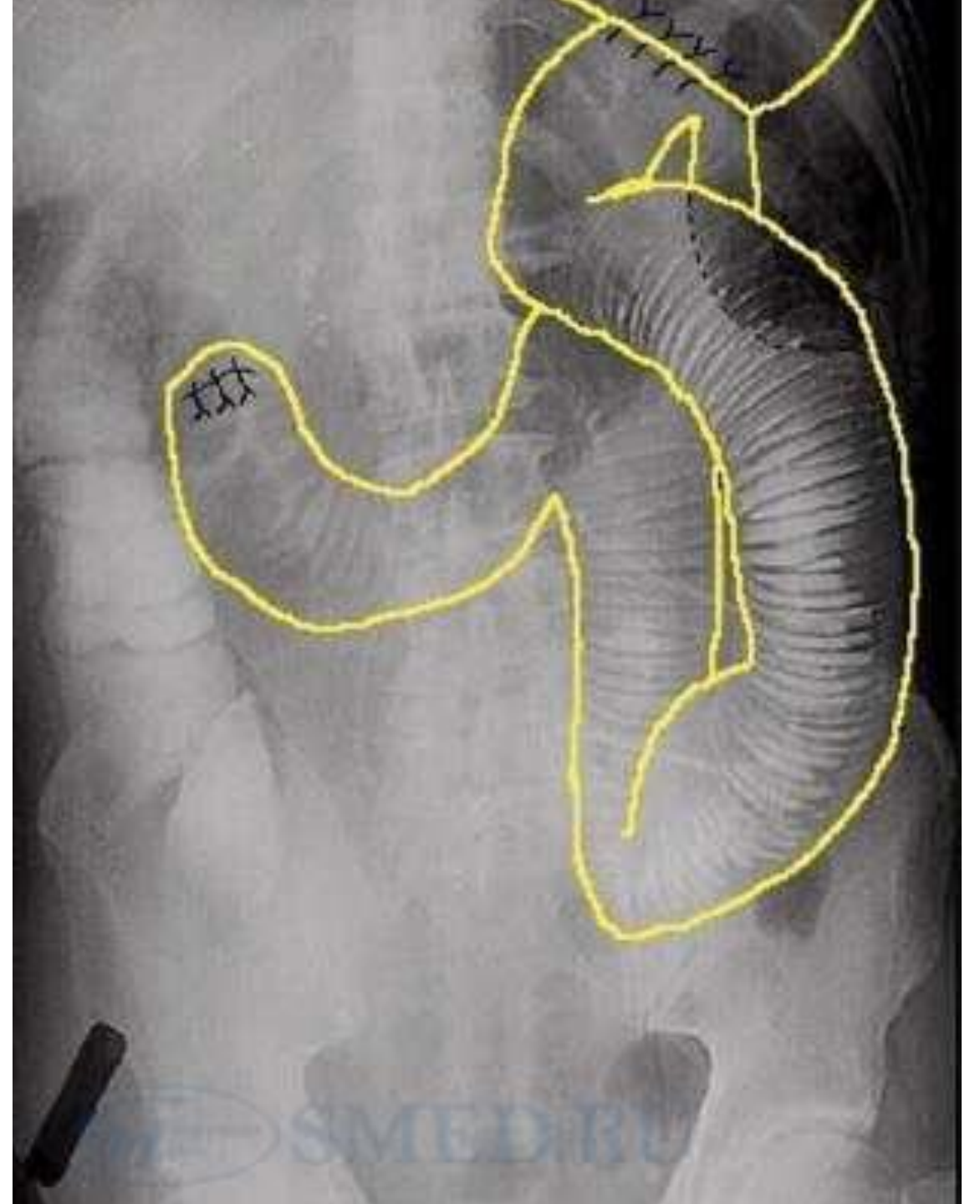
- **Диагностика** проводится на основании типичной клинической картины. У ряда больных рентгенологически можно четко определить расширенную и атоничную, заполненную газом петлю приводящей кишки с длительной задержкой контрастного вещества.

**Клиническая
картина и
диагностика.**

Стрелкой указан
застой
дуоденального
содержимого



**Клиническая
картина и
диагностика.**



Консервативное лечение

Показания	Препараты
Для нормализации моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта	1) сульпирид- в/м по 2 мл 2 р/д 2) метоклопрамид (Церукал) - в/м по 2 мл 2 р/д 3) сандостатин 50-100 мкг 2 раза в день п/к.
При спастических дискинезиях	1) тримебутин по 1-2 табл. 3 раза в сут 2) спазмолитики (Но-шпа, Галидор) 3) М-холиноблокаторы (Бускопан)
При обильной рвоте с желчью	1) метоклопрамид (Церукал), или Домперидон (Мотилиум), по 10 мг 3 раза в день 2) Холестирамин (4-12 г в день) 3) антацидные препараты, содержащие гидроксид алюминия (Маалокс, Фосфалюгель, Альмагель, Сукральфат) и висмут (Викалин)
Для коррекции процессов пищеварения и всасывания	пищеварительные ферменты: Креон (1-2 драже 3-4 раза в день), Фестал (1 драже 3-4 раза в день)
Комплексная витаминотерапия	В ₁ (тиамин), В ₂ (рибофлавин), В ₆ (пиридоксин), В ₁₂ (цианокобаламин), В ₁₅ (пангамовая кислота)
При истощении	анаболические стероиды: ретаболил (по 1 мл в/м 1 раз в 7 дней) или силаболин (1 мл в/м 1 раз в 7 дней) на курс лечения 5 инъекций

Лечение

- Выраженный синдром приводящей петли с частой и обильной рвотой желчью является показанием к операции — устранению анатомических условий, вызывающих застой содержимого в приводящей петле.
- Устранение препятствий для пассажа пищи путем рассечения спаек расправления заворота, устранения инвагинации. В целях улучшения эвакуации накладывают энтероанастомоз по Брауну между приводящей (если она слишком велика) и отводящей петлей.

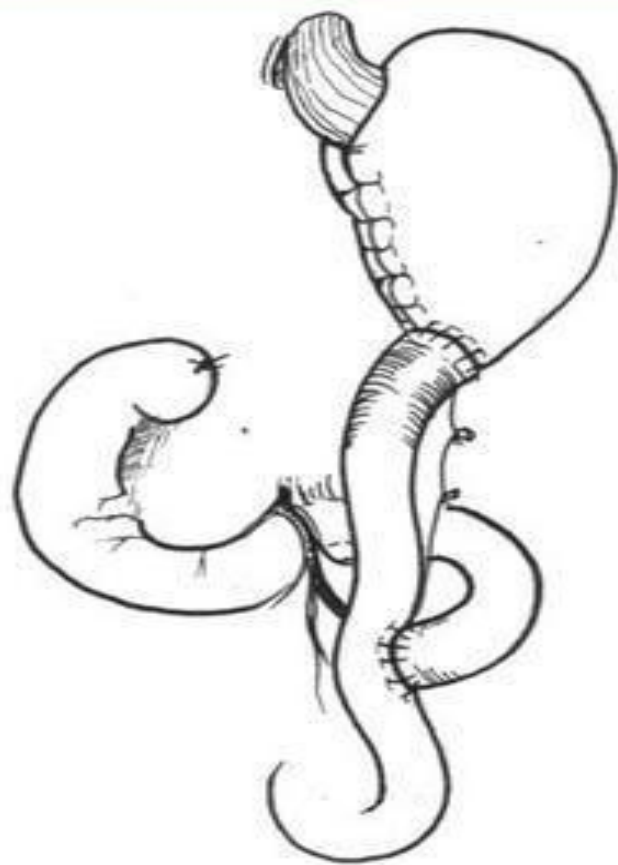
Лечение

- При хронической форме СПП необходимо устранить анатомические условия, способствующие застою содержимого в приводящей петле вследствие механических причин.
- Операции: У-образный гастроеюнальный анастомоз, реконструкция гастроеюнального анастомоза в гастродуоденальный, наложение Брауновского соустья между двенадцатиперстной кишкой и тощей.

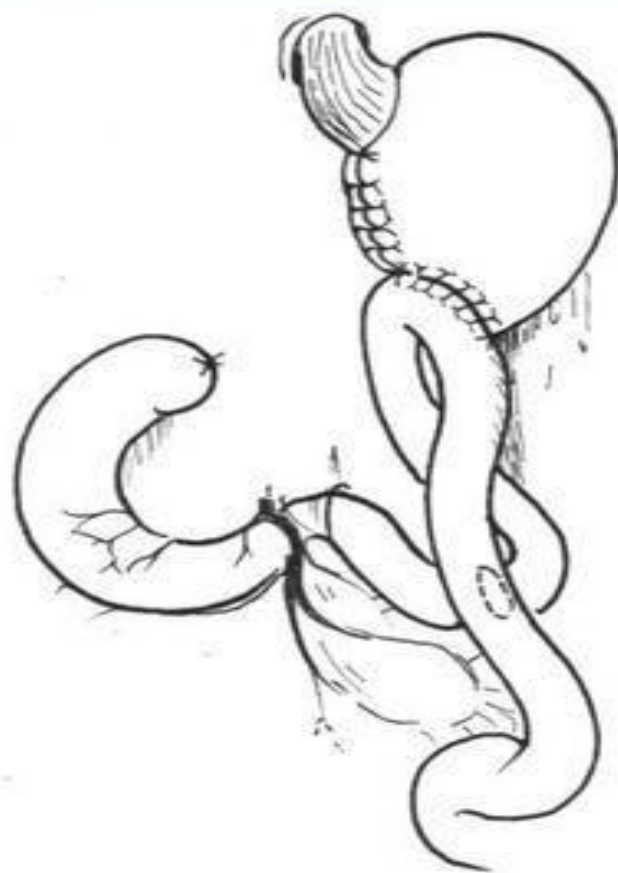
У-образный
анастомоз по
Ру



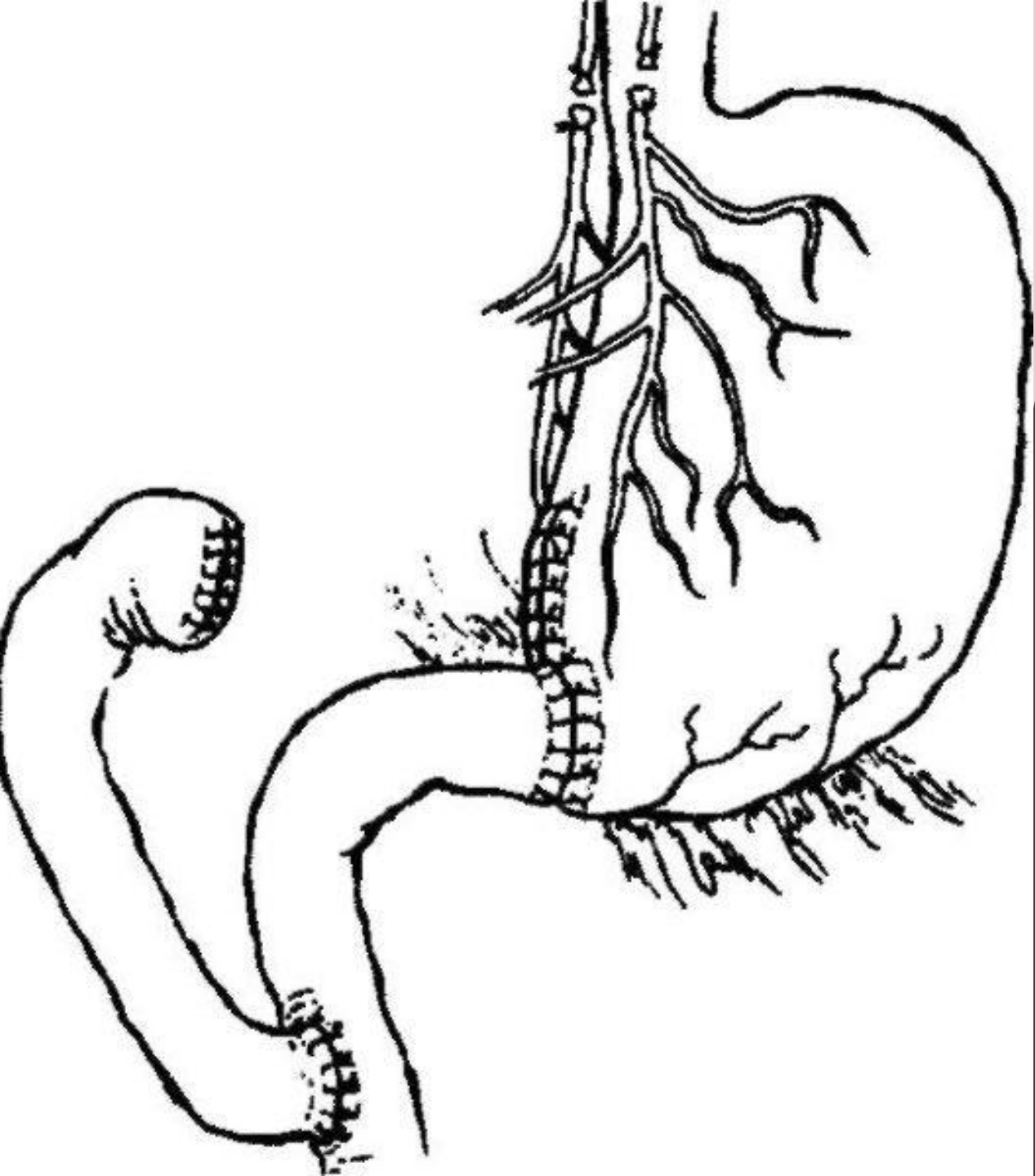
Реконструктивные операции при синдроме приводящей петли



реконструкция по
Ру

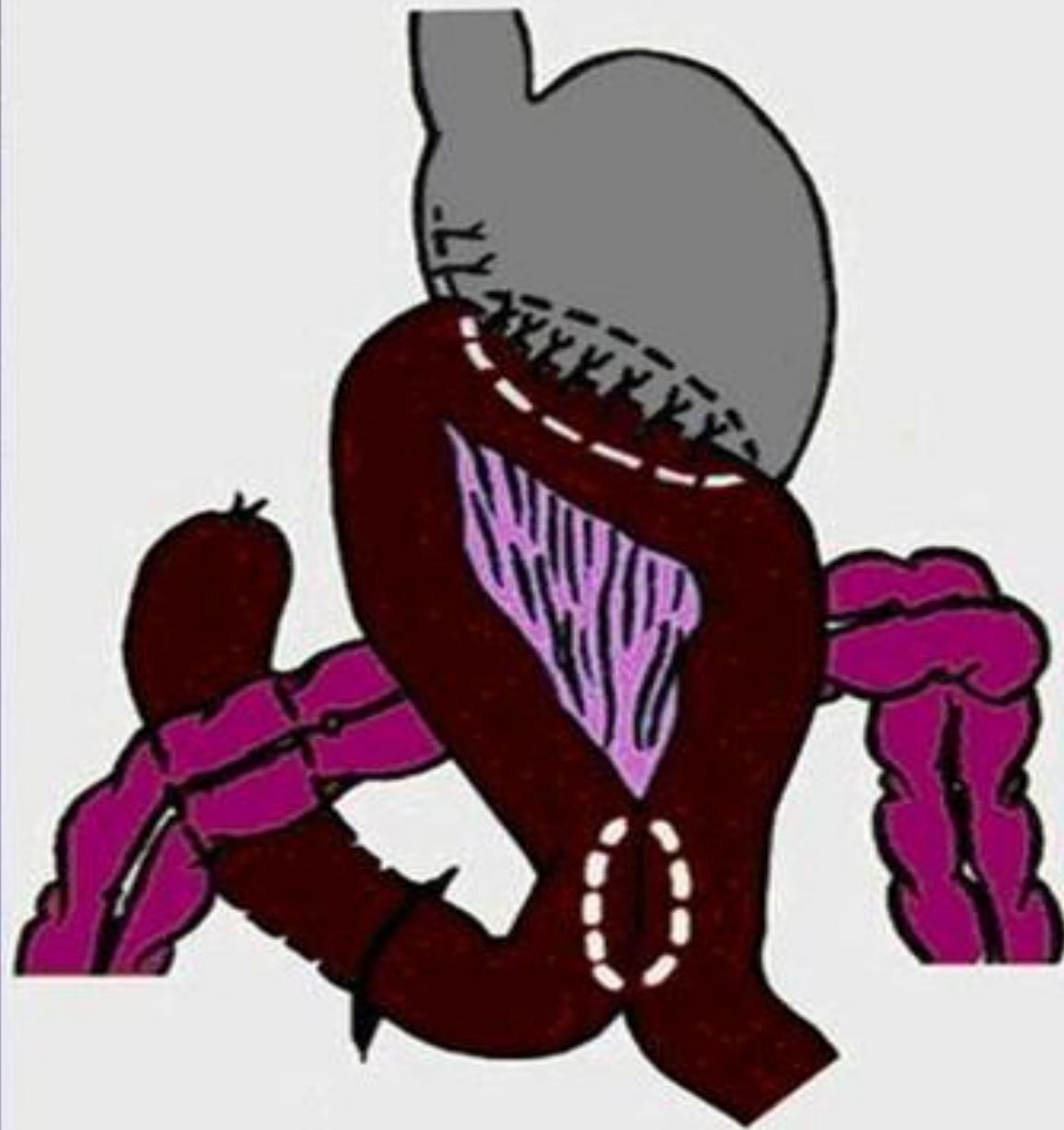


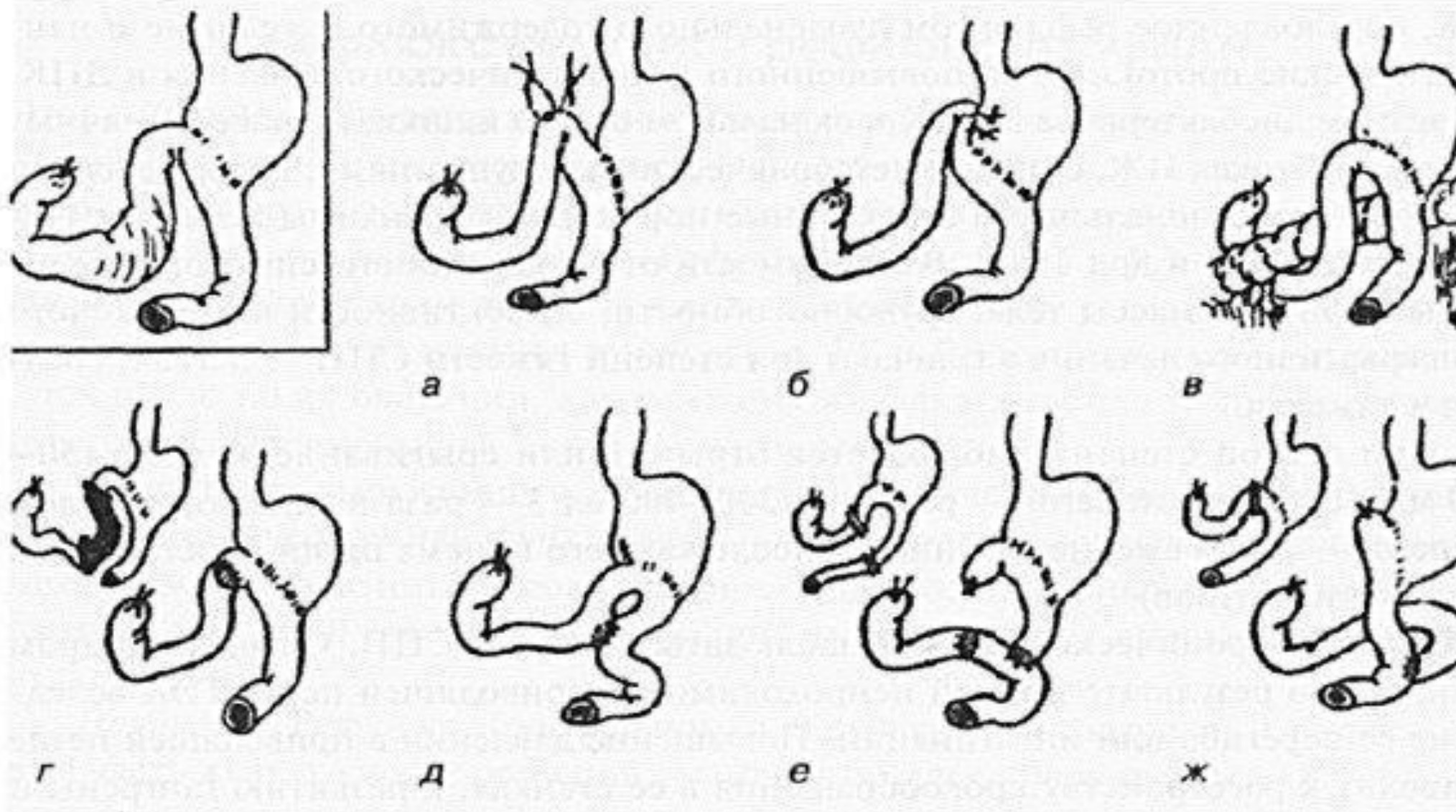
реконструкция по
Бальфуру



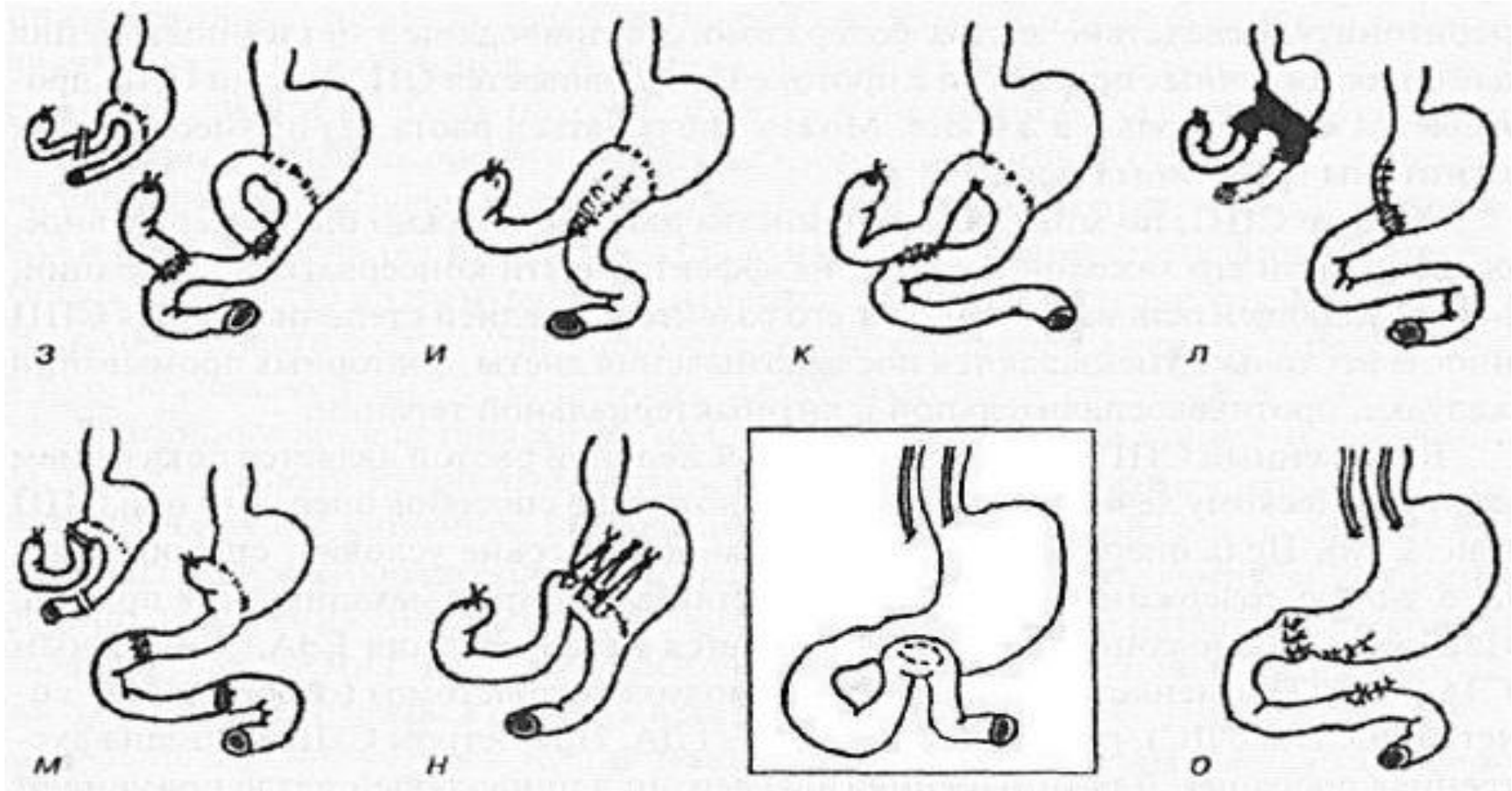
у-
образный анастомоз
по Ру

Некоторые авторы преимущественно в острых ситуациях рекомендуют осуществлять **разгрузочную дуоденоюноостомию**.





Операции при синдроме приводящей петли (по А.А. Шалимову, В.Ф. Саенко): а — подшивание приводящей петли к париетальной брюшине и капсуле поджелудочной железы; б — подшивание приводящей петли к малой кривизне; в — резекция большого сальника; г — резекция избыточной приводящей петли; д — энтеро-энтероанастомоз; е — операция Bergeret; ж — резекция по Ры;



з — операция Таймера—Ру; и — операция Ноаг—Steinberg; к —
 дуоденоеюноанастомоз;
 л — резекция по Бильрот-I; м — вторичная гастроеюнопластика; н — сужение
 гастроеюноанастомоза; о — дегастроэнтеростомия и пилоропластика после
 ваготомии и гастрэнтеростомии.

Спасибо за внимание!