An anatomical illustration of a human torso, rendered in a blue, semi-transparent style. The internal organs, including the esophagus, stomach, and intestines, are highlighted in a vibrant red color. The figure is positioned centrally against a white background, which is itself set within a larger grey frame.

Хирургическое лечение язвенной болезни

Профессор Юрий Владимирович Плотников

Определение

Хроническое, циклически протекающее заболевание, с образованием язвы в желудке или ДПК, характерным нарушением секреторной и моторной функций желудка, инфицированием *H. pylori*

Хроническое

Если у больного один раз поставлен такой диагноз, то это на всю жизнь.

Циклически протекающее заболевание

Можно добиться излечения язвы, но нельзя излечить язвенную болезнь. Есть периоды ремиссии и обострения.

Длительность этих периодов может быть самой различной. Если больной 80 лет умирает от одного из осложнений язвы, а в возрасте 20 лет у него находили язву желудка или ДПК, то это одно и то же заболевание.

Язва или язвенная болезнь?

Обязательный элемент заболевания - язва желудка или ДПК. Клинически различают острую (проникает только до подслизистого слоя) или хроническую язву, язву желудка или ДПК. Выделяют язвы: оперированного желудка, гастроэнтероанастомоза, гепатогенные, симптоматические (при ожогах (Curling), стрессах, заболеваниях головного мозга (Cushing), при полигландулярном аденоматозе, синдроме Золлингера-Эллисона). У каждой из них имеются свои особенности.

Заболеваемость и смертность

Заболеваемость язвенной

болезнью составляет 10-15%.

Смертность - приблизительно 4 на

100 тысяч населения. Среди

причин смертности на 1 месте

стоит кровотечение, на втором -

перфорация.

Заболеваемость и смертность

Существует историческая закономерность: с введением новых медикаментозных методов или теорий число плановых операций уменьшается, а экстренных остается прежним или увеличивается. При этом смертность практически не изменяется. С введением современных медикаментов сейчас резко уменьшилось число плановых операций, но число экстренных почти не изменилось.

В последние годы отмечена тенденция к снижению числа госпитализированных больных с неосложненным течением язвенной болезни, но к увеличению частоты язвенных кровотечений, обусловленному растущим приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП или НПВС).

Больной 52 лет 10 лет назад лечился в стационаре по поводу язвы ДПК, подтвержденной гастроскопией. С тех пор ежегодно, весной и осенью, ощущает боли в эпигастрии. Для снятия боли принимает париет, некسيوم, гевискон. Несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В настоящее время предъявляет жалобы на боли в эпигастриальной области, тошноту. Боли усиливаются через 30 мин. после приема пищи. Прием гевискона уменьшает болевые ощущения на непродолжительное время.

После еды ощущает
небольшую тяжесть в
эпигастрии, но рвоты
нет. Стул обычного
цвета, склонность к
запорам. Отчетливого
похудения не отмечает.

**Заболевание
острое или
хроническое?**

**Что указывает на
заболевание
верхних отделов
пищеварительной
системы?**

**Что указывает
на диагноз
язвенной
болезни?**

**Чего не хватает
для достовер-
ного диагноза
язвенной
болезни?**

**Что вы считаете
необходимым выяснить
из анамнеза
заболевания,
позволяющее
достоверно оценить
адекватность лечения?**

Дважды получил курс противоязвенной терапии с эрадикацией геликобактера. При рентгеновском исследовании язва все время прослеживалась, сначала в ДПК, сейчас в желудке. От гастроскопии больной в течение всего времени воздерживался.

На что
обратить
внимание при
объективном
исследовании?

Состояние и гемодинамика удовлетворительные. Живот мягкий при пальпации, умеренно болезнен в эпигастрии при глубокой пальпации и перкуссии. Печеночная тупость сохранена. Границы желудка не увеличены. Шум плеска не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

**Нуждается ли
пациент в
дообследовании?**

**Если да, то в
каком?**

Рентгеновская диагностика

При рентгеновском исследовании обнаруживается прямой признак язвенной болезни – «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики).

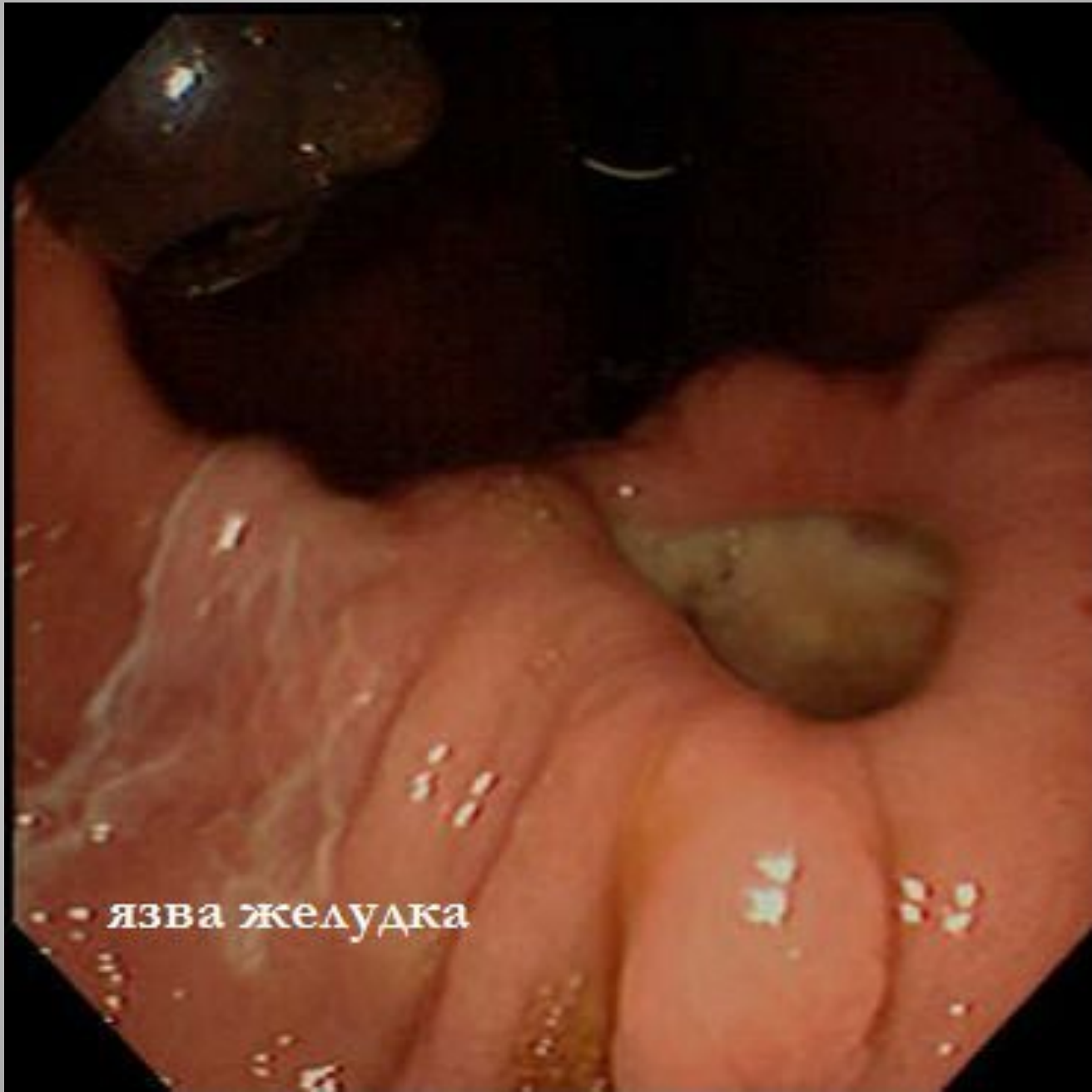
Рентгеновская диагностика



Эндоскопическая диагностика

Эндоскопическое исследование показывает язвенный дефект, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики. Обязательна биопсия с гистологическим исследованием полученного материала, что дает возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения. Для определения дальнейшей тактики лечения исключительное значение имеют результаты исследования в слизистой оболочке желудка НР, которое может проводиться различными методами, отличающимися высокой чувствительностью и специфичностью

Эндоскопия



язва желудка

**Нужны ли
исследования
кальция крови,
паратгормона,
гастрина и
подобные?**

После курса
современной
медикаментозной
противоязвенной
терапии язва
не зажила,
H.pylori (-)

Что это?



Лечебная тактика?

В случае выбора в пользу хирургического метода лечения, что ляжет в обоснование выбранного метода операции?

Выбор операции

Экстренные операции выполняются в ближай-
шие часы, например, при перфорации, продол-
жающемся кровотечении. Вынужденные опера-
ции - ошибка врача. Рецидив (возобновление)
остановившегося кровотечения в стационаре
можно и нужно прогнозировать и оперировать
до этого момента. Операция на фоне рецидива
кровотечения - вынужденная

Срочные ранние операции выполняются в бли-
жайшие сутки, например ранняя операция при
остановившемся кровотечении

Плановые операции назначаются и выполняются
по составленному плану

Показания к операции

Относительные?

Условно-абсолютные?

Абсолютные?

Относительные показания к операции

Самым сложным и противоречивым является вопрос об относительных показаниях. Это формулируется как неэффективность медикаментозного лечения язвы. Возникновение рецидивов значительно увеличивает необходимость плановых операций. Естественно, сроки лечения язвы желудка должны быть укорочены. Предложена схема показаний к операции по относительным показаниям. Выделено 10 факторов

Относительные показания к операции

1. Возраст 50 лет и старше
2. Давность заболевания более 3 лет
3. Дефицит массы тела
4. Неэффективность лечения язвы
5. Прогрессирование заболевания
6. Обострения чаще 1 раза в год
7. Кровотечение в анамнезе
8. Перфорация в анамнезе
9. Кислотность 60 ЕД. и более
титрационных единиц
10. *H.pylori* (-)

Относительные показания к операции

4 фактора у
больного дела-
ют операцию
показанной

Операции при язвенной болезни

- 1. Операции для устранения осложнений язвы**
- 2. Операции для устранения язвы и осложнений**
- 3. Операции для лечения язвенной болезни**

Третья группа операций

Все виды ваготомии и резекция желудка. Сущность их в длительном и значительном снижении секреции соляной кислоты

Уменьшается масса клеток, выделяющих гормон гастрин (резекция желудка)

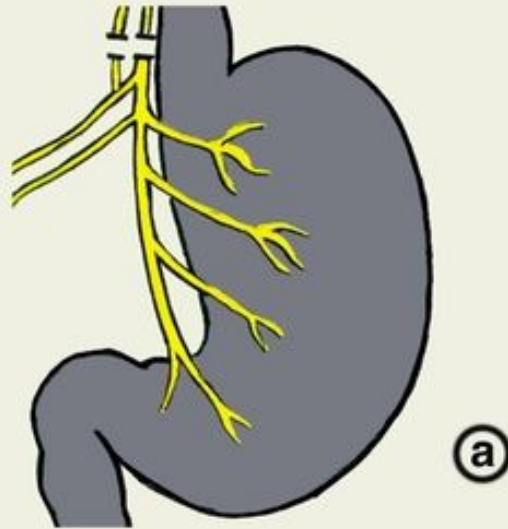
Тот же эффект получается при денервации зон, где выделяется соляная кислота (в проксимальных отделах желудка) и секретруется гастрин (в дистальных отделах)

ВАГОТОМИЯ

Ваготомия подразделяется на стволовую, селективную и проксимальную селективную (СПВ). Следствием ствовой ваготомии является спазм привратника, поэтому она обязательно дополняется одной из дренирующих операций. Предпочтение отдается пилоропластике по Финнею

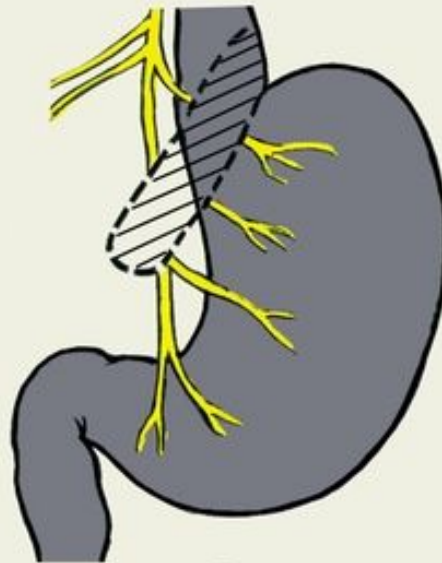
ВАГОТОМИЯ

СТВОЛОВАЯ



а

СЕЛЕКТИВНАЯ



б



в

прокси-
мальная
селектив-
ная

Резекция желудка

При резекции желудка определяются два момента: объем и метод.

Минимальным объемом резекции желудка остается резекция $2/3$ желудка, определяемая по сосудам. По малой кривизне верхней точкой является место сразу ниже поперечной ветви левой желудочной артерии, нижней - сразу под привратником. По большой кривизне верхняя точка - несколько выше места схождения желудочно-сальниковых артерий, нижняя - сразу под привратником.

Резекция желудка

Методик резекции желудка больше 150.

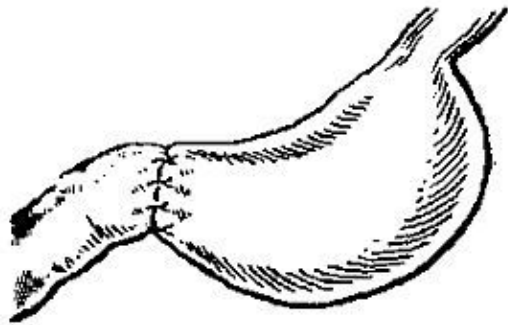
Принципиально они разделяются на 2.

При резекции желудка по Б-I создается гастродуоденоанастомоз.

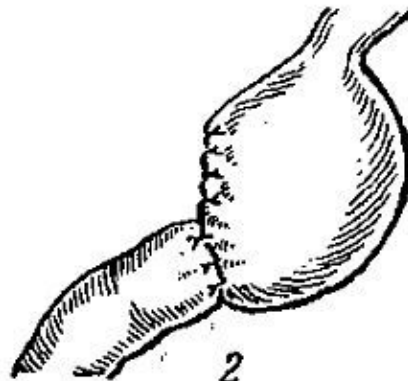
При резекции желудка по Б-II делается гастроюноанастомоз.

Резекция желудка по Б-II делится на две. Чаще применяется гастроюноанастомоз с короткой петлей тощей кишки (сюда относится методика Гофмейстера-Финстерера). Реже создается гастроюноанастомоз с длинной петлей тощей кишки. Последняя методика чаще сопровождается синдромом порочного круга. Поэтому она обычно делается с формированием межкишечного анастомоза.

Резекция желудка – способ?



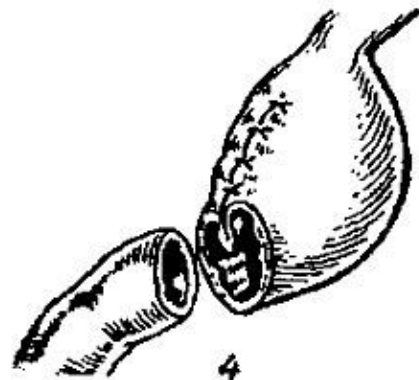
1



2



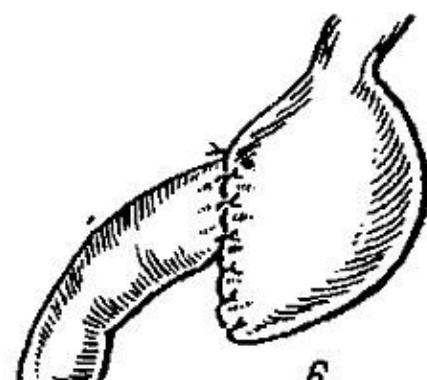
3



4



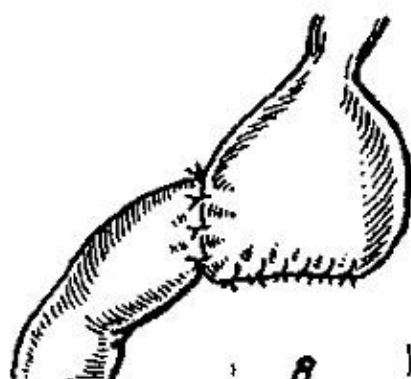
5



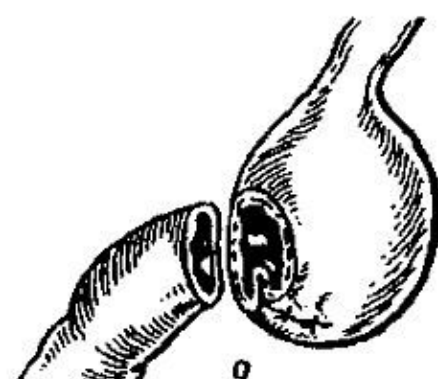
6



7

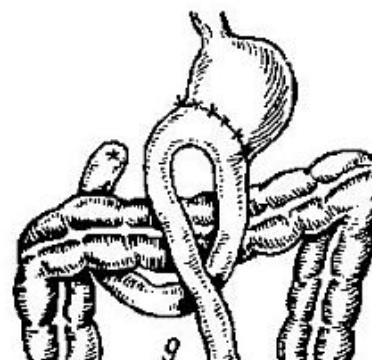
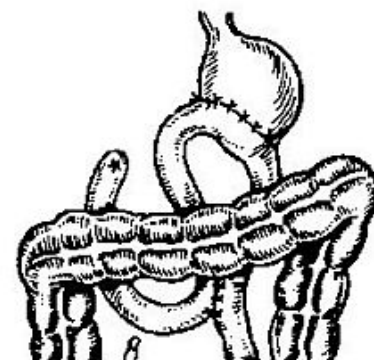
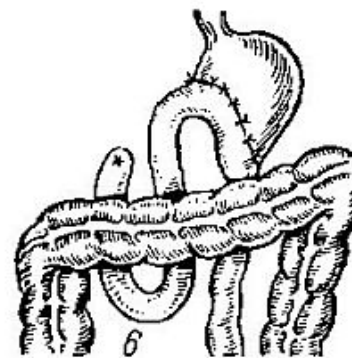
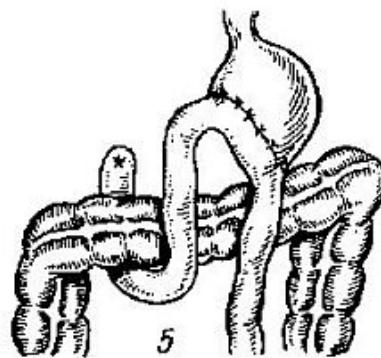
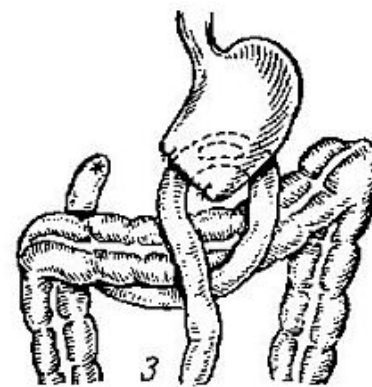
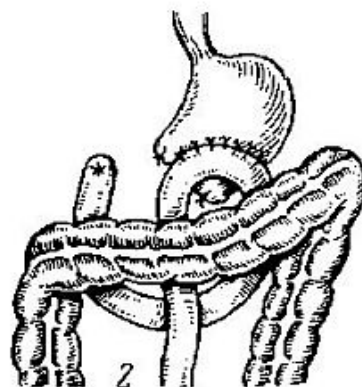
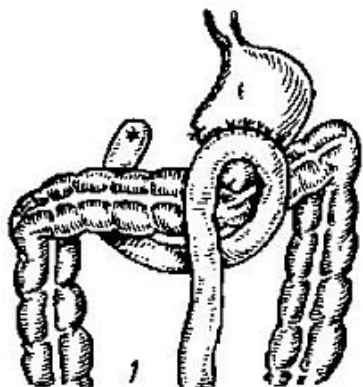


8

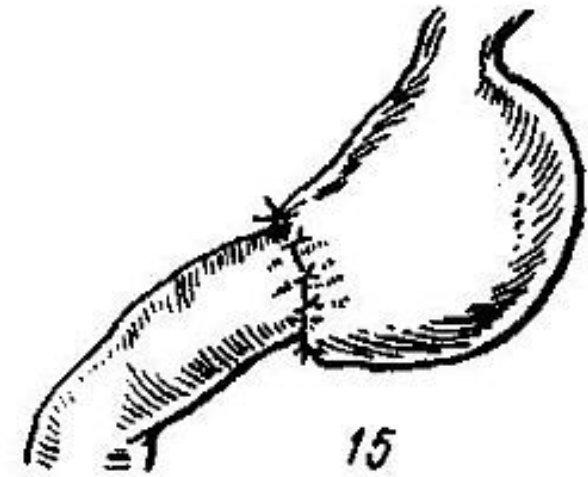
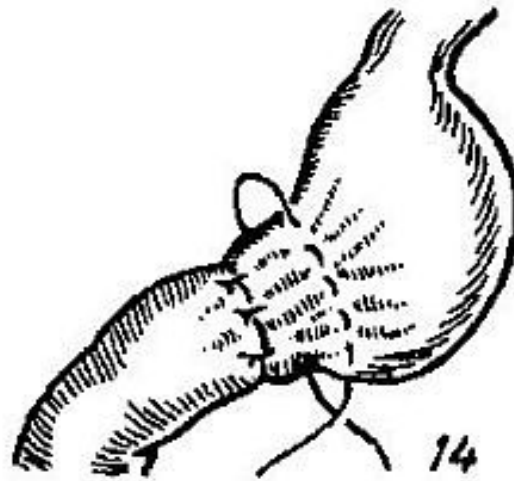
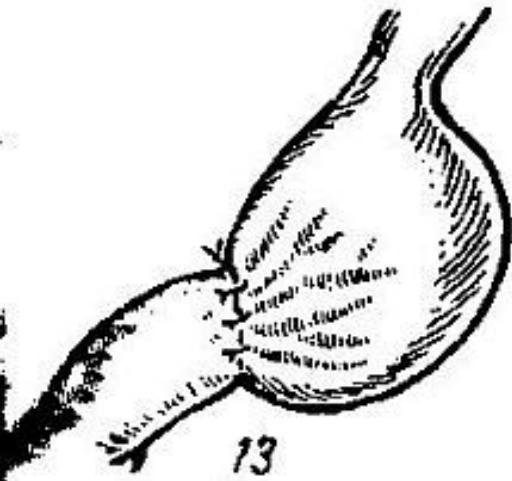
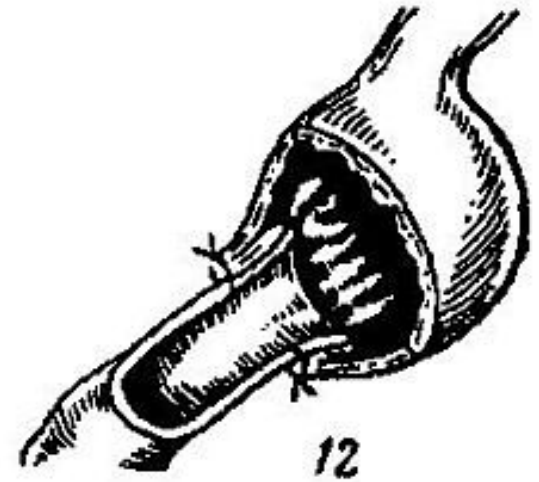
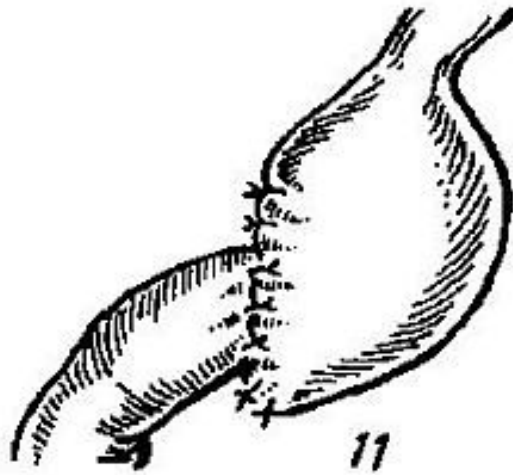
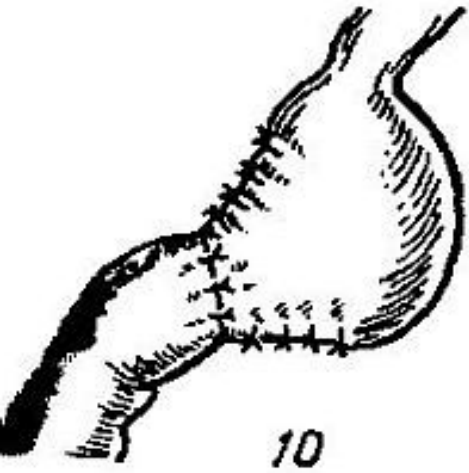


9

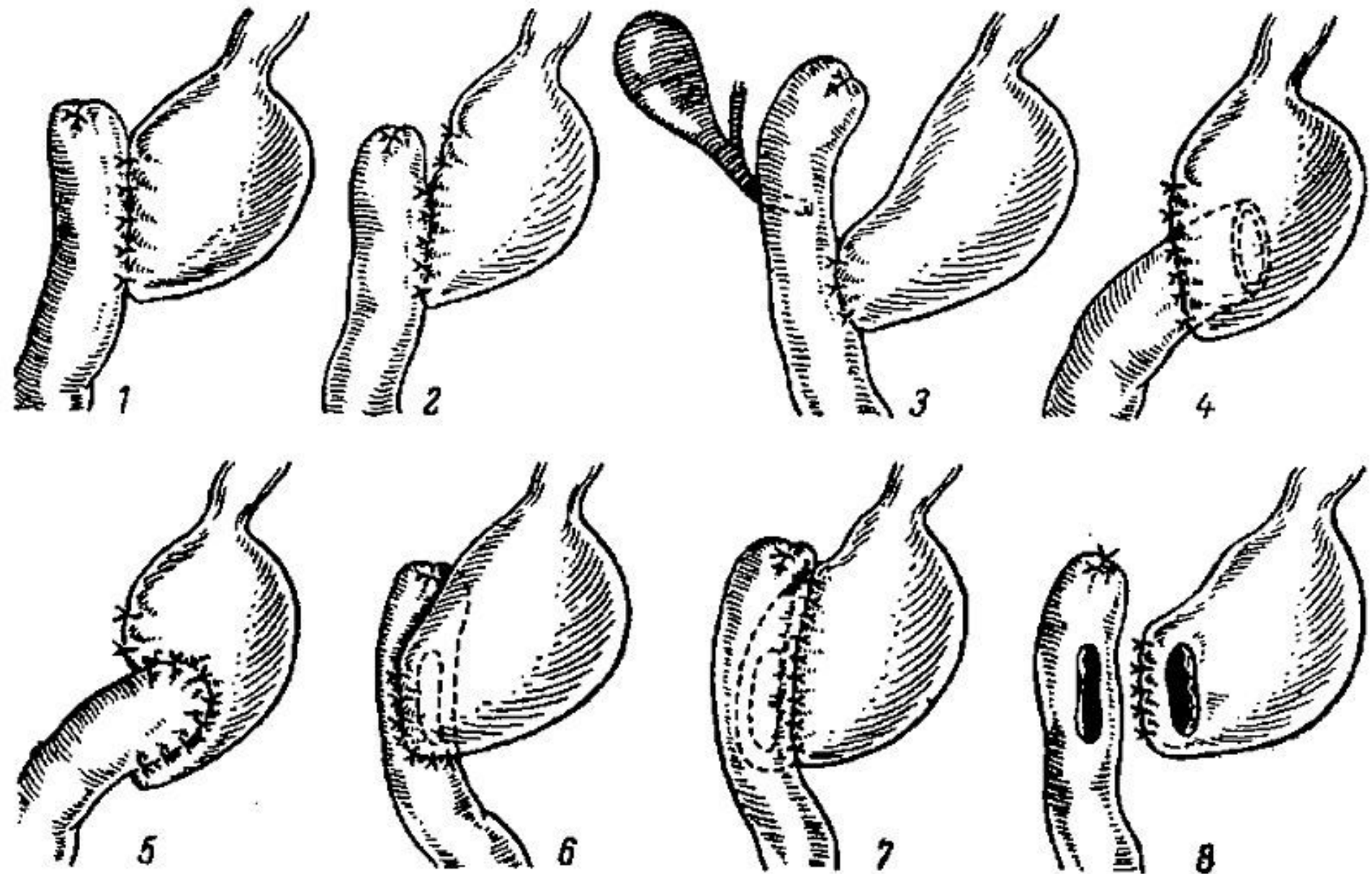
Резекция желудка – способ?



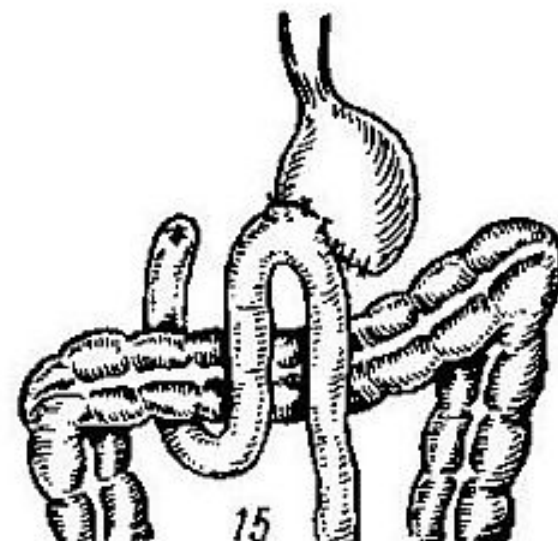
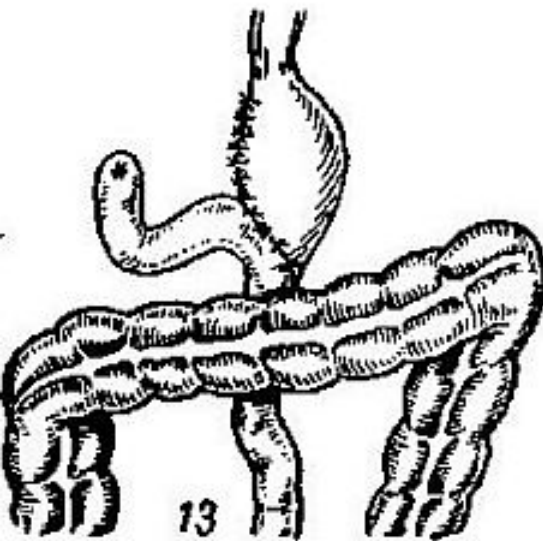
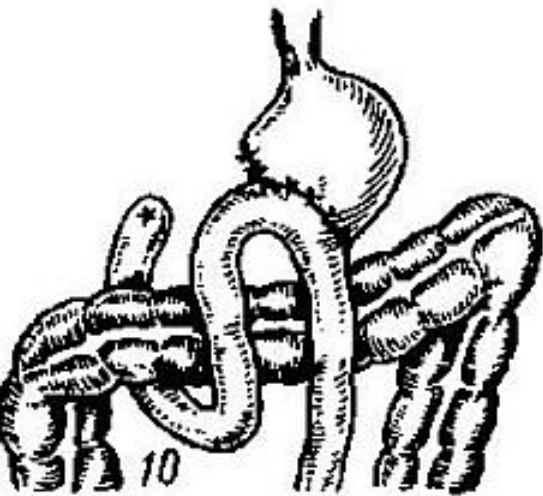
Резекция желудка – способ?



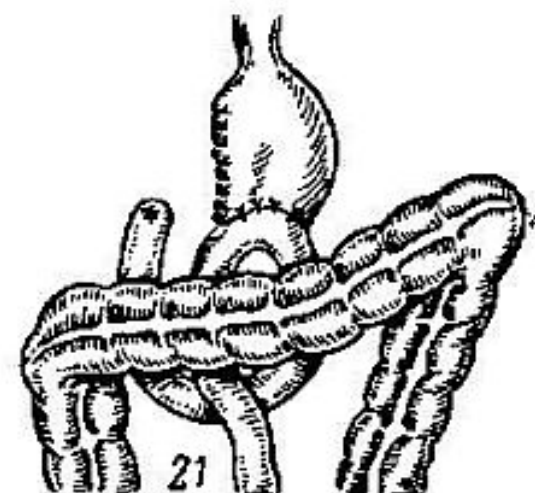
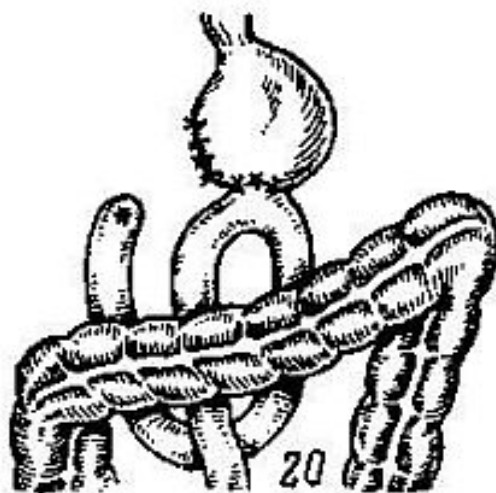
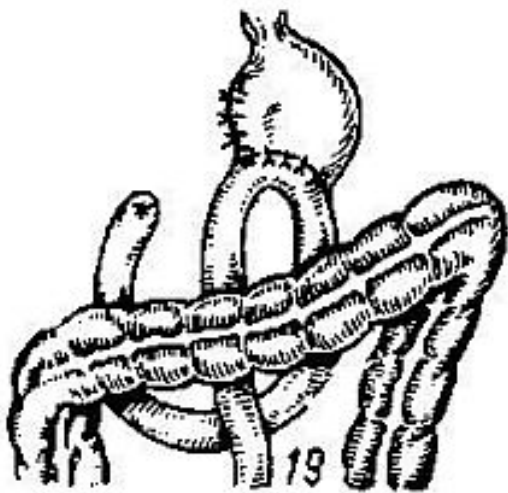
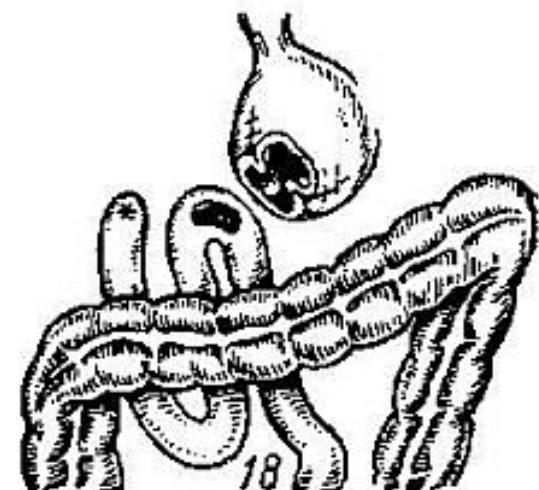
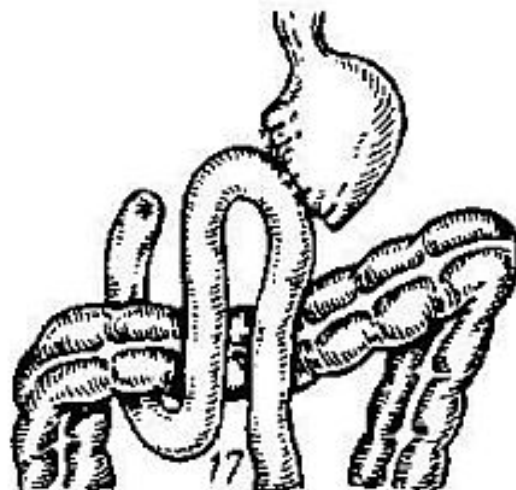
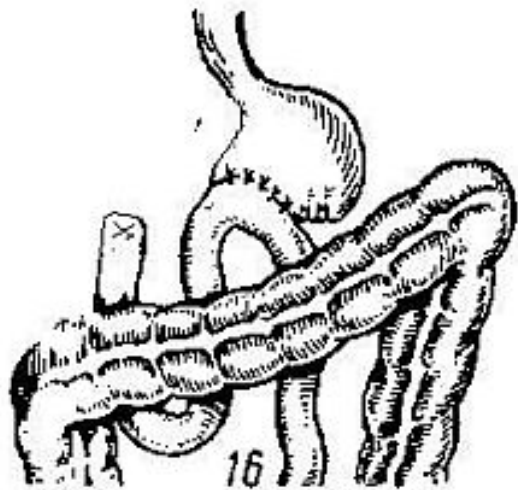
Резекция желудка – способ?



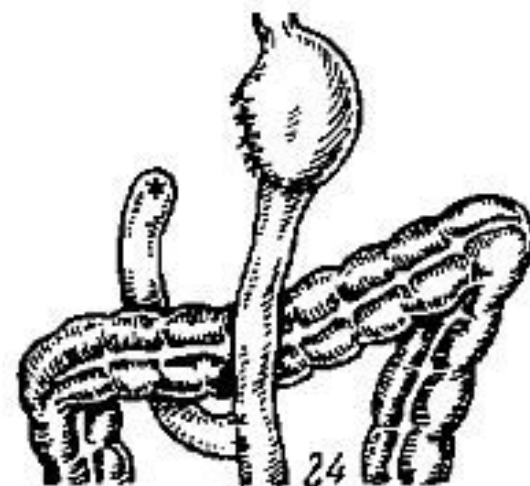
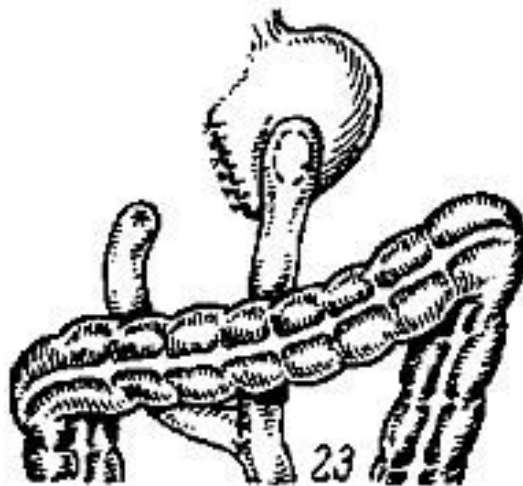
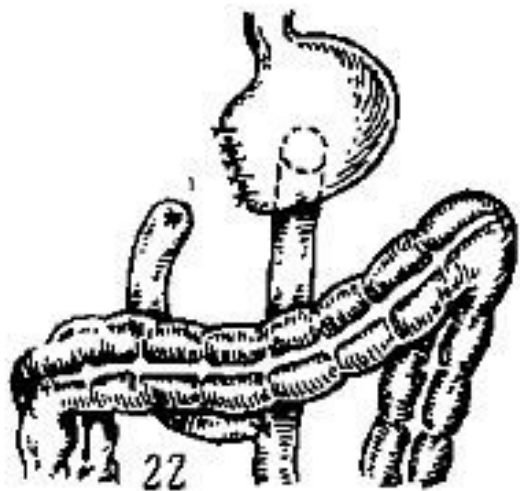
Резекция желудка – способ?



Резекция желудка – способ?



Резекция желудка – способ?



вопрос

Правильно ли говорить о рубцевании язвы как о благоприятном исходе заболевания?

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии; с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска.

Какой диагноз может
быть поставлен? С чем
связано состояние, в ко-
тором больной поступил?
Где лечить больного? Как
следует лечить больного,
начиная с момента
поступления?

Рубцовый стеноз и деформации

Рубцы образуются в местах, где язва заживает, рубцуется, либо окружающие рубцовые ткани создают деформации («песочные часы»). Нередко это происходит в местах сужения, чаще всего в области пилорического жома.

Рубцовый стеноз и деформации

Клиника стеноза желудка складывается из следующих 5 компонентов:

- 1) рвота;**
- 2) размеры желудка;**
- 3) тонус желудка;**
- 4) интенсивность эвакуации бария по рентгеновским данным, проходимость по данным эндоскопии;**
- 5) биохимические нарушения**

**3 вида рвоты: на
высоте болей;
при стенозе;
при кровотеche-
нии**

Срочно сделать
анализы крови и
мочи?
Что еще?

В ОРИТ проведена инфузионная терапия (**состав?**). Зондом эвакуировано около 3 л содержимого с примесью пищи. Зонд оставлен на сутки. Судороги прекратились.

Компенсированный стеноз

Отмечается лишь по эндоскопическим данным,
когда провести эндоскоп в ДПК не удастся

рвоты нет или она редкая;

размеры желудка нормальные;

тонус сохранен

барий покидает желудок в срок

менее 6 часов;

биохимических расстройств нет

Желательно оперировать больных именно в
этой стадии.

Рубцовый стеноз в стадии субкомпенсации

Рвота становится систематической

Размеры желудка увеличиваются

Можно услышать шум плеска

Тонус желудка увеличивается,

можно определить видимую

перистальтику

Барий эвакуируется из желудка

6-24 часа

Биохимические нарушения и их

клинические проявления не

обнаруживаются

Рубцовый стеноз в стадии декомпенсации

Основным отличием стадии декомпенсации является развитие биохимических нарушений

-рвота становится реже, чем при субкомпенсации

-значительно увеличиваются размеры желудка

-снижается тонус

-барий находится в желудке более суток

возникает гипокали-, кальциемия, а

главное - гипопротеинемия. Снижение

уровня кальция, как при гипопаратиреозе,

приводит к появлению судорог

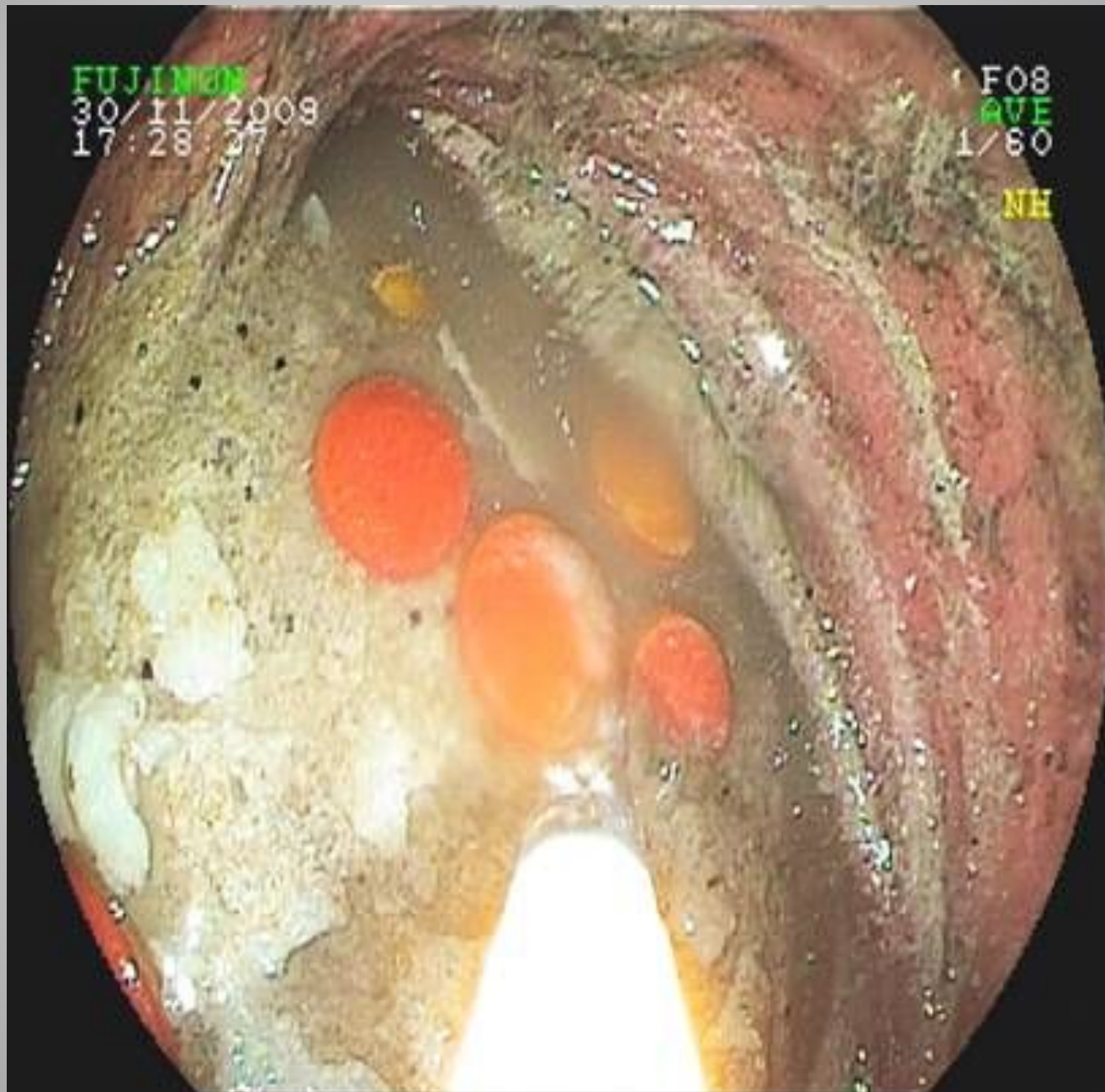
Рубцовый стеноз в стадии декомпенсации

Особенно ярко проявляется клинически гастрогенная, или хлорипривная, тетания. Больного доставляют в связи с судорогами. Длительный язвенный анамнез, расширенные границы желудка, пигментация в эпигастрии от грелки, шум плеска позволяют легко поставить диагноз. Больному требуется срочно ввести толстый зонд в желудок и наладить массивную инфузионную терапию растворами калия, кальция и желательного, плазмы.

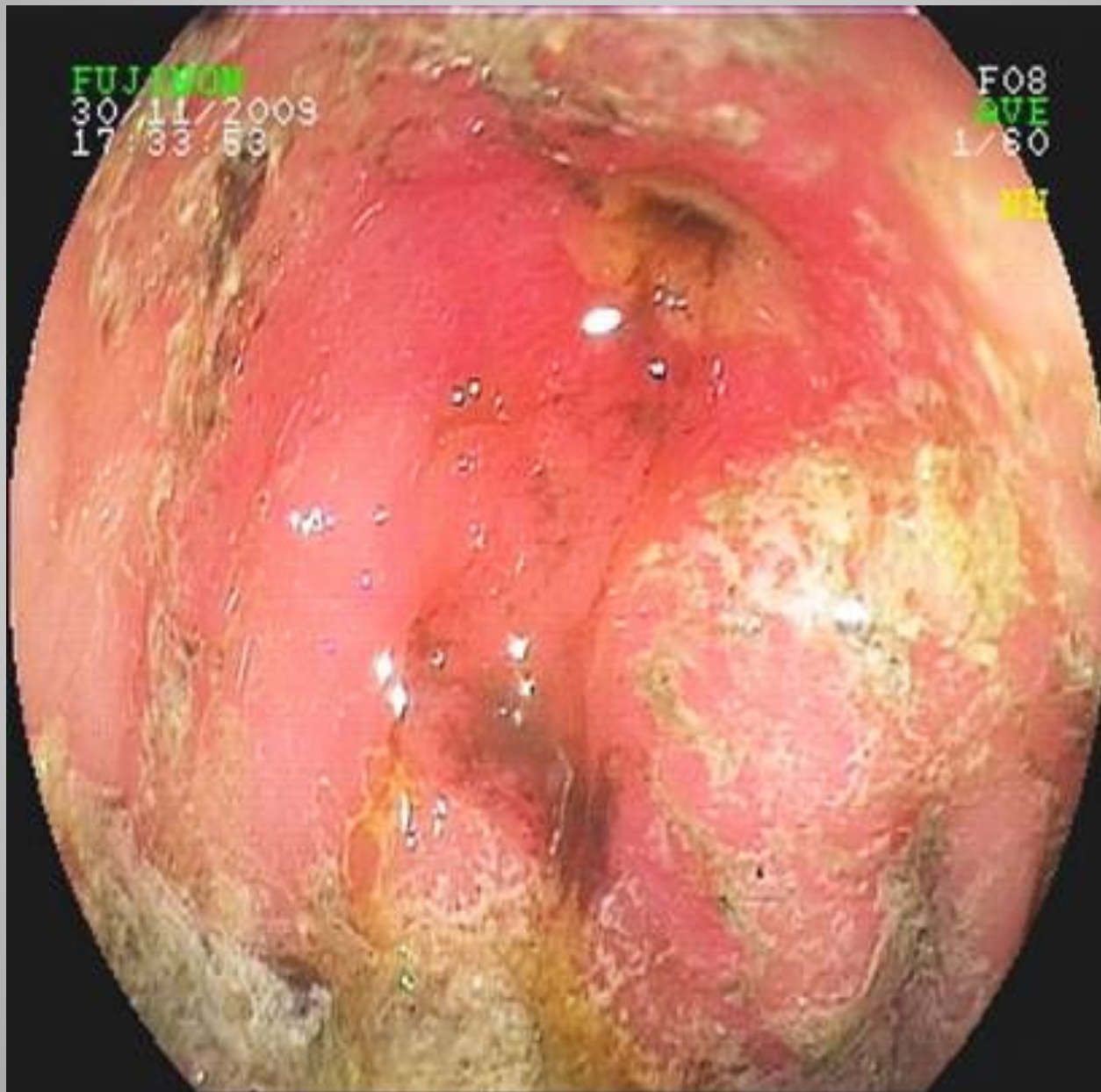
Рубцовый стеноз в стадии декомпенсации

Смертельным исходом может закончиться другое осложнение стеноза - острое расширение желудка. При этом наступает резкое снижение артериального давления, тахикардия. Резко расширенный желудок занимает весь желудок, чем и объясняются нарушения кровообращения, как это описывал Гиляровский в «Москве и москвичах». Больному срочно вводят в желудок толстый зонд и промывают в положении на четвереньках. Параллельно проводят массивную инфузионную терапию.

СТЕНОЗ



СТЕНОЗ



стеноз



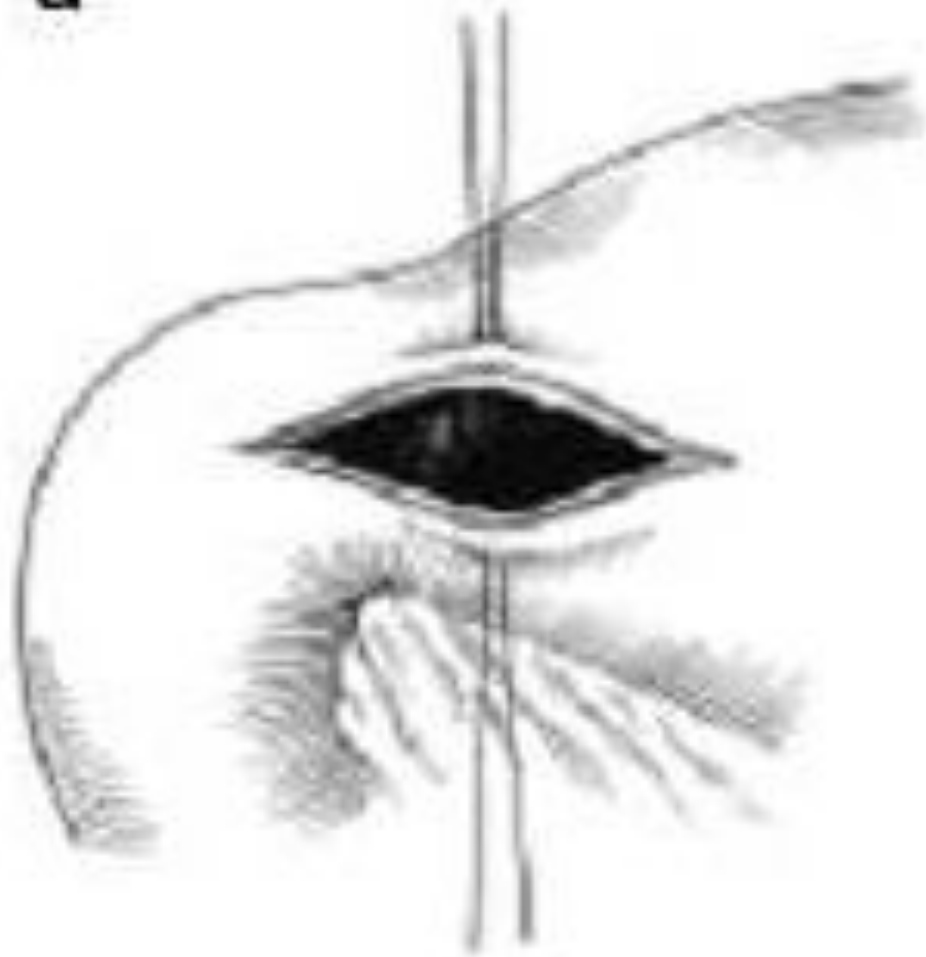
Рубцовый стеноз в стадии декомпенсации

Оперативное лечение стеноза осуществляют после полной коррекции водно-электролитных расстройств и тонуса желудка. Ежедневно до 2 раз промывают желудок в течение недели и более, налаживают энтеральное питание через тонкий зонд.

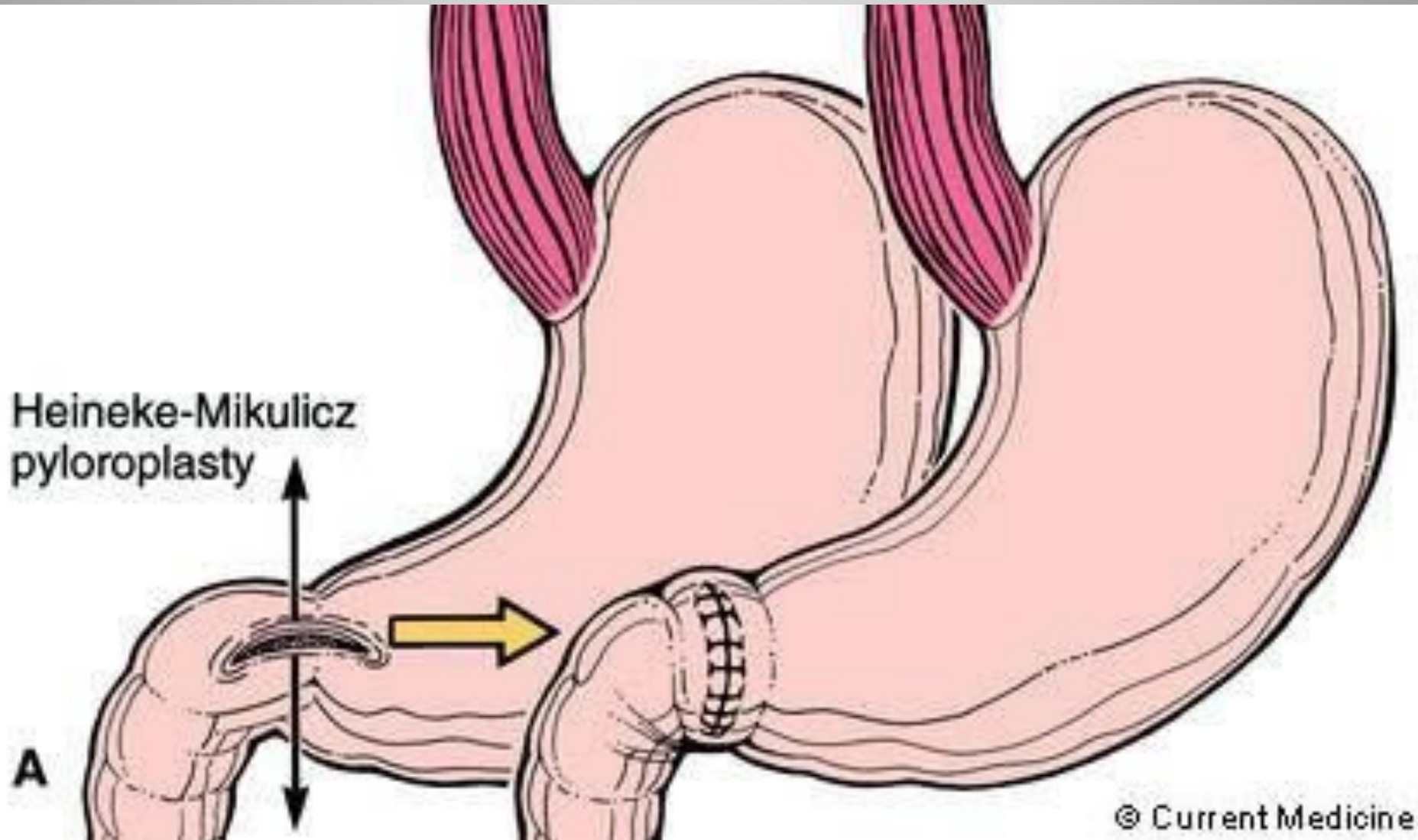
Способ оперативного лечения зависит от состояния больного. Это либо резекция желудка с устранением сужения, либо ваготомия с дренирующей операцией, еще реже только дренирующая операция.

Дренирующие операции

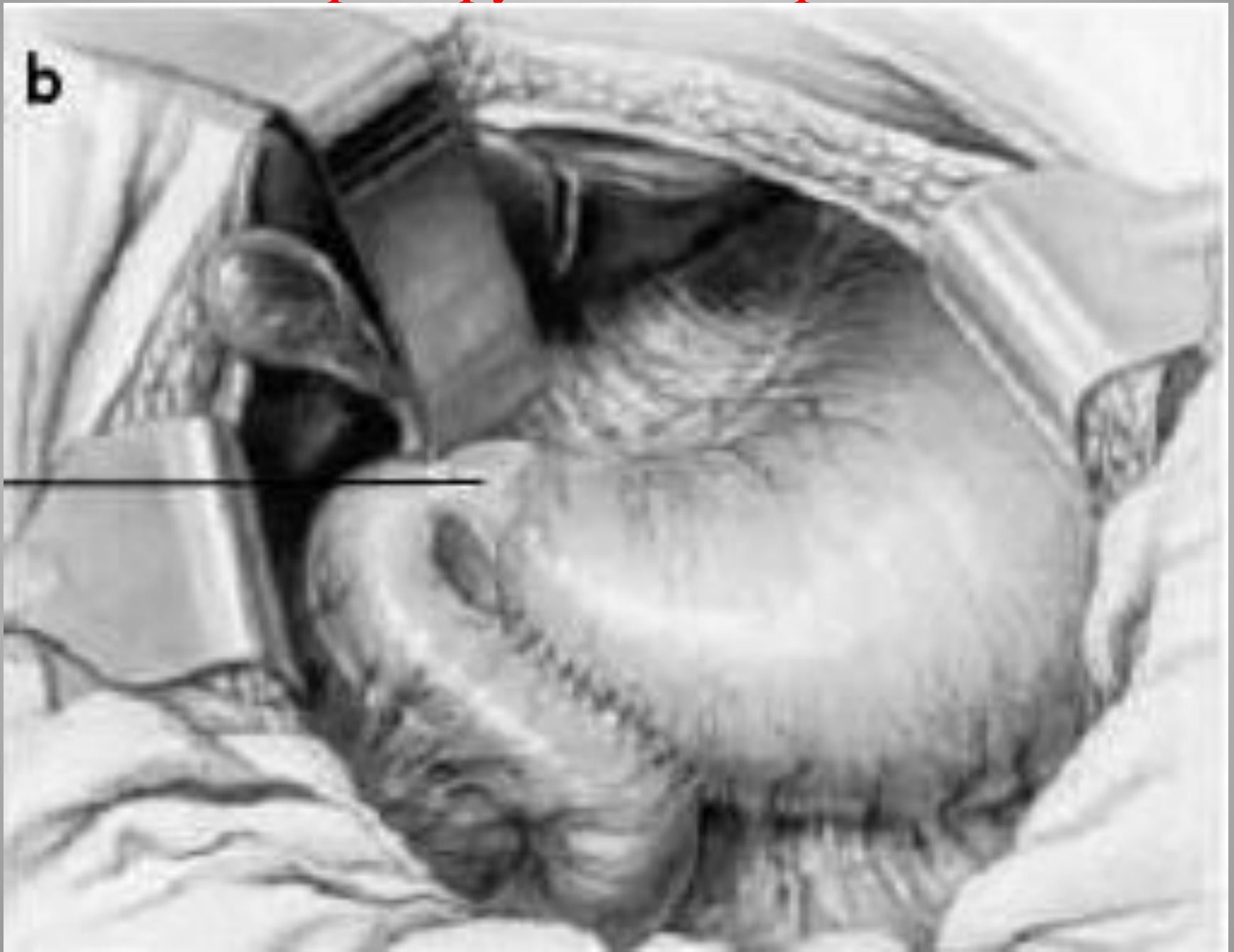
а



Дренирующие операции



Дренирующие операции



Дренирующие операции



Кровотечение

На первом месте среди причин смерти стоит кровотечение. Клиника его складывается из:

- 1) внешних проявлений;
- 2) реакции сердечно-сосудистой системы;
- 3) анемии

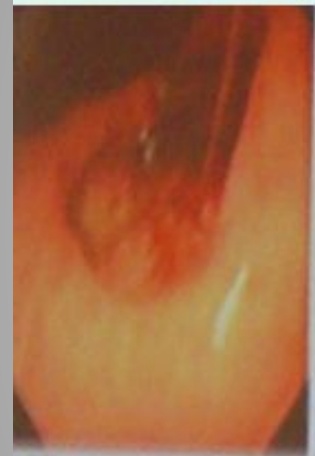
Смертельной считается кровопотеря свыше 50% ОЦК. Но это зависит от времени, за которое произошла такая кровопотеря.

Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью ДПК, отметил, что за последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение язвенной болезни вы заподозрили?
Какие срочные дополнительные исследования примените для подтверждения вашего предположения? Куда и каким способом вы отправите на лечение больного?

Больной на носилках доставлен в ОРИТ. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120. Начата инфузионная терапия, включающая противоязвенную, и выполнена срочная эндоскопия. Применен эндоскопический гемостаз.

Классификация кровотечений из пептических язв по Форресту



Forrest Ia



Forrest IIa



Forrest IIb

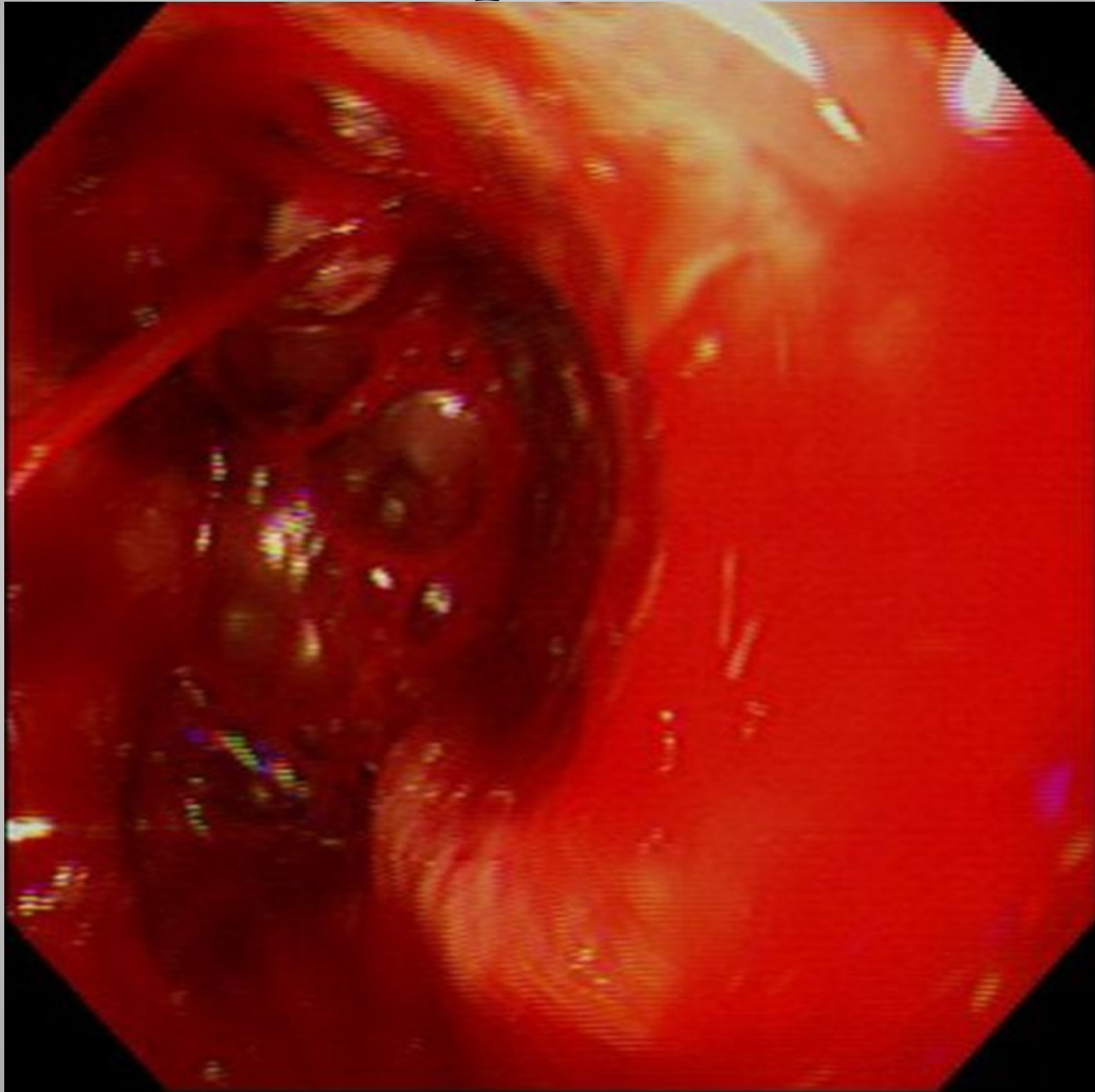


Forrest IIc



Forrest III

Форест ?



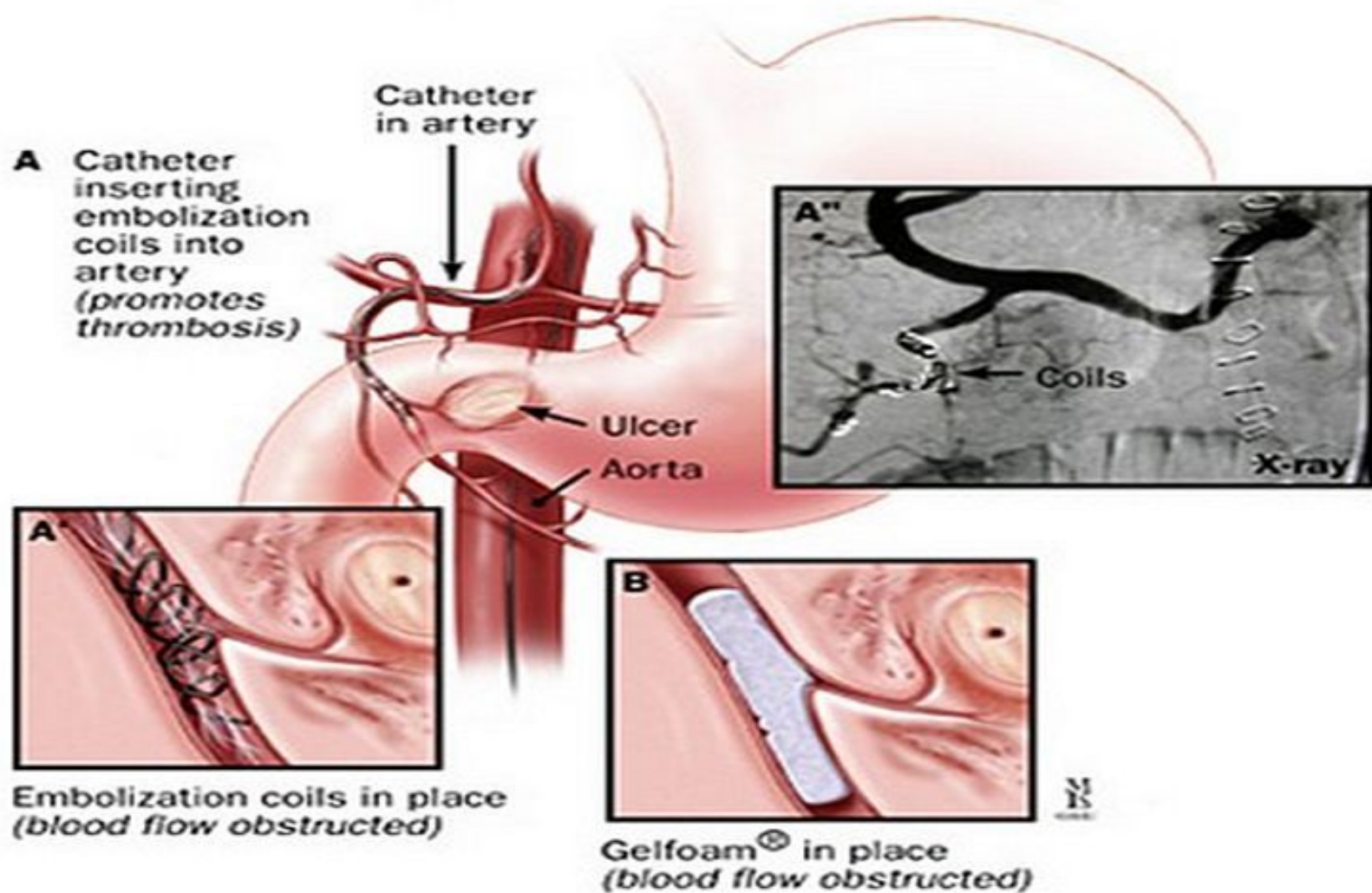
Кровотечение

При поступлении больному, в зависимости от устойчивости гемодинамики, необходимо провести либо инфузионную терапию, включающую противоязвенную и гемостатическую терапию, либо гастроскопию (введение зонда). Современные противоязвенные препараты должны вводиться внутривенно в течение не менее 2 суток (лучше 6!), после чего можно добавить те же препараты перорально.

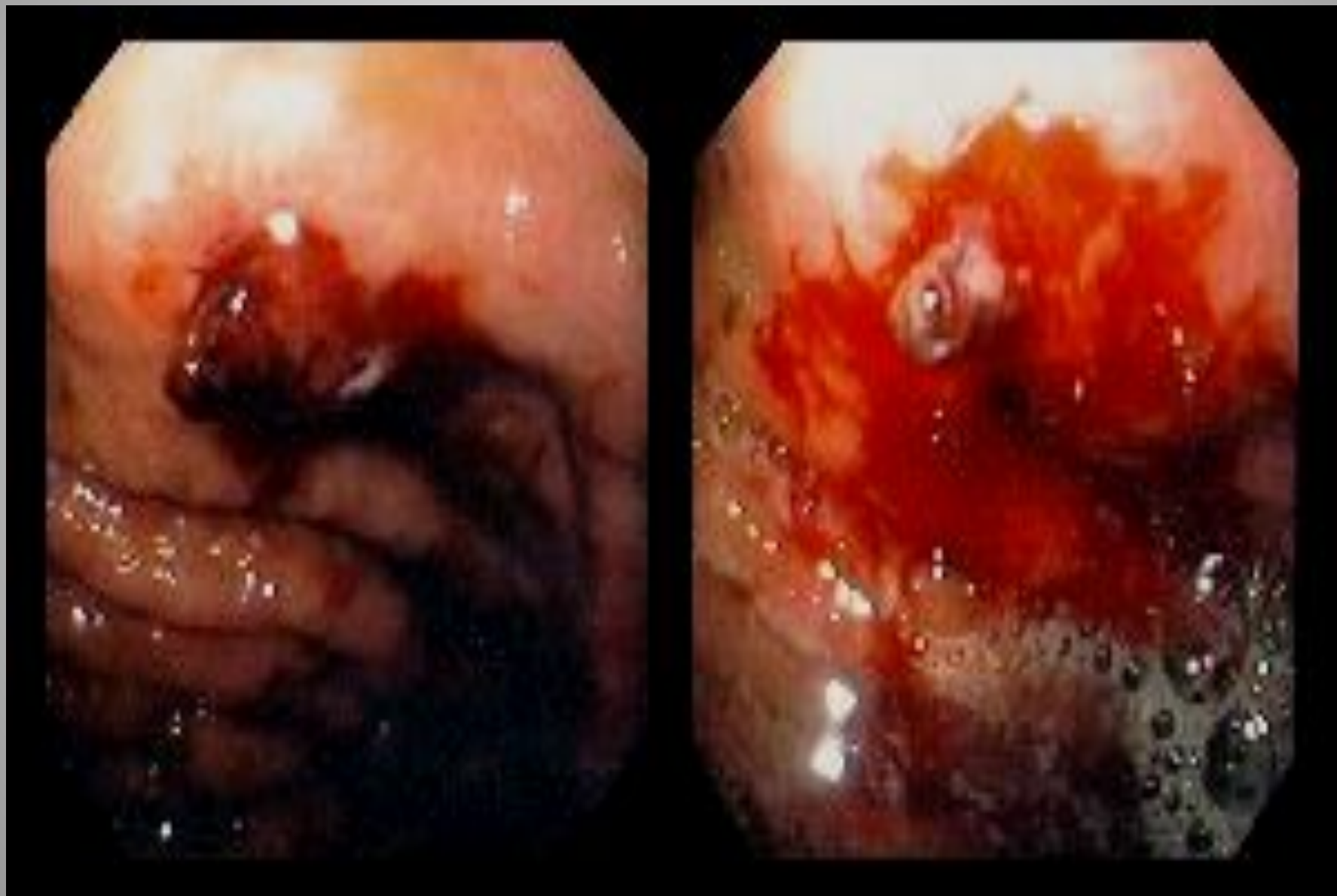
Эндовазальный гемостаз



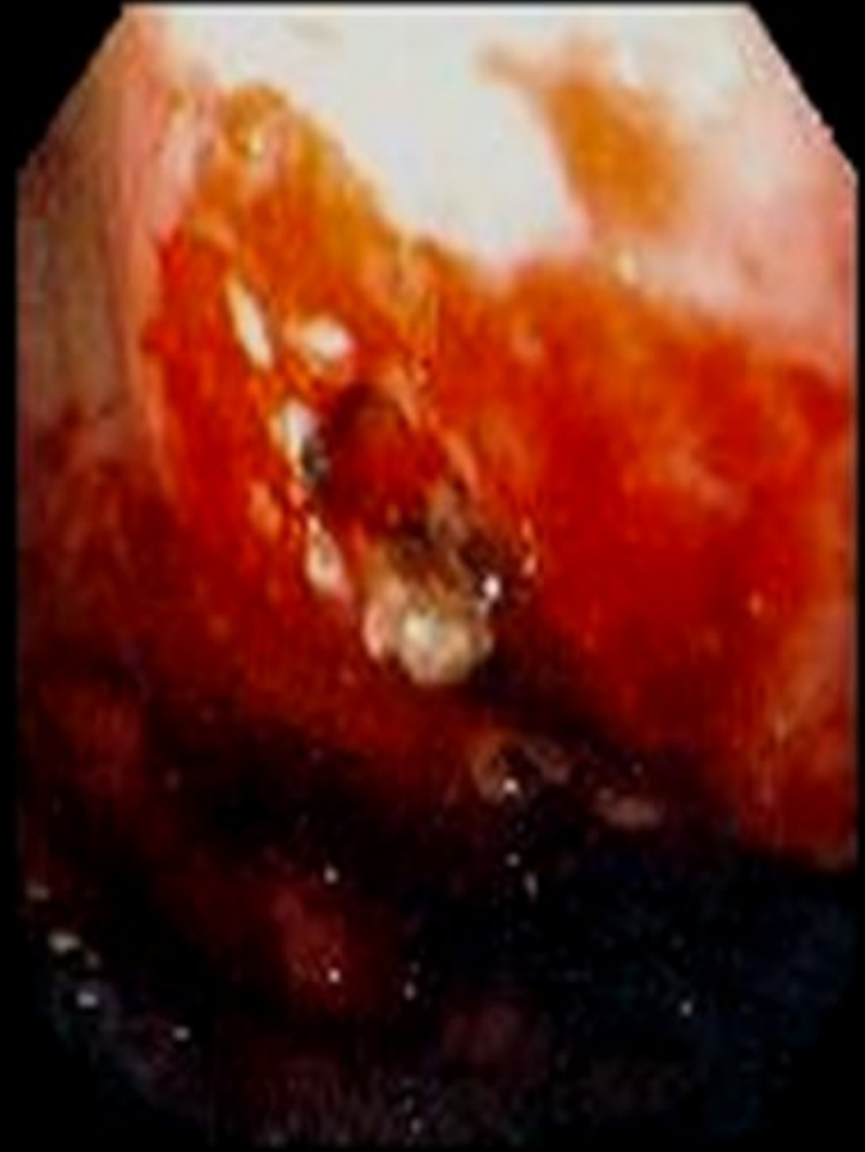
Endovascular embolization of bleeding artery



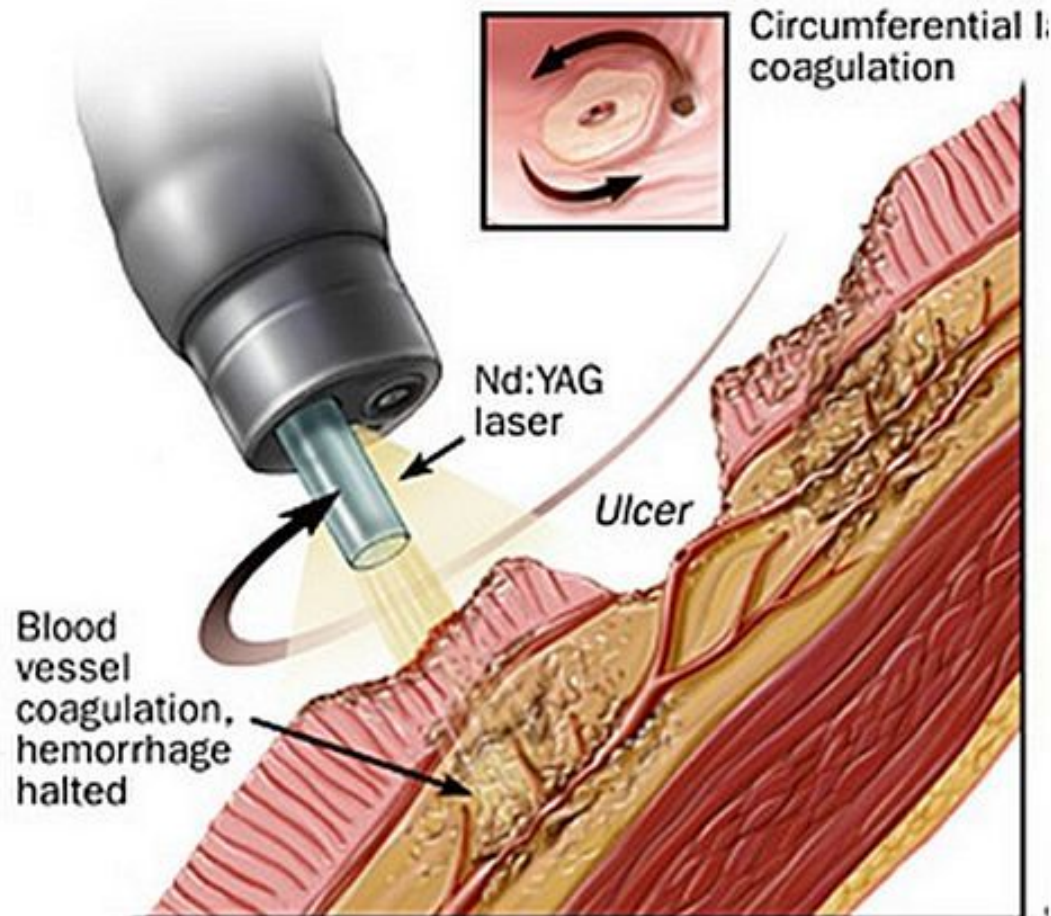
Термо- или электрокоагуляция



Термо- или электрокоагуляция



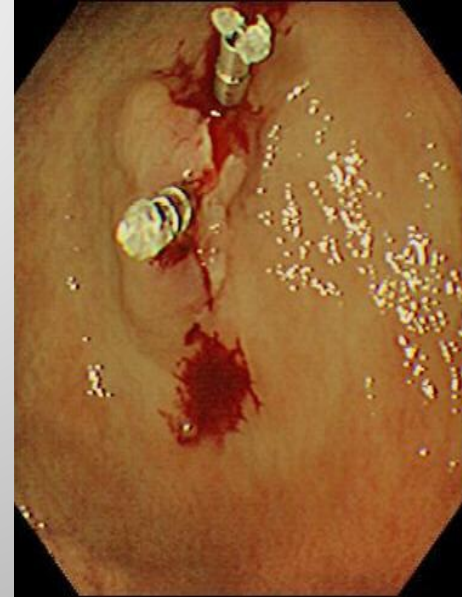
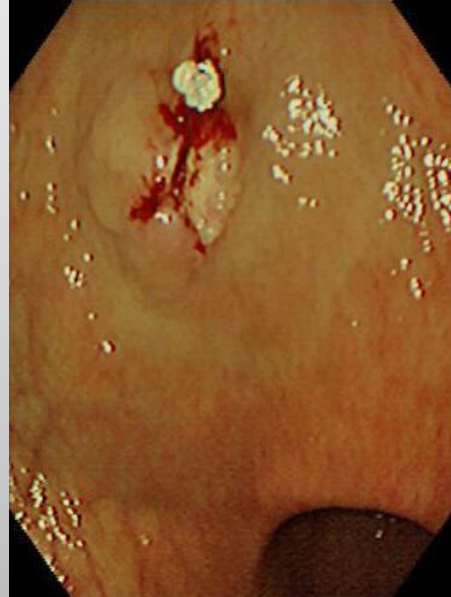
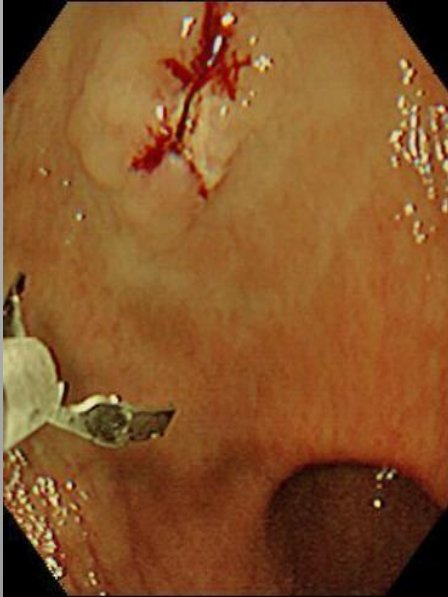
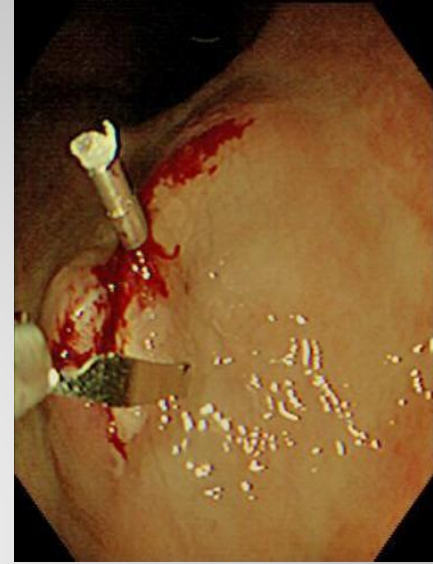
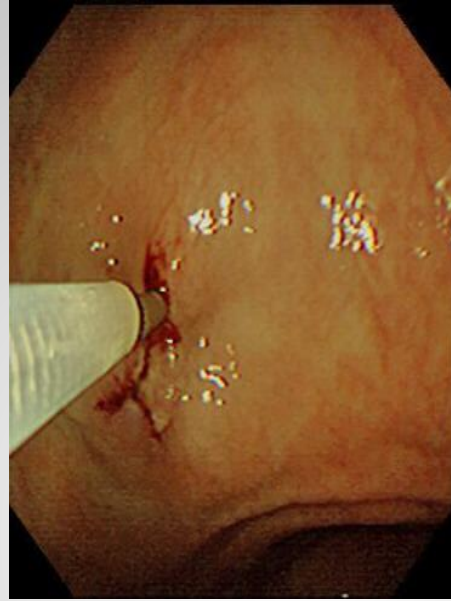
Non-operative haemostasis (endoscopic laser coagulation)



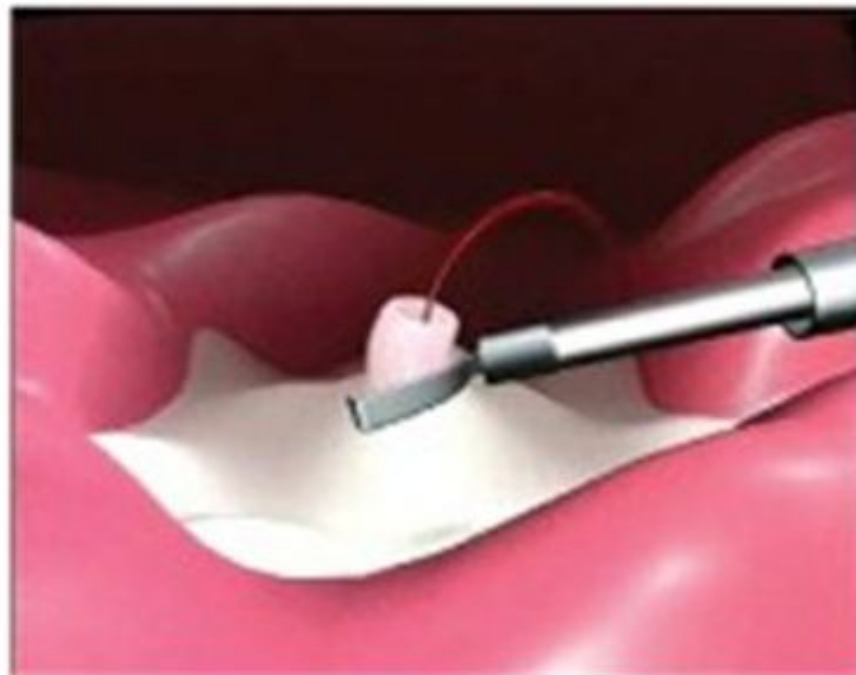
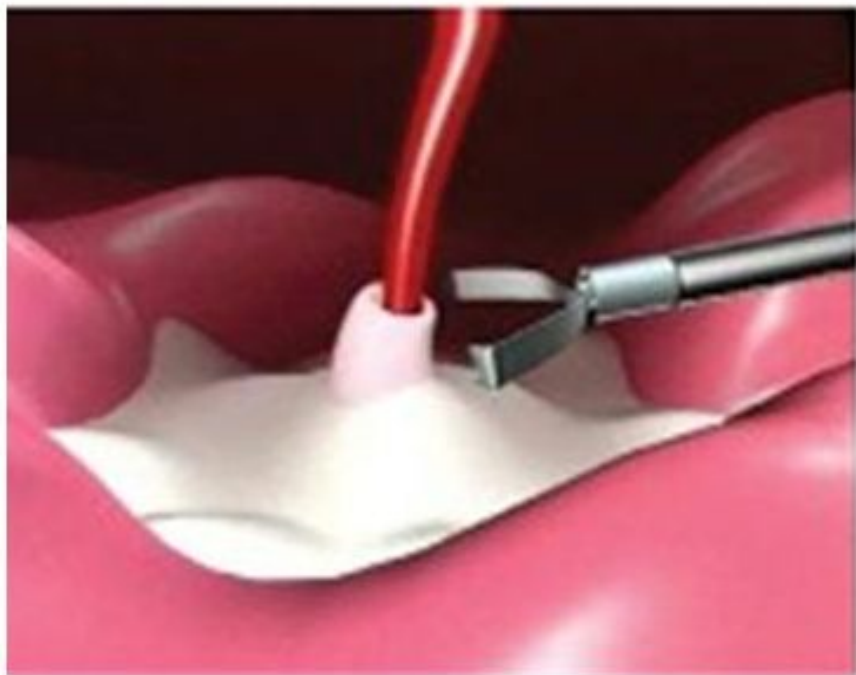
Аргоноплазменная коагуляция



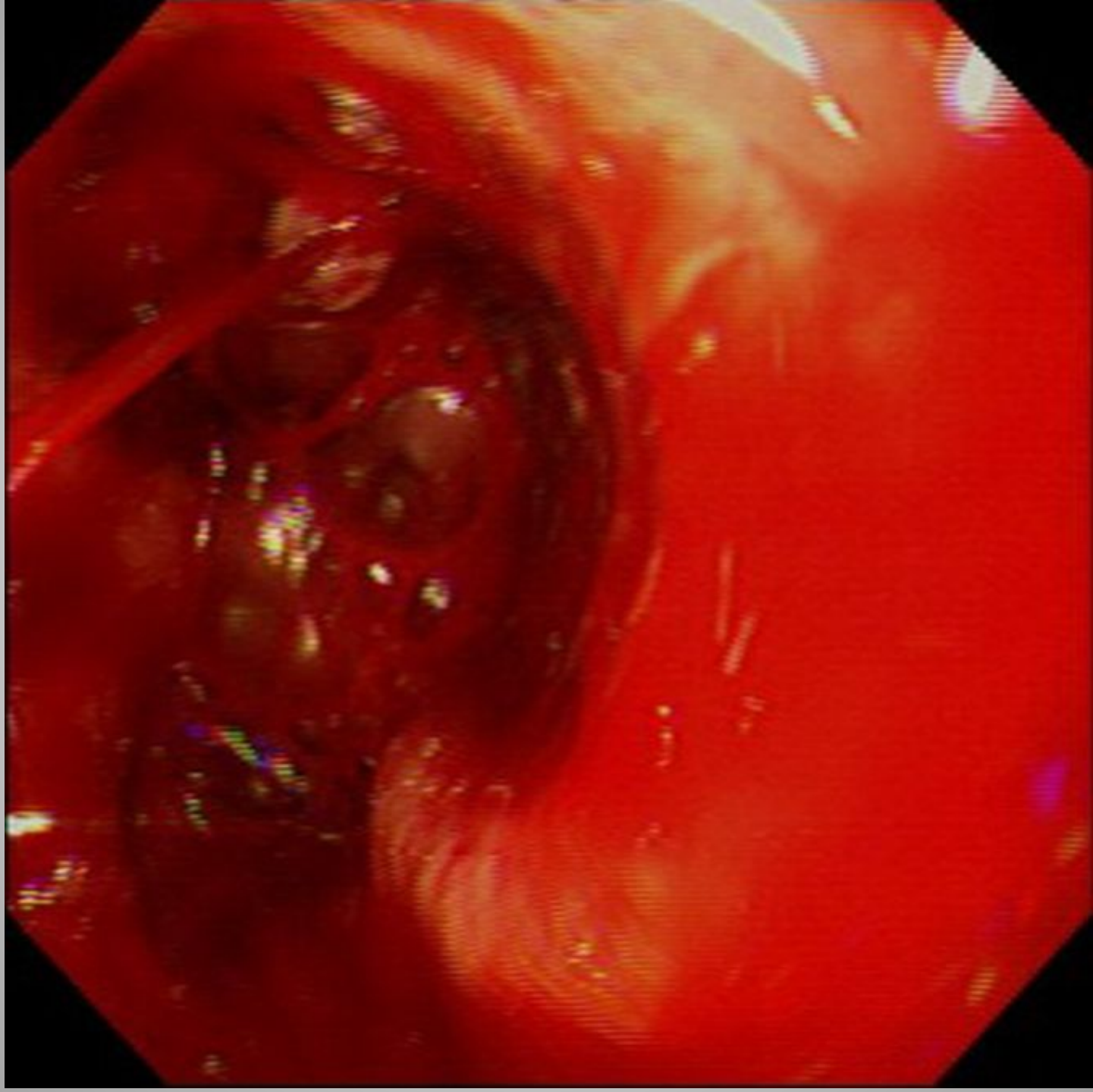
Клипирование



Клипирование



После применения эндоскопического гемостаза кровавая рвота прекратилась, гемоглобин поднялся с 60 до 108 г/л. Общее состояние улучшилось. Но через 12 часов вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин снизился до 93 г/л и затем до 58 г/л.



**Какова ваша
тактика в лече-
нии данного
больного?**

Кровотечение

Показания к операции основываются на основе факторов риска, эффективности медикаментозной терапии и эндоскопического гемостаза. К факторам риска относятся большой объем кровопотери, продолжающееся кровотечение, признаки кровотечения при гастроскопии (сгустки, алая кровь, тромбы в язве), большой размер или глубина язвы, тахикардия, хотя бы временное снижение АД, неустойчивый гемостаз в язве. Сочетание 4 таких признаков делает операцию показанной. Частота экстренных операций не должна превышать 10%.

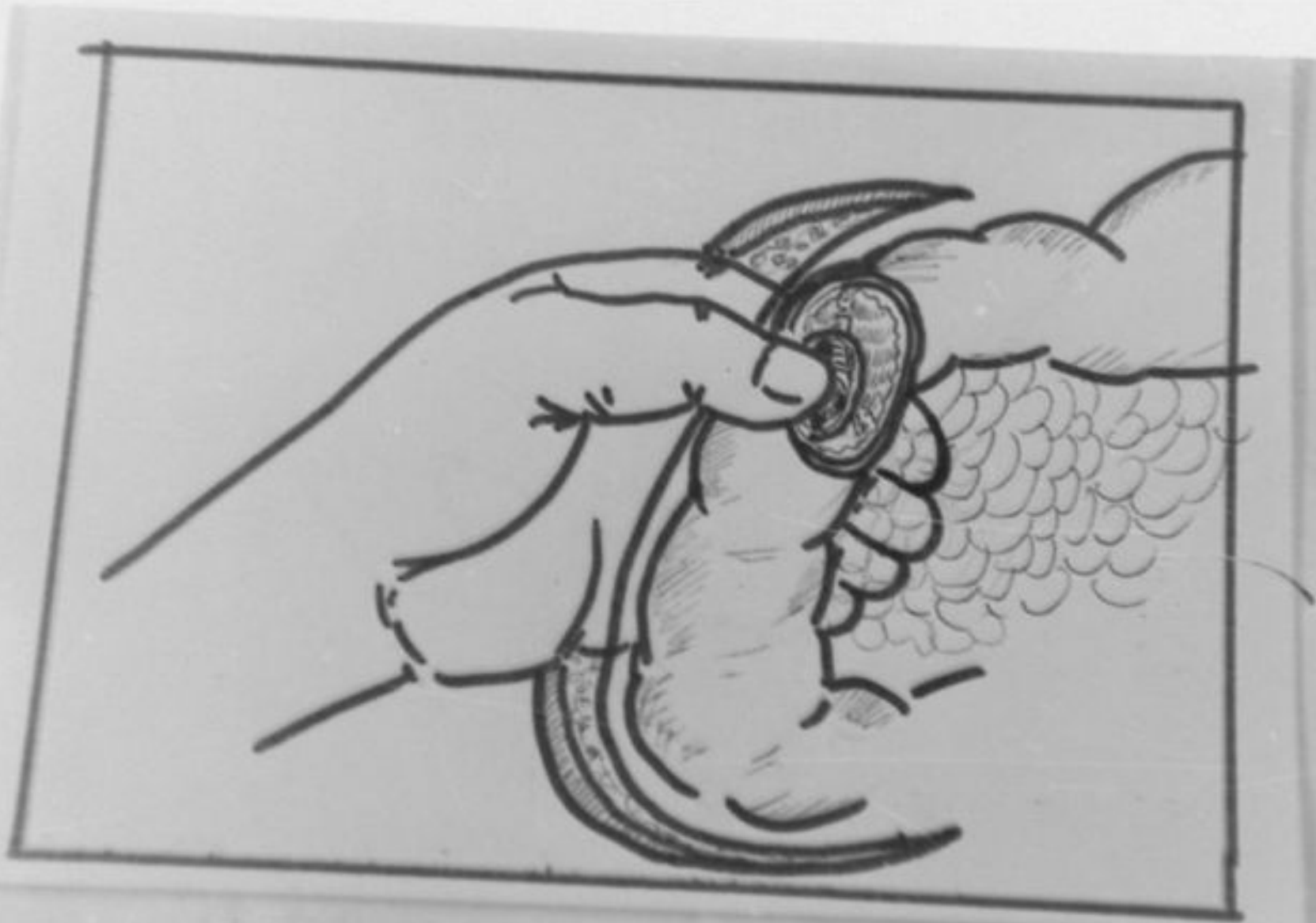
Кровотечение

Основным методом оперативного лечения мы считаем резекцию желудка, чаще по методике Б-1. Только у крайне тяжелых больных проводится прошивание или иссечение язвы. Прошивание или иссечение язвы, ваготомия и дренирующая операция применяются при язве двенадцатиперстной кишки.

Мобилизация ДПК по Кохеру



Остановка кровотечения из язвы



Правила прошивания язвы при кровотечении

правило трех лигатур

прошивание поперек сосуда, а не вдоль

провокация кровотечения перед окончанием

после выполнения

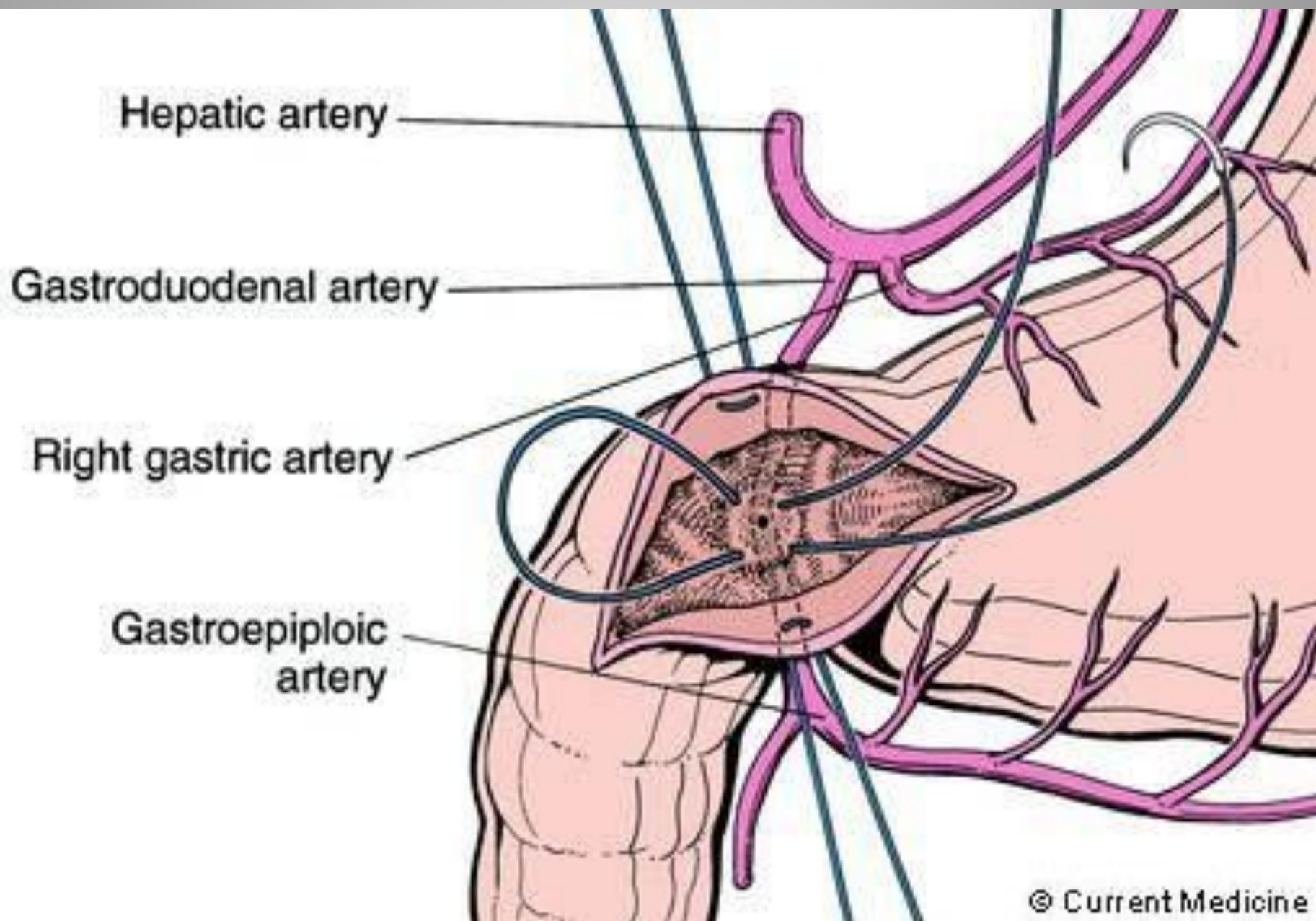
under-running производится

over-running

Правило трех лигатур



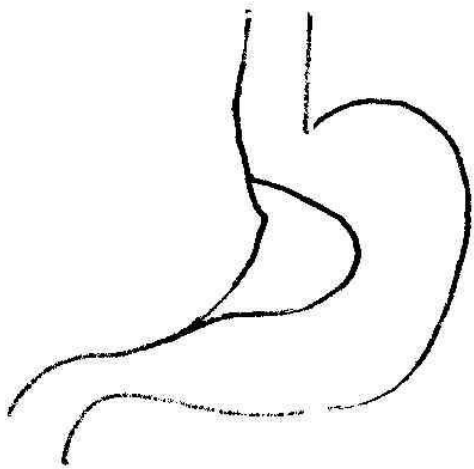
Прошивание язвы при кровотечении



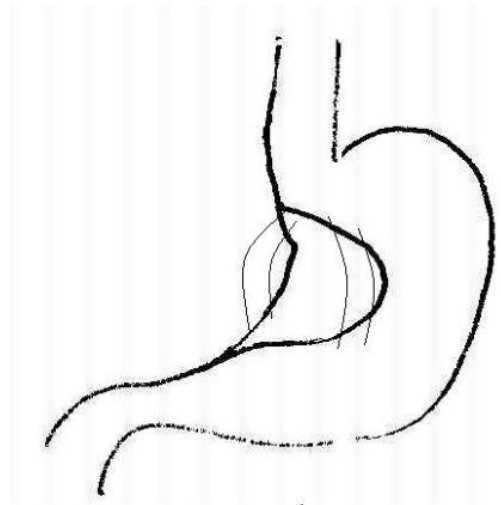
Операции с иссечением язвы и устранением связанных с ней осложнений

**Иссекать язву полностью!
Швы на желудок и кишку
накладывать вдоль оси,
сшивая переднюю стенку с
передней, а заднюю стенку с
задней. Осложнение при
нарушении этого правила -
расстройство эвакуации**

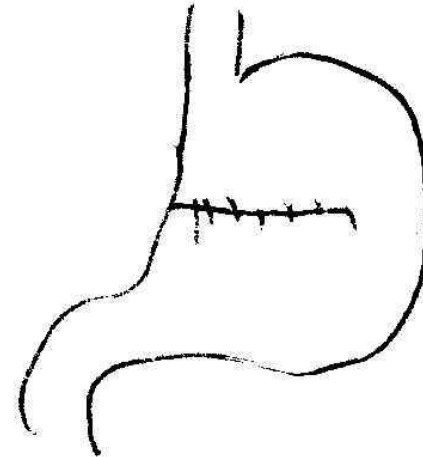
Иссечение гигантской язвы желудка



1



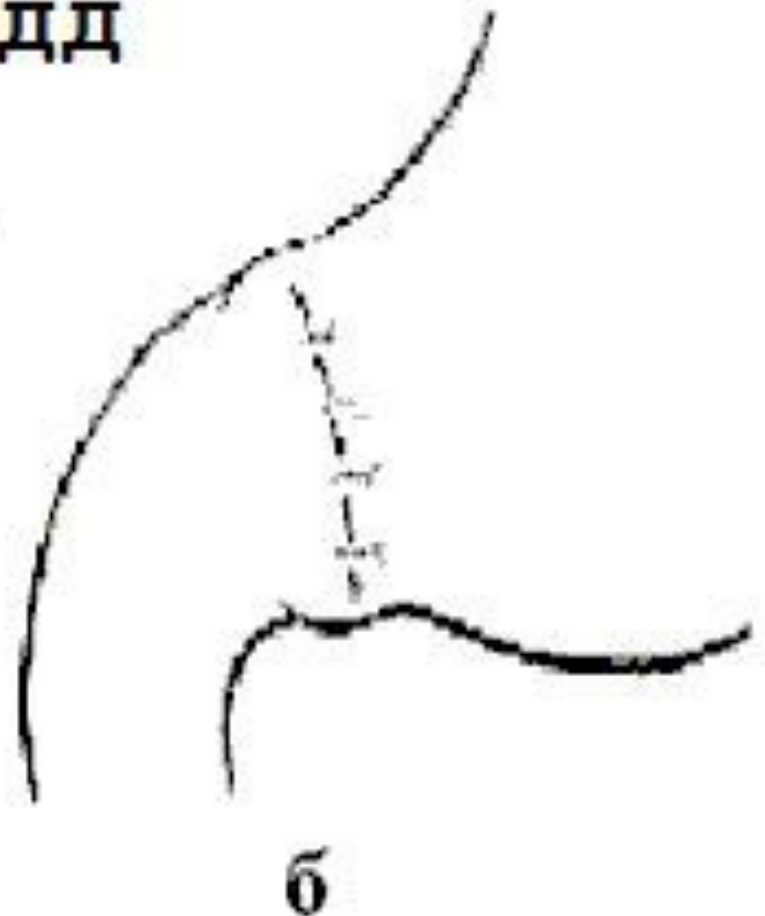
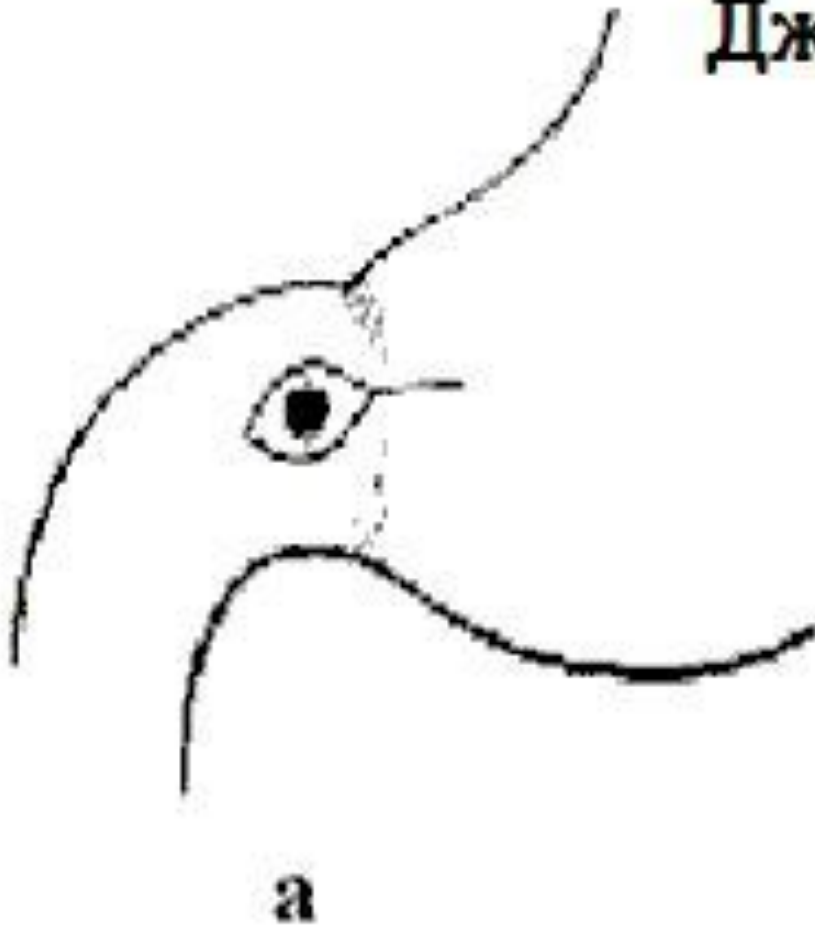
2



3

Операции с иссечением язвы и устранением связанных с ней осложнений

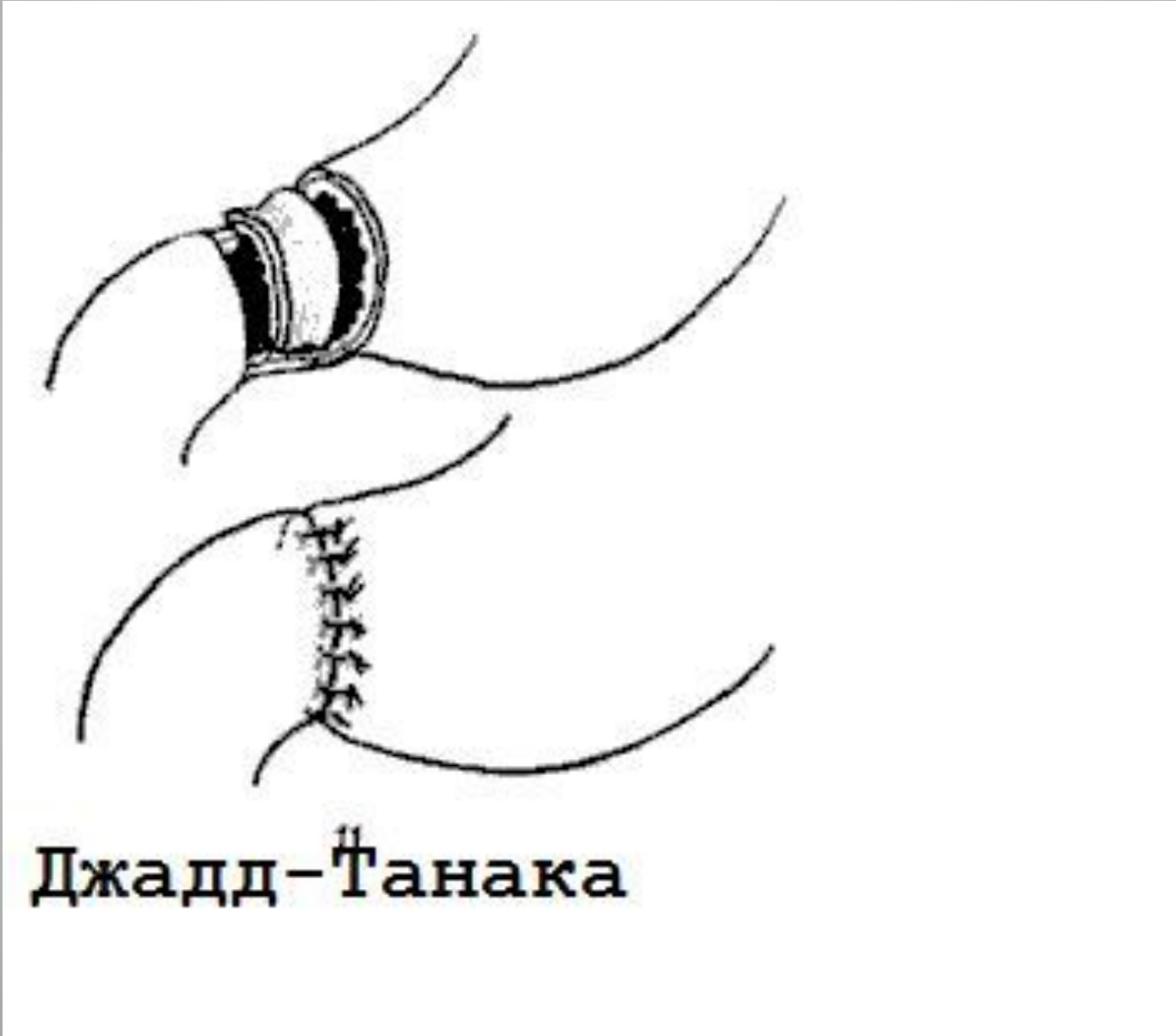
Джадд



Операции с иссечением язвы и устранением связанных с ней осложнений



Операции с иссечением язвы и устранением связанных с ней осложнений



Больной 25 лет жалуется на сильные боли по всему животу, появившиеся внезапно, 2 часа назад. Ранее беспокоили боли в эпигастрии, изжога. К врачам не обращался. Боится пошевелиться. Пульс 60. Справа, над печенью тимпанит. Живот напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Диагноз?

Что

делать?

Перфорация

Перфорация язвы - прорыв содержимого желудка или ДПК в полость брюшины или неограниченные клетчаточные пространства. Типичной считается триада Мондора:

- 1) боль - как от удара кинжалом - «кинжальная»;
- 2) напряжение живота - «доскообразное»;
- 3) язвенный анамнез

Перфорация

За счет проникновения в брюшную полость воздуха можно определить исчезновение печеночной тупости: при помощи сравнительной перкуссии справа и слева над реберными дугами определяется тимпанит справа. Его лучше определять в положении на левом боку.

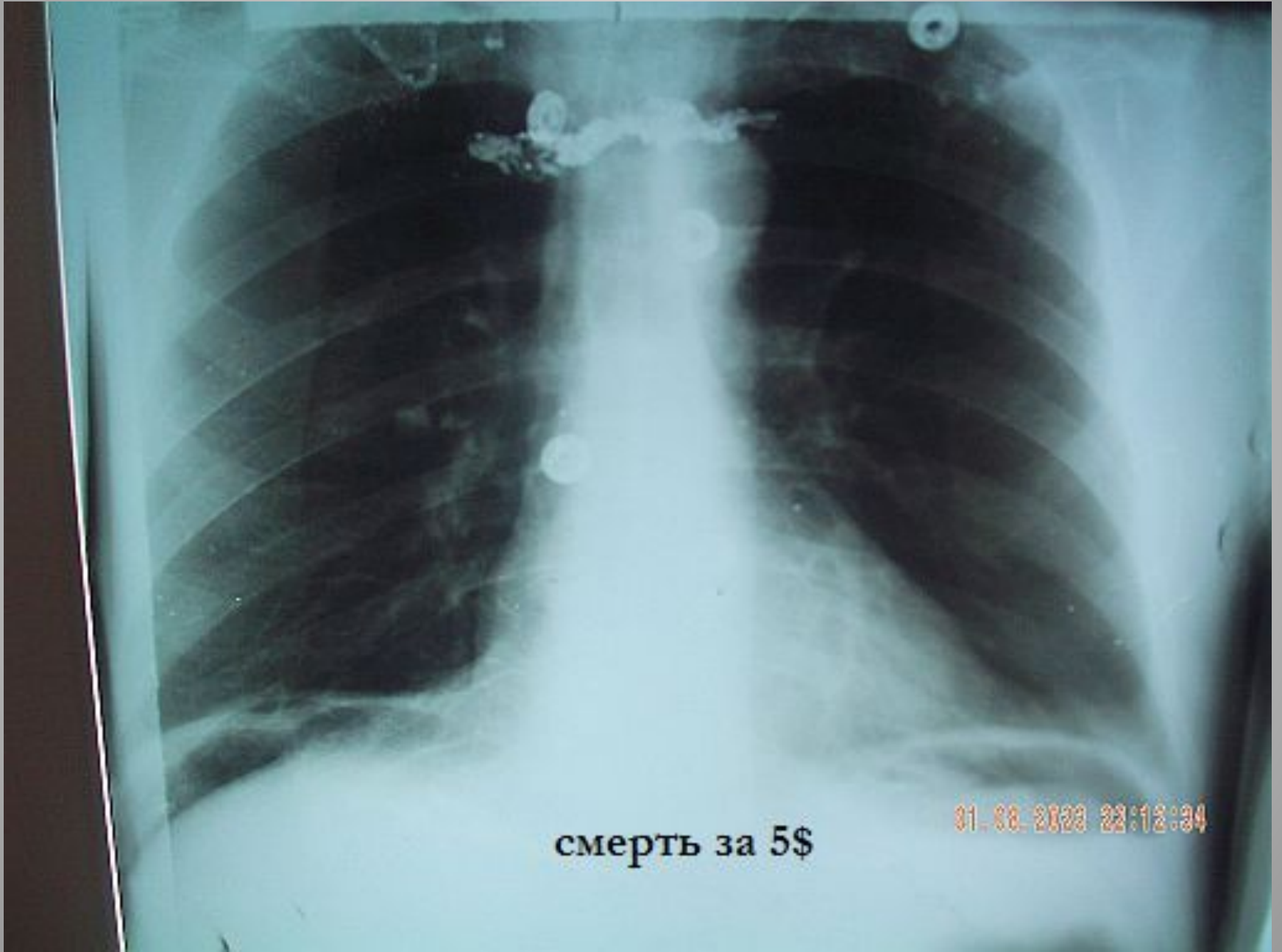
Перфорация

**Надежнее определить
свободный газ с по-
мощью обзорной рент-
генографии брюшной
полости в вертикальном
или горизонтальном по-
ложении**

Перфорация



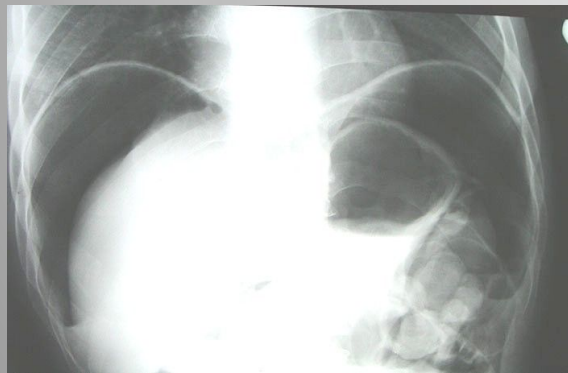
Перфорация



смерть за 5\$

01.08.2023 22:12:34

Перфорация – где-то ошибка?



Перфорация

Диагностике может помочь и гастроскопия с последующей рентгенографией (во время гастроскопии нагнетаемый газ выходит в брюшную полость). Стеkanie жидкого содержимого из желудка или ДПК по правому боковому каналу обуславливает появление симптома ДеКервена - притупление и напряжение в правой подвздошной области. Скопление жидкости и раздражение брюшины поддиафрагмальной области вызывает симптом Элекера - боль в правом надплечье, френикус-симптом. Естествен положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Перфорация

Все сказанное относится к первому периоду развития перитонита, называемому начальной, или реактивной, стадией.

К атипичным перфорациям относится прикрытая или двухмоментная перфорация, когда перфоративное отверстие сначала прикрывается сальником, печенью, окружающими органами. Больной может выздороветь. Но при нарушении герметизма возникает как бы второй момент - клиника типичной перфорации.

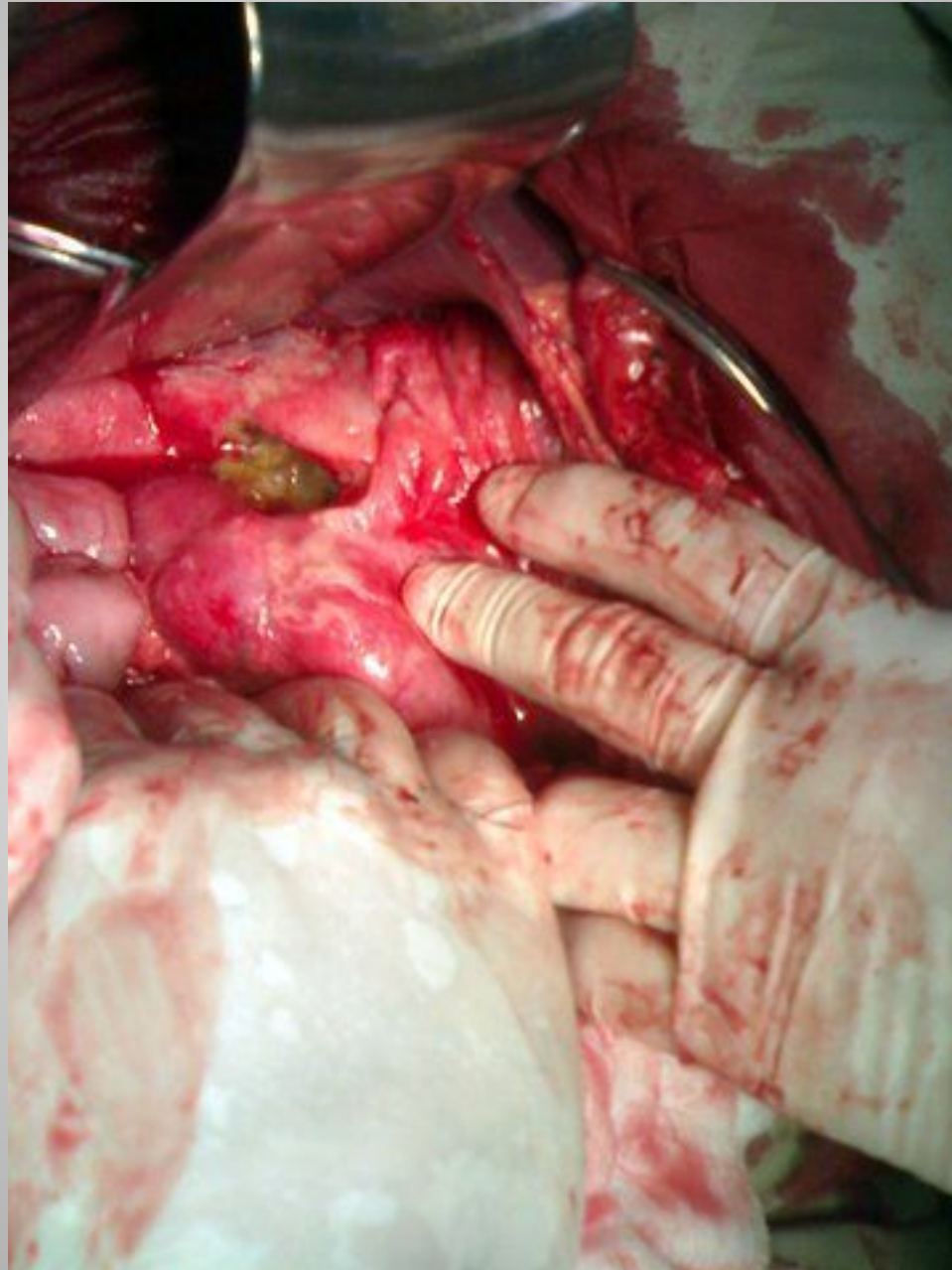
Перфорация

При перфорации задней стенки содержимое накапливается в сальниковой сумке и вызывает боль в эпигастрии, обычно принимаемую за панкреатит. Затем содержимое стекает через Винслово отверстие, чаще по правому боковому каналу. Это похоже на клинику острого аппендицита и дает повод к ошибкам.

Перфорация

Прободение между листками малого сальника приводит к распространению воздуха через клетчатку средостения в надключичные области и симулирует картину спонтанного пневмоторакса.

Перфорация



Перфорация

Основной операцией при прободной язве является шов прободного отверстия. Изучаются возможности лапароскопии. Только при ряде условий возможны резекция желудка или ваготомия. К ним относятся начальная стадия перитонита, ограничиваемая 6 часами, опыт хирурга, состояние больного, отсутствие технических трудностей операции.

Перфорация

Разрабатывается

методика

эндоскопического шва

с помощью

специальных клипс

OVESCO

Over the scope clipping

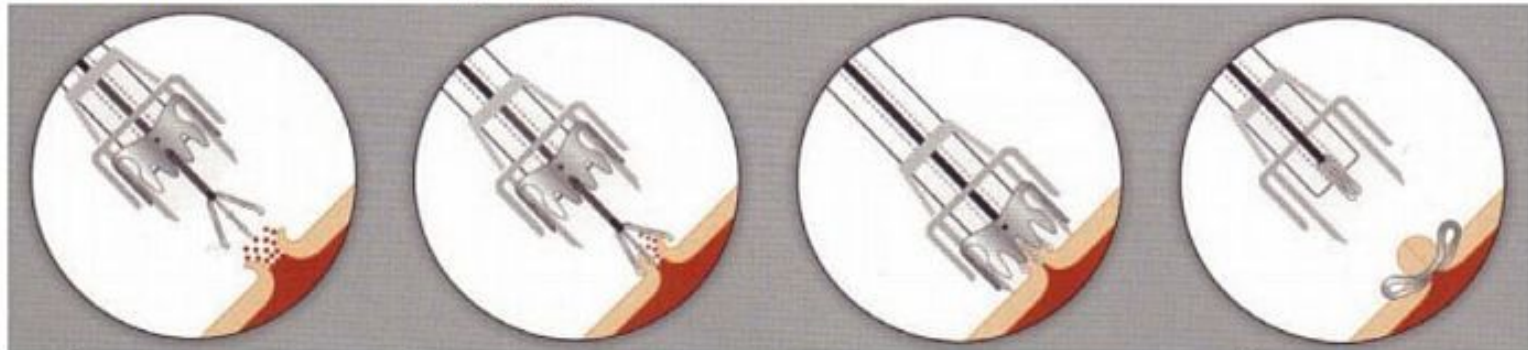


Клипсы OVESCO

*для эндоскопического ушивания
отверстия до 2 см в диаметре*

Система OTSC (Over-The-Scope-Clipping) – Клипса Поверх Эндоскопа

Схематическое описание процедуры:



Позиционирование над/на перфорацией

Выравнивание аппликатора, захват краев отверстия

Высвобождение клипсы

Клипса наложена, отверстие ушито

Область применения клипс OVESCO

- лечение кровотечений ЖКТ
- ушивание дефектов стенки ЖКТ
- ушивание отверстия доступа при NOTES

OTSC клипсы

выполнены из сплава *Нитинол*, имеющего свойство «памяти формы». После соскальзывания с аппликатора клипса смыкается на сведенных вместе краях отверстия. Выпускаются в травматичном и атравматическом вариантах.



Дополнительные принадлежности

Двойной граспер



Для захвата и аппроксимации одним инструментом двух стенок

Якорь



Для выравнивания гастроскопа над зоной прошивания

Дистрибьютор ООО «Интермедика». Нижний Новгород, 603005, ул.Семашко, дом 20.

Тел. (831) 419-62-38. Факс (831) 419-62-24. Интернет www.gimmi.ru/ovesco. Эл.почта: office@intermedica.nnov.ru

Название группы операций

шов перфоративного отверстия
при перфорации
(лапаротомически и
лапароскопически)

пластика перфоративного отверс-
тия сальником по Оппелю

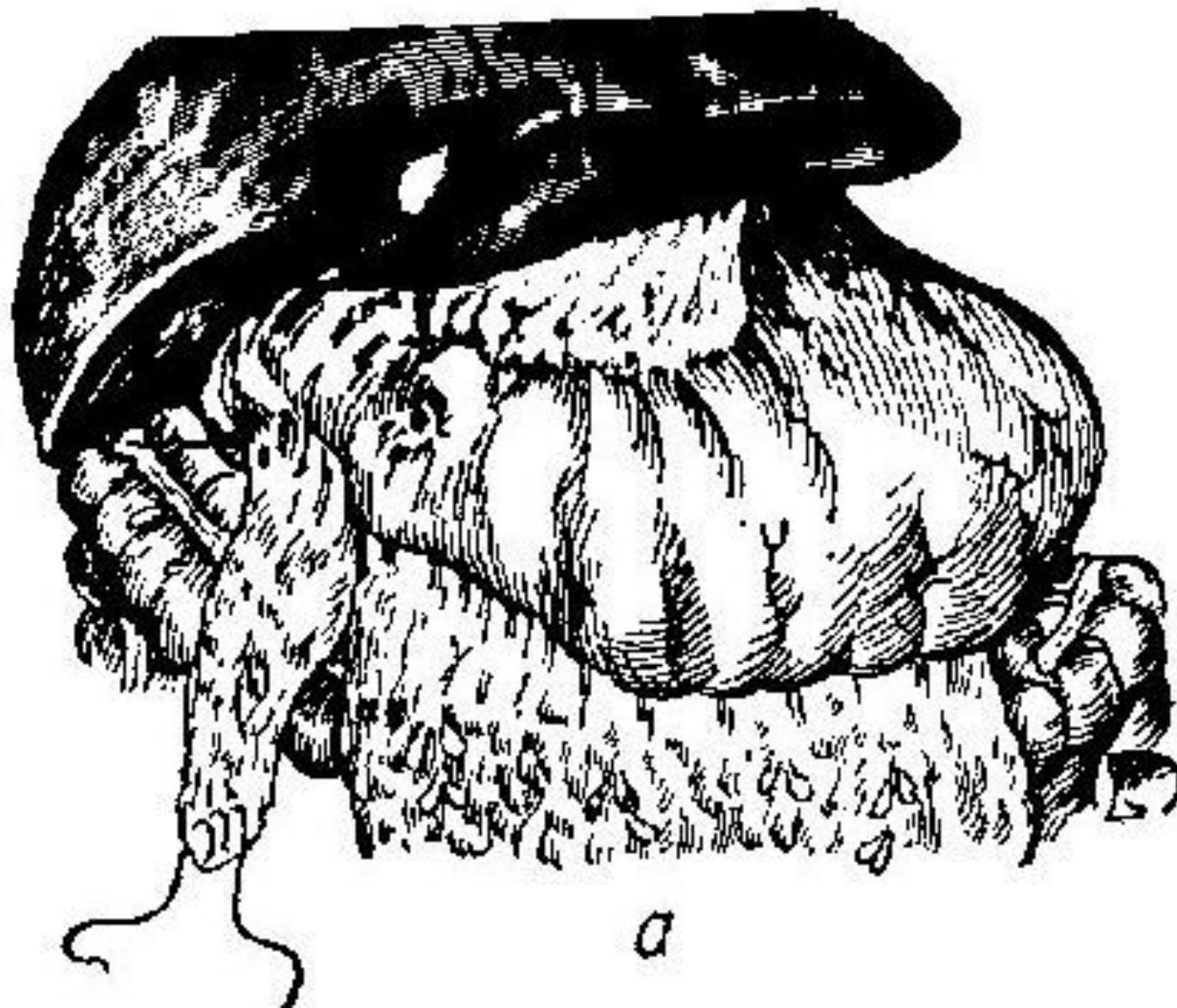
прошивание язвы при кровоте-
чении

дренирующие операции при
стенозе

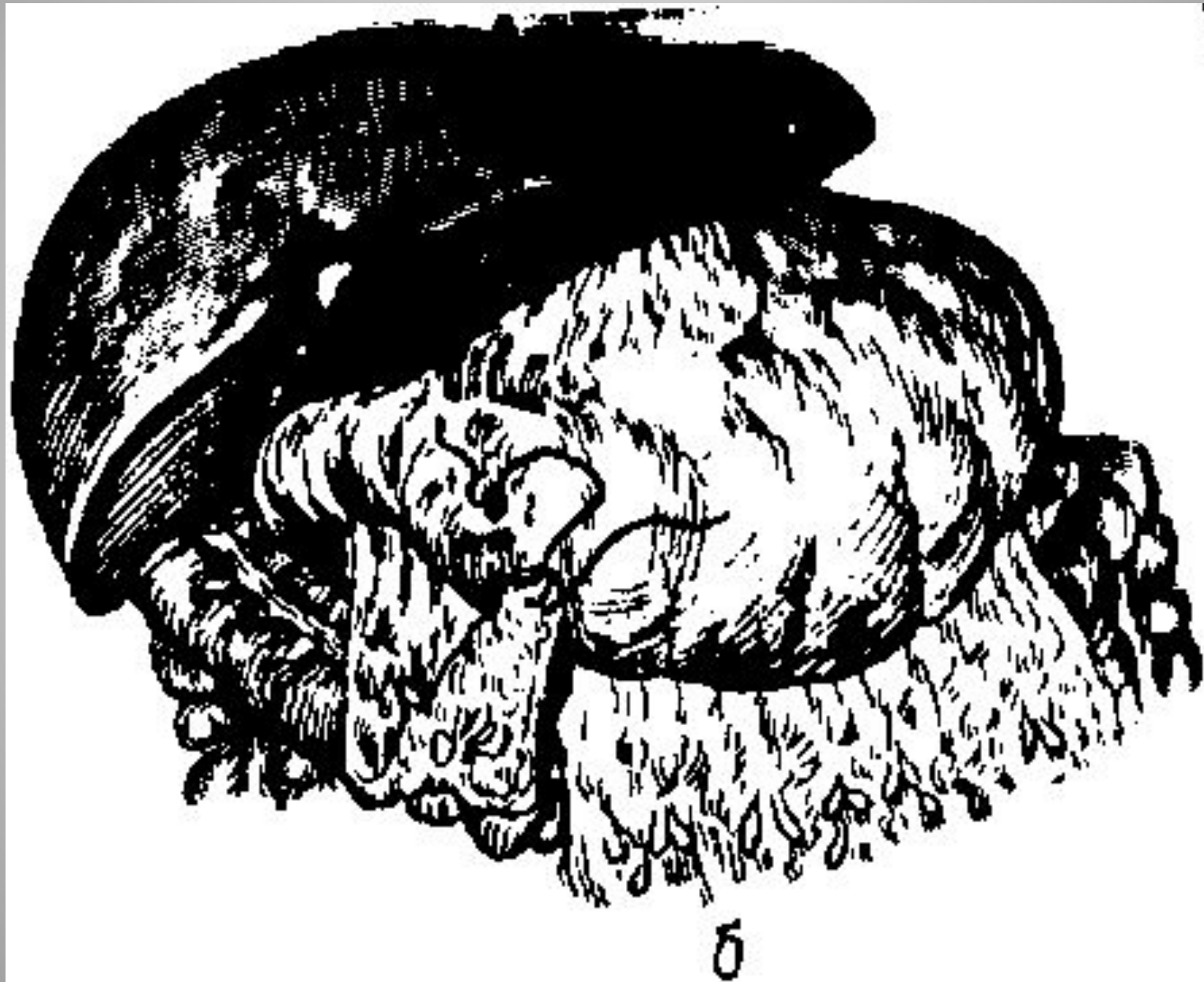
Правила зашивания перфоративного отверстия

- 1) герметичность, поэтому термин не «ушивание», а «зашивание»**
- 2) продольное направление вкола и выкола, чтобы не допустить сужения просвета; этому же служит прием зашивания перфорации на толстом желудочном зонде**
- 3) швы не должны проникать через все слои стенки желудка в его просвет. Операция не гарантирует от кровотечения в послеоперационном периоде**

Пластика сальником по Опелю-Поликарпову-Грэхему



Пластика сальником по Опелю-Поликарпову-Грэхему



Пластика сальником
по Опшелю-Поликарпову-Грэхему



Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-2-3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При гастроскопии и рентгеновском исследовании определяется глубокая язва, располагающаяся по задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка.

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако в течение последнего месяца больной отмечает ослабление болей в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

Почему изменился характер болей?

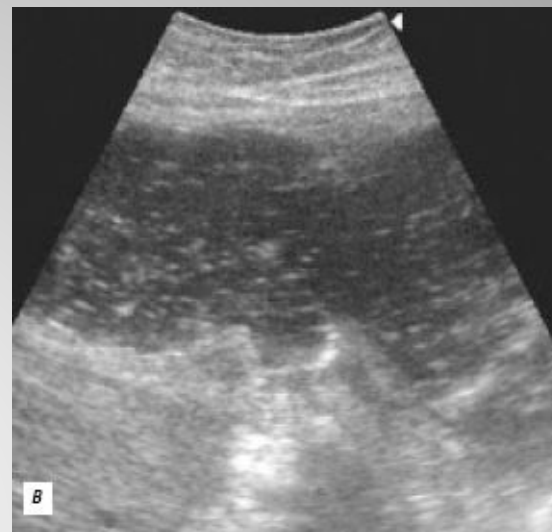
Какими исследованиями можно подтвердить свое предположение?

Как рекомендуется лечить больных?

Пенетрация - стадии

1. Между органами образуются спайки и фиброзное спаяние.
2. Язва проникает через все слои стенки желудка или ДПК.
3. Возникает свищ.

Эхоэндоскопия при пенетрирующей язве



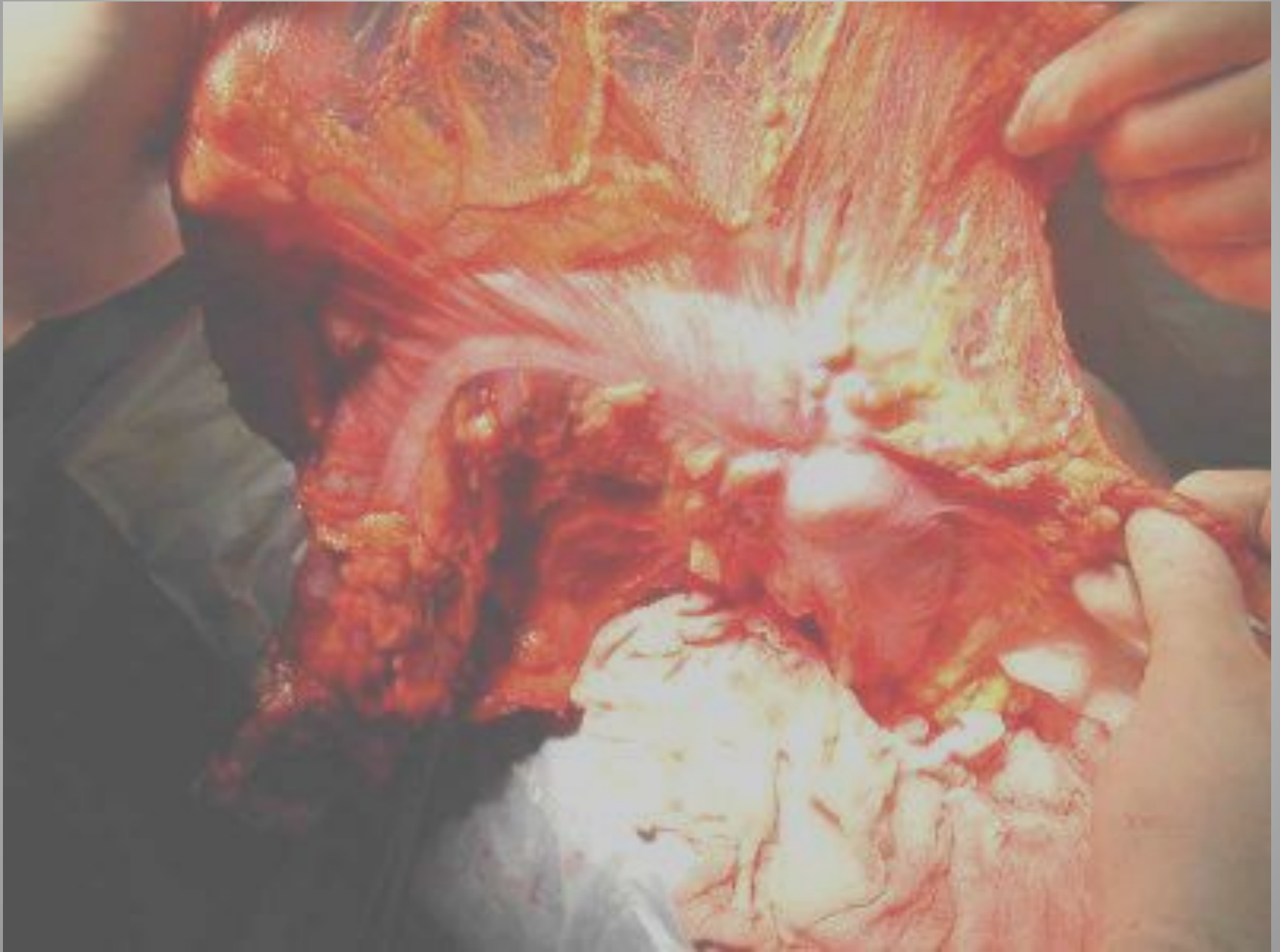
Пенетрация

Чаще всего пенетрирующие язвы проявляются в 1-2 стадии: кровотечением (что бывает чаще) или сильным болевым синдромом. У большинства больных язва пенетрирует в поджелудочную железу. При этом развивается сильный болевой синдром с иррадиацией в спину, позвоночник. Больные лечатся от остеохондроза. На время боль снимается с помощью НПВС, но на этом фоне язва прогрессирует. Боли могут носить опоясывающий характер, на высоте боли возможна рвота, может повыситься амилаза

Пенетрация

Пенетрация в толстую или тонкую кишку приводит к развитию внутренних свищей. Желудочно-ободочные свищи достаточно большого диаметра приводят к поносам, истощению, развитию алиментарной дистрофии. Особенно опасна отечная ее форма, когда развиваются отеки, увеличивается печень. Больных могут лечить от цирроза печени.

Пенетрация в поперечную кишку



Пенетрация

При пенетрации в желчные протоки или желчный пузырь сначала развивается клиника холангита (ознобы, небольшое увеличение печени, незначительная желтуха). В местах пенетрации формируются стриктуры, отчего может развиваться механическая желтуха. Впоследствии развиваются внутренние свищи, хронический холангит, может быть сепсис.

Пенетрация в переднюю брюшную стенку вызывает боль и напряжение, симулирующие перфорацию.

Пенетрация



Пенетрация язвы в переднюю брюшную стенку с образованием абсцесса и свища

Пенетрация

Пенетрация в крупные сосуды проходит стадии: бактериемия, сепсис, кровотечение, как правило, смертельное. Такое течение объясняется тем, что сначала образуется полупроницаемая оболочка, через которую проникают микробы.

Пенетрация

Операции при пенетрирующих язвах особенно трудны из-за резко выраженного спаечного процесса. Хорошим выходом из тяжелых ситуаций является оставление дна язвы на органе-мишени пенетрации. При пенетрации в крупные сосуды, в нижнюю полую вену, приходится ее брать на наружные или внутренние турникеты с помощью двух зондов Фогарти. Затем сосуд отделяют от пенетрирующего органа, чаще ДПК, и формируют сосудистый шов или перевязывают сосуд.

малигнизация

Малигнизация (озлокачествление) доброкачественной язвы является не таким частым осложнением язв желудка, как считалось ранее. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не распознанного инфильтративно-язвенного рака желудка. Диагностика малигнизации язвы не всегда оказывается простой. Клинически иногда удается отметить изменение течения язвенной болезни с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови выявляют анемию, повышенное СОЭ. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

Рак или язва?



Рак или язва?



Рак или язва?



Рак или язва?



**Спасибо за внимание
(тому, кто не спал)!**

