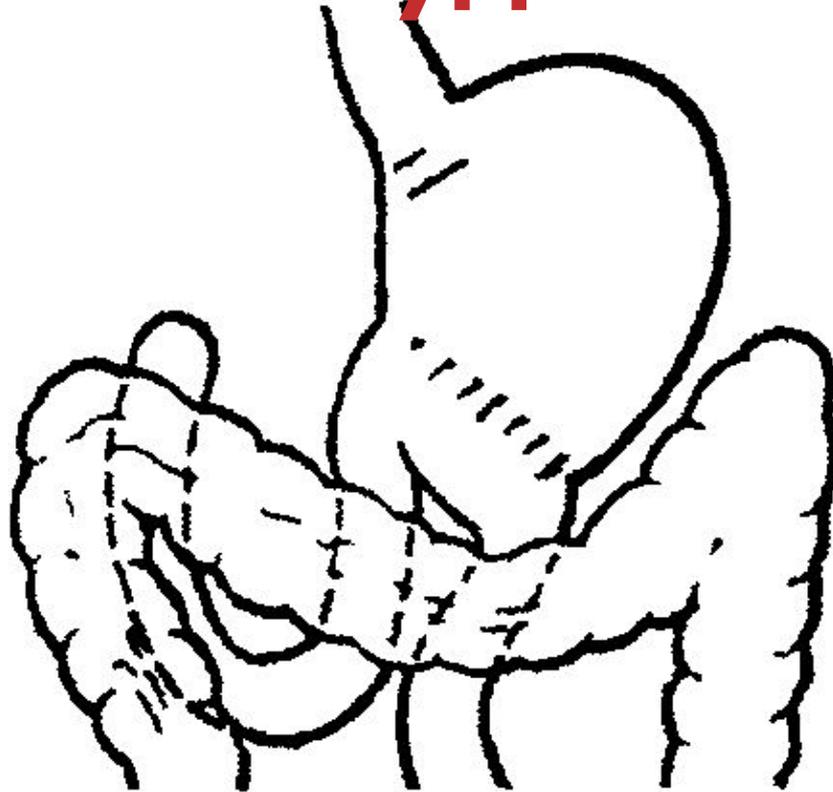


Болезни оперированного желудка



Профессор Юрий Владимирович
Плотников

План лекции

Причины повторных операций

История учения о болезнях после операций на желудке

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

Классификация

Осложнения после устранения

осложнений язвенной болезни и язвы

Осложнения гастроэнтероанастомоза

Осложнения ваготомии

Осложнения резекции желудка

Лечение синдрома Золлингера-

Элиссона

**Название лекции не
соответствует ее
содержанию**

**При заболевании любого
орга-на страдает весь
организм. Раз-личен фон,
предшествующий первой
операции, те показа-ния, по
которым была предпри-нята
операция на желудке.**

**Большинство из сказанного
относится к первой**

Зачем эта лекция?

Тема лекции родилась из необходимости делать повторные операции. Повторных операций не должно быть: одна операция - одна смерть, две операции - две смерти. Смысл лекции - показать причины повторных операций и, как говорил С.И.

Причины повторных

операций

Ни один хирург не испытывает желания оперировать больного повторно, особенно того, кого он оперировал в первый раз. Тем не менее, больные, оперированные неоднократно, встречаются нередко. Это объясняется не тем, что эти операции нужны часто, а тем, сколько приходится делать первичных операций. В бывшем СССР в год производилось до 60 тысяч резекций желудка. В то же время в США эта операция делалась значительно чаще.

Причины повторных

операций

Частота повторных

вме-шательств

меняется в за-

висимости от степени

внимания к ним

хирургов и прессы.

Если хирург де-лал эти

операции, это

указывало на его высо-

Причины повторных операций

Соответствующее освещение в прессе, особенно немедицинской, изменяет психологию больных, их количество резко увеличивается. Сейчас ещё не спал бум, связанный с экстрасенсами, ворожеями, астрологами. Такой же бум был поднят в конце шестидесятых годов XX века рядом хирургов, привлекавших

Синдром альбатроса

В хирургических гастроэнтерологических клиниках, в том числе и нашей, появилось огромное количество агрессивно настроенных на операцию психопатических личностей. Их настойчивость нередко приводила к тому, что многие из них были оперированы без особых показаний. Некоторые после технически сложных операций умерли. Исходя из современных

Синдром альбатроса



Опыт повторных операций

**Опыт клиники
включает более
150 операций. Это
позволяет нам
выразить соб-
ственное
отношение к этой**

После каких операций повторные вмешательства производятся чаще?

Первичные операции		Повторные операции	
Резекция желудка	60%	После резекции желудка	30%
прочие	40%	после прочих	70%
всего	100%	всего	100%

Причины повторных операций

Из этой таблицы видно, что основную часть проблемы составляет не столько постгастроре-зекционный синдром, сколько состояния после операций пер-вой и второй группы. Это операции, направленные на лечение осложнений язвы и самой язвы, но не на лечение язвен-ной болезни.

Причины повторных операций

**Стремление терапевтов любым путем избежать оперативного вмешательства (о показаниях к операции мы говорили на 4 курсе).
Возникающие в связи с рецидивированием и рубцева-нием язв морфологические изменения органов**

Стремление избежать

операцию

Пример. Больной лечится 10 лет по по-воду язвы. Возникает перфорация. Име-ются выраженные морфологические из-менения. Ввиду позднего поступления произведен шов прободного отверстия. Теперь больной обречен на повторную операцию, хотя до перфорации можно было бы обойтись только одним вмеша-тельством.



Стремление избежать операцию

В годы славы новых чудодейственных ле-карств: смесь Бурже, препараты висмута, сейчас это ИПП и антигеликобактерная терапия, уменьшается количество плано-вых операций, а число экстренных, в том числе лапароскопических, увеличивается. Соответственно, позже увеличивается и число повторных операций. "Микроб-именинник", как называли *Helicobacter pylori*, объясняет, почему после резекции желудка осложнений меньше, чем после всех других, включая ваготомию. Эради-

Стремление избежать

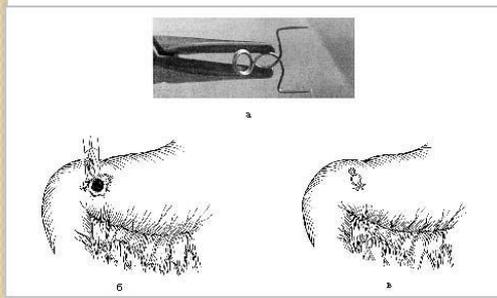
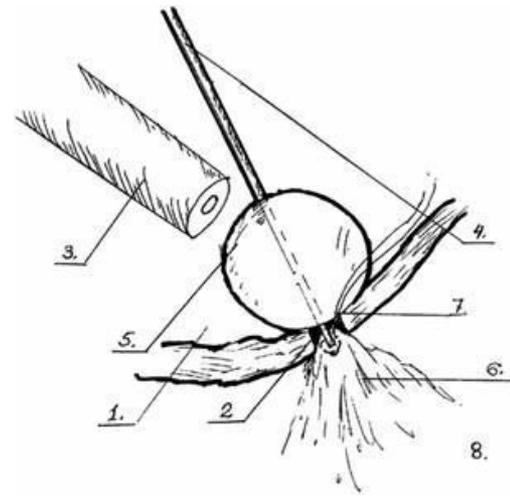
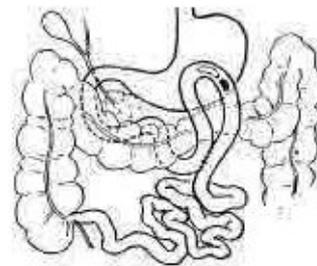
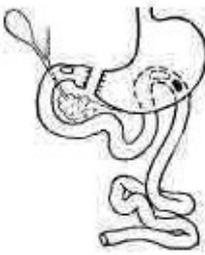
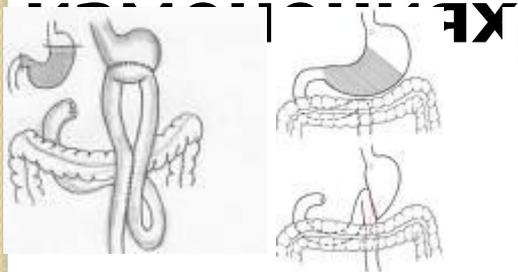
операцию
«Полный простонародный русский
лечебник» (Санкт-Петербург,
1787): «Для истребления кислоты
желудка должно давать в порошке
пережжен-ный мел с пряными
кореньями». Смесь Бурже:

сульфата
натрия 2,0
фосфата
натрия 4,0
бикарбоната натрия 8,0



Неудачный выбор лечения

Сюда относятся требования выполнять либо обширные операции, приводящие к срыву компенсации, либо стремление делать только операции первой и второй группы (устранение осложнений или только язвы). Сюда относится и лапароскопический шов перфоративного отверстия при выраженных морфологических

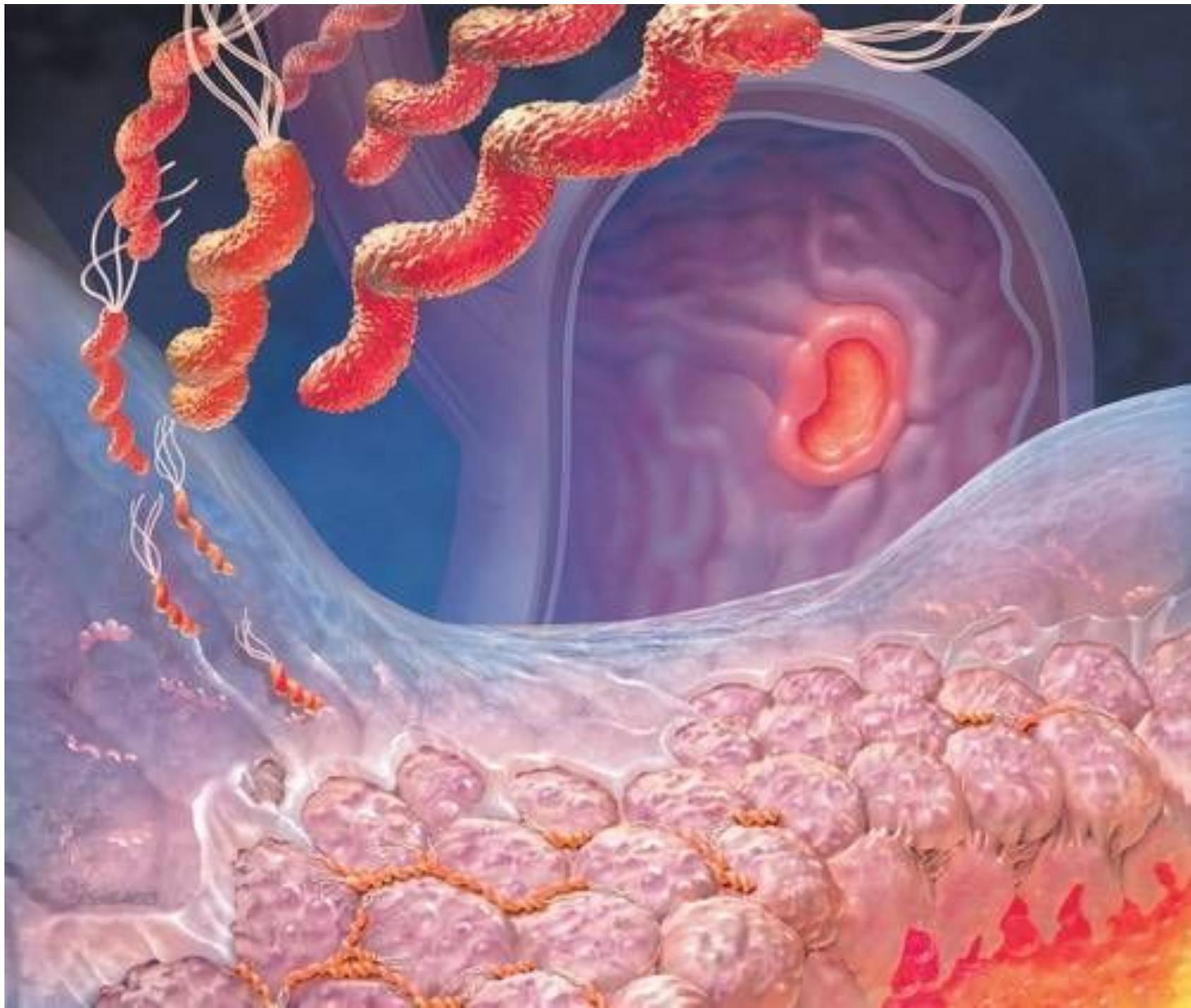


Неудачный выбор лечения

В последние годы особое внимание уделяется *Helicobacter pylori*.

Считается, что он является одним из виновников и болезней оперированного желудка. Поэтому перед решением об оперативном вмешательстве по относительным показаниям (если, конечно, не идет речь об остром осложнении или стенозе) больной должен лечиться в терапевтической, желательнее, гастроэнтерологической клинике, до полной эрадикации микроба.





История учения о болезнях оперированного желудка

Понятие "резекционная болезнь" введено Конечным в 1932 году. В 1939 году на 24 съезде хирургов СССР это был программ-ный вопрос. Выступили терапевты Певзнер и Гордон. Они свели проблему к недоста-точности компенсаторных процессов. Раз так - надо полностью отказаться от резекции желудка в пользу ваготомии, надо уменьшать объем резецируемой части же-лудка, делать антрумэктомию. Но вагото-мия имеет свои отрицательные стороны, а уменьшение объема резекции желудка привело к резкому увеличению числа послеоперационных

История учения о болезнях оперированного желудка

Другая, противоположная, точка зрения – не-достаточен объем резекции желудка (Г.Фин-стерер, С.С.Юдин). Но именно после обшир-ных резекций чаще уменьшается возмоз-ность компенсации. Выходом из положения казалась выработка четких критериев достаточности резекции желудка. А.И. Горбашко предложил определять его по сосудам желуд-ка. Другие предложения - по границе гастри-новой (щелочной) зоны, и др.

Третья точка зрения - дело в неправильной технике операции (А.А. Русанов). Но умер А.А.Русанов, умер его выдающийся ученик А.И.Горбашко. Кто

История учения о болезнях оперированного желудка
Е.Л.Березов (хирург) и А.Д.Рыбинский (рентгенолог),
отдыхая и работая в
Пятигорске, наблюдали много
подобных больных. Обобщение
этих исследований освещено в их
моно-графии "Болезни
оперированного желудка" (1940).
Отсюда название лекции. Термин
"агастральная астенция"
предложен в 1949 году Б.А.Бу-
саловым. Он же и Ю.Т.
Кемперовский выдвинули и другие

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

Термин "демпинг-синдром" для болезней после резекции желудка предложили Джильберт и Данлоп в 1947 году. Это явление отмечается и у здоровых людей после приема большого количества сахара, глюкозы, молока. Но чаще он возникает после резекции желудка.

Демпинг-синдром развивается уже в первые месяцы после операции, со временем имеет тенденцию к незначительному

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

Демпинг-синдром встречается у 25-45% больных после резекции желудка. На его развитие влияют пол (у женщин - до 100%), локализация язвы (дуоденальная язва - 75%), объём резекции (чем обширнее - тем чаще и тяжелее), вид резекции (при Бильрот-2 в 2-3 раза чаще, чем при Бильрот-1). Наиболее ярко демпинг-синдром проявляется после приёма в пищу молочных и сладких блюд. Характерны слабость, потливость, головокружение, сердцебиения, урчание в животе, поносы, реже тошнота и рвота. В тяжёлых случаях – об-мороки и потеря сознания. На высоте демпинг-атаки -

**Различают ран-
ний (первые
30-40 мин) и
позд-ний
(через 2-3 часа)**

ДЕМПИНГ-

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

У ваготоников появляется бра-дикардия, они бледнеют, у них снижается АД. У симпатикото-ников происходит все наобо-рот: возникает тахикардия, покраснение кожи, повышение АД. Ухудшается ЭКГ, уменьша-ется объем циркулирующей крови.

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

Патогенез синдрома сложен и до конца не выяснен.

Существует множество

теорий, объясняющих

происхождение демпинг-

синдрома: механичес-кая,

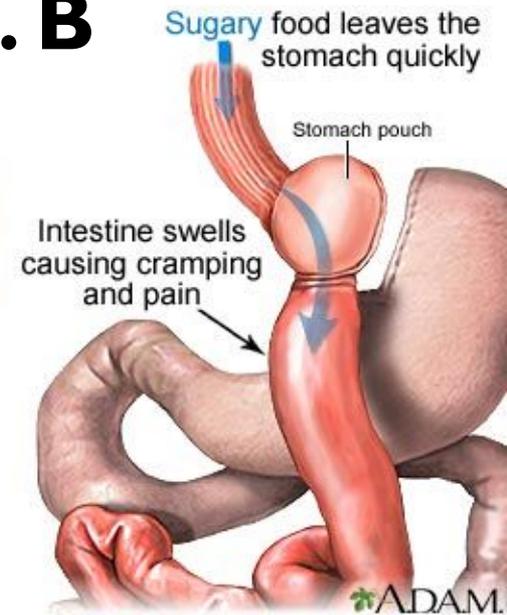
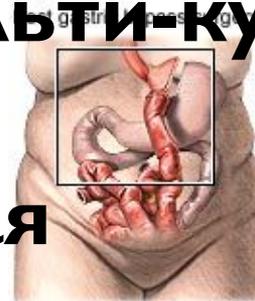
психосоматическая, осмо-

тическая, аллергическая, ги-

пор и гипогликемическая

Механическая теория

Основоположники механической теории демпинг-синдрома считают, что на слизистую оболочку тонкой кишки воздействует грубый пищевой комок, поступивший из культи желудка. Эта пища перерастягивает тонкую кишку и усиливает ее перистальтику. В результате резко сокращается кишечная фаза пищеварения. Операция при ожирении оказалась



Other symptoms include:

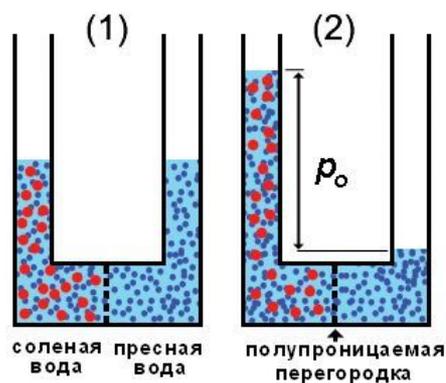
- fast heart rate
- sweating
- nausea
- diarrhea or vomiting

Осмотическая теория

Осмотическая теория объясняет возникновение демпинг-синдрома тем, что при сбросе пищи из культи желудка в тонкую кишку, в её просвете повышается осмотическое давление. Это обусловлено тем, что в ответ на поступление пищевого содержимого, для выравнивания осмотического давления, в просвет кишечника начинает диффундировать жидкая часть крови. За короткое время может

Осмотическая теория

Вследствие этого уменьшается объём циркулирующей плазмы и понижается артериальное давление. Перераспределение жидкости может приводить к ишемии мио-карда и головного мозга.





Простейшей пробой для выявления демпинг-синдрома служит проба Фишера. Она заключается во введении через зонд 150 мл 50% раствора глюкозы. При этом развивается реакция сосудистого типа.

Гипергликемический синдром

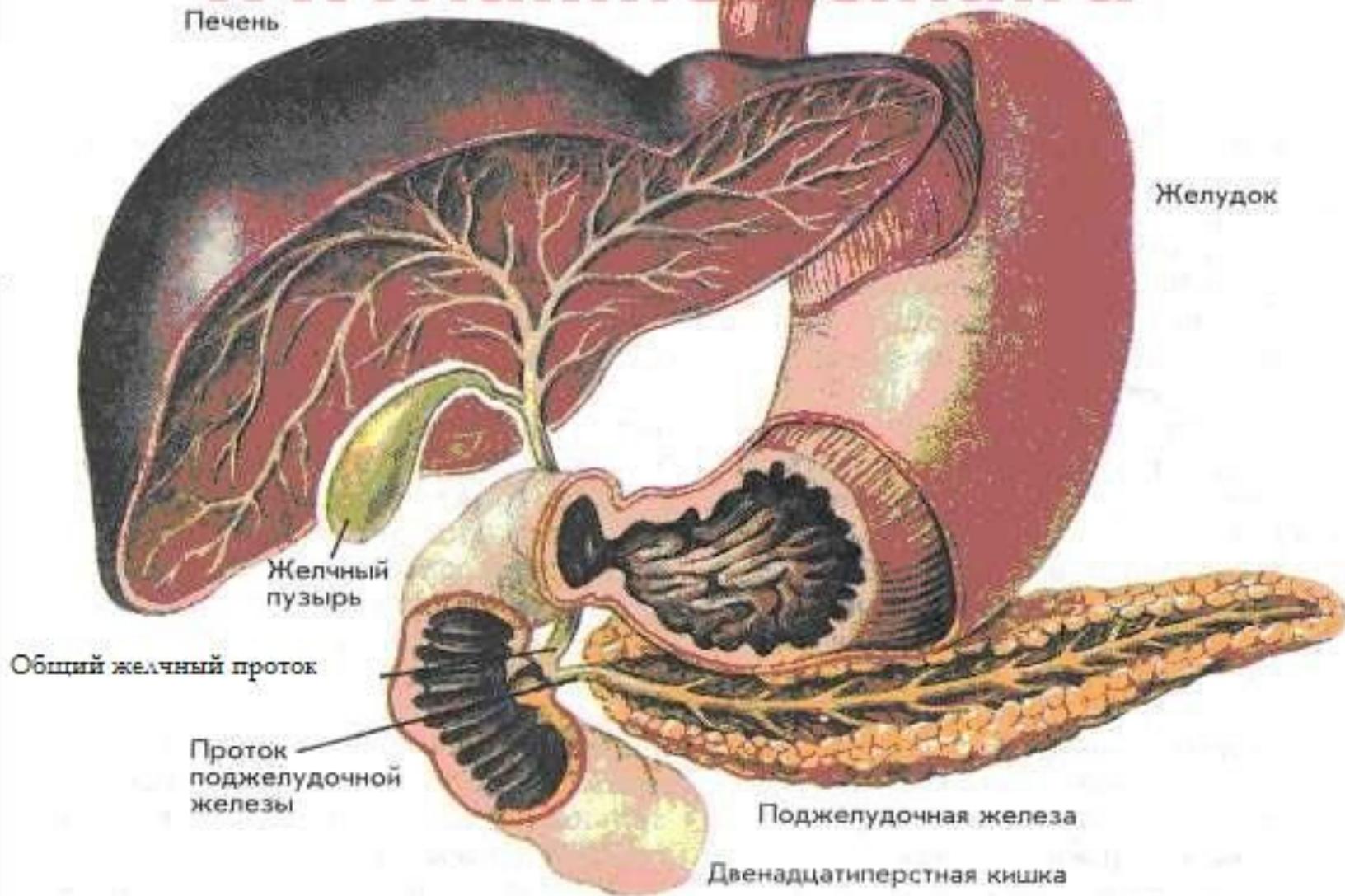
**Гипергликемическое
со-стояние
объясняется раз-
дражением
симпатичес-кой
нервной системы и
последующей
мобилиза-цией**

**Выключение
двенадцатиперстной кишки**

Двенадцатиперстная кишка (ДПК) играет огромную роль в пищеварении прежде всего потому, что в нее открываются протоки двух основных пищеварительных желез: печени и поджелудочной железы. В ней образуется энтерокиназа и ряд жизненно важных гормонов: секретин, панкреозимин, холецистокинин и др. Поэтому, при устранении контакта пищевого химуса со слизистой оболочкой ДПК нарушается местный

Двенадцатиперстная кишка

www.allmedicina.ru



Выключение двенадцатиперстной кишки

Многие исследователи полагают, что значительная часть патогенеза демпинг-синдрома после резекции желудка по Б-II связана с выключением двенадцатиперстной кишки и нарушением иннервации пищеварительных органов.



Выключение двенадцатиперстной кишки

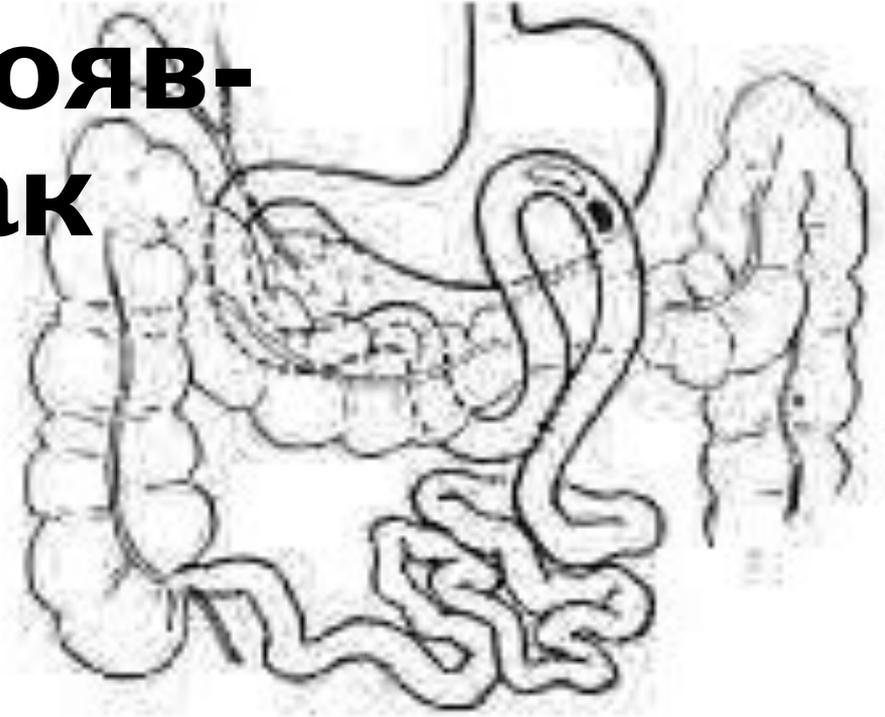
В связи с нарушением моторики культуры желудка происходит молниеносный провал грубой и необработанной пищи в тощую кишку. Вследствие этого происходит механическое и химическое раздражение ее слизистой оболочки. Отмечается быстрое всасывание углеводов с развитием эпизодов гипергликемии. В верхнем отделе тощей кишки повышается осмотическое давление, что сопровождается диффузией плазмы и межклеточной жидкости в просвет

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

Перечисленные выше причины приводят к расстройствам гемодинамики, изменениям деятельности головного мозга и вегетативных центров. Появляются нарушения функции печени, поджелудочной железы. Страдают все виды обмена. Отмечено, что демпинг-синдром чаще встречается у лиц с ослабленной нервно-психической деятельностью. Отмечено, что у лиц молодого возраста данный синдром развивается чаще, после резекции

Патогенез и вытекающие из него методы лечения

В жизни этот синдром проявляется не так ярко. Сразу после еды больной чувствует слабость, потливость, ему требуется прилечь.

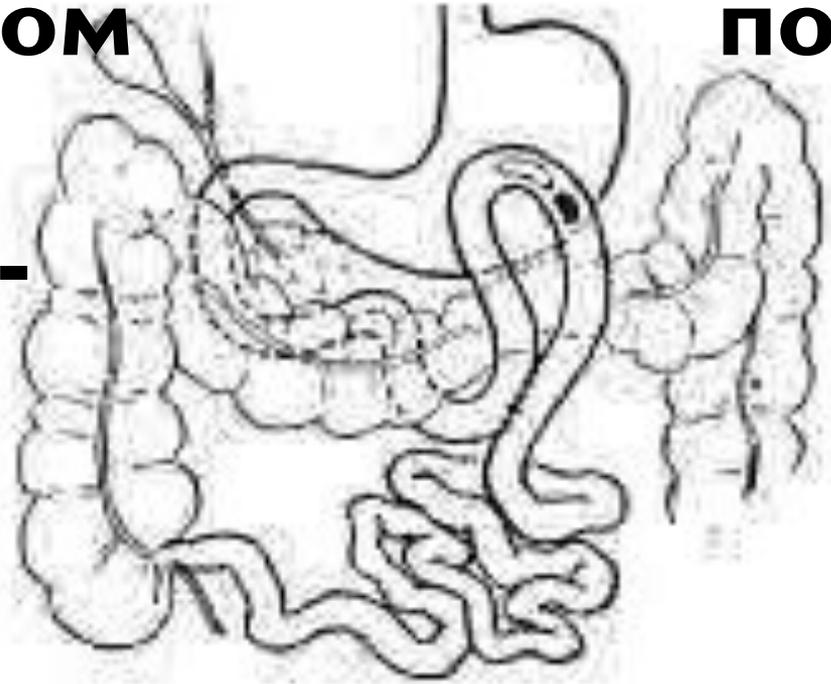


Патогенез и вытекающие из него методы лечения

Впервые синдром под названием

«демпинг-желудок» описали Эндрюс и Макс в 1920 г.

у больной после гастроэнтеростомии. После устранения соустья все явления прошли.



Демпинг-синдром

Выделяют ранний и поздний послеобеденный синдром.

Ранний обусловлен недостаточностью верхних отделов кишечника, выключени-

двенадцатиперстной киш-

может быть функциональным при ее заболе-

ваниях, дуоден-

мо- жет быть и ор- га- ническим – при выключении кишки после резекции по второму способу Бильрота.

ем
ки. Он

ностазе. Но

Ранний

демпинг-синдром

Демпинг-синдром

Поздний синдром обусловлен развитием гипогликемии (гипогликемический синдром). Во время демпинга в крови повышено содержание катехоламинов, серотонина, полипептидов, что напоминает карциноидный синдром (при опухолях - карциноидах). Переливание 500 мл крови донора после пробы реакции у реципиента не вызыва-



Демпинг-синдром

Демпинг-синдром чаще встречается после резекции желудка по принципу второго способа Бильрота, поэтому формирование анастомоза по Б-І считается мерой профи-лактики. А.И. Горбашко пропагандировал пилоруссохраняющую резекцию желудка. Тем не менее, при выраженном нарушении дуоденальной проходимости формирование анастомоза по Б-І приводит к плохому результату и считается противопоказанием.

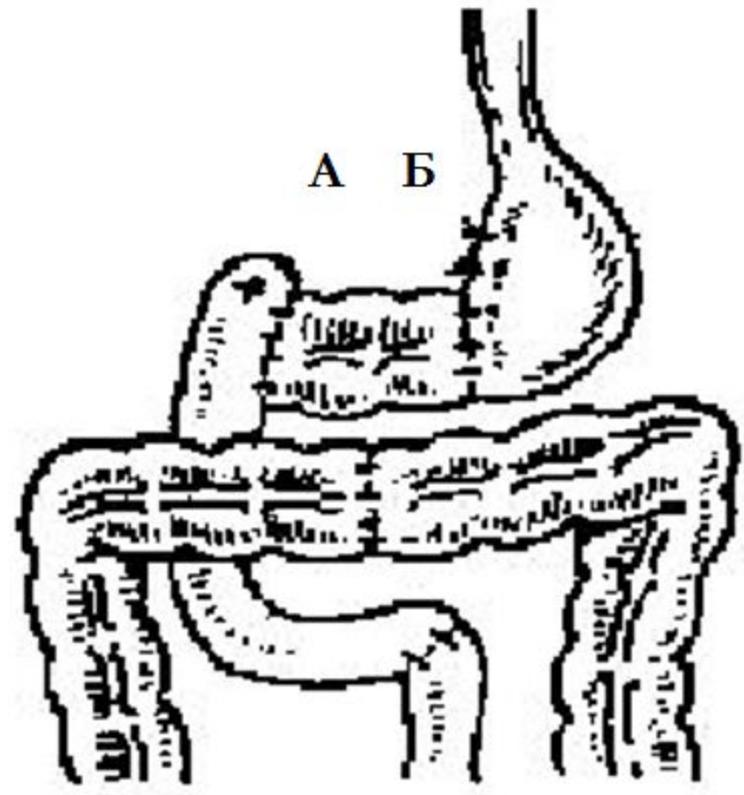
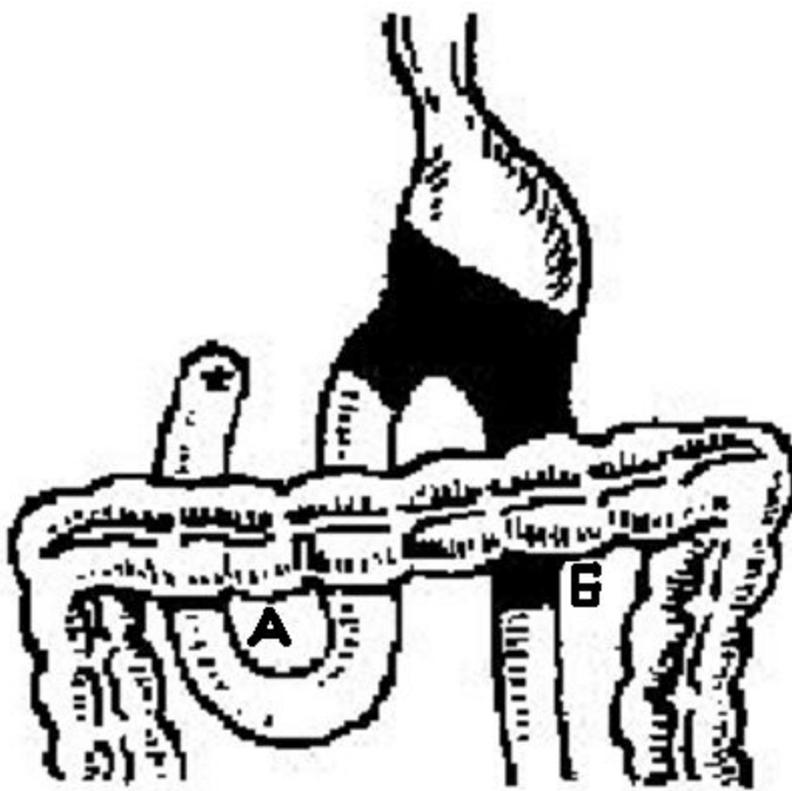


Демпинг-синдром

Значительное оживление внимания к проблеме вызвала идея включить ДПК через транс-плантат из кишки. Как известно, в хирургии более сложные операции предлагаются и выполняются раньше простых: сначала резекция желудка, потом ГЭА, еще позже - зашивание перфорации. Так и здесь. Сначала Морони предложил вставку из толстой кишки, в 1952 году - Генли - из тонкой кишки. В связи с возможностью образования язв в кишке-вставке эти операции делаются редко. Чаще после резекции по Б-И реконструкцию делают

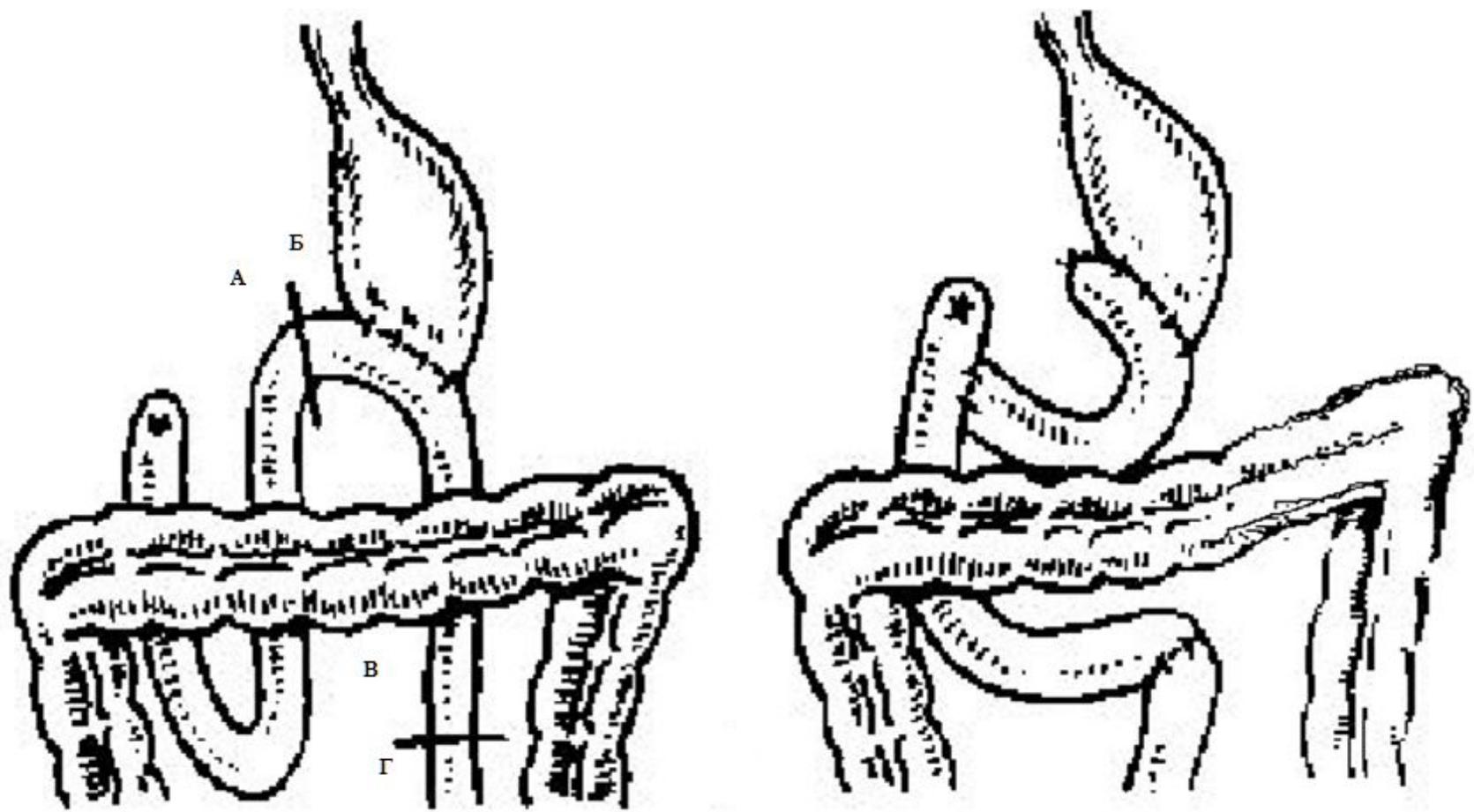
Операция Морони

■



Направление перистальтики?

Операция Henley - гастроеюнодуоденопластика



В нашем бывшем тоталитарном государстве подобные предложения бывали, но долго не находили одобрения, пока не признавались за границей. Авторы отрекались от своих предложений. Так сделал выдающийся советский хирург Петр Андреевич Куприянов (вспомните Галилея). Его ученик и соавтор Е.И.Захаров уехал в Крым, в Симферополь, и там занимался еуногастропластиками. В 1962 и 1967 г. г. он был героем ДВУХ ПЛЕНУМОВ ХИРУРГОВ. И

Классификация

Для отрицательных последствий любой операции выделяется классификация из 4 разделов:

- 1) функциональные;**
- 2) органические;**
- 3) технические;**
- 4)**

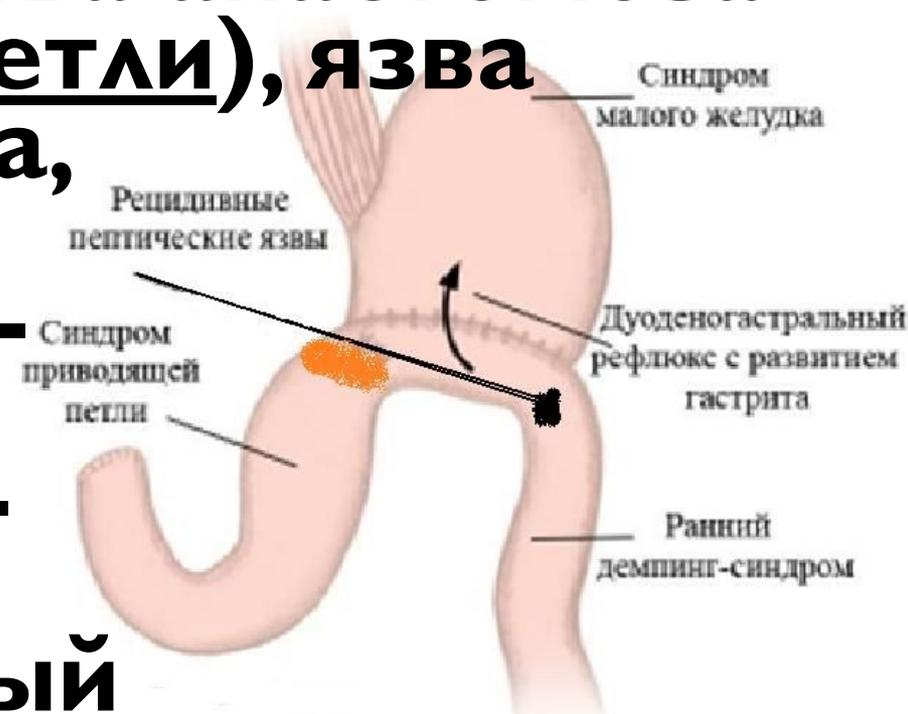
Функциональные

осложнения

**демпинг-синдром,
синдром приводящей
петли,
диарея,
анемия,
гипогликемия,
астения,
энтерогенный синдром,
рефлюкс-эзофагит
и др.**

Органические нарушения

пептическая язва анастомоза (от-водящей петли), язва культи желудка, рубцовые деформации и сужение анастомоза, желудочно-тонко-ободочно-кишечный свищ и непосредственно вызванные ими осложнения (кровотечение, перфорация, истощение),



Технические ошибки

К техническим относятся ошибки, возможные после любой операции. Например, описаны наблюдения, когда анастомоз формировался не с тонкой, а толстой кишкой, не с отводящей, а с приводящей петлей и др.



Сочетанные осложнения

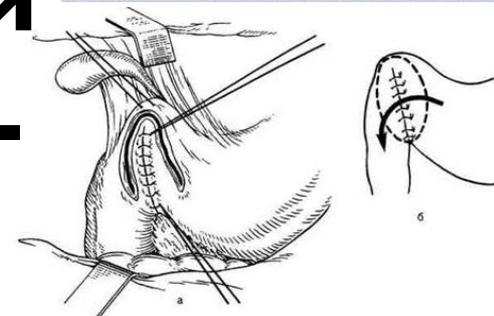
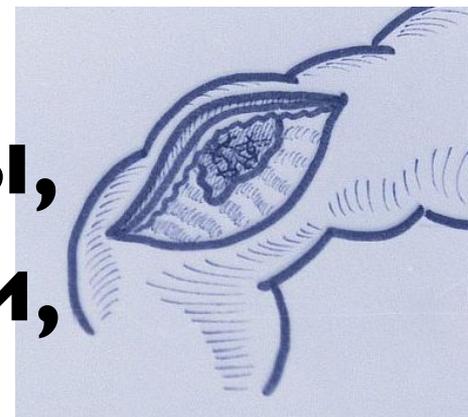
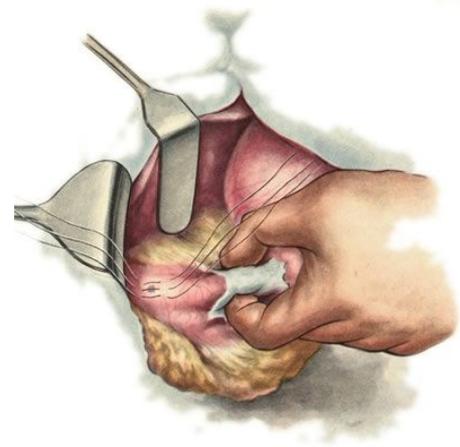
В большинстве случаев осложнения являются сочетанными: на фоне технических ошибок в послеоперационном периоде возникают функциональные, затем органические нарушения, и т.д.

**Планирование лечения
В зависимости от
вы-раженности
осложне-ний
выбираются и ле-
чебные
мероприятия.**



Осложнения после устранения осложнений язвенной болезни и язвы

В лекции на 4 курсе мы к этой группе относили шов перфоративного отверстия, прошивание дна кровоточащей язвы, дренирующие операции, как дополненные, так и не дополненные унесением язвы.



Осложнения операций I-2

групп
Естественно, что патогенез отдаленных осложнений такой же, как и до первой операции. У этих больных показания к повторной операции были те же, что и при первом вмешательстве. Это самая частая при

Осложнения шва перфоративного отверстия

После зашивания перфорации повторно оперируется от 20 до 70% больных. Причи-ны чаще органические - незаживление или рецидив язвы, пенетрация, кровотечение, стенозирование в результате рубцевания или технической ошибки (продольный шов, зашивание без дренирующей опе-рации, и др.). Реже развивается рак желудка. Описан отрыв ДПК от желудка при стенозе после зашивания перфорации.



**Осложнения шва
перфоративного отверстия
Диагностика незажившей
или рецидивной язвы
сложнее, чем первичной.
Даже
гастродуоденоскопия не
всегда помогает
диагностике в условиях
рубцово-спаечных де-
формаций желудка
и ДПК.**



Осложнения шва перфоративного отверстия
Операция более сложна из-за множественных спаек и рубцов в брюшной полости. В рубцах и спайках после перфорации, перенесенного перитонита всегда имеется инкапсулированная "дремлющая" инфекция. Это способствует ее вспышке после разделения спаек. Повторная операция должна носить радикальный характер, но не всегда это удается. Даже при повторной перфорации резекция желудка

Осложнения гастроэнтероанастомоза

Впервые ГЭА был сформирован в кли-нике Бильрота Вольфлером по совету Николадони при операции по поводу неуда-лимой опухоли желудка. Тот же самый Николадони предлагал вши-вать между желудком и культей ДПК тонкую кишку (за 60 лет до Захарова и Генли). Долгие десяти-летия ГЭА конкуриро-вал с более тяже-лой техниче-ски ре-



Теодор Бильрот



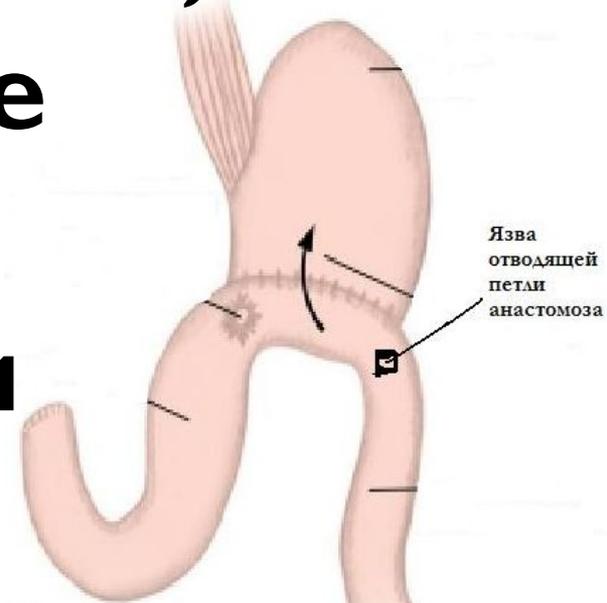
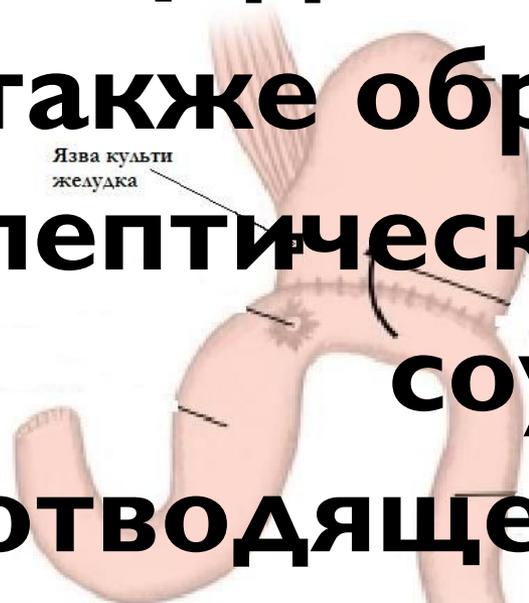


Карло Никколадони
(1847-1902)

C. Niccoladoni

Органические осложнения гастроэнтероанастомоза

К органическим осложнениям относится незаживление или рецидивирование язв, а также образование пептических язв соустья или отводящей петли.



Органические осложнения гастроэнтероанастомоза

**После ГЭА чаще всего
заживает язва ДПК,
сразу снимается
болевогой синд-ром, но
язва желудка
практически не
заживает, у каждого
десятого боль-ного
образуется язва**

Органические осложнения гастроэнтероанастомоза

Для пептической язвы характерны ин-тенсивные боли в верхних отделах жи-вота, чаще локализующиеся в левом подреберье. Вначале эти боли возни-кают натощак (голодные боли). Часто они появляются ночью и проходят по-сле еды, а также приема антацидов. Иногда боли принимают постоянный характер и отличаются выраженной интенсивностью. Больных также

Органические осложнения гастроэнтероанастомоза

**При пептической язве ГЭА нередко
возни-кают осложнения:**

**кровотечение, перфо-рация, стеноз
или пенетрация. К редким**

**осложнениям язвы ГЭА относится
возник-новение желудочно-тонко-
толстокишеч-ного свища. Диагноз**

пептической язвы

гастроэнтероанастомоза

подтверждается с помощью

**рентгеновского и эндоскопи-ческого
исследований. Исследуются се-**

**креторная и моторно-эвакуаторная
функ-ции желудка. Если при**

внутрижелудоч-ной рН-метрии в

Органические осложнения гастроэнтероанастомоза

Тщательно исследуются поджелудочная и щитовидная железы. С помощью УЗИ и КТ удастся выявить опухоли даже небольших размеров. Также помогают лабораторные определения гастрина, паратгормона, кальция, фосфора, щелочной фосфатазы в крови.



Пептическая язва ГЭА

При пептической язве ГЭА вначале проводится консервативное лечение, аналогичное терапии язвенной болезни. В ряде случаев лечение омепразолом, прокинетиками, дает эффект (конечно, не при свище). При неэффективности консервативного лечения, а также при осложнениях, показано оперативное вмешательство. Синтопия анастомоза, особенно переднего, такова, что при пенетрации в поперечную кишку часто развивается *fistula gastrojejunocolica* (желудочно-тонкокишечно-ободочный свищ).

Пептическая язва ГЭА

Предлагавшиеся различные способы анастомозов, перестройки анастомоза здесь себя не оправдали - вновь образуется свищ. Даже минимальный заброс желчи из кишки на фоне сохраненной или повышенной кислотности вызывает еще более вы

Пептическая язва ГЭА

Реальны здесь две операции: стволовая ваготомия, которую можно сделать, не входя в брюшную полость, трансторакально, даже с помощью торакоскопии, а также резекция желудка с анастомозом. В случае ограничения ваготомией можно произвести разъединение органов и зашить образовавшиеся отверстия в желудке, отводящей петле анастомоза и поперечной кишке. Наиболее травматична, но и наиболее надежна тройная

Осложнения

гастроэнтероанастомоза

После ГЭА порочный круг, или синдром приводящей петли, или синдром желчных рвот (*circulus vitiosus*) описан еще в клинике Бильрота. У больного периодически появляется тяжесть в правом подреберье, боли, облегчающиеся после обильной рвоты, причем в рвотных массах преобладает чистая желчь, без пищи. При сопутствующем панкреатите боль носит опоясывающий характер. В эпигастральной области иногда удается пальпировать растянутую содержимым приводящую петлю в виде эластического образования, исчезающего после рвоты.



Диагностике помогает рентгеновское исследование. При нем видно попадание и задержка контрастного вещества в приводящей петле. При гастроскопии в приводящей петле видно желчное озеро, в отводящей петле - нет. В 1892 г. Браун предложил формировать межкишечный анастомоз, о котором мы говорили в предыдущих лекциях.

Осложнения ваготомии

После ваготомии повторные операции производятся у 10-20% больных.

Классификацию вы знаете и можете составить сами. Функциональные

расстройства известны: снижение моторики желудка, гастростаз

(гастроплегия), диарея. Больные жалуются на вздутие живота,

определяется шум плеска, развиваются истощающие поносы. Периодически

эти явления обостряются, как и

язвенная болезнь, чаще в весенне-осеннее время. Лечение эффективно с

применением ганглиоблокаторов

Осложнения ваготомии

**Демпинг-синдром
после ваготомии
также встречается,
но реже, чем после
дренирующих
операций.**

Осложнения ваготомии

Органические осложнения

- незажившие и

рецидивные язвы -

составляют 13-20%. Они не

всегда проявляются

симптоматикой, могут

выяв-ляться случайно, при

фибро-гастроскопии, или

при воз-никновении острых

осложне-ний. Как и вообще

язва, они могут возникать и

Осложнения ваготомии

Технические осложнения возможны самые различные - от повреждения органов до их деформации. Более часто развиваются фитобезоары (псевдоопухоли из непереваренной клетчатки на фоне сниженной переваривающей способности и вялой перистальтики). Чаще всего их причиной является хурма. Развивается непроходимость

Безоары

Безоары удаляют с помощью фибро-гастроскопии, реже оперативно. Может быть полезна пепси-кола. Создается впечатление о более частом развитии желчных камней, хотя патогенез не вполне понятен.



Осложнения ваготомии

При неуспехе неоперативного лечения выбор операции зависит от состояния секреции, есть язва или нет. Если имеется ахлоргидрия и нет язвы, возможна операция, которую описал А.И.Горбашко. Он сшил нервы и восстановил привратник после стволовой ваготомии и пилоропластики по Гей-неке-Микуличу. Нерв растет со скоростью 1 мм в сутки. Тем не менее, у больного сразу, на следующий день после операции, восстановился тонус желудка и

Осложнения ваготомии

Если имеется рецидив язвы и со-храняется секреция, то требует-ся резекция желудка. Эта опера-ция чрезвычайно сложна. После селективной проксимальной ваготомии желудок представля-ется как бы растянутым на мно-жестве крючков-спаек во все стороны. Выраженный спаеч-

Осложнения ваготомии

В спайках имеется «дремлющая инфекция», которая может привести к перитониту после операции. Легче оперировать после

Осложнения резекции желудка

Наибольшее внимание привлекается к меньшей группе больных - тех, которые плохо себя чувствуют после резекции желудка. Эти явления собирательно, по старинке, именуются как демпинг-синдром, хотя лучше называть их пост-гастрорезекционными расстройствами. Следует сказать, что далеко не всегда эти синдромы связаны с

Клиника

1) постоянная общая слабость, разбитость, снижение или потеря трудоспособности; 2) невротические состояния и вегетативные расстройства; раздражительность, вспыльчивость, депрессивные состояния; 3) неустойчивость стула, потеря массы тела, даже

Клиника

4) слабость после приема пищи или же натошак, сопровождающаяся вегетативными расстройствами; 5) многочисленные дис-пептические явления (тошнота, отрыжка, рвота, чувство горечи во рту, синдром приводящей петли); 6) постоянные, небольшие по силе, ноющие боли, локализующиеся как в

Хирургические классификации

**Требуют более
точной**

**характеристики,
от которой за-
висит выбор
лечения. Они
таковы (I I**

I. Демпинг-синдром

При легкой степени больные пло-хо переносят сладкую пищу и мо-локо. Прием этих продуктов вызы-вает у них слабость, сонливость, тошноту, потливость, головокру-жение. Однако, гемодинамика у них не нарушается. Можно отме-тить бледность кожных покровов. Данная симптоматика появляется сразу после еды и продолжается 20-30 минут. В момент приступа пациенты

Демпинг-синдром – средняя степень

Клиническая картина демпинг-синдрома средней тяжести выражена более ярко. Сразу же после приема пищи появляется резкая слабость, чувство тяжести в под-ложечной области, тошнота, ухудшение зрения, головокружение, шум в ушах. Это состояние сменяется чувством жара, тахикардией, побледнением кожных по-кровов и цианозом слизистых оболочек. Данная симптоматика продолжается от 30 до 60 минут. Пациенты вынуждены сразу же принимать горизонтальное по-

Демпинг-синдром – тяжелая степень

Течение тяжелой формы демпинг-синдрома носит злокачественный характер. Приступы возникают после приема любой пищи. Они продолжаются в течение 1,5-2 часов, с выраженной тахикардией и последующим падением артериально-го давления. Так называемые пароксизмы слабости часто заканчиваются полубморочным и даже обморочным состоянием. Как правило, данное состояние сопровождается гипогликемией. Отмечаются прогрессирующее истощение

Демпинг-синдром – сочетание синдромов

Как видно из описания, это не один синдром, а сочетание. У больных полностью утрачивается работоспособность. Демпинг-синдром тяжелой степени

Лечение демпинг-синдрома

Основное лечебное мероприятие - диетотерапия. Назначаются частые приемы высококалорийной пищи дробными порциями.

Ограничивается прием углеводов и жидкости.

Так же проводится симптоматическое лечение.

Комплексная терапия чаще всего позволяет стабилизировать процесс.

Оперативное лечение показано при тяжелой степени -

Гипогликемический синдром

**2. Поздний
послеобеден-ный
синдром требует час-
того дробного питания,
отказа от легко
всасываю-щихся
углеводов. Необхо-димо
дифференцировать с
инсуломой, исследовать
и лечить нарушения со**

Синдром приводящей петли

3. Может быть функциональным и органическим. Оперативное лечение применяется только при выраженной степени. Необходимы доказательства - рентгеновские и гастроскопические. При нерезко выраженном демпинг-синдроме и сниженной переваривающей способности применяется

Синдром приводящей петли

Разделяется

на синдромы

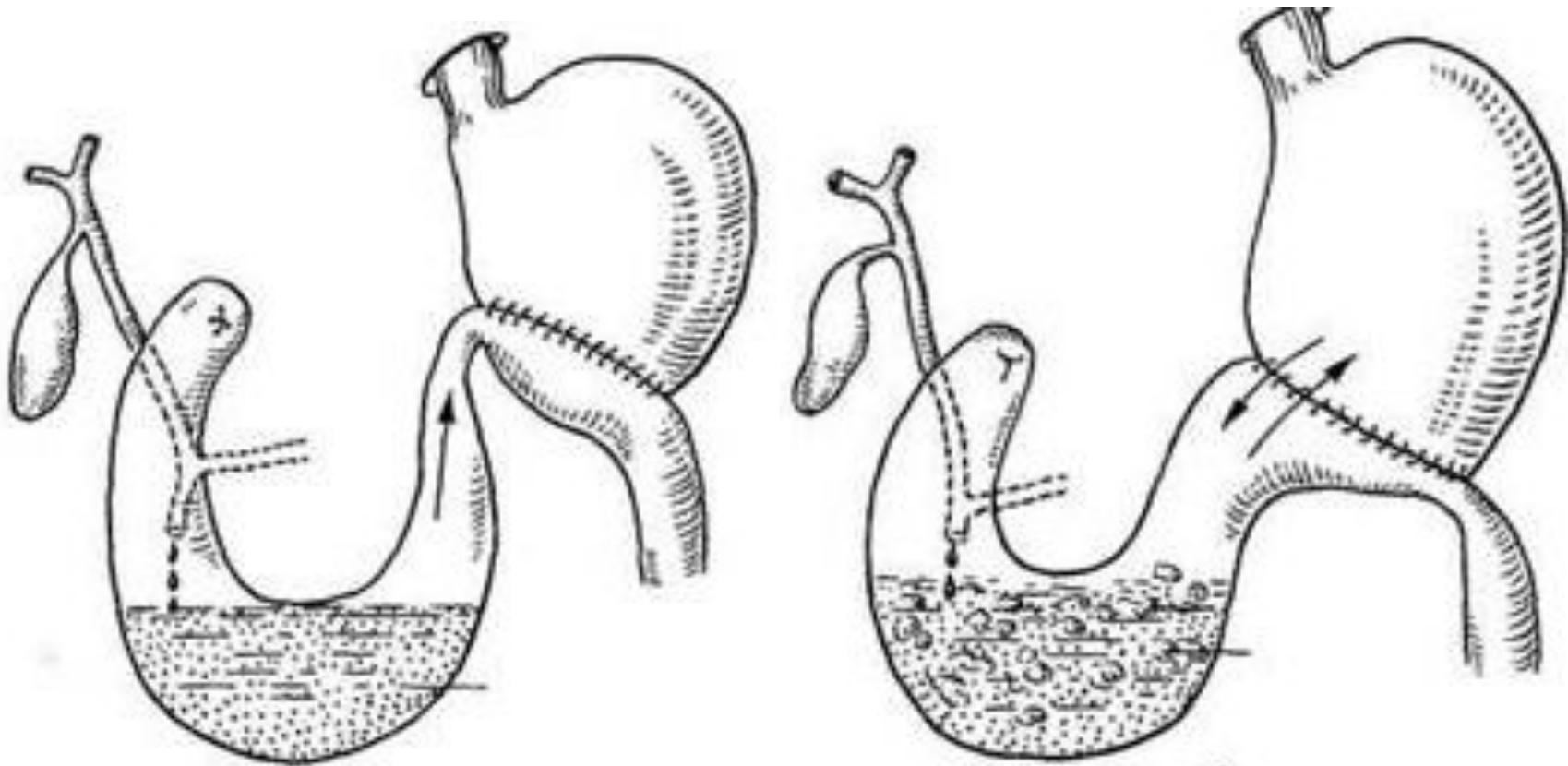
приводящей

и отводящей

петель.

Синдром приводящей петли

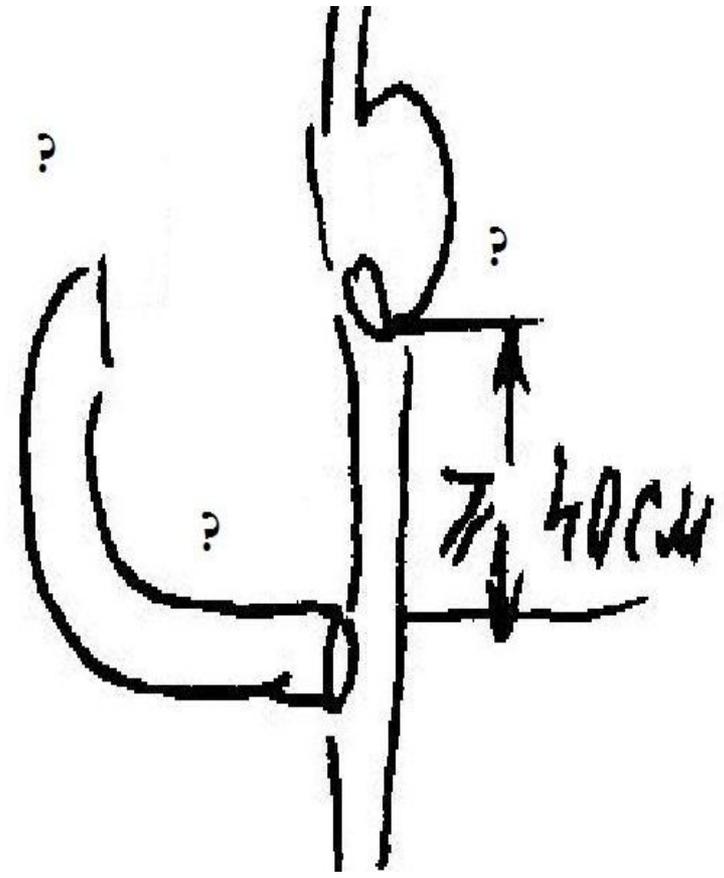
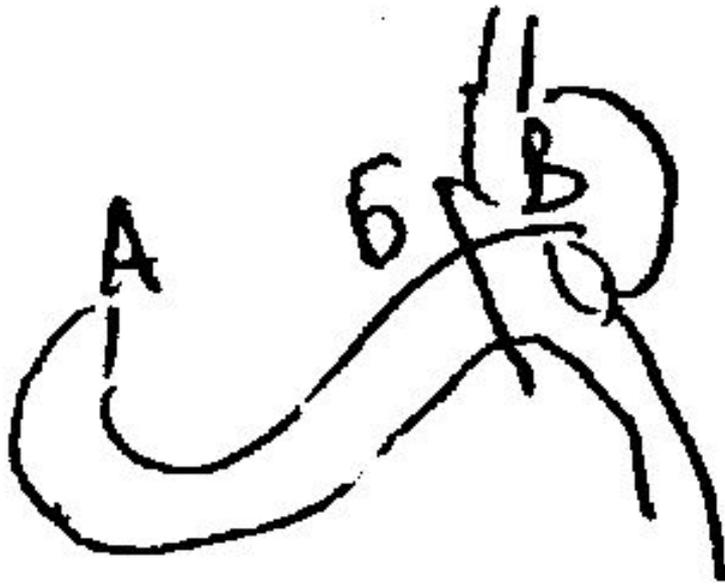
ОТЛИЧИЯ РИСУНКОВ И КЛИНИКИ?



Синдромы приводящей и отводящей петель

**Отличие – в
месте сужения и
характере рвоты:
чистой жёлчью
или жёлчью с**

Синдром приводящей петли



Рефлюкс-эзофагит

4. Требуется операции редко, при тяжелой степени, стриктурах.

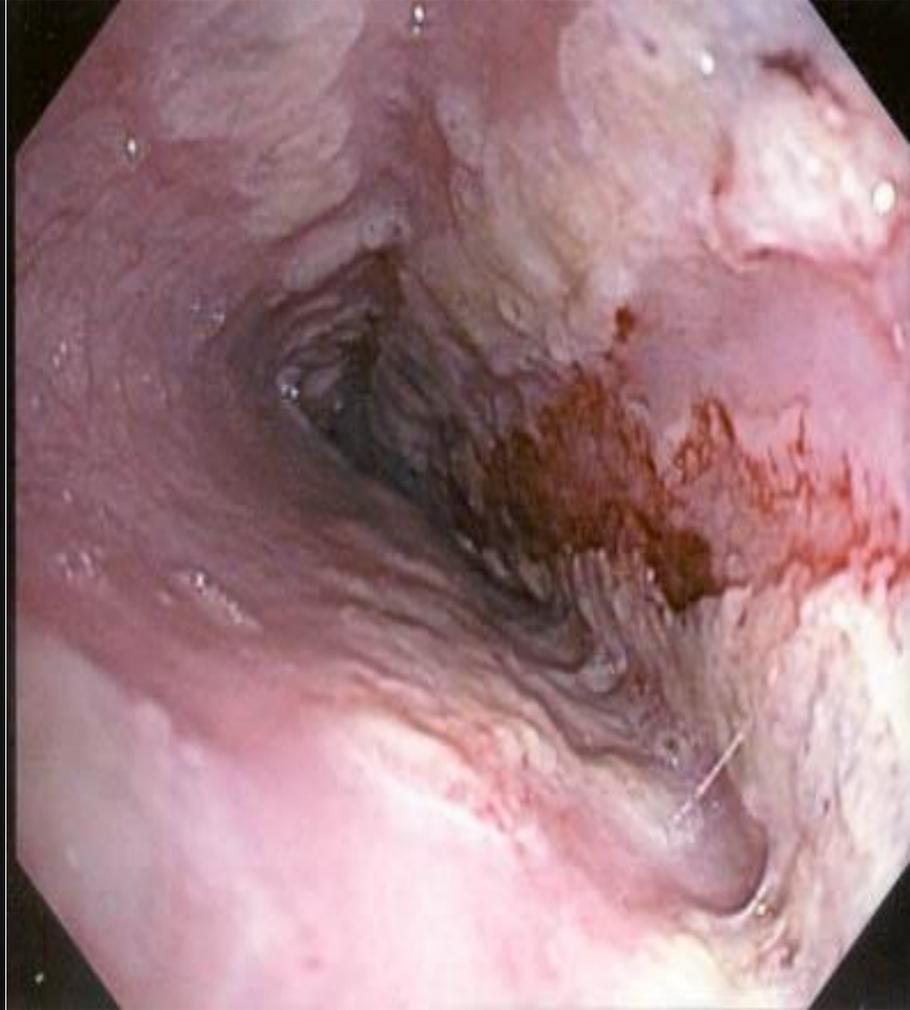
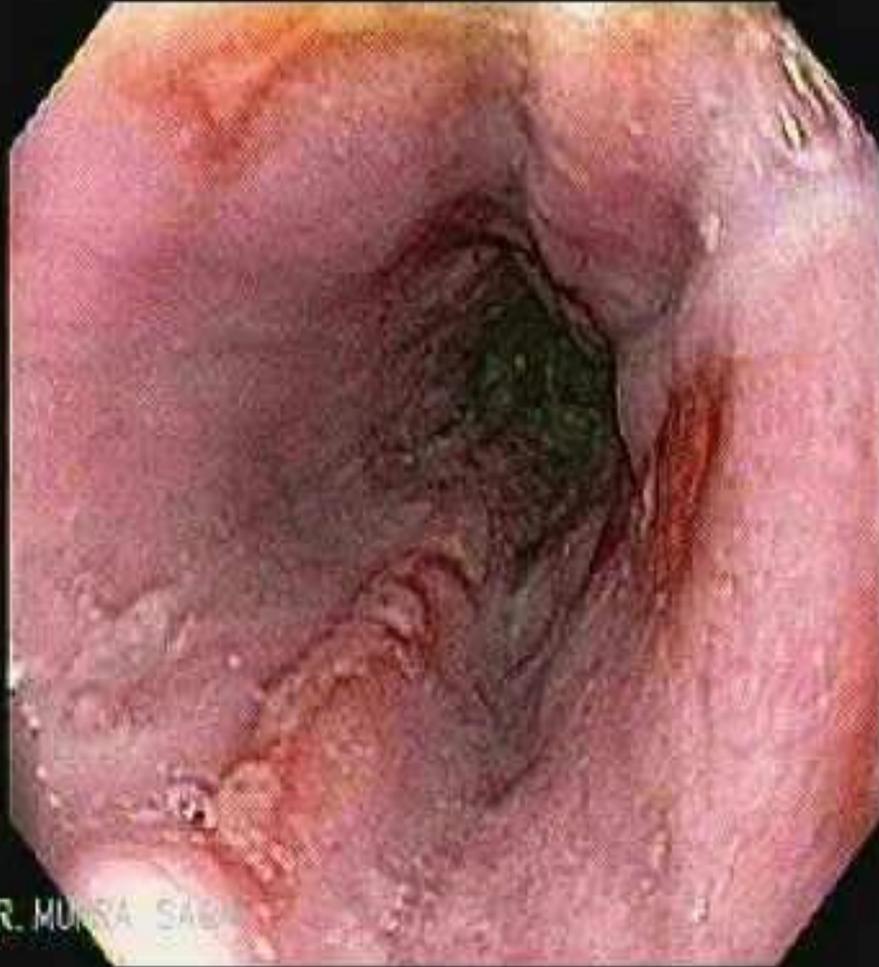
Консервативное лечение

заключается в возвышенном положении во сне, даже омепразола, ранитидина на ночь, гевискона, гас-тала, причем более длительно, чем при язвенной болезни (8 недель!). Оперативное лечение

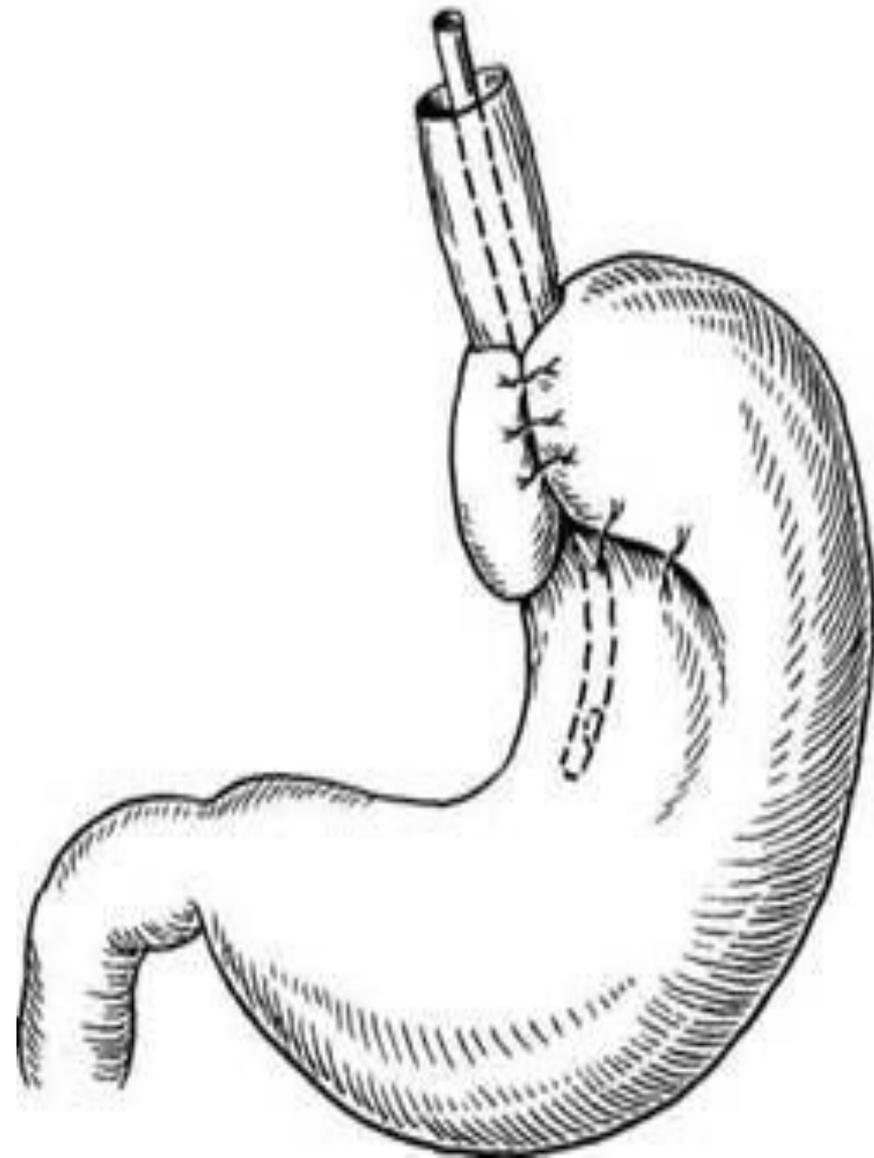
заключается в сшивании ножек диафрагмы на толстом зонде,

создании угла Гиса с помощью пе-

Рефлюкс-эзофагит



Лечение рефлюкс-эзофагита



Редуоденизация 1

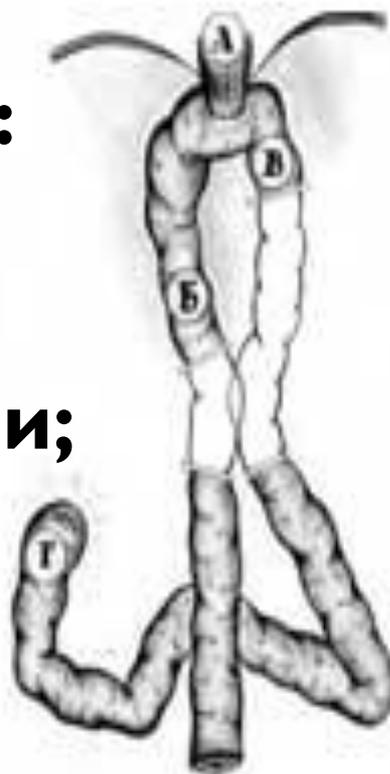
после

гастрэктомии:

1 – исходно;

2 – после

реконструкции;



А – пищевод;

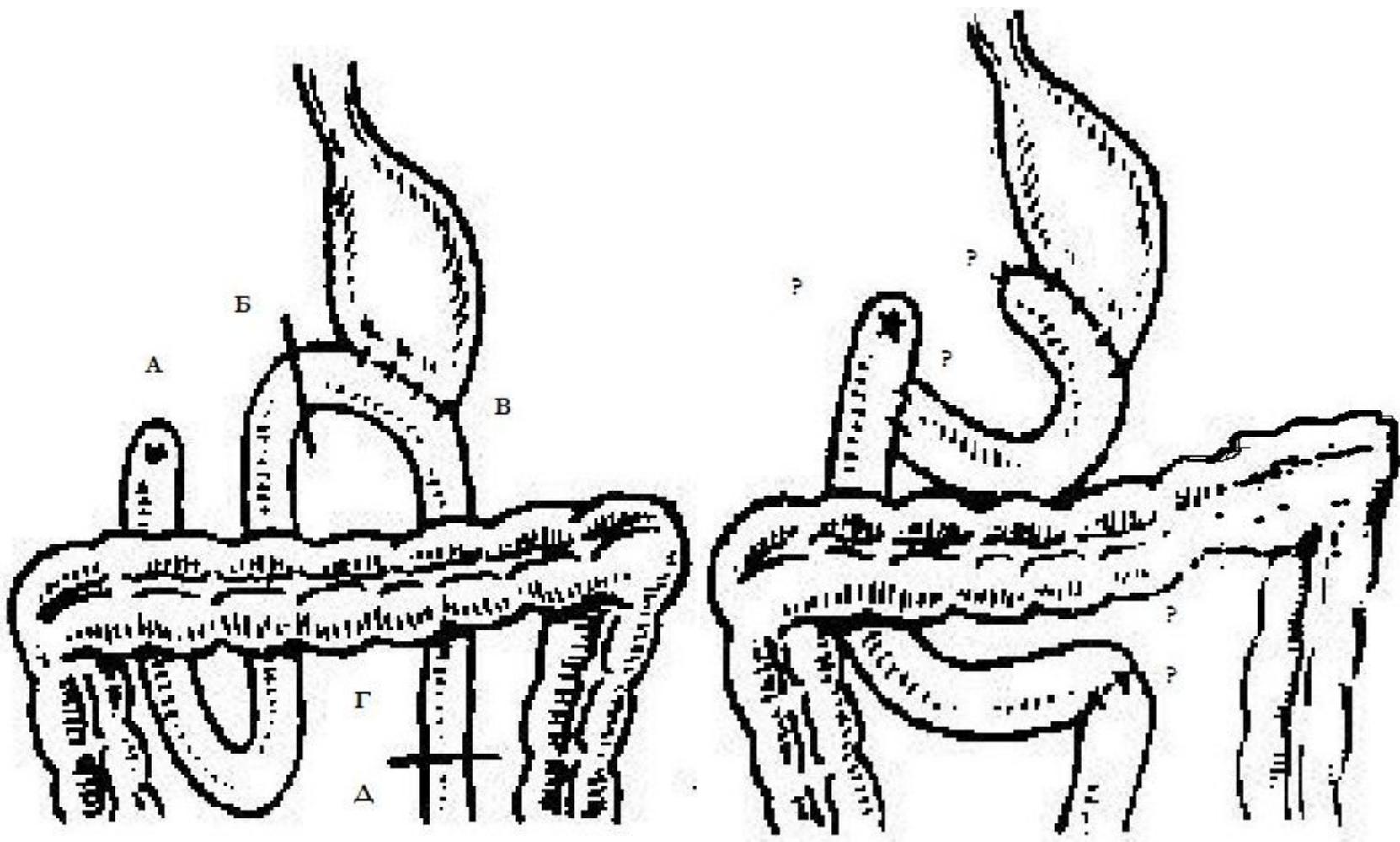
Б – отводящая петля;

В – приводящая петля;

Г – культя ДПК

5. При ее преобладании лучше всего помогает еуногастро-пластика (исключить депрессивные и псих-астенические

Гастроудоденопластика – 5 точек



6. Мы не

встречали

его ни

разу

Анемия

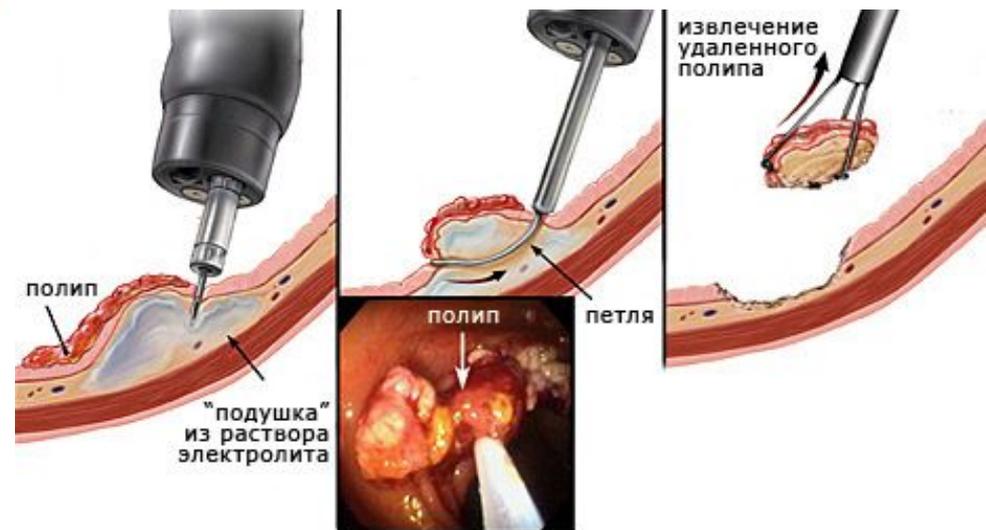
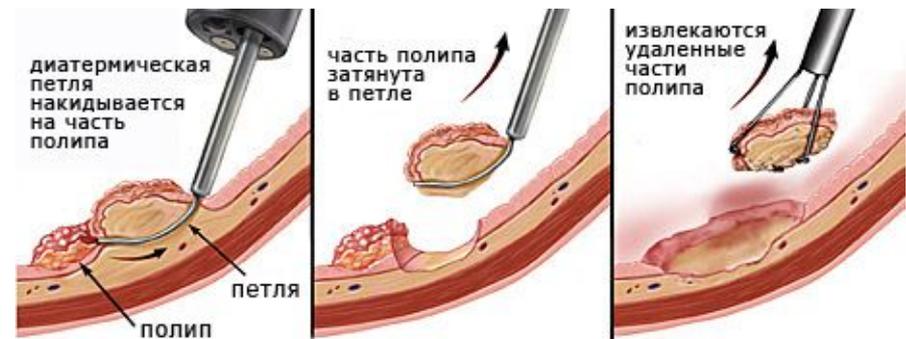
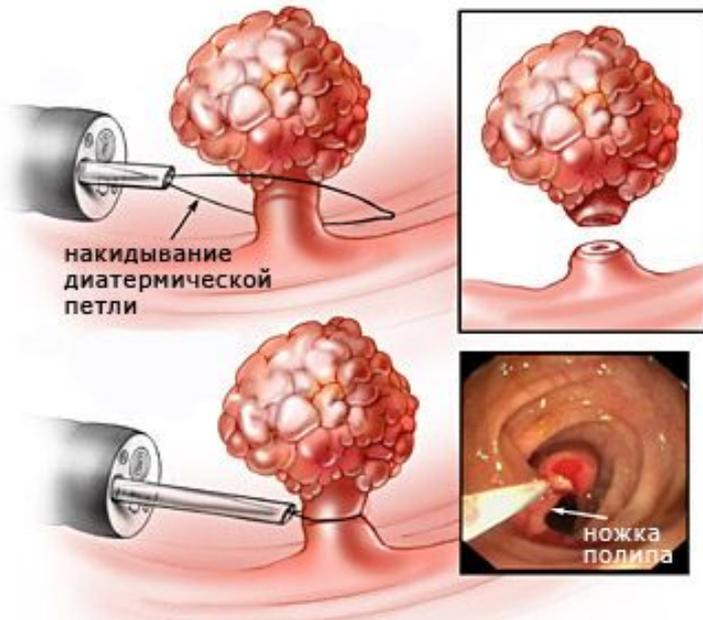
7. возможна у 10% больных. Лечение заключается в противоанемической терапии на фоне нормализации белкового обмена (препараты железа, витамин В12, фолиевая кислота

Расстройства минерального обмена

8. Заведующая курсом эндокринологии академии Светлана Михайловна Котова обратила внимание на расстройства минерального обмена - вымывание кальция из костей, патологические переломы. Явление похоже на гиперпаратиреоз. Разработаны схемы лечения. Вопрос этот возник давно, связь с резекцией желудка пока повсеместного олобления не

Гастрит и полипы культи желудка

9. Лечение медикаментозное и эндоскопическое.



Рак культи желудка

**10. развивается длительно,
в среднем 20 лет, реже,
чем у неоперированных
больных**



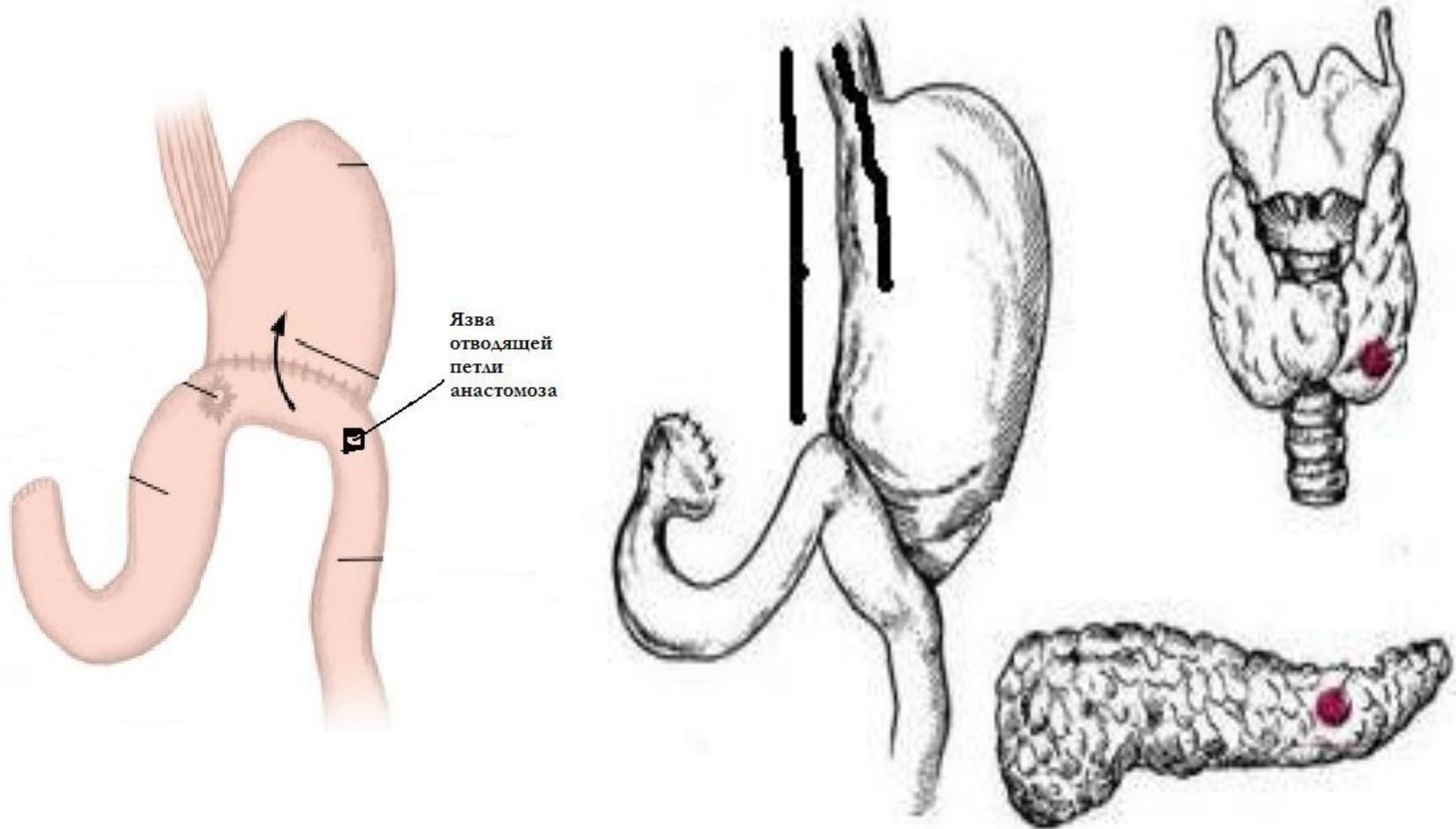
**рецидив язвы, пептические язвы
анастомоза и отводящей петли**

**11. По сводной статистике
язва отводящей петли
анастомоза возникает у
0,5-5% боль-ных,
перенесших резекцию
желудка по поводу
язвенной болезни. Главной
причиной пептической
язвы считается сохранение
высокой кислото-
продуцирующей функции**

рецидив язвы, пептические язвы анастомоза и отводящей петли

Причинами считаются: 1) недостаточный объем резекции желудка; 2) оставление слизистой оболочки пилорического отдела желудка (продолжает выделяться гастрин); 3) повышенная активность вагуса; 4) внежелудочные причины (синдром Золлин-гера-Эллисона, гиперпаратиреоз, полигландулярный аденоматоз – синдром Вермера, и др.). Отсюда вытекает и план лечения:

5 причин развития язвы после резекции желудка



Даже при повышенном ин-тересе к постгастрорезек- ционным расстройствам час-тота повторных операций не превышает 5%. Профи-лактическое санаторно-ку-рортное лечение сразу после первой операции снижает частоту отдаленных

Синдром Золлингера-Эллисона

Клиническими признаками являются очень высокая кислотность, поносы, гиперплазия слизистой оболочки желудка, жидкость натощак в желудке при хорошей эвакуации. Диагностике сейчас помогают УЗИ, КТ, ЯМР. Нельзя забывать и о возможностях современной медикаментозной терапии. Лучшие результаты дает удаление опухоли и полное удаление желудка - гастрэктомия. К сожалению, встречаются

Синдром Золлингера-Эллисона



**До встречи на экзамене!
Ответы должны побеждать вопросы,
но не преподавателей!**

