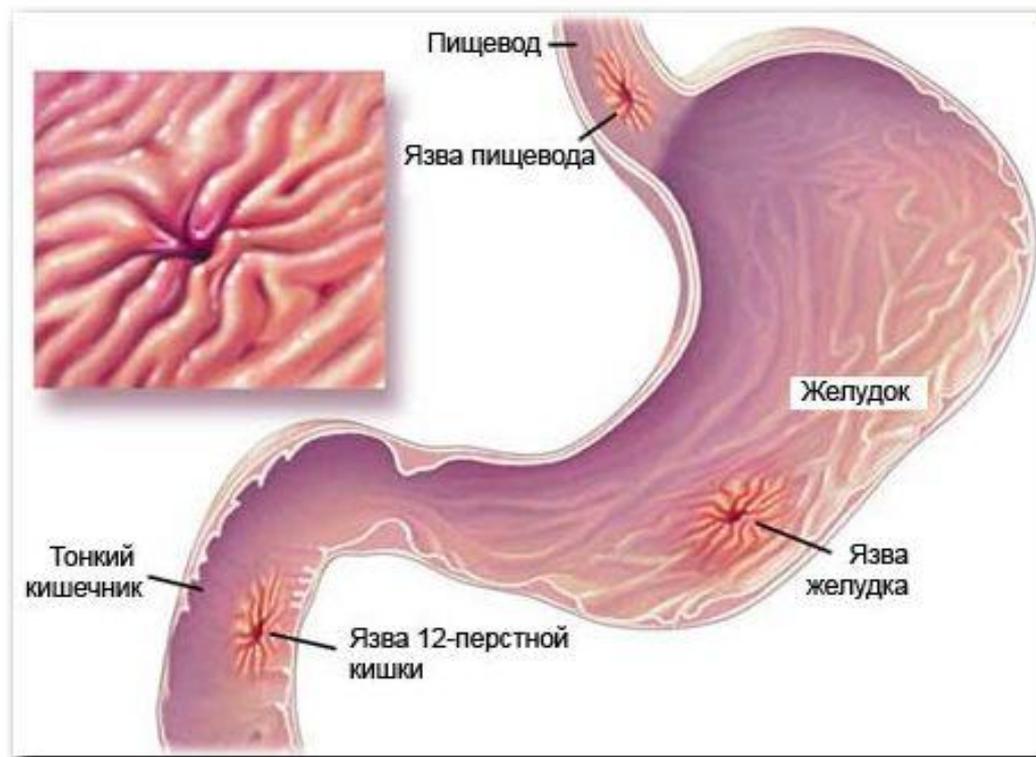


ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА



? **Язвенная болезнь** — это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, при котором в результате нарушения нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы, под воздействием соляной кислоты и пепсина в желудке и двенадцатиперстной кишке образуются язвы.



Основоположником учения о язвенной болезни является французский ученый **Крювелье**, который в 1829-1835 годах дал подробное описание клинической картины язвы желудка.



Значительно позднее, в 1913 году, **Мойниган** сообщил клинические данные язвы ДПК.

Первую резекцию желудка по поводу язвенной болезни выполнил **Теодор Бильрот** в 1891 году. Первую ваготомию выполнил **Экснер** в 1911 году



КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Международная классификация болезней (МКБ-10).

К25 Язва желудка.

К26 Язва двенадцатиперстной кишки.

К27 Пептическая язва неуточненной локализации.

К28 Гастроеюнальная язва.

Используемая в практике классификация

1. По локализации: желудок, двенадцатиперстная кишка, сочетанная локализация.

2. По клиническому течению: фаза ремиссии, фаза обострения.

3. Характеристика местных изменений: простая (недавно образовавшаяся), хроническая, каллезная (с грубыми рубцовыми стенками) язва; рубцово-язвенная деформация; рубцовая деформация (язвы нет); рубец на месте зажившей язвы (без деформации).

4. Осложнения:
- **кровотечение** (в анамнезе, остановившееся, продолжающееся с указанием кровопотери: легкая, средняя, тяжелая);

- **перфорация** (типичная, прикрытая, забрюшинная, в малую сальниковую сумку, с подробной характеристикой вторичных осложнений); -

- **стеноз** (формирующийся, компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный); -

- **пенетрация** (с указанием органа, ткань которого является дном язвы);

- **малигнизация.**



Желудочные язвы развиваются под воздействием следующих факторов:

1. Снижение резистентности слизистой оболочки на границе кислотопродуцирующей зоны и антрального отдела;
2. Кантоминация слизистой оболочки *Helicobacter pylori*;
3. Локальная ишемия слизистой оболочки;
4. Редукция главных (пептических) клеток, продуцирующих пепсиноген;
5. Гастрит;
6. Желудочный стаз с гиперпродукцией гастрина;
7. Дуоденогастральный рефлюкс.



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Частота прободных язв желудка и ДПК варьирует от 3 до 30% по отношению ко всем больным ЯБ. Прободные язвы наблюдаются преимущественно у мужчин и лишь в 1-2% у женщин. Перфорация язвы может возникать в любом возрасте, чаще в 30-40 лет. Чаще осложняются перфорацией язвы ДПК (70-75%). Перфоративное отверстие локализуется в 90% на передней стенке. Провоцирующими факторами прободения могут быть резкие сокращения мышц брюшного пресса, травма, физическое напряжение, переполнение желудка пищей, алкоголь. Однако прободение может наступить и в состоянии покоя, во сне. Важное значение имеет психоэмоциональное состояние. Перфорации чаще наблюдаются в осенне-весенний период.



ДИАГНОСТИКА ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ

Рентгенологическое исследование брюшной полости позволяет выявить наличие воздуха в брюшной полости. Дифференцировка от классического метеоризма проводится на основании «поддиафрагмального полулуния» — дугообразного выпячивания диафрагмы — под действием давления воздуха, в грудном направлении.

Эндоскопическое исследование проводится, если рентген не позволяет с достаточной точностью судить о прободении. Воздух, который подается в полость органов при ФГС, инициирует дополнительные болевые ощущения, а проведенная после обследования повторная рентгенограмма довольно точно зафиксировывает поддиафрагмальное полулуние.

Электрокардиограмма — обязательное условие перед подготовкой к хирургическому вмешательству на желудке. Исследование укажет на возможные патологии в области сердечной деятельности, а также **позволит исключить абдоминальный тип инфаркта миокарда** — опаснейшего заболевания, по клинике, напоминающего прободение стенки желудка.



УЗИ-диагностика в некоторых случаях позволяет выявить абсцедирующие образования в брюшной полости и наличие в ней патологической жидкости.

Лабораторные исследования клеточного состава крови и ее биохимического состояния с высокой точностью позволяет определить развитие и стадию воспалительных процессов в организме и состояние водно-солевого баланса.

Анализ на фермент амилазу позволяет исключить острое воспаление поджелудочной железы, патологию, также вызывающую сходные симптомы перитонита.

Лапароскопия с целью уточнения диагноза — финальный и определяющий метод исследования, позволяющий определить источник воспалительных процессов в брюшной полости.



Различают следующие формы перфораций

1. *Открытая перфорация в свободную брюшную полость (87%).*
2. *Прикрытая перфорация, когда перфоративное отверстие прикрывается сальником, другим прилегающим по близости органами, комочком пищи или фибрином (9%).*
3. *Атипичные формы перфораций: в забрюшинную клетчатку, малый сальник, сальниковую сумку и т.д.*

В клинической картине перфоративных гастродуоденальных язв выделяют три фазы:

- 1) абдоминальный шок - до 6 часов от момента перфорации;
- 2) период мнимого благополучия - 6-12 часов;
- 3) период разлитого перитонита - после 12 часов.

Формирование диагноза при язвенной болезни, осложненной перфорацией:

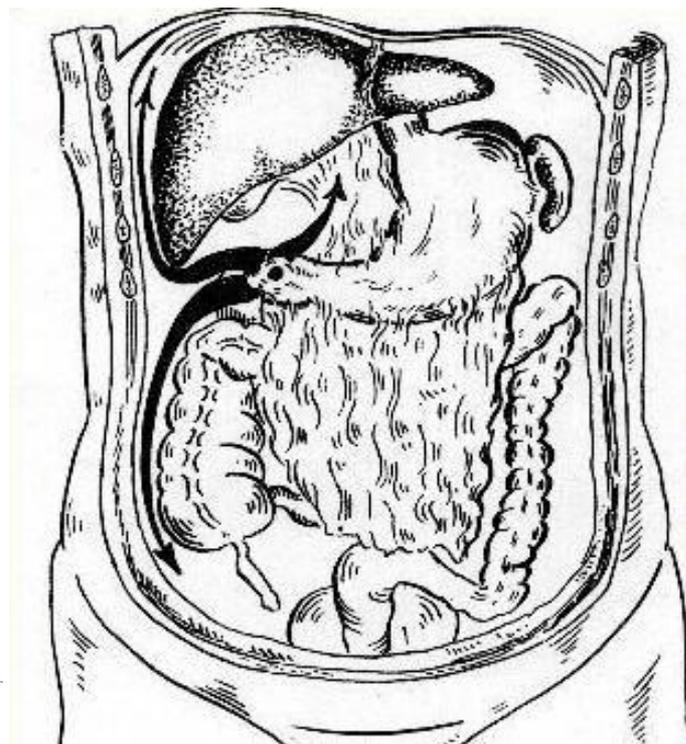
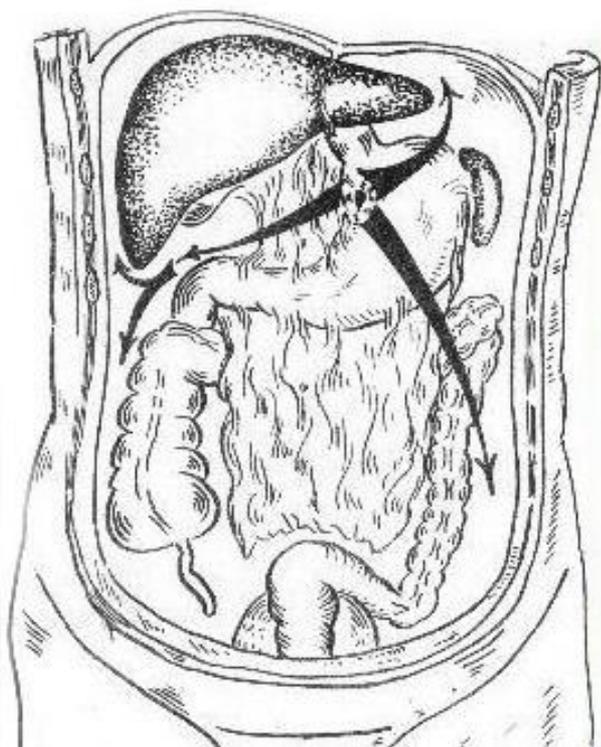
1. нозологическая форма (язвенная болезнь);
 2. локализация (желудок, ДПК);
 3. вид осложнения (перфорация);
 4. проявление осложнения (перитонит).
-
- 

Классификация перитонита как осложнения при перфоративной язве:

при перфоративной язве:

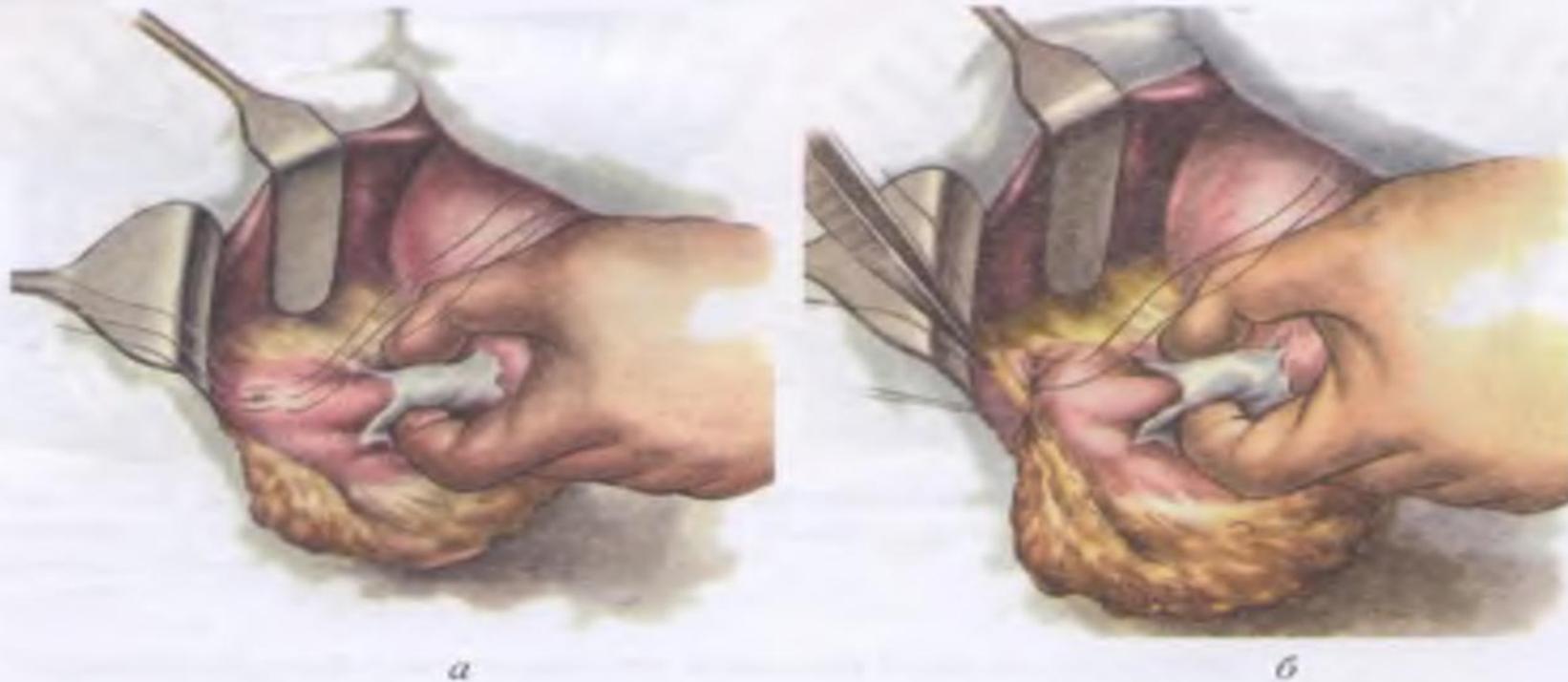
1. по распространенности: местный, диффузный, разлитой;
2. по характеру выпота: серозный, фибринозный, гнойный и их сочетание.

Пути распространения экссудата



Операции при язвенной болезни желудка и ДПК

Из паллиативных способов лечения в настоящее время обычно применяют ушивание прободной язвы. Если дефект стенки невелик, то, после иссечения некротических тканей язвы, накладывают краевые швы Альберта в продольном к оси органа направлении. Поверх этого ряда швов накладывают узловые серозно мышечные швы Ламбера.



Ушивание перфоративной язвы желудка. а – наложение узловых серозно-мышечных швов; б – наложение второго ряда серозно-мышечных швов и подвязывание сальника на ножке. (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. – М., 1965).

В тех случаях, когда прободное отверстие имеет большие размеры и каллёзные изменения краев язвы, используют тампонаду сальником на ножке по Оппелю-Поликарпову. Для этого наиболее подвижный участок большого сальника прошивают П-образным швом. Свободные концы проводят через перфорационное отверстие со стороны слизистой оболочки на серозную оболочку отступив 3-4 см. от края язвы. Таким же образом фиксируют к противоположному краю язвы другой участок са.

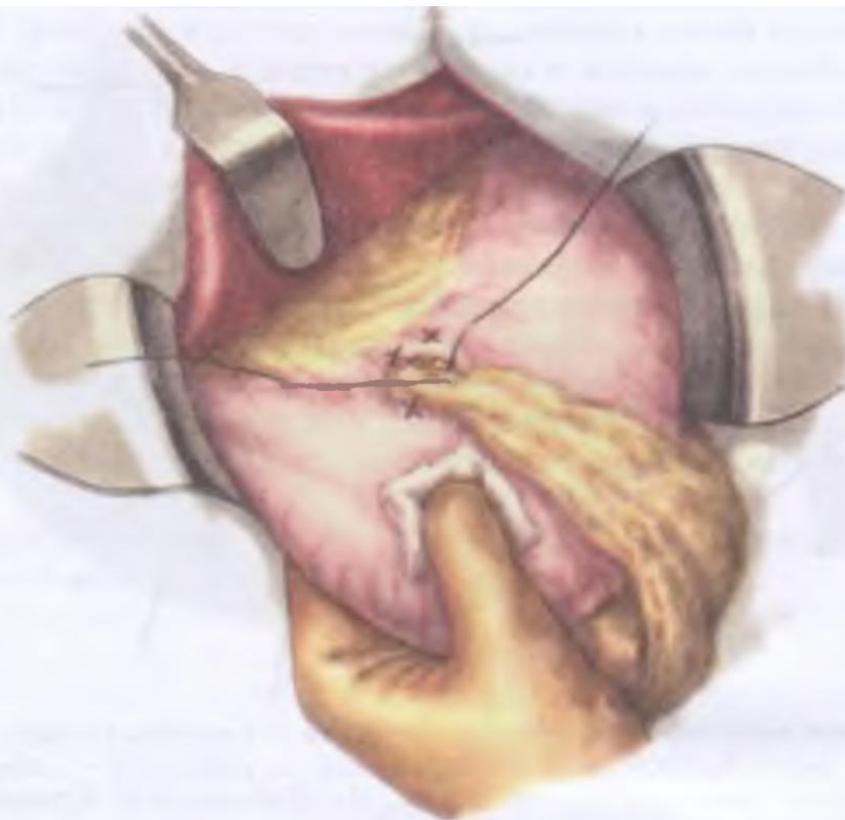
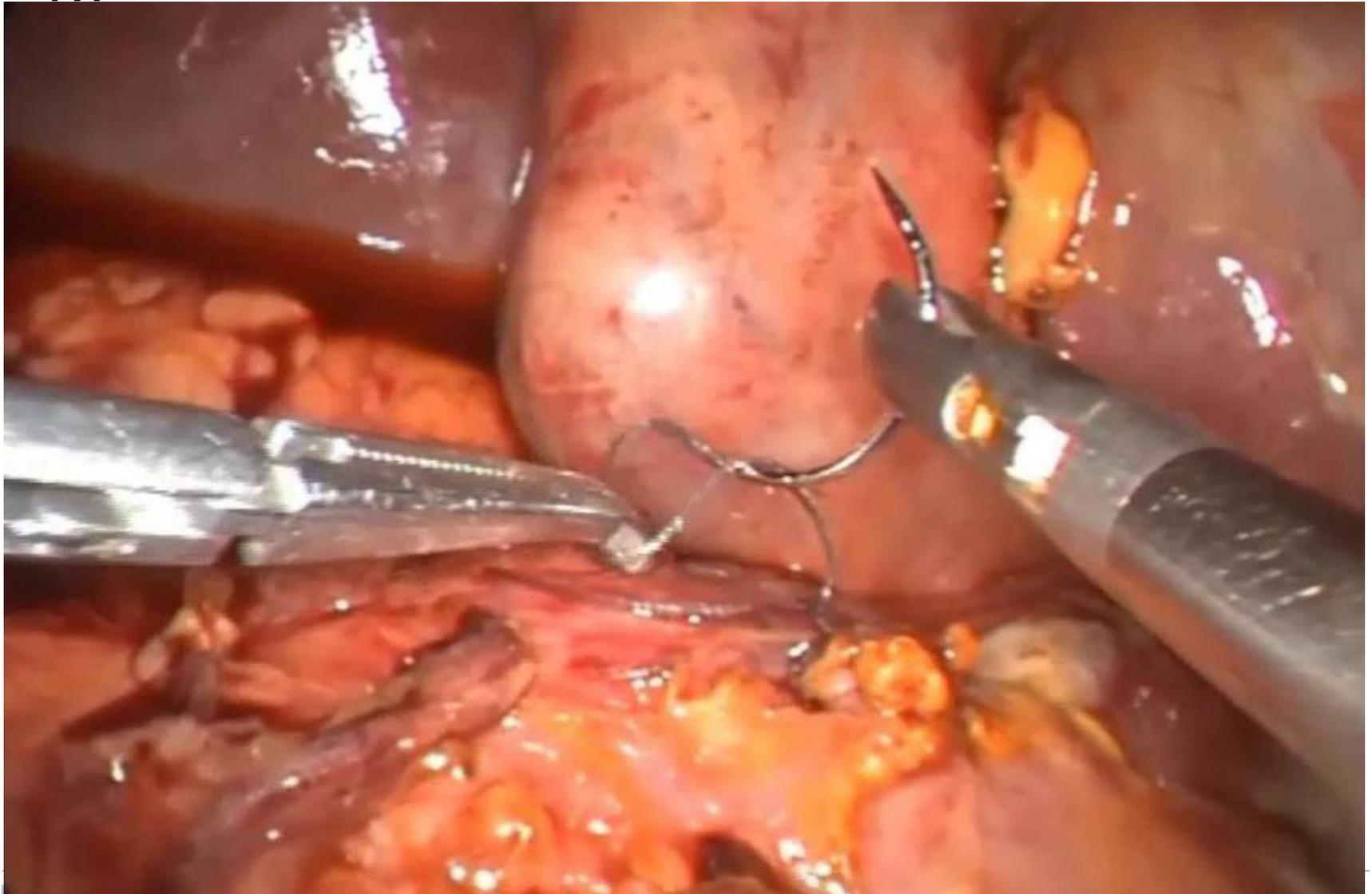


Рис. 17.44. Ушивание перфоративной язвы желудка. Тампонада перфоративной язвы желудка сальником на ножке. (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. – М., 1965).

Лапароскопическое ушивание перфоративных пилородуоденальных язв в настоящее время находит все большее число сторонников среди хирургов.



желудка

- Длительность язвенного анамнеза 3-5 лет, особенно если в прошлом были кровотечения или перфорации
- Сроки от перфорации до операции не превышают 6-8 часов.
- Состояние больного удовлетворительное, нет тяжелых сопутствующих заболеваний
 - Возраст больного старше 50 лет.
 - отсутствие в брюшной полости гнойного экссудата и большого количества желудочно-дуоденального содержимого.
 - Когда имеется подозрение на раковое перерождение язвы, стеноз привратника.



Уровни резекции желудка

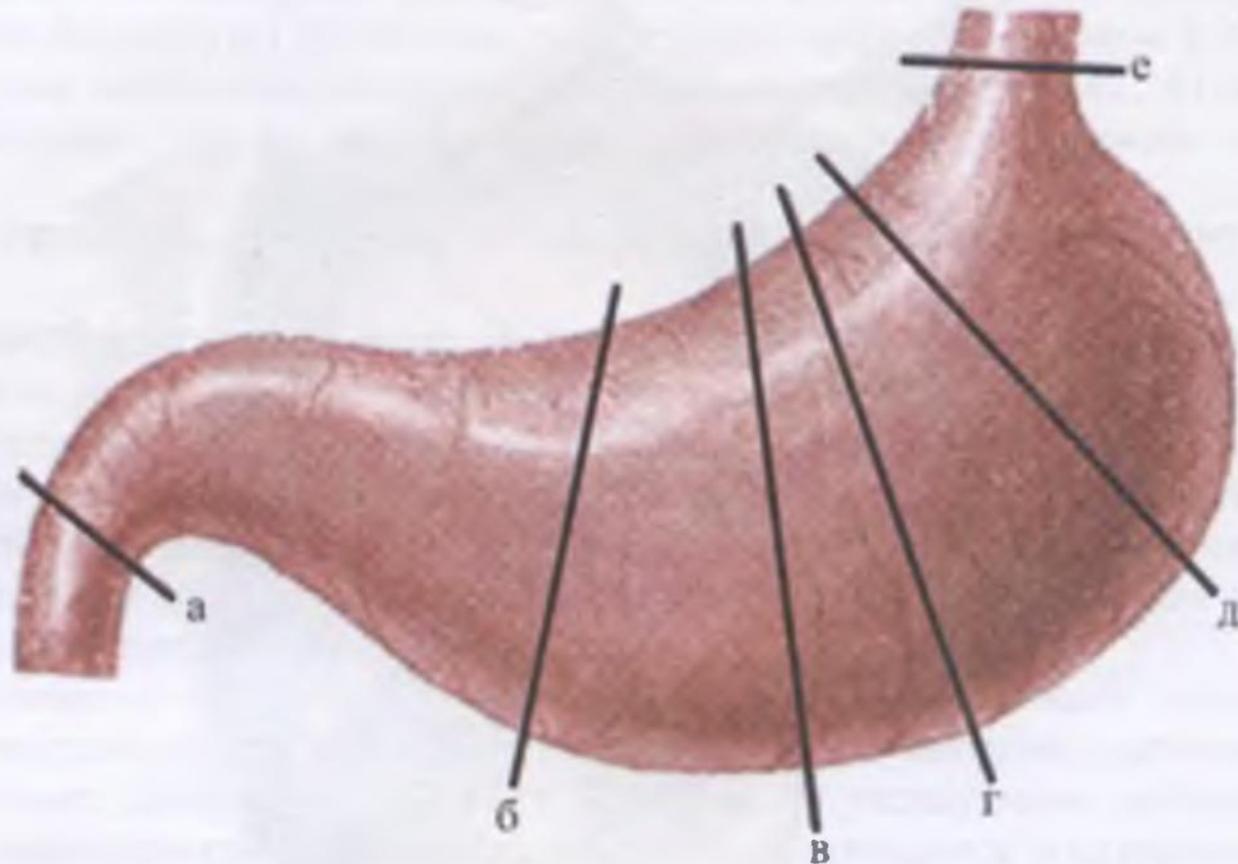


Рис. 17.45. Уровни резекции желудка. а-б – резекция 1/3 желудка (антрумэктомия); а-в – резекция 1/2 желудка; а-г – дистальная (2/3) резекция желудка; а-д – субтотальная резекция; а-е – гастрэктомия; г-е – проксимальная резекция. (Из: Шабанов В.А., Кушхабиев В.И., Вели-Заде Б.И. Оперативная хирургия: Атлас. – М., 1977).

Операции резекции желудка, основанные на принципе
восстановления прямого гастродуоденального анастомоза по
типу Бильрот I

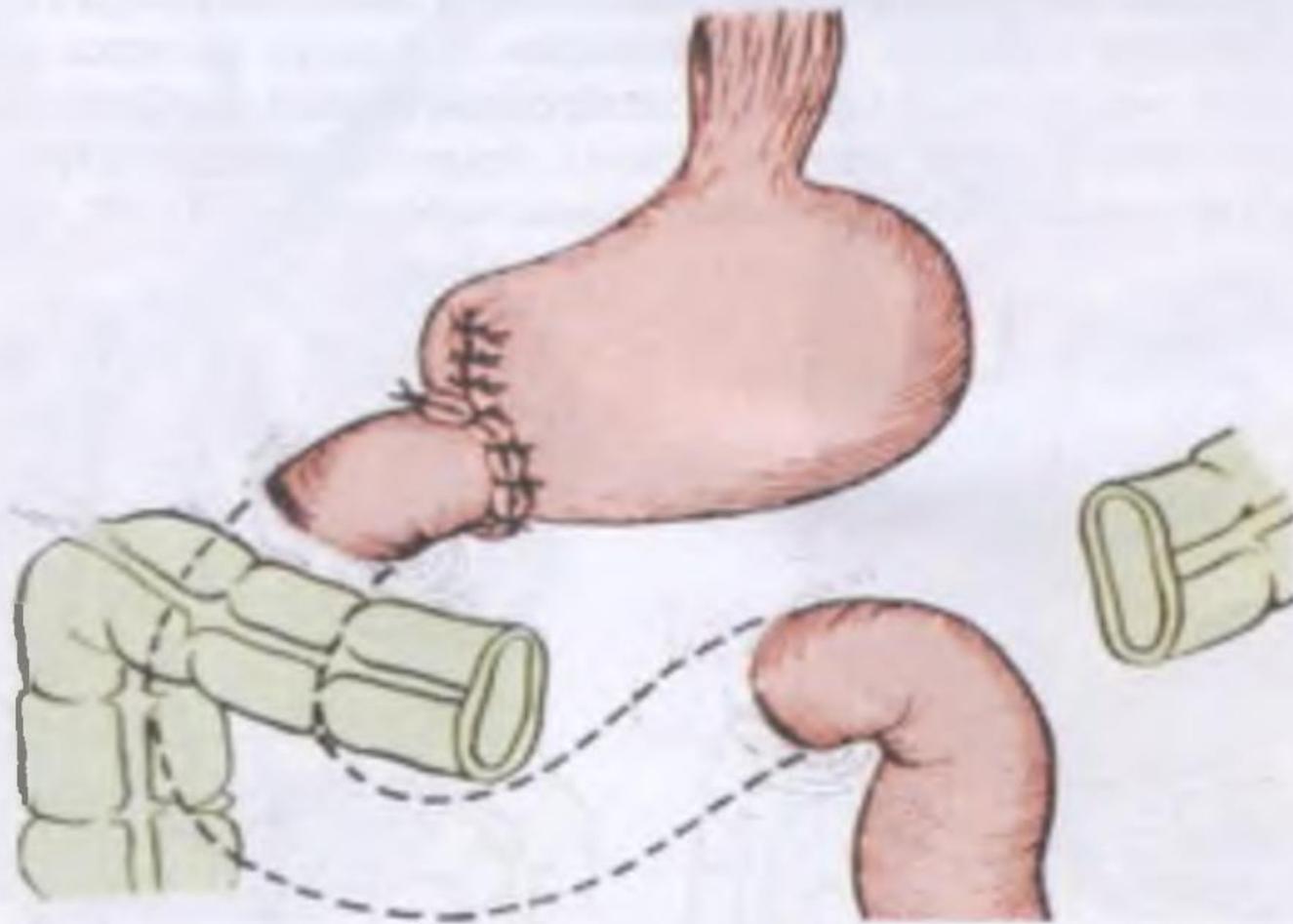


Рис. 17.47. Схема резекции желудка по типу Бильрот – I.

Операции резекции желудка, основанные на принципе создания обходного гастроэнтероанастомоза с односторонним выключением двенадцатиперстной кишки по типу Бильрот II

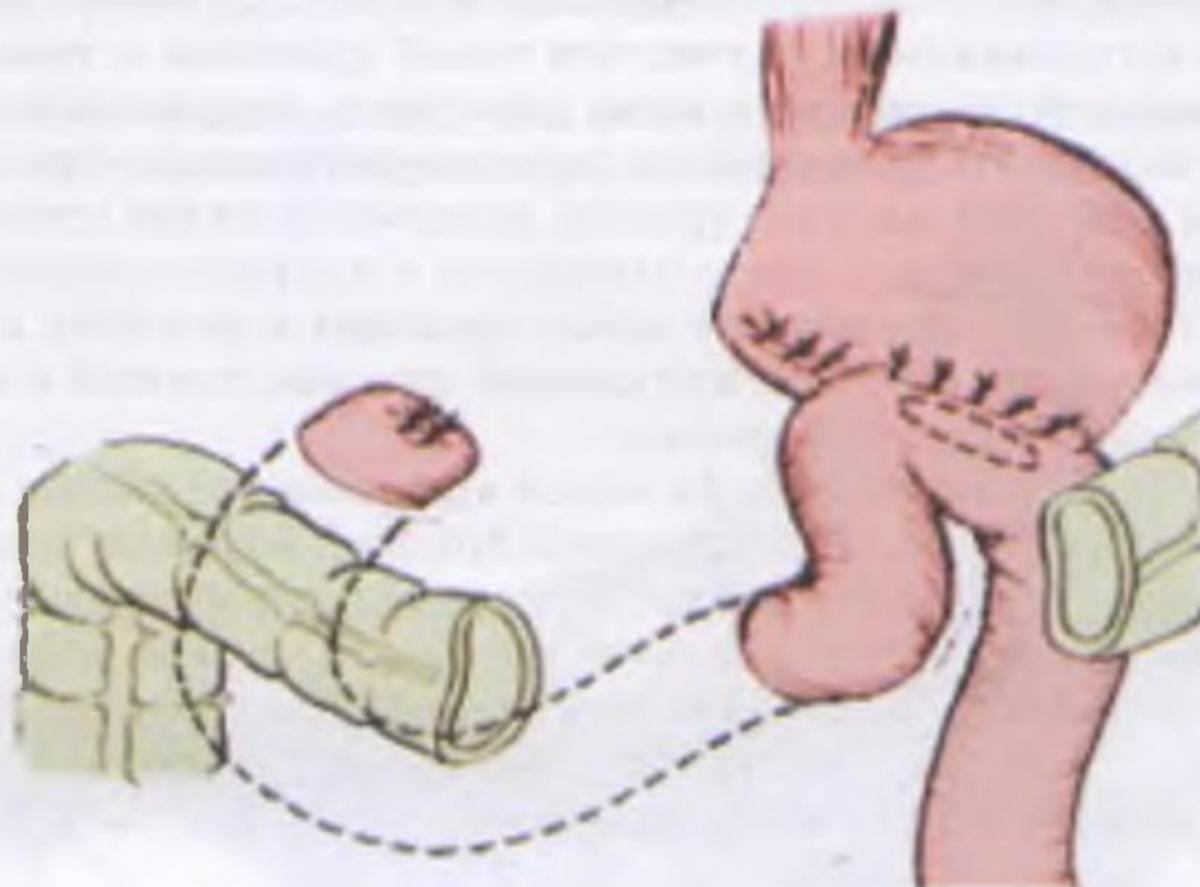


Рис. 17.48. Схема резекции желудка по типу Бильрот— II.

при низкорасположенных и неоперабельных язвах двенадцатиперстной кишки, а также, если язва располагается у кардии и мобилизовать эту часть желудка невозможно, производится резекция для выключения двенадцатиперстной кишки по Финстеру, суть которой заключается в резекции 2/3-3/4 желудка с оставлением язвы и наложением гастроэнтероанастомоза

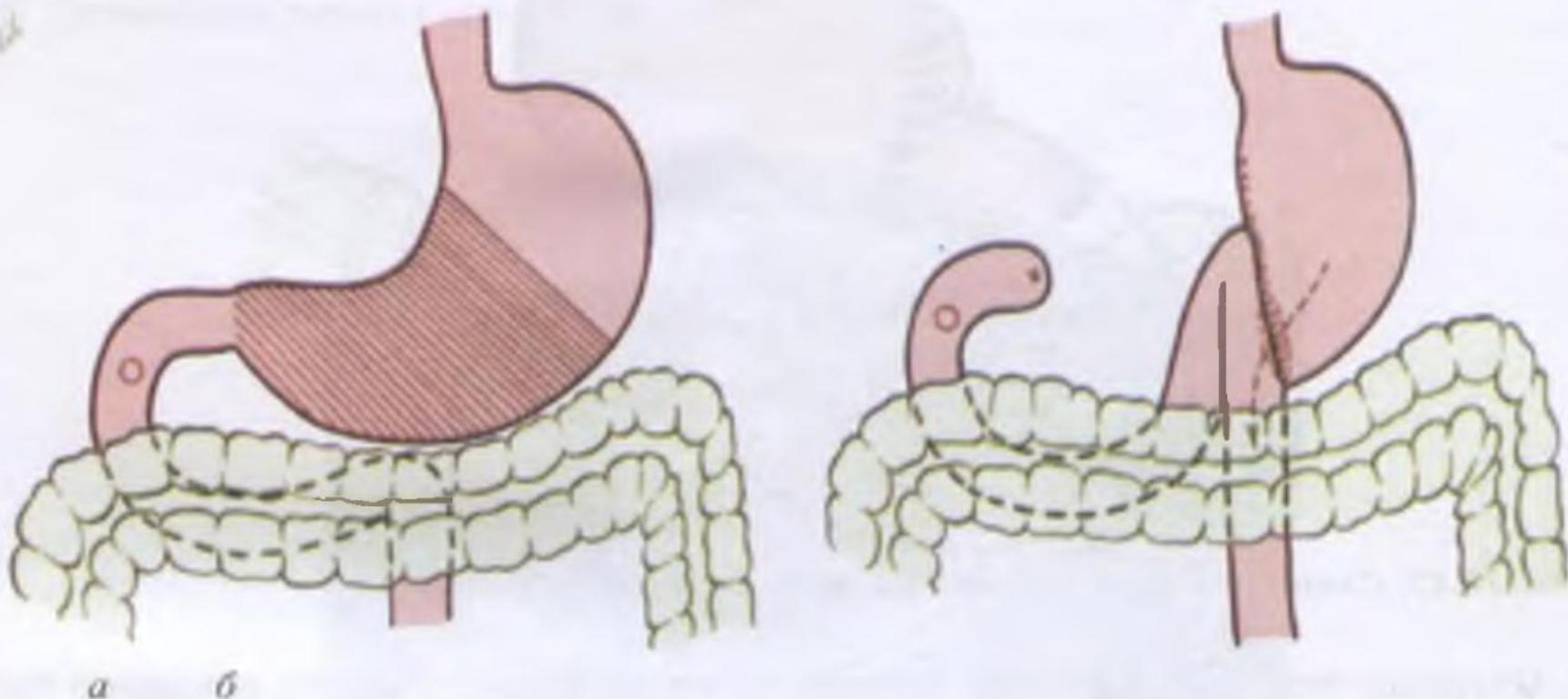
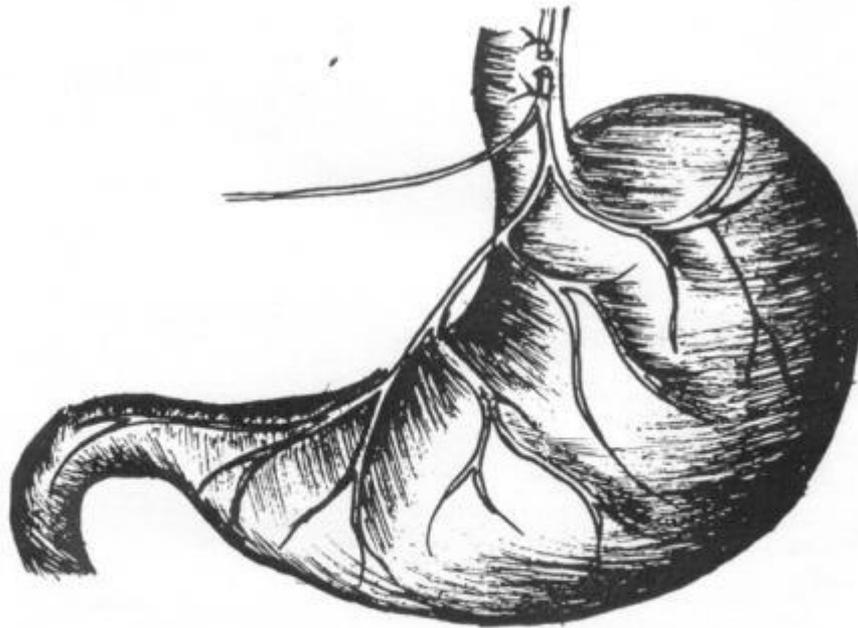


Рис. 17.49. Схема резекции желудка для выключения. а – площадь резекции желудка; б – окончательный вид резекции. (Из: Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. – М., 1965).

Основные принципы ваготомии при язвенной болезни желудка и ДПК.

Чаще всего выполняют стволовую ваготомию с резекцией антрального отдела желудка (антрумэктомией) или пилоропластикой, а также проксимальную селективную ваготомию без дренирующих желудок операций.



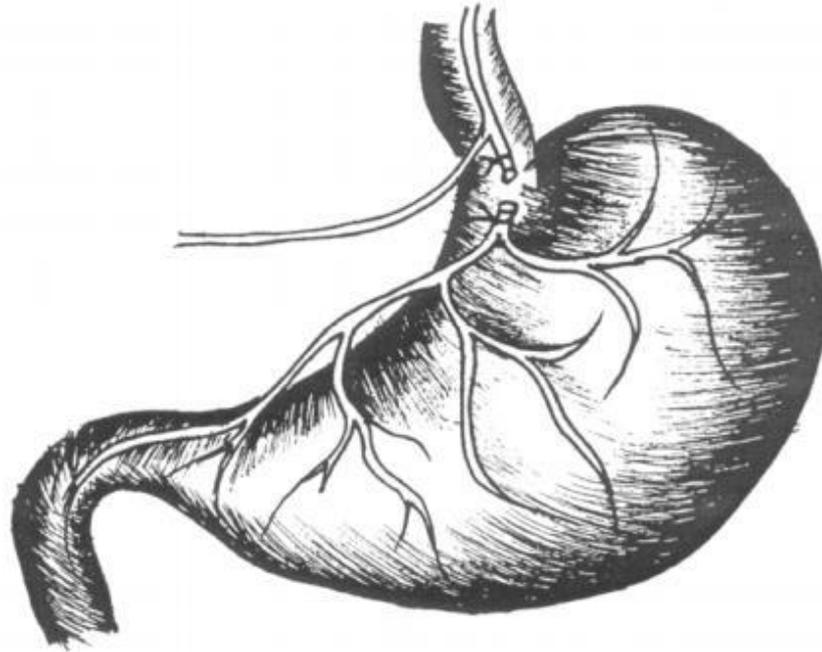
Стволовая ваготомия.

при стволовой ваготомии с антрэктомией пересекают блуждающие нервы, удаляют антральный отдел желудка и накладывают анастомоз с проксимальным отделом двенадцатиперстной кишки - резекция желудка по Бильрот-I или с петлёй тощей кишки - резекция желудка по Бильрот-II.

Это достаточно эффективный метод лечения язвенной болезни. Частота рецидива заболевания после операции составляет 1%, а частота послеоперационных осложнений и летальность несколько выше, чем при ваготомии с пилоропластикой.



Некоторые хирурги предпочитают селективную ваготомию, когда пересекаются все желудочные ветви блуждающих нервов, при сохранении ветвей, идущих к печени и чревному сплетению. После этой операции рецидивы и осложнения встречаются реже, чем после стволовой ваготомии



Селективная ваготомия.



Осложнения хирургического лечения язвенной болезни.

Ранние послеоперационные осложнения.

1. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки является наиболее тяжёлым и частым (встречается в среднем у 3% больных) осложнением, занимающим первое место среди причин летальности после резекций желудка, выполненных по поводу язвенной болезни.

2. Частота послеоперационного панкреатита после резекции желудка и ваготомии достигает 6% наблюдений.

3. Кровотечение в свободную брюшную полость или в просвет желудочнокишечного тракта отмечается у 2% пациентов.

4. Моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка. Моторная активность желудка угнетается в результате операционной травмы, ваготомии, выраженных водно-электролитных расстройств, а также при развитии других послеоперационных осложнений – острого панкреатита, воспалительных инфильтратов и абсцессов брюшной полости.



5. Из гнойно-септических осложнений, возникающих после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, характерными являются подпечёночные и поддиафрагмальные абсцессы.

Отдалённые послеоперационные осложнения.

1. **Рецидив язвы.** Частота рецидивов язвенной болезни после операции составляет 3-10% при язве двенадцатиперстной кишки и 2% при язве желудка. После ваготомии с пилоропластикой и селективной проксимальной ваготомии рецидивы бывают чаще, чем после ваготомии с резекцией антрального отдела желудка

2. **Синдром приводящей петли.** После резекции желудка по Бильрот-II иногда развивается частичная обструкция приводящей петли

гастроэнтероанастомоза.

3. Удаление привратника при резекции желудка или его рассечение при пилоропластике приводит к развитию **дуоденогастрального рефлюкса**, вызывающего рефлюкс-гастрит.

4. **Демпинг-синдрома**

5. **Рак культи**

желудка

6. **Синдром нарушенного**

всасывания и

остеомаляция

8. **Гематологические**

▶ **осложнения.**

Заключение

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику передовых медицинских технологий и лекарственных средств, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся одной из нерешённых проблем хирургической гастроэнтерологии. В некоторых ситуациях оперативный метод лечения заболевания не является окончательным и не позволяет излечить больного с язвой, а осложнения раннего и позднего послеоперационного периода могут значительно ухудшить результаты выполненных хирургических вмешательств. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни постоянно изменяются и тесно связаны с выбором оперативного метода. После отклонения многих антифизиологичных и неэффективных операций, общепризнанными и наиболее радикальными методами стали резекция желудка при наличии желудочных язв и ваготомия при локализации язв в двенадцатиперстной кишке. В настоящее время показания к оперативному лечению подразделяются на абсолютные, условно абсолютные и относительные. Однако по каким бы из показаний ни выполнялось бы хирургическое вмешательство, необходимо стремиться к тому, чтобы оно было радикальным. Такие паллиативные операции, как ушивание перфоративных и кровоточащих язв, должны оставаться только в экстренной хирургии как вынужденные.

