

Кафедра клинической и
экспериментальной хирургии МБФ
РГМУ

*Осложнения язвенной
болезни*

К осложнениям язвенной болезни желудка и 12 п.к.

ОТНОСЯТ:

- Перфорацию язвы
- Язвенное кровотечение
- Стеноз выходного отдела желудка
- Пенетрацию язвы
- Малигнизацию язвы

Классификация перфоративных гастродуоденальных язв по локализации

- Перфоративные язвы желудка подразделяют на язвы малой кривизны, передней и задней стенок, кардиальные, пилорические
- Перфоративные язвы 12 п.к. подразделяют на язвы передней и задней стенки

Классификация перфоративных гастродуоденальных язв по клиническому течению

- Открытая перфорация (в свободную брюшную полость или сальниковую сумку)
- Прикрытая перфорация (отверстие прикрывается каким-либо соседним органом — сальником, печенью и др., сгустком фибрина или кусочком пищи)
- Атипичная перфорация (происходит в участках желудка и 12 п.к. не покрытых брюшиной, т.е. в забрюшинную клетчатку, а также между листками малого сальника)

Классическая клиническая триада симптомов

- Наличие язвенного анамнеза
- Появление «кинжальных» болей
- «Доскообразное» напряжение живота

Периоды заболевания при типичной перфорации

- Шока (до 6 часов)
- Мнимого благополучия (от 6 до 12 часов)
- Перитонита (позднее 12 часов от момента перфорации)

Жалобы при типичной перфорации

- Резкая, внезапная, «кинжальная» боль в эпигастральной области
- Боль появляется чаще в ночное или утреннее время
- Боль возникает среди «полного здоровья»
- Редко тошнота и рвота

Общий осмотр

- Вынужденное положение
- Бледность кожи, холодный пот
- Снижение АД и другие симптомы болевого шока

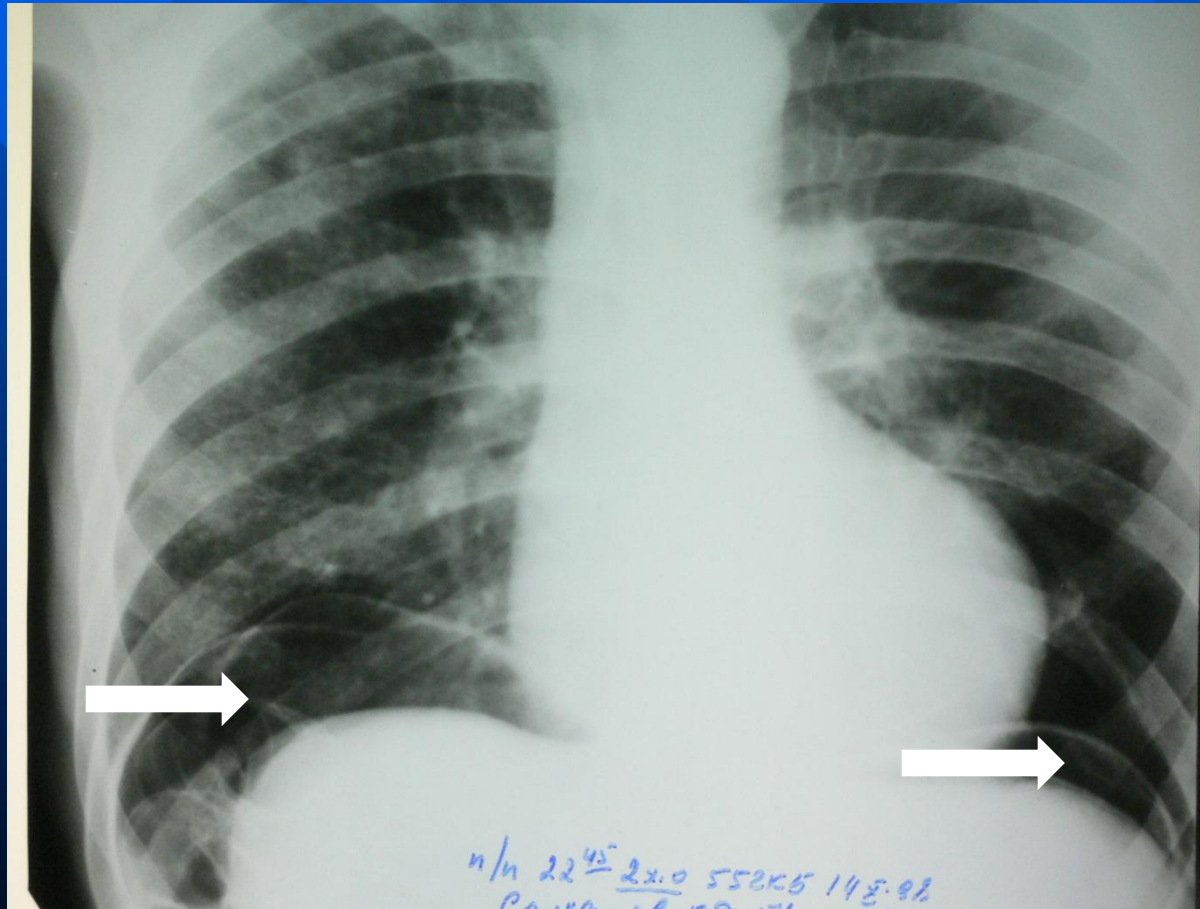
Осмотр живота

- Втянутый «ладьевидный» живот, не участвующий в акте дыхания
- При аускультации – резкое ослабление перистальтики кишечника
- При перкуссии – симптом «отсутствия или уменьшения» печеночной тупости – газ под диафрагмой
- При пальпации – резкое, «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки. Болезненность при пальпации в верхних отделах живота
- Симптом Щеткина-Блюмберга положительный

Методы инструментальной диагностики

- Обзорная рентгенография брюшной полости
- Пневмогастрография – (прикрытая перфорация)
- Лапароскопия – при неясности клинических проявлений (прикрытая перфорация, период мнимого благополучия или перитонита)
- Гастроскопия – лишь при сочетании перфорации с кровотечением

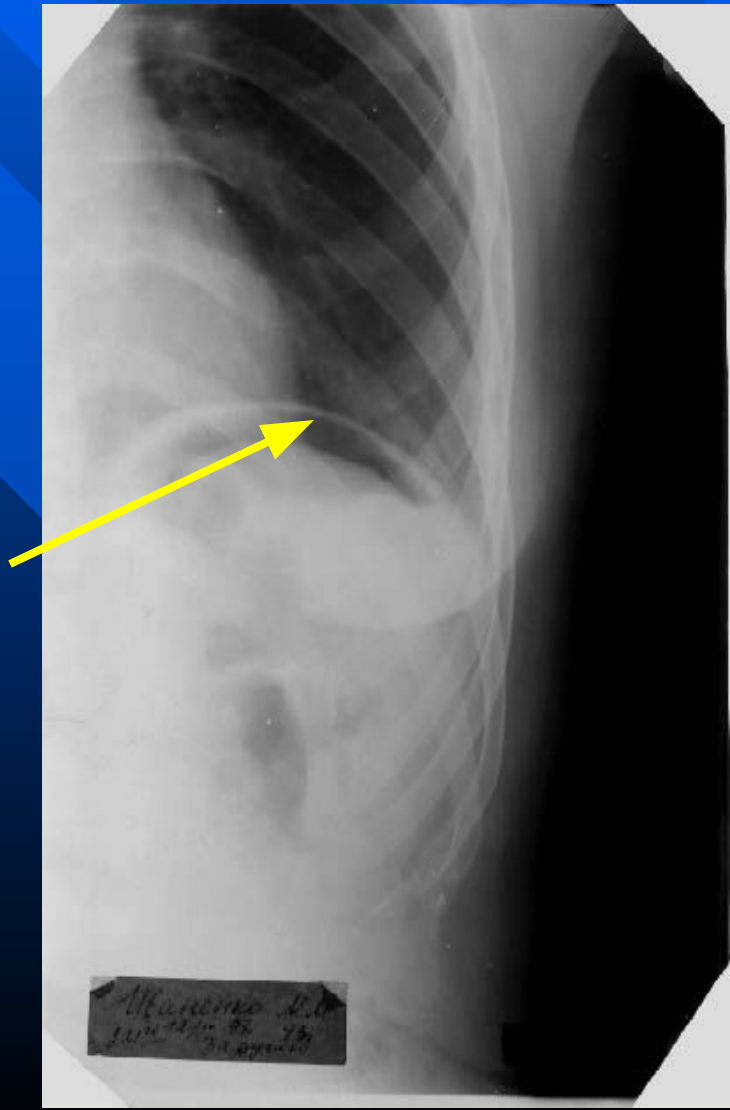
Обзорная рентгенография брюшной полости



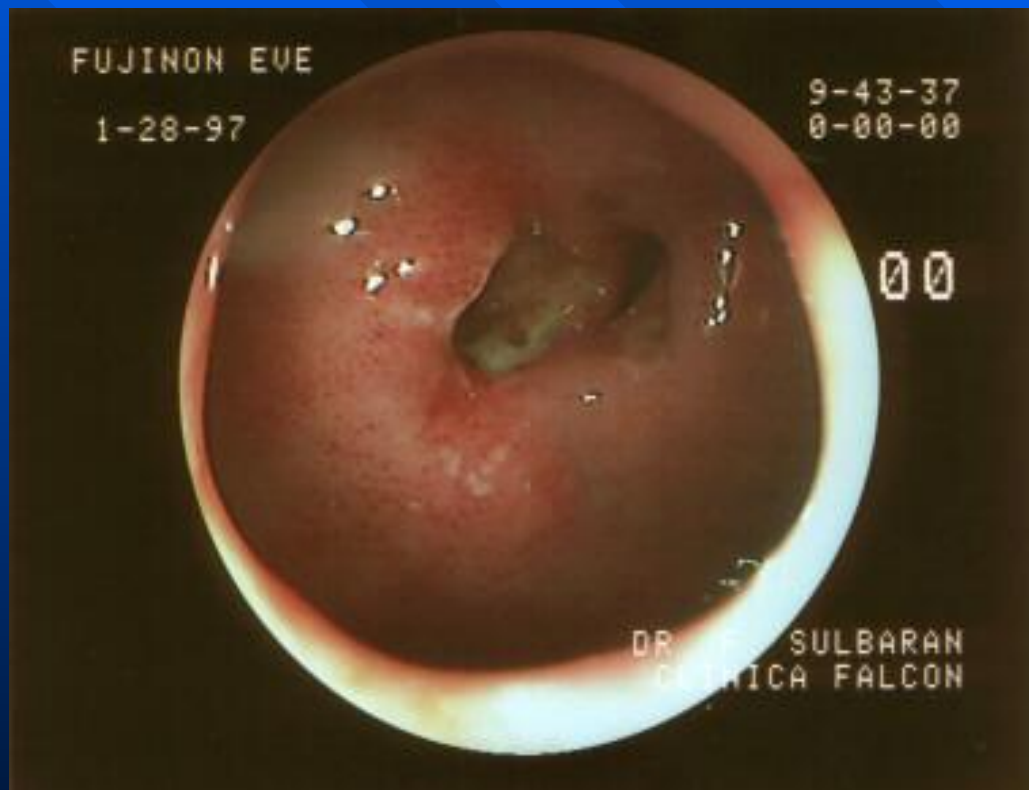
Симптом «серпа» - свободный газ под куполом диафрагмы

Свободный газ под куполом диафрагмы (1)





Перфорация язвы 12 перстной кишки (эндофотография) (1)



Перфорация язвы (эндофотография)

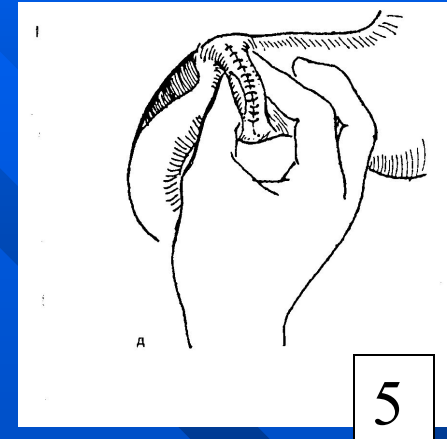
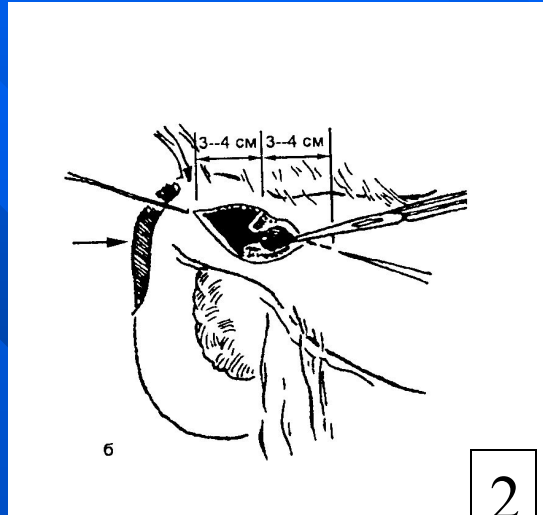
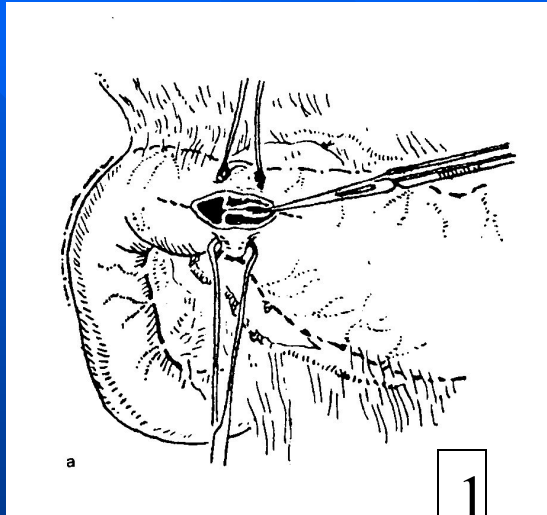
(2)



Виды оперативного приема

- Ушивание язвенного дефекта (однорядным, двухрядным швами, по Оппелю-Поликарпову, пластические закрытия перфоративных отверстий по Вальтеру, Мохову и др.)
- Резекция желудка
- Иссечение язвы с пилоропластикой (по Финнею, Гейнеке-Микуличу, операция Жабуле и др.) и ваготомией

Пилоропластика (1)



Пилоропластика по Гайнеке-Микуличу

Рис 1,2 - продольное рассечение стенки двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка с иссечением язвы или рубца передней стенки

Рис 3,4 - Ушивание дефекта пилородуоденального сегмента в поперечном направлении, причем сначала первыми швами сшивают слизистую оболочку, а вторым рядом — серозный и мышечный слои

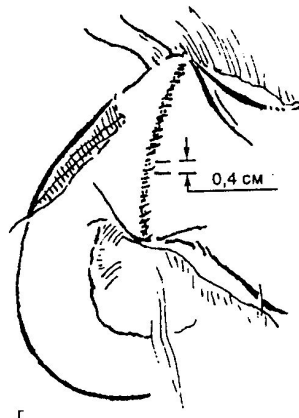
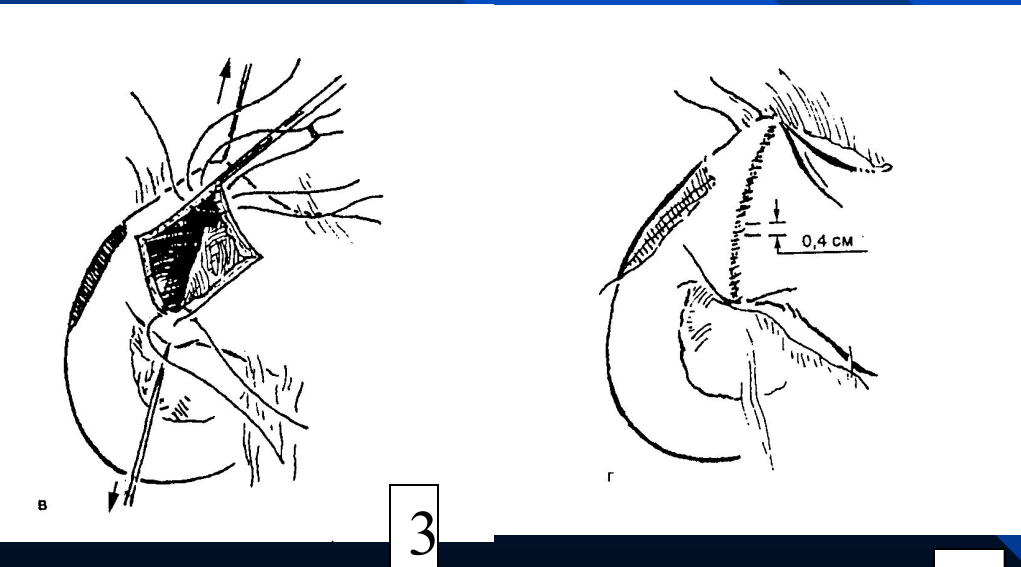
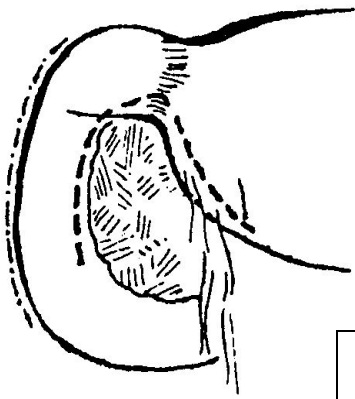
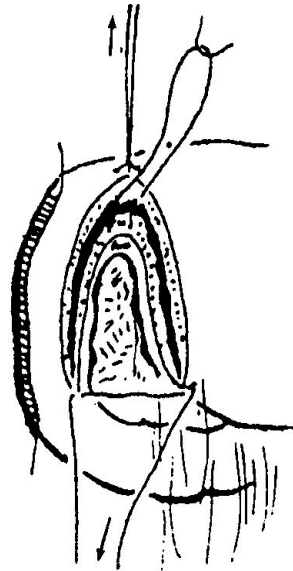


Рис 5. — Конечный вид пилоруса

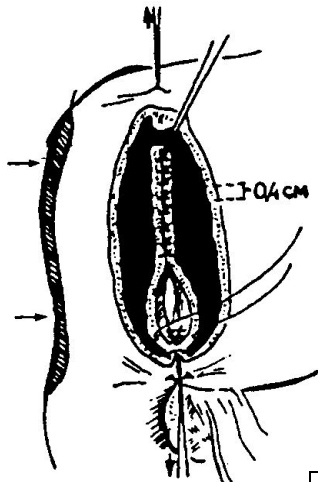
Пилоропластика (2)



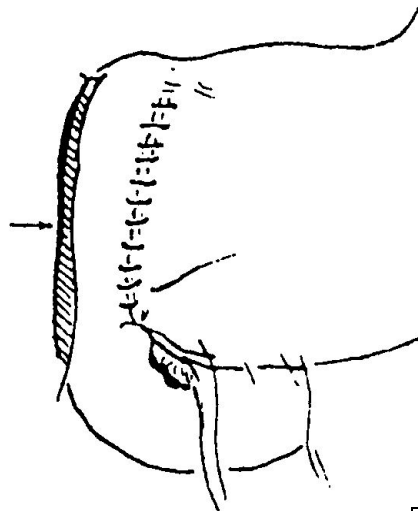
1



2



3



4

Пилоропластика по Финнею

Рис 1. - Мобилизация кишки;

Рис 2,3- Формирование задней стенки анастомоза;

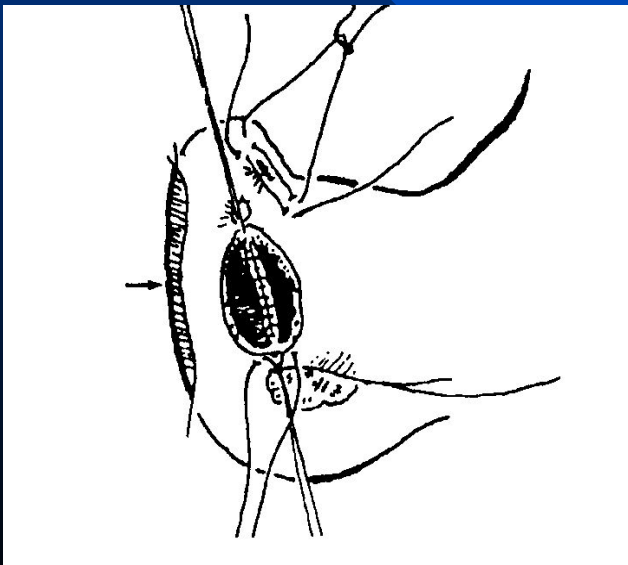
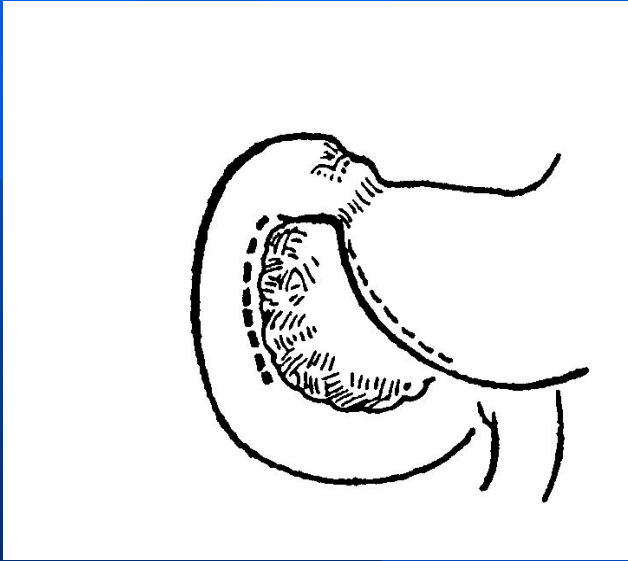
Рис 4. - Формирование передней стенки анастомоза;

Пилоропластика (3)

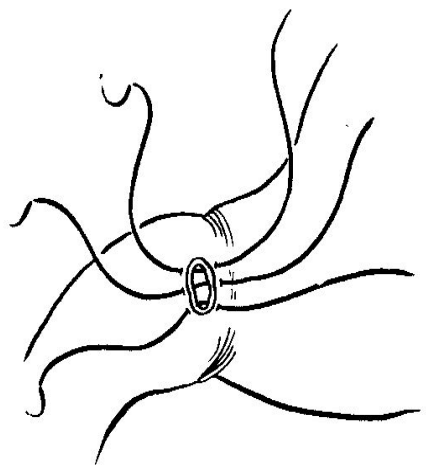
▣ Пилопластика по Жабуле

Рис 1. – Мобилизация кишки и разрез;

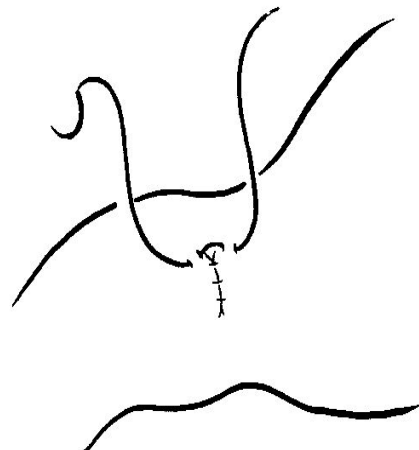
Рис 2. – Формирование анастомоза



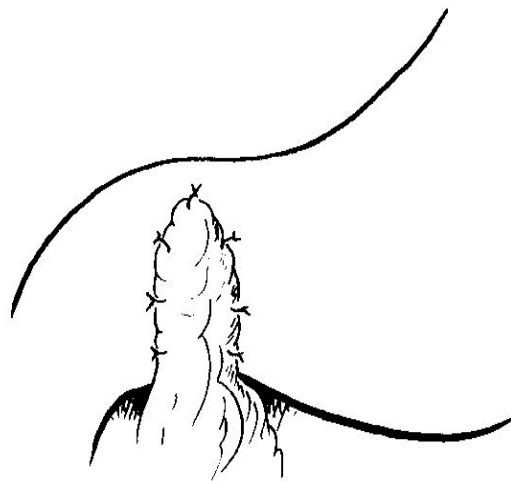
Ушивание перфоративной язвы



1



2



3

Кровотечение из гастродуоденальных язв

Кровотечение – одно из наиболее частых осложнений язвенной болезни желудка и 12 п.к., встречается у 10-15 % больных.

Клиническая картина зависит от следующих факторов:

1. Степень кровопотери
2. Темп (скорость) кровопотери
3. Исходное состояние больного

Степени кровопотери

- I степень – легкая
- II степень – средней тяжести
- III степень - тяжелая

Определение степени тяжести кровотечения по клинико-инструментальным и лабораторным данным

№	Критерии и показатели	Кровотечение легкой степени	Кровотечение средней степени	Кровотечение тяжелой степени
1	Сознание	Не нарушено	Не нарушено	Спутанное
2	Кожные покровы	Нормальные	Бледные	Резкая бледность
3	Пульс	<100 уд/мин	100-120 уд/мин	>120 уд/мин
4	Систолическое АД	≥110 мм.рт.ст.	109-80 мм.рт.ст.	<80 мм.рт.ст.
5	Частота дыханий	<20 в 1 мин	20-30 в 1 мин	>30 в 1 мин
6	Гемоглобин	>100г/л	100-80 г/л	<80 г/л
7	Дефицит ОЦК	<10% (500 мл)	10-20% (500-1000 мл)	>20%(>1000 мл)
8	Дефицит ГО	<20%	20-29%	≥30%
9	ЦВД	60-120 мм.вод.ст	30-59 мм.вод.ст.	<30 мм.вод.ст
10	Ц Нб	700-500г	499-400г	<400 г
11	КЩС	компенсация	субкомпенсация	декомпенсация

Клиническая картина ЖКК

- Общая симптоматика кровотечения
- Специфические проявления:
 - рвота «кофейной гущей» или сгустками крови (при массивном кровотечении)
 - жидкий черный зловонный стул – мелена.

Эндоскопическая классификация кровотечений по Форесту

- **F I A – струйное кровотечение из язвы**
- **F I B – капельное кровотечение из язвы**
- **F II A – в дне язвы определяется крупный тромбированный сосуд**
- **F II B – дно язвы прикрыто сгустком крови**
- **F II C – дно язвы покрыто фибрином и гематином**
- **F III – язва без признаков кровотечения или источник кровотечения не выявлен**

Кровотечение из гастродуоденальных язв



Видимый сосуд
до коагуляции



Остановка
кровотечения после
коагуляции сосуда

Консервативная терапия

- Диета – голод в первые сутки
- Строгий постельный режим
- Местно: применение аминокапроновой кислоты, локальная гипотермия
- Возмещение ОЦК
- Гемостатические препараты парентерально (дицинон, аминокапроновая кислота, СЗП)
- Противоязвенные препараты – H_2 блокаторы, блокаторы протонной помпы (только инъекционные формы для внутривенного введения)
- Возможно введение в терапию аналогов соматостатина (сандостатин, октреотид)
- Симптоматическая терапия, направленная на коррекцию легочной, сердечно-сосудистой недостаточности.
- Обязательно очистительные клизмы в течение 2 дней

Виды оперативного приема

- Прошивание кровоточащего сосуда
- Иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией
- Резекция желудка

**ПОКАЗАТЕЛИ ПЛОХОГО ПРОГНОЗА ИСХОДА ЯЗВЕННОГО ГАСТРО-
ДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ**

Клиниче- ские	Возраст более 60 лет
	Тяжелые сопутствующие заболевания
	Анамнестические указания на высокий темп кровопотери (геморрагический шок)
	Кровотечение многосуточной давности (наличие постгеморрагической анемии)
	Рецидив кровотечения в процессе лечения в стационаре
Эндоскопические	Продолжающееся кровотечение в момент эндоскопического осмотра
	Признаки высокого риска рецидива кровотечения

Основные положения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях



Язвенный пилородуоденальный стеноз

-Рубцовое или воспалительно-спастическое сужение пилородуоденального канала, возникшее на почве язвенной болезни
(развивается примерно у 5-10% больных с язвенной болезнью)

Пилородуоденальный стеноз

КЛАССИФИКАЦИЯ:

- ✓ I ст – формирующийся.
- ✓ II ст. – компенсированный.
- ✓ III ст. - субкомпенсированный.
- ✓ IV ст – декомпенсированный.

Патогенез

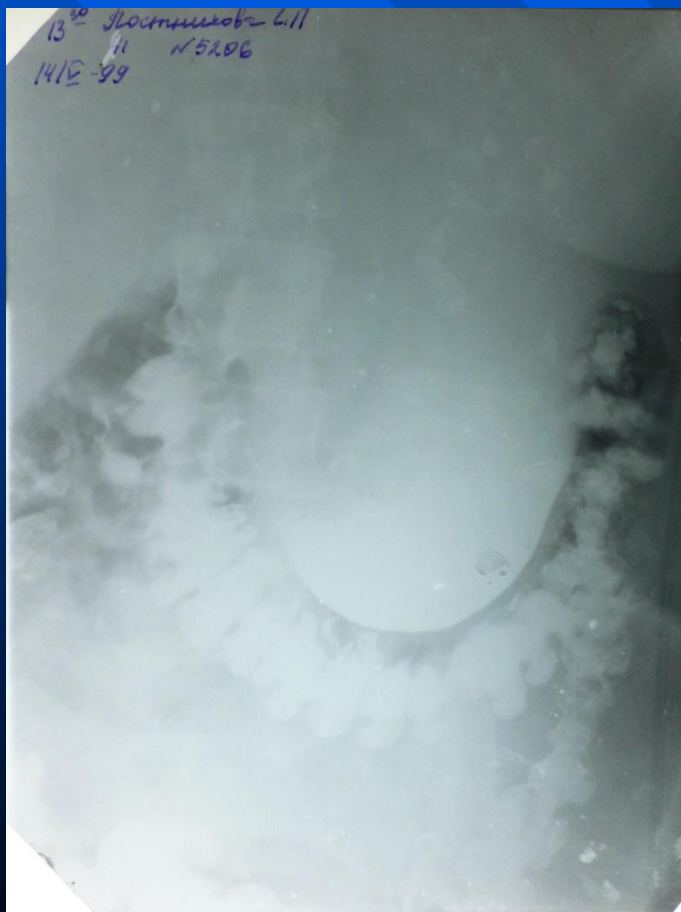
- Рубцовое перерождение привратника приводит к его ригидности, несмыканию, что создает условия для дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР)
- Проникающая в желудок желчь ощелачивает антрум, стимулирует выброс гастрина и этим усиливает выработку соляной кислоты и пепсина
- Возникает антрум-гастрит или язвы антрального отдела желудка и создаются благоприятные условия для рецидива язвы 12 п.к., т.е. характерен механизм «порочного круга»

Рентгенологические признаки стеноза в зависимости от его стадии

I. Компенсированная

- Желудок увеличен или в норме
- Перистальтика усилена
- Умеренное сужение пилоруса
- Задержка Ва до 12 часов

Рентгенологическая картина субкомпенсированного пилоробульбарного стеноза



- Желудок значительно расширен
- Натощак – жидкость
- Перистальтика ослаблена
- Выраженное сужение привратника
- Задержка эвакуации до 12-24 часов

Рентгенологическая картина декомпенсированного пилоробульбарного стеноза



- Резкая эктазия желудка
- Большое количество жидкости натощак
- Пилорический канал резко сужен или не заполняется
- Перистальтики нет
- Задержка эвакуации более 24 часов

Стадии пенетрации

I – внутривисцеральная пенетрация

II – фиброзного сращения.

III – завершённая пенетрация в соседние органы

□ в полый орган

□ в забрюшинное пространство

Пенетрация язвы

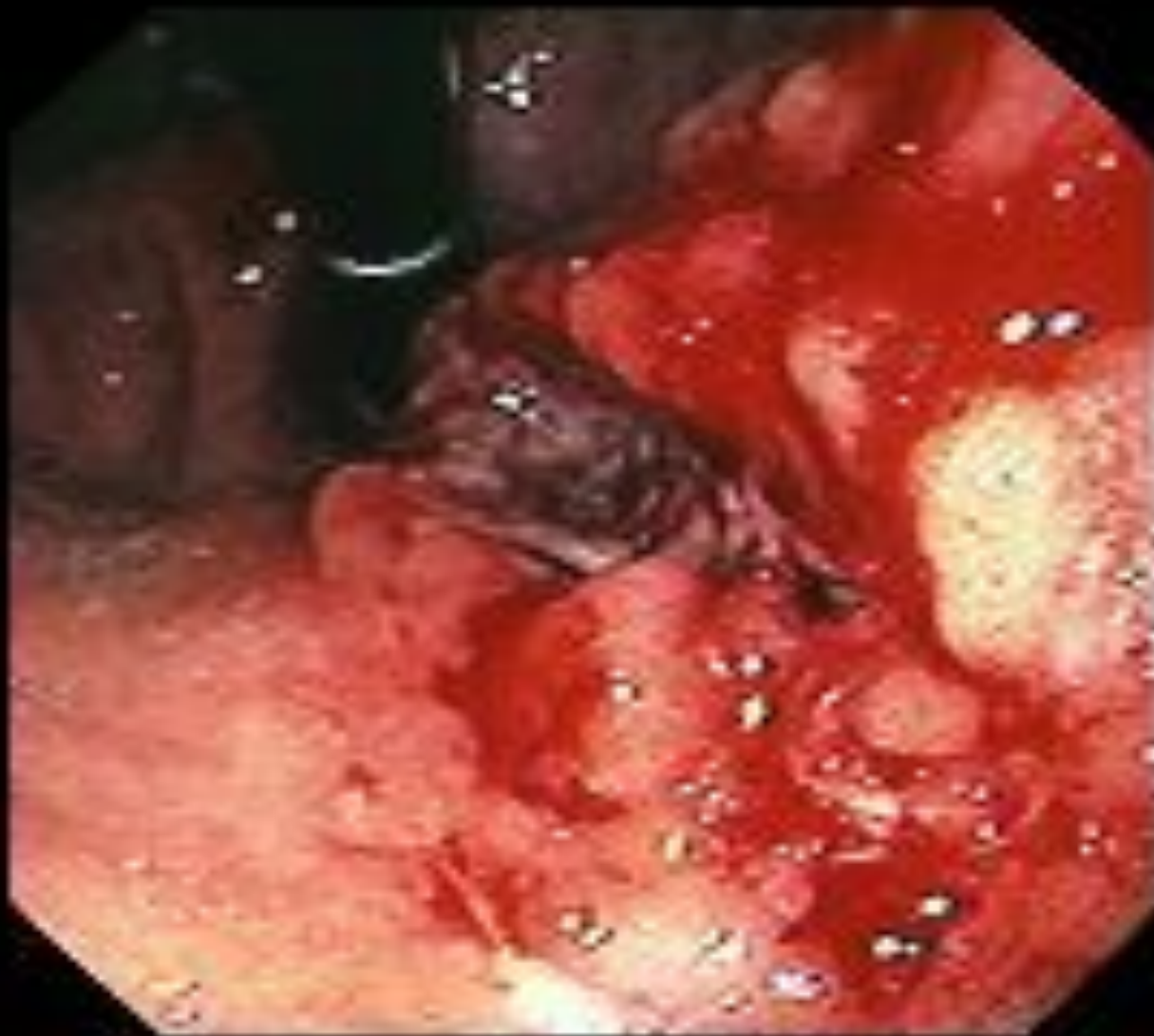


Малигнизация

Признаки малигнизации язвы желудка:

- Изменение течения язвенной болезни желудка;
- Изменение характера болей (постоянные);
- Ухудшение аппетита;
- Прогрессирующее похудание, слабость;
- Уменьшение болезненности при пальпации живота;
- Гипохромная анемия;
- Уменьшение кислотности желудочного сока;
- Наличие в кале скрытой крови.

Малигнизация язвы



Рентгенологические признаки малигнизации язвы

- Большая ниша с глубокой и широкой инфильтрацией вокруг
- Неправильность рельефа слизистой оболочки вокруг ниши
- Ослабление сокращений мышечной стенки