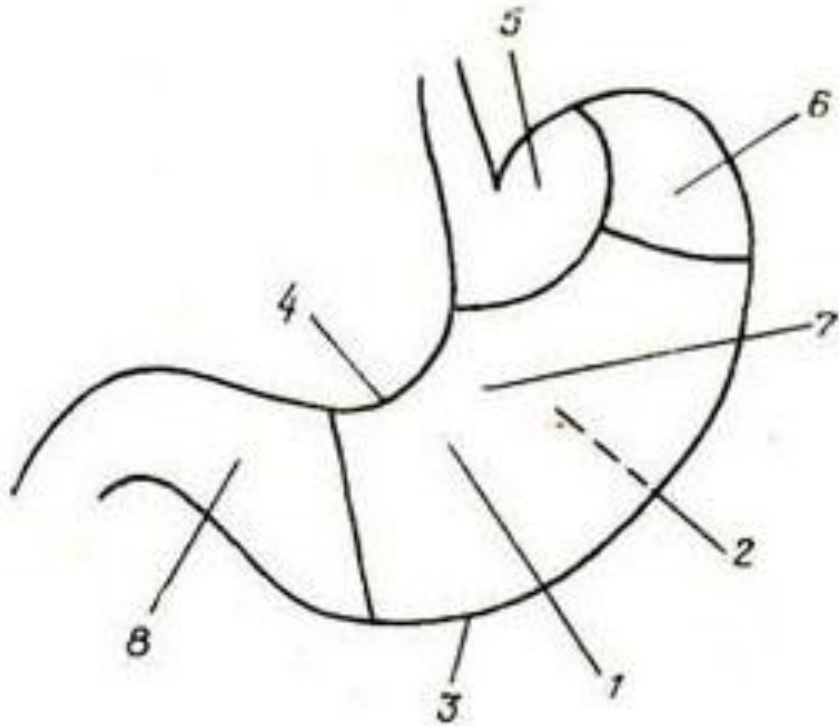


**Осложнения
язвенной болезни
желудка и 12-ти
перстной кишки**

Отделы желудка



- 1 - передняя стенка;
- 2 - задняя стенка;
- 3 - большая кривизна желудка;
- 4 - малая кривизна желудка;
- 5 - кардиальная часть;
- 6 - дно (свод) желудка;
- 7 - тело желудка;
- 8 - привратниковая (антральная) или пилорическая часть.

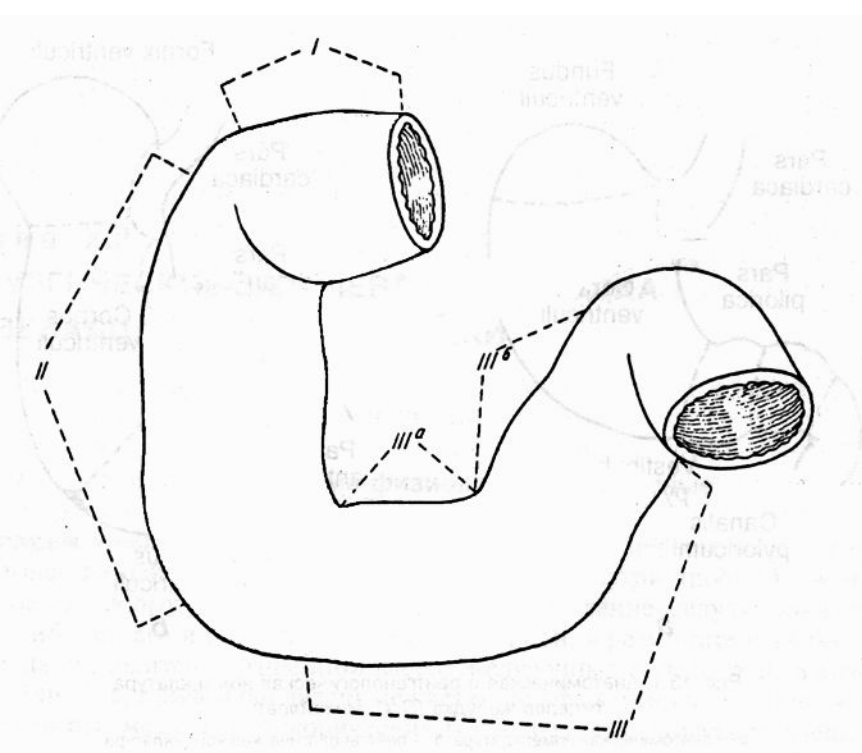
Отделы 12-ти перстной кишки

I. Верхняя
горизонтальная часть.

II. Нисходящая часть.

III а. Нижняя
горизонтальная часть.

III б. Восходящая часть.



Этиопатогенез язвенной болезни

Агрессивные факторы	Факторы защиты
<ol style="list-style-type: none">1. Повышение выработки соляной кислоты.2. Увеличение выработки пепсиногена и образования пепсина.ф3. Нарушения моторики желудка и 12-ти перстной кишки.4. Прямое травмирующее действие пищи.	<ol style="list-style-type: none">1. Слизь.2. Нормальное кровообращение.3. Своевременное восстановление клеток слизистой оболочки.

Этиопфатогенез язвенной болезни

Предрасполагающие факторы

1. Присутствие *Helicobacter pylori* в желудке или 12-ти перстной кишке.
2. Несбалансированное питание.
3. Употребление очень горячих или очень холодных продуктов, острой пищи.
4. Стрессы.
5. Избыточное потребление кофе, злоупотребление алкоголем.
6. Приём НПВС, глюкокортикоидов.
7. Группа крови (0) I.

Особенности клиники язвенной болезни

1. *Связь болей с приемом пищи* (ранние, поздние, ночные, голодные).
2. *Периодичность* (чередование периодов обострения и ремиссии).
3. *Сезонность* (осень – весна).

Перфоративные язвы

Классификация (В.С. Савельев и соавт., 1976г.):

Этиология: язвенные и гормональные.

По локализации-

А - язва желудка: малой кривизны, передней стенки, задней стенки.

Б - язва 12-ти перстной кишки: передней стенки, задней стенки.

По течению:

А - прободение в свободную брюшную полость.

Б - прободение прикрытое.

В - прободение атипичное.

Перфоративная язва

Периоды клинического течения

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

Пенетрация язв желудка и 12-ти перстной кишки

Стадии процесса

1. Стадия проникновения язвы через все слои стенки желудка или 12-ти перстной кишки;
2. Стадия фиброзного сращения с прилежащим органом;
3. Стадия завершившейся перфорации и проникновения в ткань прилежащего органа.

Желудочно-кишечное кровотечение

Причины:

- ✓ Язвы желудка и 12-перстной кишки (до 65%)
- ✓ Острые эрозии и изъязвления (15-20%)
- ✓ Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии (8-10%)
- ✓ Рак желудка (5-8%)
- ✓ Синдром Меллори – Вейса (5-8%) и др.

Желудочно-кишечное кровотечение

Степени кровопотери

I степень (дефицит ОЦК до 20%) – легкая кровопотеря: общее состояние больного удовлетвор, умеренная тахикардия (до 100 ударов в мин), артериальное давление в норме, ЦВД 5-15 см вод.ст. диурез не снижен, содержание гемоглобина не ниже 100 г/л.

II степень (дефицит ОЦК от 20 до 29%) – (I стадия геморрагического шока – компенсированного) – средняя кровопотеря: общее сост больного средней тяжести, несколько возбужден, кожные покровы бледные, частота пульса до 110 в мин, систолич АД не ниже 90 мм рт ст, ЦВД меньше 5 см вод.ст. Умеренная олигурия, содержание гемоглобина не ниже 80 г/л.

■ III степень (дефицит ОЦК более 30%)

(II стадия шока— декомпенсированного обратимого) - тяжелая кровопотеря: общее состояние больного тяжелое, резкая слабость, холодный липкий пот, частота пульса более 110 в мин, систолическое артер давление ниже 90 мм рт ст, ЦВД - 0 см вод. ст. олигурия (диурез менее 20 мл/ч) метаболич ацидоз, содерж гемоглобина ниже 80 г/л.

■ III стадия геморрагического шока — необратимого (дефицит ОЦК более 50%) - больной находится в бессознательном состоянии, кожные покровы очень бледные, покрыты холодным липким потом, цианоз слизистых резко выражен, одышка, пульс нитевидный, частота его больше 140 в минуту, АД не определяется, характерна олигоанурия.

Желудочно-кишечное кровотечение

Эндоскопическая классификация кровотечений
по Форресту

F I – Продолжающееся кровотечение

F I – A – профузное;

F I – B – подтекание (капельное).

F II – Состоявшееся кровотечение

*F II – A – высокий риск рецидива (тромбированные
сосуды в дне язвы);*

F II – B – низкий риск рецидива (гематин на дефекте);

F II – C – язва без признаков кровотечения.

F III – Признаки состоявшегося кровотечения при
отсутствии эндоскопической картины

Распределение больных по степени кровопотери и тяжести состояния

– I группа – больные с явными признаками продолжающегося кровотечения и нестабильными показателями гемодинамики, находящиеся в критическом состоянии. После предельно короткой гигиенической обработки такие больные направляются в операционную, где неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещаются с предоперационной подготовкой;

– II группа – больные с выраженными признаками постгеморрагической анемии (тяжелая степень кровопотери), но без явных признаков продолжающегося кровотечения. Больные госпитализируются в отделение ИТАР, где после начала интенсивной инфузионной терапии проводится комплексная диагностика основных нарушений гомеостаза, источника кровотечения, факта его продолжения или остановки. Проводятся лечебные мероприятия.

– III группа – больные с установленным фактом перенесенного ЖКК, но с умеренными клинич признаками постгеморрагич анемии или вообще без таковых. Этим больным проводятся необходимые лабораторные и инструментальные методы исследования и консервативная терапия в условиях хирургического отделения.

Консервативная терапия при язвенных кровотечениях

1. Постельный режим.
2. Диета Мейленграхта.
3. Восполнение дефицита ОЦК.
4. Гемостатическая терапия.
5. Противоязвенная терапия.
6. Обезболивание.
7. Седативная и антиоксидантная терапия.
8. Аутотрансфузия (бинтование ног).
9. Зондирование желудка.
10. Очистительная клизма.
11. Катетеризация мочевого пузыря (при перелив крови).
12. Симптоматическая терапия.

Алгоритм восполнения ОЦК

- при потере 10-15% ОЦК – объем инфузии – 150-200% (коллоиды : кристаллоиды = 1:1);
- при потере 15-20% ОЦК – объем инфузии – 200% (30-40% крови, а 60% - коллоиды : кристаллоиды = 1:1);
- при потере 20-40% ОЦК – объем инфузии – 250% (50-60% крови, остальное - коллоиды : кристаллоиды = 2:1);
- при потере > 40% ОЦК – объем инфузии – 250% (70% крови, 30% - коллоиды : кристаллоиды = 3:1).

Виды операций при язвенном кровотечении

Экстренные операции

- у больных с продолжающимся кровотечением;
- у больных с тяжелой степенью кровопотери и нестабильным гемостазом (эндоскопически);
- у больных с рецидивом кровотечения в стационаре в любое время суток.

Ранние срочные операции

- у больных с нестабильным гемостазом со средней и тяжелой степенью кровопотери;
- у больных отказавшихся от экстрен операции ночью.

Пилородуоденальный стеноз

Классификация:

1. Компенсированный – после приема пищи – тяжесть в эпигастрии, икота, отрыжка «кислым» изжога. Рвота редко, потери массы тела нет. При R-скопии задержка бария до 6-12 часов, желудок слегка дилатирован, перистальтика его глубокая, мощная за счет гипертрофии мышц. Пилородуоденальный канал сужен до 1 см.

Пилородуоденальный стеноз

Классификация:

2. Субкомпенсированный – ощущение переполнения желудка нарастают, рвота к вечеру, похудение. Пища, барий в желудке при исследовании находятся более 12 часов. Желудок умеренно дилатирован, перистальтика поверхностная, слабая. Пилородуоденальный канал сужен до 0,3-0,8 см.

Пилородуоденальный стеноз

Классификация:

3. Декомпенсированный — отрыжка «тухлым», рвота «старой» зловонной пищей к вечеру, ночью, слабость, прогрессирующее похудение. Барий в желудке (если не было рвоты) находится (определяется) через 24 часа. Пилородуоденальный канал сужен до 0,1 см.

Виды операций при пилородуоденальном стенозе

1. При компенсированном и субкомпенсированном стенозе - стволовая или селективной ваготомия с дренирующей операцией – пилоропластикой, экономная резекция желудка – антрум-эктомия. резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II.
2. При декомпенсированном стенозе - резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II.
3. В тяжёлых случаях возможно выполнение дренирующей желудок операции - гастроеюностомии.

Малигнизация

Клинические проявления:

1. Боли становятся постоянными, непрерывными, не связанными с приемом пищи, перестают быть сезонными, язва плохо поддается противоязвенной терапии.
2. Слабость, похудение, отвращение к мясной пище, поносы (синдром «малых признаков» Савицкого).
3. Желудочная секреция резко снижена, а в анализах крови определяются анемия, лимфогранулоцитопения, ускорение СОЭ.

Виды операций при малигнизации язвы в зависимости от ее локализации

1. Субтотальная резекция желудка с резекцией большого и малого сальника и региональной лимфаденэктомией (при локализации язвы в нижней и средней трети желудка).

2. Тотально-субтотальная резекция желудка или гастрэктомия с резекцией большого и малого сальника и региональной лимфаденэктомией (при локализации язвы в верхней трети желудка).