

Язвенная болезнь желудка и ДПК



План лекции

1. Анатомо-физиологические особенности желудка и 12-перстной кишки.
2. Язвенная болезнь, определение, этиология и патогенез.
3. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
4. Медикаментозное лечение.
5. Хирургическое лечение.
6. Особенности послеоперационного периода.
7. Осложнения язвенной болезни, клиника, диагностика, лечение.
8. Реабилитация и трудовая экспертиза.
9. Видеофильмы.

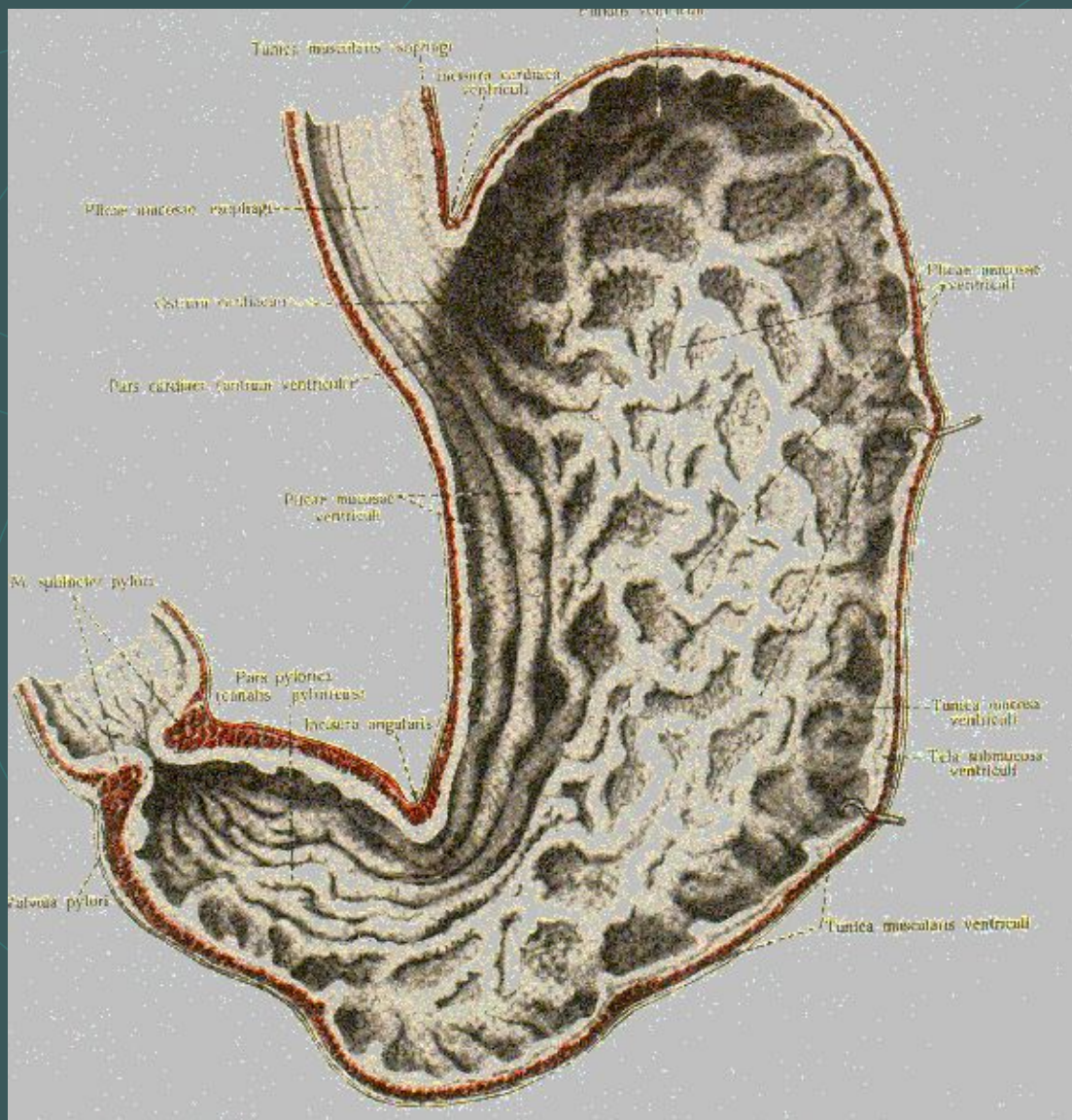
Язвенная болезнь желудка и ДПК

- Язвенная болезнь желудка и ДПК - хроническое заболевание с полициклическим протеканием, которое характеризуется секреторными, моторными и трофическими изменениями желудка или ДПК с образованием язвенных дефектов на слизистой оболочке.

Анатомо-физиологические данные

- В желудке различают следующие части: место входа пищевода в желудок - *ostium cardiacum*, прилежащая к нему часть желудка - *pars cardiaca*, место выхода из желудка - *pylorus*, его отверстие - *ostium pyloricum*, прилегающая к нему часть - *pars pylorica*, куполообразная часть желудка слева от *ostium cardiacum* называется дном - *fundus*, или сводом - *fornix*.

Строение желудка



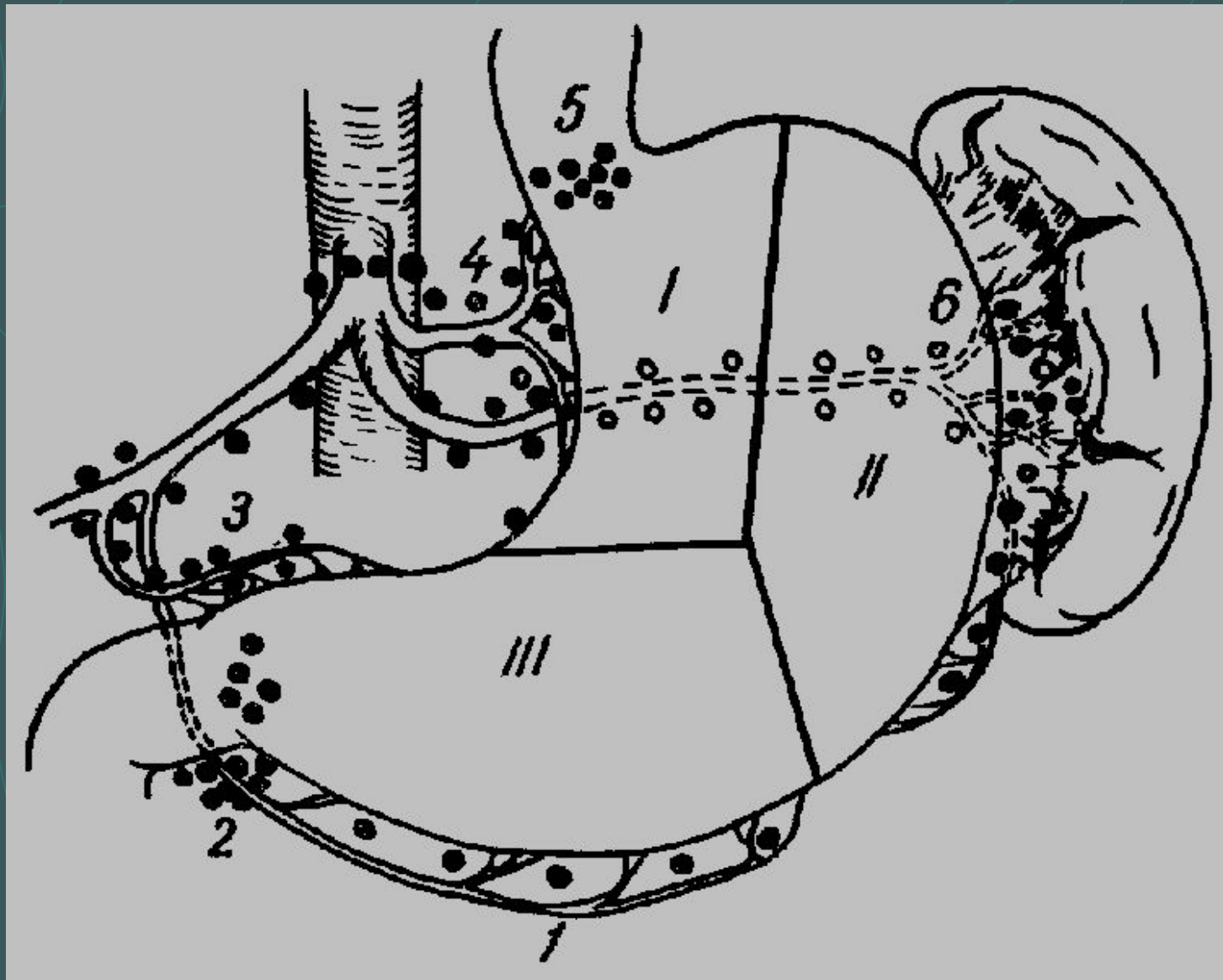
Стенка желудка

- 1. *tunica mucosa* - слизистая оболочка с развитым подслизистым слоем (*tela submucosa*);
- 2. *tunica muscularis* - мышечная оболочка;
- 3. *tunica serosa* - серозная оболочка.

Лимфоотток из желудка

- 1. Лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии состоят из:
 - а) кардиальных;
 - б) размещенных в малом сальнике по ходу левой желудочной артерии;
 - в) желудочно-поджелудочных, которые находятся в *lig.gastro-pancreatica* по ходу ствола левой желудочной артерии.
- 2. Лимфатические узлы по ходу селезеночной артерии:
 - а) лимфатические узлы *lig.gastrosplenic*;
 - б) левые желудочно-сальниковые лимфатические узлы, которые размещены за брюшиной и сопровождают селезеночные сосуды.
- 3. Лимфатические узлы по ходу печеночной артерии:
 - а) правые желудочно-сальниковые;
 - б) панкреато-дуоденальные;
 - в) подпилорические;
 - г) по ходу печеночных сосудов.

Лимфоотток из желудка



Физиология желудка.

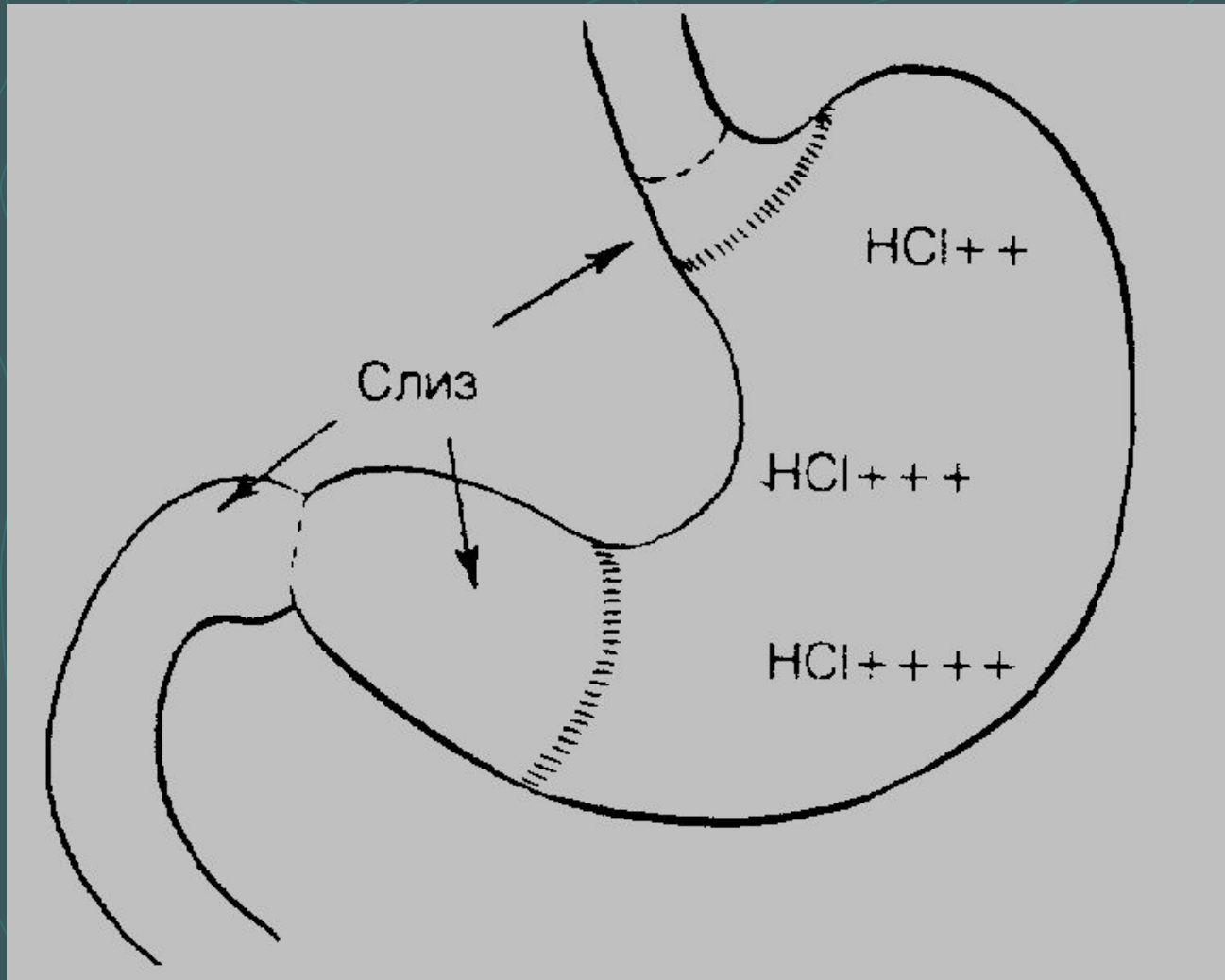
- Основными функциями желудка являются: химическая и физическая обработка пищи, депонирование химуса и его постепенная эвакуация в кишечник. Желудок также принимает участие в промежуточном обмене веществ гемопозе, водно-солевом обмене и поддержке кислотно-щелочного равновесия (КЩР).

Физиология двенадцатиперстной кишки.

Двенадцатиперстная кишка в комплексе с поджелудочной железой, печенью и ее желчевыводящим аппаратом играет ведущую роль в осуществлении секреторной, моторной и эвакуаторной функций пищеварительного тракта.

Желудочный химус подлежит здесь последующей механической и химической переработке. В полость кишки выделяется сок поджелудочной железы и желчь, что изменяют рН ее содержимого и обеспечивают вместе с кишечным соком последующий гидролиз питательных веществ протеолитическими, амилалитическими и липолитическими ферментами. В норме рН в двенадцатиперстной кишке колеблется от 4,0 до 8,0.

Физиология желудка



Этиология и патогенез.

- 1) генетические;
- 2) алиментарные;
- 3) нервно-психические;
- 4) медикаментозные;
- 5) инфекционные

Факторы

- 1. нарушение нервных и гуморальных механизмов, которые регулируют деятельность гастродуоденальной зоны;
- 2. нарушение местных механизмов желудочной секреции;
- 3. изменения структуры слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 4. конституция и наследственность;
- 5. условия внешней среды.




Определяющие факторы.

- 1. нарушения нейрогуморальных и местных механизмов регуляции желудочной секреции, которые определяют повышение секреции соляной кислоты и пепсина;
- 2. снижение резистентности слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Пути действия раздражителей на желудок

1. Нервный путь включает кору больших полушарий - промежуточный центр - центр блуждающего нерва - блуждающий нерв. В результате действия стрессовых факторов наступает дискоординация работы коры и подкорки, нарушается деятельность гипоталамуса, происходит возбуждение центра блуждающего нерва, что приводит к повышенной выработке соляной кислоты и пепсина, усилению перистальтики желудка и спазма его сосудов.
2. Гуморальный путь реализуется через гипоталамо-гипофизарный комплекс через выделение кортиколиберина, кортикотропина, а затем - через корковое вещество надпочечников (экскреция глюкокортикоидов).



Классификация Джонсона

- I тип - язвы малой кривизны;
- II тип - комбинированные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- III тип - препилорические язвы.

По локализации язвы:

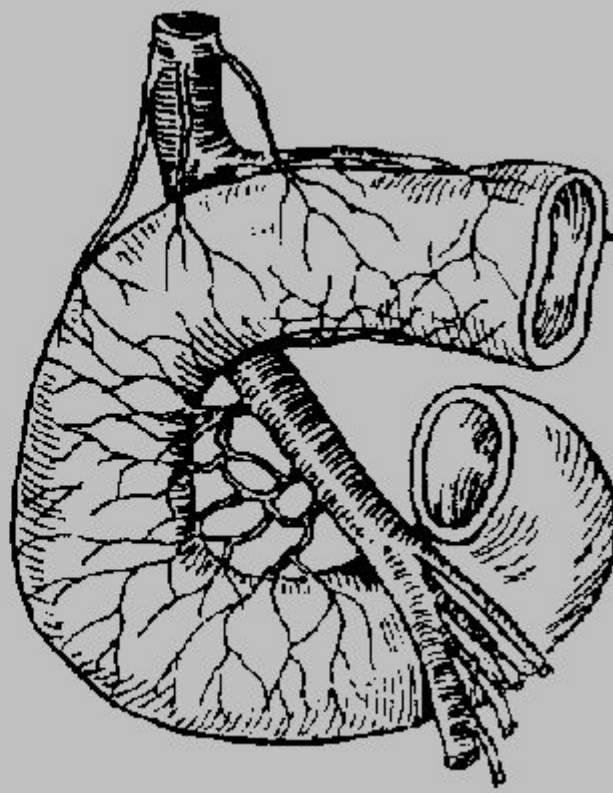
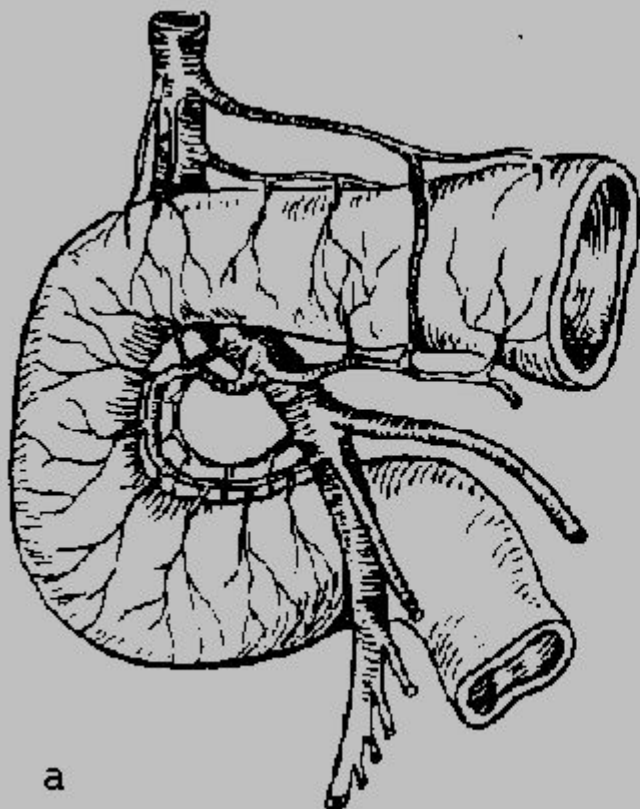
- 1. Желудок: кардиальная часть, субкардиальная часть, малая кривизна, большая кривизна, тело желудка, передняя стенка, задняя стенка, антральная часть.
- 2. Двенадцатиперстная кишка: луковица, постбульбарный отдел, передней, задней, верхней, нижней стенок.
- 3. Сочетанные язвы желудка и ДПК.



По клинической форме:

- 1. Острая или впервые выявленная язва.
- 2. Хроническая язва.

12-перстная кишка





По фазе процесса:

- 1. Обострение.
- 2. Неполная ремиссия.
- 3. Полная ремиссия.

По клиническому течению:

- 1. Латентная язвенная болезнь.
- 2. Легкое (редко рецидивирующее) заболевание.
- 3. Заболевание средней тяжести (1-2 рецидива в год).
- 4. Тяжелое (3 рецидива в год) или непрерывно рецидивирующее течение, развитие осложнений.



По морфологической картине:

- 1. Маленькая язва (меньше 0,5 см).
- 2. Средних размеров (0,5- 1,0 см).
- 3. Большая язва (1-3 см).
- 4. Гигантская язва (больше 3 см)

По наличию осложнений:

- 1. Язва, осложненная кровотечением (легким, средним, тяжелым, профузным, крайне тяжелым).
- 2. Язва, осложненная перфорацией (открытой, прикрытой).
- 3. Пенетрирующая и калезная язвы.
- 4. Язва, осложненная рубцевыми деформациями желудка и ДПК, стенозом пилоруса (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный).
- 5. Малигнизированная язва.

Клиническая симптоматика

- Для большинства больных с хронической неосложненной язвенной болезнью характерный типичный язвенный симптомокомплекс.
- Основные жалобы больных: боль, изжога, отрыжка, тошнота, рвота.



Клиника язвенной болезни в зависимости от локализации язвы:

- 1. Язва кардии.
- 2. Язва большой кривизны
- 3. Язва пилоруса
- 4. Постбульбарная язва
- 5. Гигантская язва



Клиника язвенной болезни в зависимости от пола и возраста:

- 1. Ювенильные язвы
- 2. Язвы у людей преклонного возраста
- 3. Язвы у женщин.

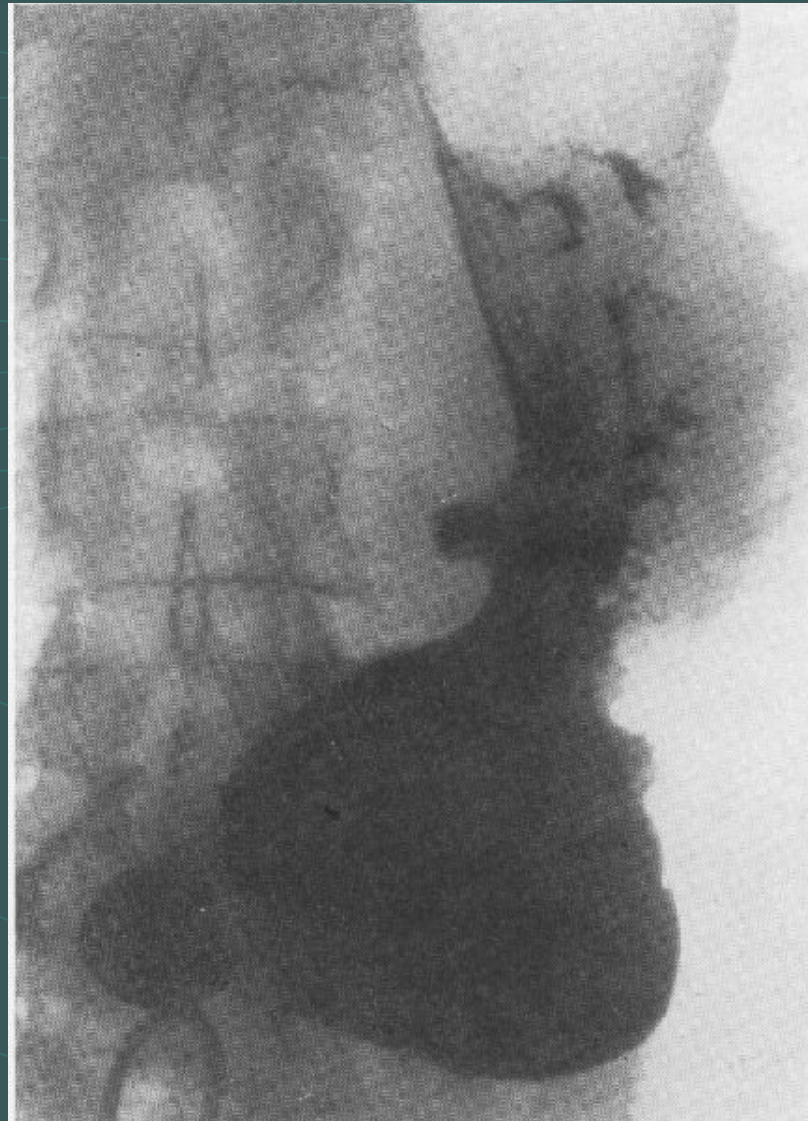
Варианты клинического течения

- 1. Хроническая язва, которая длительное время не заживает.
- 2. Хроническая язва, которая под влиянием терапии относительно легко заживает, однако склонна к рецидивам после периодов ремиссии разной длительности.
- 3. Язвы, локализация которой имеет мигрирующий характер. Чаще всего наблюдаются у людей, которые имели острый язвенный процесс в желудке.
- 4. Особенная форма хода язвенной болезни. Протекает с выраженным болевым синдромом и характерным симптомокомплексом с наличием на месте язвенного дефекта рубцов или деформаций и отсутствием собственно язвы ("ниши").

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

- 1. Общий анализ крови и мочи.
- 2. Группа крови и Rh фактор.
- 3. Коагулограмма.
- 4. Биохимический анализ крови (развернутый).
- 5. ЭКГ.
- 6. Рентгенография или рентгеноскопия органов грудной клетки.
- 7. Рентгенография (контрастная) желудка.
- 8. ЕГДС.
- 9. Spiрография.
- 10. УЗД.
- 11. Изучение секреторной способности желудка.
- 12. Анализ кала на скрытую кровь.

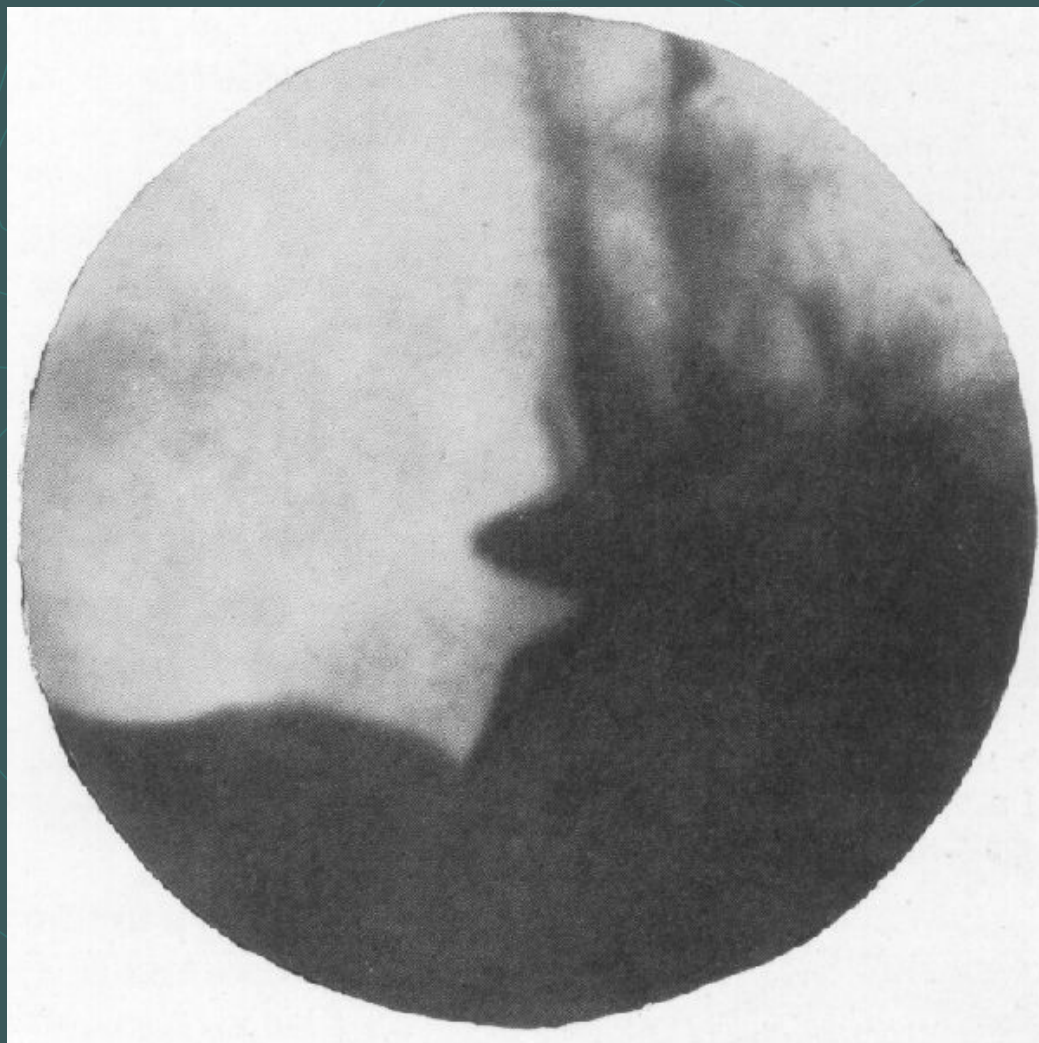
Рентгеноскопия желудка



Язвенная ниша



Рентгенологические признаки язвы желудка



Показатели секреторной функции желудка.

- 1. Базальное выделение соляной кислоты за 1 час:
 - а) 2 ммоль - норма, язва, рак желудка;
 - б) 2-5 ммоль - норма, язва желудка, двенадцатиперстной кишки;
 - в) 5 ммоль и выше - язва двенадцатиперстной кишки;
 - г) 20 ммоль и выше - синдром Золлингера-Эллисона.
- 2. Максимальное выделение соляной кислоты за 1 год:
 - а) 0 ммоль - истинная ахлоргидрия, гастрит, рак желудка;
 - б) 1-20 ммоль - норма, язва желудка, рак желудка;
 - в) 20-25 ммоль - язва двенадцатиперстной кишки;
 - г) 35-60 ммоль - язва двенадцатиперстной кишки, синдром Золлингера-Эллисона;
 - д) 60 ммоль - синдром Золлингера-Эллисона.

Тесты на *Helicobacter pylori*:

- 1. Коммерческий тест «CLO-test».
- 2. Определение *Helicobacter pylori* с помощью среды Закса.
- 3. Тест с пероральным приемом мочевины, предварительно меченой C13, C14.
- 4. Упрощенный тест (А.О. Нестеренко, 1990).

Дифференциальный диагноз

1. С неспецифическими (хронический гастрит, дуоденит и пилородуоденит, рак желудка) и специфическими заболеваниями (туберкулез, сифилис, лимфогранулематоз) желудка.
2. С заболеваниями внешних желчевыводящих путей (желчнокаменная болезнь, хронический холецистит).
3. С заболеваниями поджелудочной железы (хронический панкреатит, опухолями поджелудочной железы - синдром Золлингера).
3. С заболеваниями кишечника (дуоденостаз, дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический аппендицит, хронический гастроэнтерит).
4. С внутренними и внешними грыжами (диафрагмальная, пупочная).
5. С симптоматическими язвами (стрессовые, медикаментозные, токсичные).

Лечебная тактика и выбор метода лечения.

- Лечебная тактика зависит от длительности заболевания, тяжести течения, наличия осложнений.
- Консервативное лечение язвенной болезни желудка и ДПК должно быть индивидуальным, этиологическим, патогенетическим, комплексным, этапным.



Консервативное лечение.

- I. Диетотерапию (диета № 1А, 1Б по Певзнеру).
- II. Физиотерапия (ультразвук, торфо-, грязе-, озокеритовое лечение).
- III. Медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия.

- 1. Препараты, которые угнетают хеликобактерную инфекцию (де-нол, трихопол, оксацилин, ампиокс и др.)
- 2. Антисекреторные средства
- 3. Гастроцитопротекторы.
- 4. Препараты висмута.
- 5. Спазмолитики.
- 6. Репаранты.
- 7. Препараты центрального действия.


Местная терапия

- - клей КЛ-3;
- - лазерное облучение.
- -гипербарическая оксигенация..
- -фитотерапия..

Хирургическое лечение.

Абсолютными показаниями к операции являются тяжелые осложнения язвенной болезни:

1. Перфорация язвы.
2. Профузное кровотечение или кровотечение, которое не останавливается консервативным путем.
3. Рубцево-язвенный стеноз пилоруса и ДПК
4. Малигнизация язвы.




Условно-абсолютными показаниями являются следующие осложнения:

1. Пенетрация и прикрытая перфорация язвы.
2. Повторение язвенного кровотечения во время лечения или рецидивные кровотечения в анамнезе.
3. Перфорация язвы в анамнезе, возобновление клинической картины язвенной болезни.
4. Рецидивнирующие язвы после ваготомии и резекции желудка.
5. Гигантские и калезные язвы, а также язвы желудка, которые не поддаются комплексному консервативному лечению на

Относительные показания:

1. Неосложненная язва желудка и ДПК с выраженным болевым синдромом и диспептическими проявлениями при условии неэффективности всего комплекса консервативного лечения на протяжении 2-3 лет.
2. Неосложненная язвенная болезнь желудка и ДПК в сочетании с другими заболеваниями пищеварительного тракта, которые требуют



Принципы оперативного лечения язвенной болезни желудка и ДПК:

1. Ликвидация кислотно-пептического фактора.
2. Удаление язвы.
3. Улучшение моторно-эвакуаторной функции.



Предоперационная подготовка.

Необходимость ее проведения определяется:

- а) наличием и характером осложнений язвенной болезни;
- б) сопутствующими заболеваниями и их тяжестью.

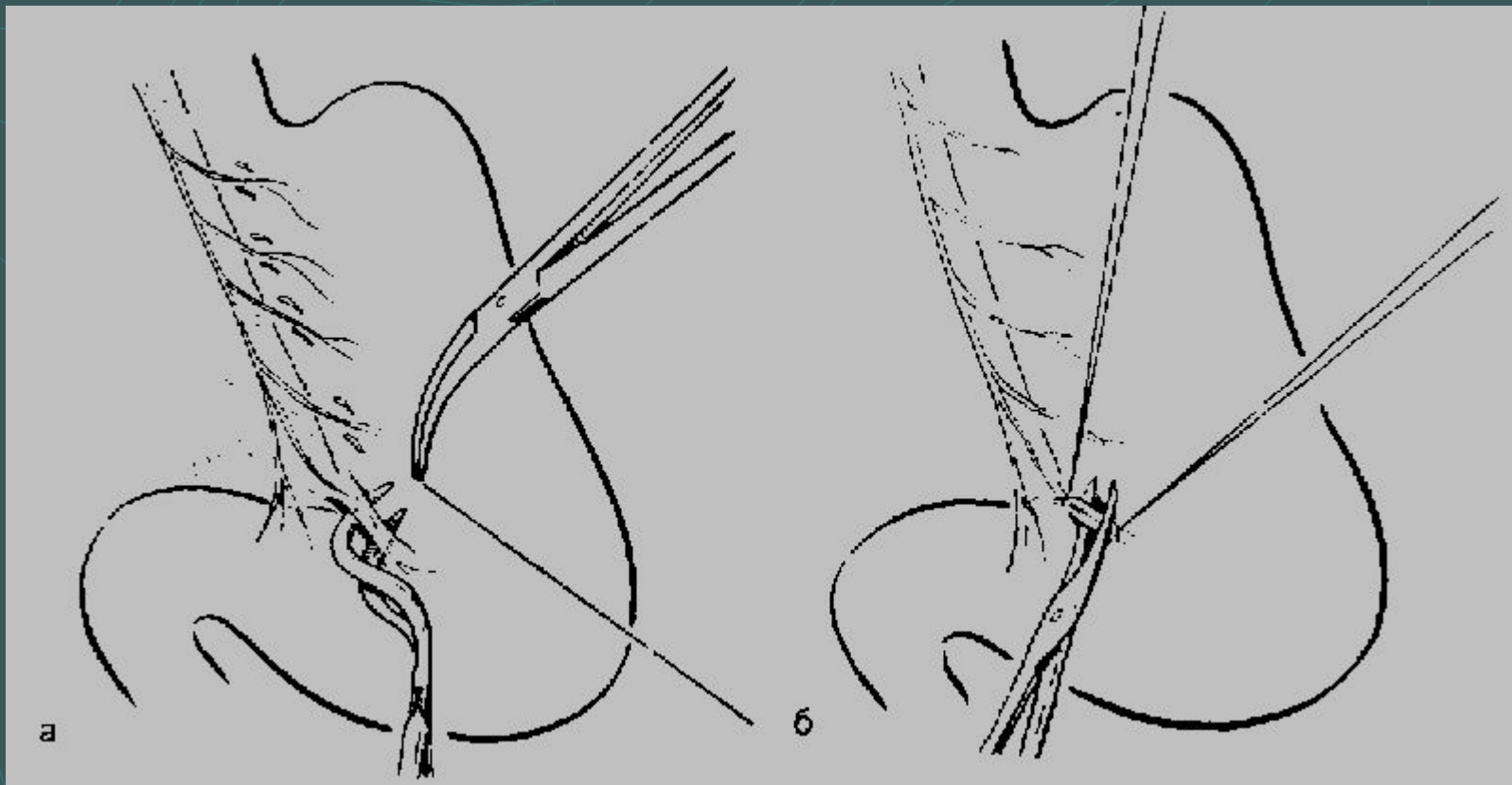
Методы операций.

- 1. Органосохраняющие операции (ваготомии и ваготомии с дренирующими операциями).
- 2. Органощадящие операции (антрумэктомия).
- 3. Резекционные типы оперативных вмешательств.

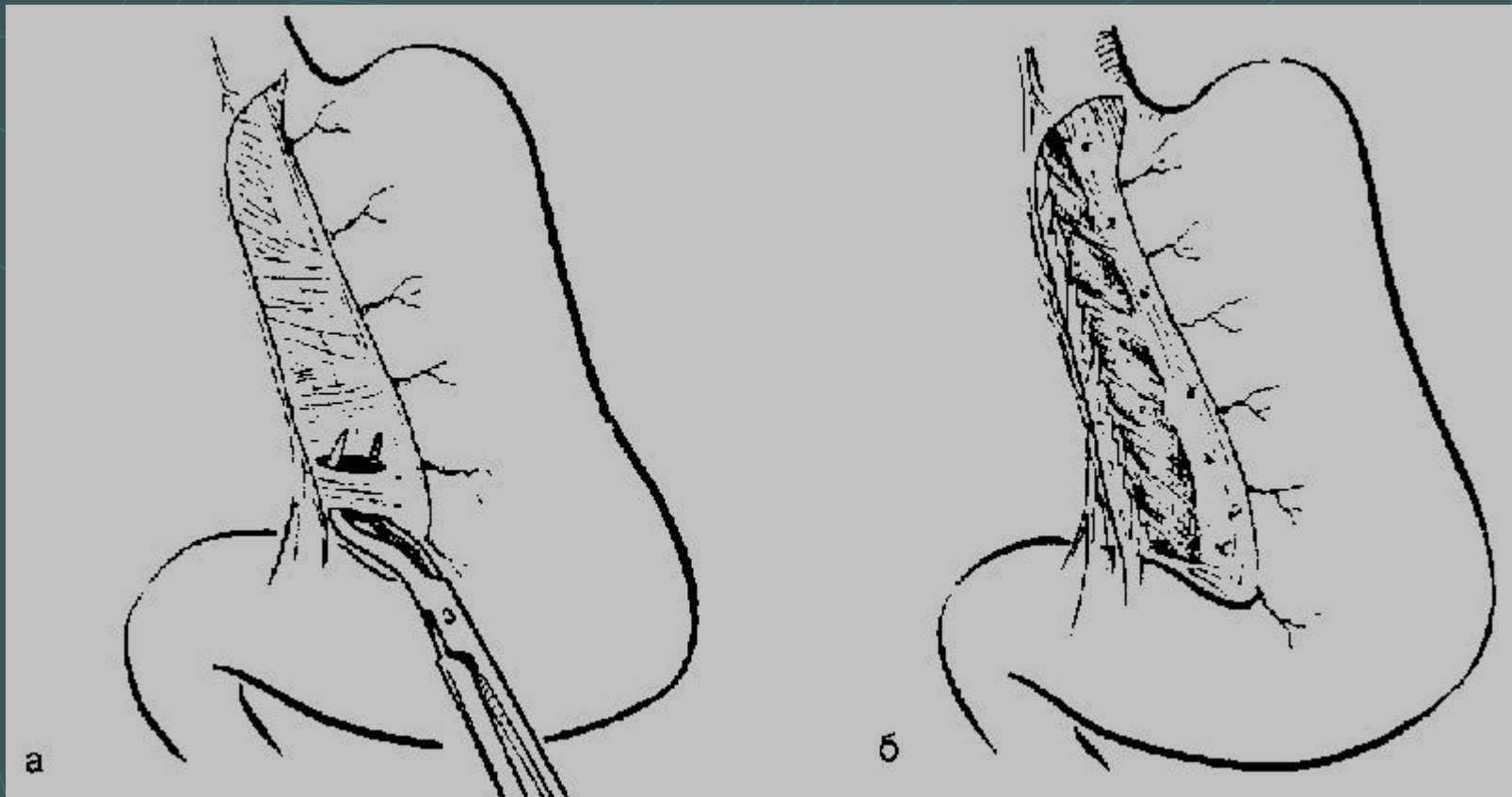
Стволовая ваготомия



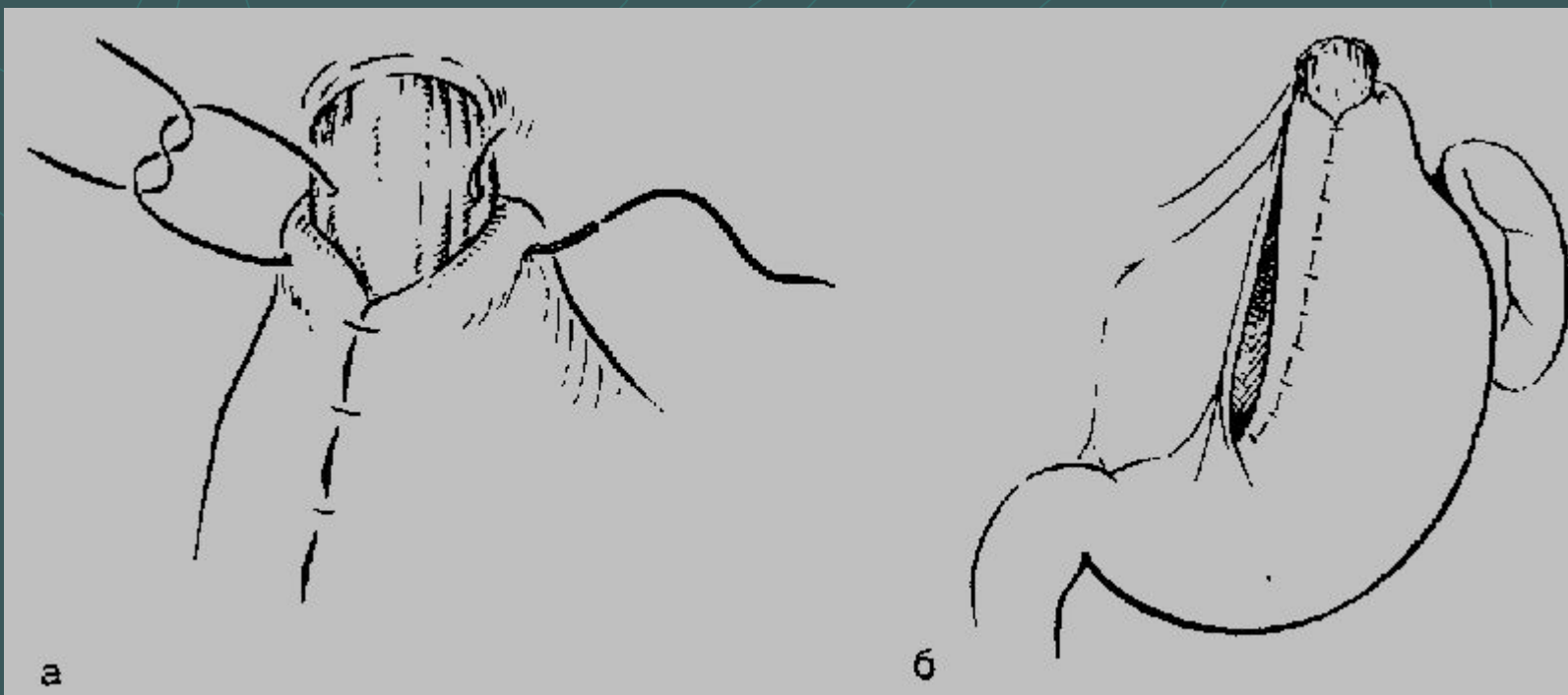
Селективная ваготомия

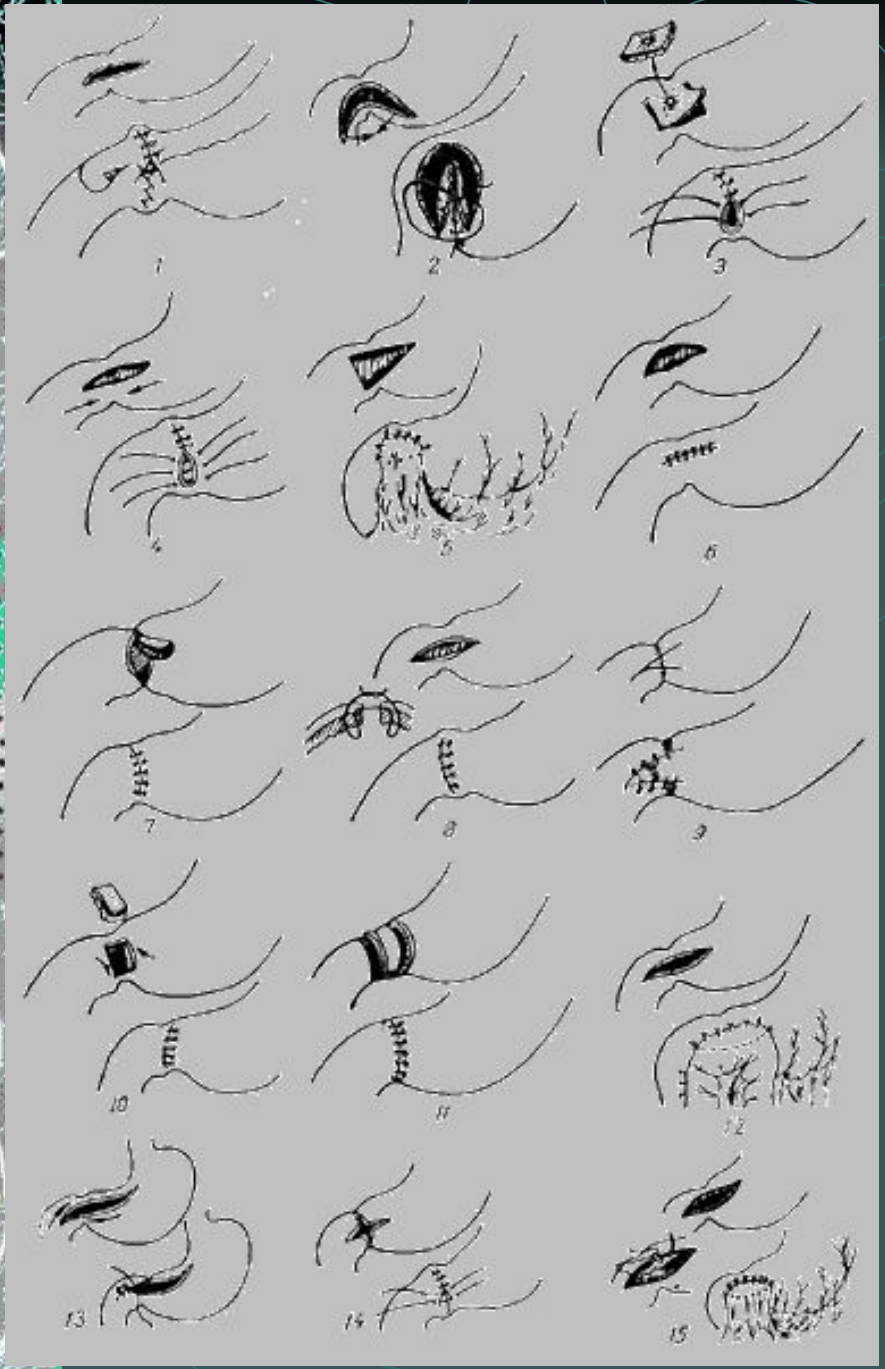


Селективная проксимальная ваготомия

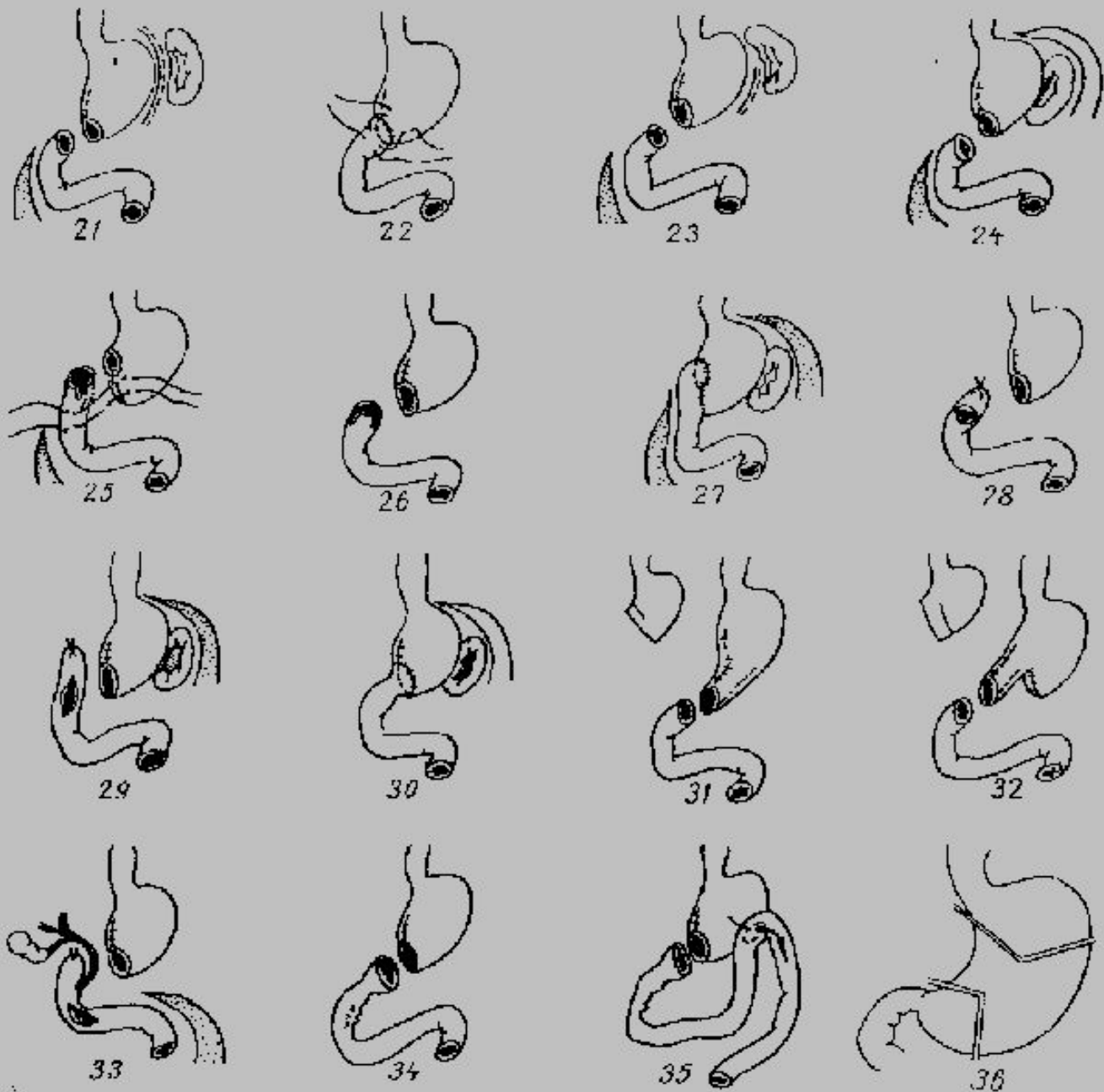


Фундопликация по Ниссену

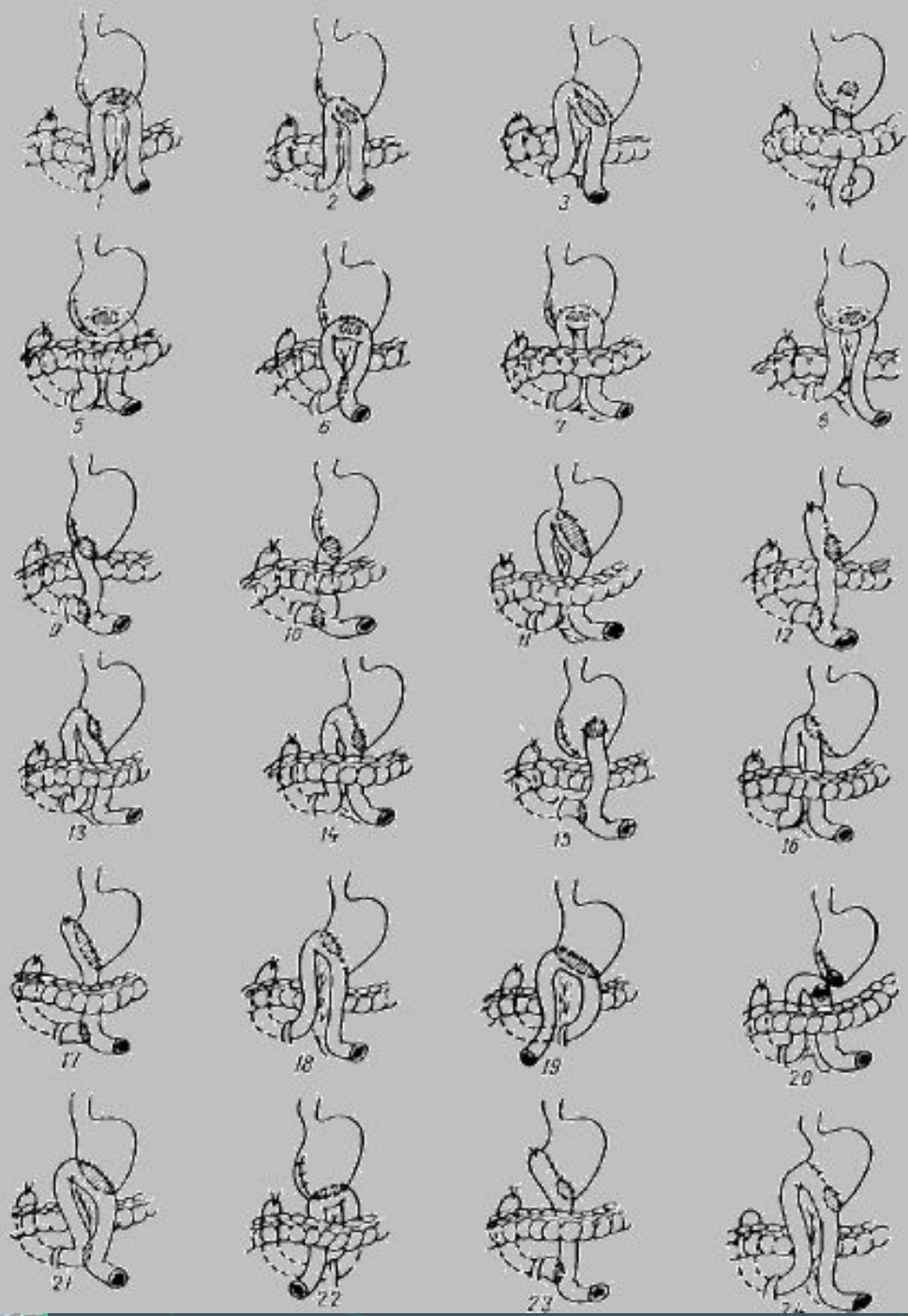




Методы пилоропластики



Резекция желудка по Бильрот-1



Резекция желудка по Бильрот-2

Принципы ведения послеоперационного периода

- 1. Возобновление ОЦК (контроль ОЦК, ЧСС, АД, ЦВД).
- 2. Профилактика тромбоэмболических осложнений.
- 3. Профилактика легочных осложнений.
- 4. Антибактериальная терапия (по выбору).
- 5. Коррекция водно-электролитного, белкового равновесия, парэнтеральное питание (индивидуально).
- 6. Декомпрессия желудка (приводящей петли) фракционным или постоянным методом.
- 7. Энтеральное питание с 2-3 суток.



Осложнения во время операций:


- 1. Повреждение элементов печеночно-двенадцатиперстной связки.
- 2. Повреждение селезенки.
- 3. Перфорация пищевода.
- 4. Кровотечение.



Ранние осложнения в послеоперационном периоде:

- 1. Кровотечение.

- 2. Панкреатит.



Поздние осложнения в послеоперационном периоде:

- 1. Грыжи.
- 2. Спаечная кишечная непроходимость.
- 3. Поддиафрагмальный и другие абсцессы.
- 4. Болезни оперируемого желудка.

Специфические осложнения при операциях по поводу язвенной болезни:

- 1. Недостаточность культи ДПК
- 2. Недостаточность швов гастро-еюнального или гастро-дуоденального анастомозов.
- 3. Недостаточность швов пищеводно-желудочного анастомоза.
- 4. Ишемический некроз культи желудка.
- 5. Кровотечение.
- 6. Повреждение внепеченочных желчных путей.
- 7. Послеоперационный панкреатит.
- 8. Нарушение моторно-эвакуаторной функции культи желудка.
- 9. Повреждение пищевода.
- 10. Ишемический некроз малой кривизны и кардиальной части желудка.
- 11. Дисфагия.

Болезни оперируемого желудка:

- 1. Демпинг-синдром.
- 2. Гипогликемический синдром.
- 3. Анемия.
- 4. Пострезекционная (агастральная) астения.
- 5. Щелочной рефлюкс-гастрит.
- 6. Рефлюкс-эзофагит.
- 7. Синдром приводящей петли.
- 8. Хронический постгастрорезекционный панкреатит.
- 9. Рецидивы язвы (после ваготомии).
- 10. Пептическая язва анастомоза (после резекции желудка).

Реабилитация и трудовая экспертиза

- При определении состояния работоспособности больных язвенной болезнью учитывают выраженность болевого и диспептического синдромов, частоту и длительность обострения, наличие осложнений, сопутствующих заболеваний, характер и условия труда.



Осложнения язвенной болезни

- Перфорация
- Пенетрация
- Кровотечение
- Стеноз
- Малигнизация

