

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Функциональные расстройства:

- демпинг-синдром (ранний и поздний),
- пострезекционная (агастральная) астения,
- с-м приводящей петли (функциональный)
- щелочной рефлюкс гастрит, эзофагит,
- пищевая аллергия.

Органические нарушения:

- пептическая язва анастомоза,
- желудочно-кишечные свищи,
- с-м приводящей петли,
- пострезекционный панкреатит, гепатит,
- рубцовые деформации и сужения анастомоза,
- рак культи желудка.

Смешанные расстройства:

- сочетание различных видов нарушений.

Операции при ПЯА после резекции Ж занимают 2-3 место среди повторных операций на желудке. Частота возникновения ПЯА достигает 10% (С.С.Юдин,1955), **из них 90% составляют больные с хр. язвой ДПК!**

Причины возникновения ПЯА.

- оставление в культуре ДПК участка пилорического отдела Ж с гастринпродуцирующими клетками,
- экономная резекция Ж (менее $\frac{1}{2}$), оставление кислотоферментпродуцирующих клеток,
- высокий тонус п. Vagi, неполная ваготомия,
- С-м Золлингера - Эллисона 1 тип – гиперплазия G-клеток в антруме; 2 тип – высокая продукция гастрин D-клетками островкового аппарата ПЖЖ, чаще злокачественного характера. Одновременно находят изменения в гипофизе.
- Гиперпаратиреозидизм – гиперкальциемия – секрция гастрин, опухоли паращитовидных желез и гипофиза,
- Узкий ГЭА – приводит к гиперпродукции HCL в рез-те растяжения Ж.
- Чем ниже от св. Трейца ГЭА, тем чаще ПЯА; чаще при ГЭА по Ру, когда соки ДПК не ощелачивают обл. анастомоза

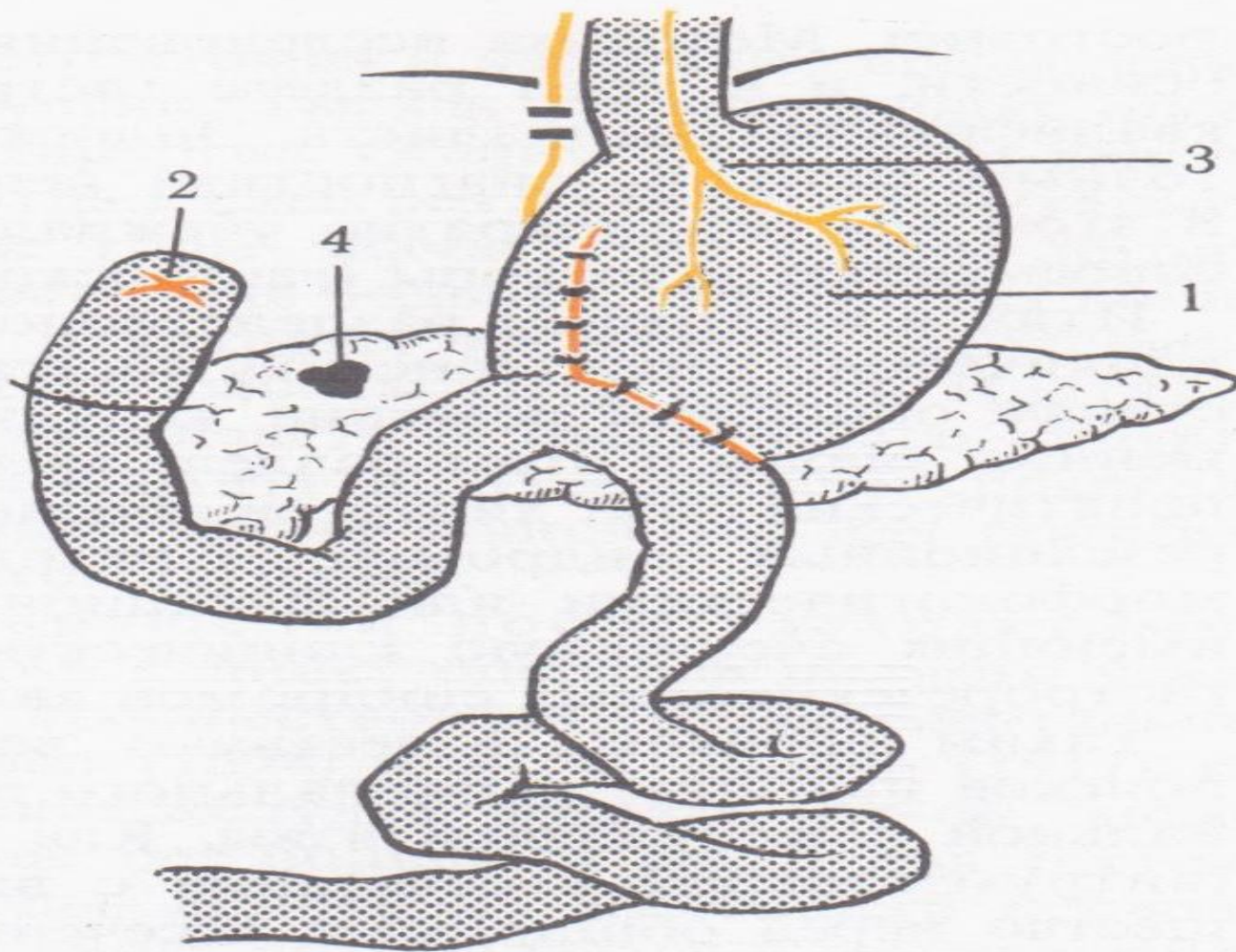


Рис. 11. Причины возникновения пептических язв после резекции желудка (схема).

1 — экономная резекция; 2 — участок антрального отдела желудка; 3 — неполная ваготомия; 4 — аденома поджелудочной железы.

КЛИНКА ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГЭА.

- Возникает рано, в течение 1-2 лет после операции
- Интенсивная боль в эпигастрии и левом подреберье, в области пупка; усиливается ночью, иррадирует в спину, в обл. сердца.
- Боль значительно интенсивнее чем до операции, сопровождается изжогой, тошнотой и рвотой, со временем боль становится постоянной и не связанной с приемом пищи.
- Дисфункция кишечника – запоры и поносы – потеря жидкости и электролитов (K).
- Резкая мышечная слабость, парез и вздутие кишечника, гипокалиемический алкалоз.
- При физикальном исследовании обнаруживается болезненность в левом подреберье и инфильтрат.
- Если ПЯА обусловлена полиаденопатией – могут присоединяться боли в костях, гипертония, нефролитиаз, кариес.

Характерная локализация: в подавляющем большинстве случаев они расположены на отводящей петле или в зоне анастомоза, очень редко в приводящей петле.

ЭТО ПОДТВЕРЖДАЕТ РОЛЬ КИСЛОТНО-ПЕПТИЧЕСКОГО ФАКТОРА

ДИАГНОСТИКА ПЯА

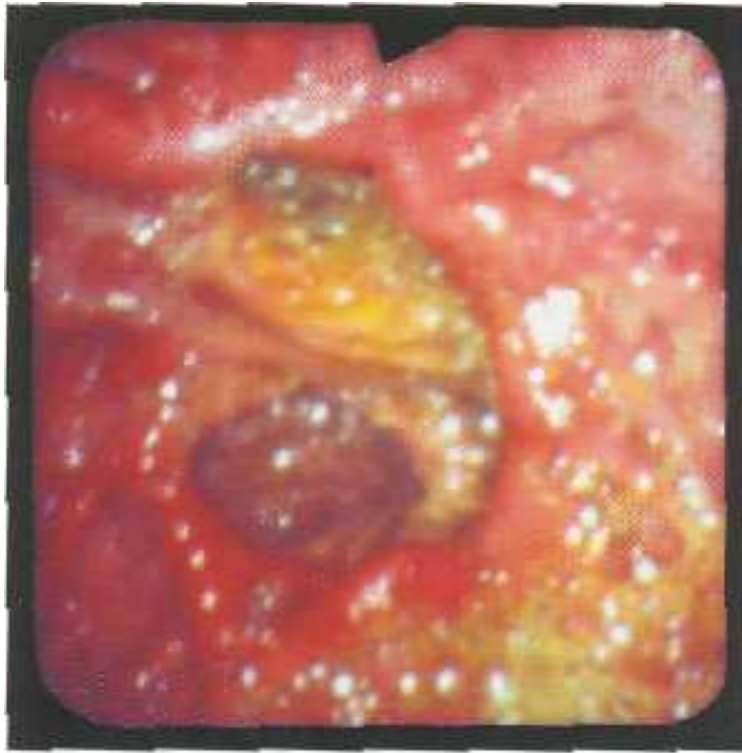
1. ЭГДС – обнаружение ПЯ чаще по краю ГЭА, в кишке, очень редко в культе желудка.
2. Р-скопия и УЗИ культи желудка, ДПК – обнаружение язвы, деформации, опухоли.
3. УЗИ pankreas –повышение эхогенности тканей в теле и хвосте железы, паращитовидных желез –их увеличение и неоднородность.
4. Р-графия турецкого седла, пальцев и кистей рук, позвоночника – опухоль гипофиза, паращитовидных желез. Остеопороз фаланг, позвоночника, костей черепа, расширение Турецкого седла.
5. Анализ желудочной секреции - базальной и стимулированной, БАО – более 15ммоль/л, МАО – более 40-60 ммоль/л (тест Кея).
6. Содержание гастрина крови более 500пг/мл, (N- до 200-пг/мл), паратгормона, Са, Р - повышение их содержания.

ДИАГНОСТИКА ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА



**Язва анастомоза.
(Глубокая
пептическая язва
с выраженным
отеком и
воспалением
слизистой вокруг).**

РЕФЛЮКС ГАСТРИТ



2.494(a).

Отмечается рефлюкс дуоденального содержимого в культю желудка из приводящей петли анастомоза. Выражены явления рефлюкс гастрита культи.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЯА

Кровотечение

Возникает у 2/3 больных с ПЯА, часто рецидивируют, массивные.

Пенетрация

Встречается у 70% больных с ПЯА – в корень брыжейки ТК, мезоколон, печень, ПЖЖ.

Перфорация

В 6 – 9%

Клиника перечисленных осложнений идентична подобным осложнениям при ЯБЖ и ДПК.

ЛЕЧЕНИЕ ПЯА

Консервативное лечение

Может проводиться как дополнение к оперативному или самостоятельно при с-ме Золлингера – Эллисона. Как самостоятельное комплексное лечение ПЯ малоэффективно (H₂-гистаминоблокаторы, ингибиторы протонной помпы, антацидные препараты, антибиотики и др.)

Оперативное лечение

Резекция по Бильрот-1, возможно в сочетании с интестинопластикой по Хенлею. (При экономной резекции и сужении А).

Резекция с наложением поперечного ГЭА по Витебскому, возможно сочетание со Стволовой вайготомией.

При первичном гиперпаратиреозе – удаление ПЦЖ а затем консервативное лечение ПЯ.

При 1 типе с-ма Золлингера -Эллисона – резекция, при втором – гастрэктомия.