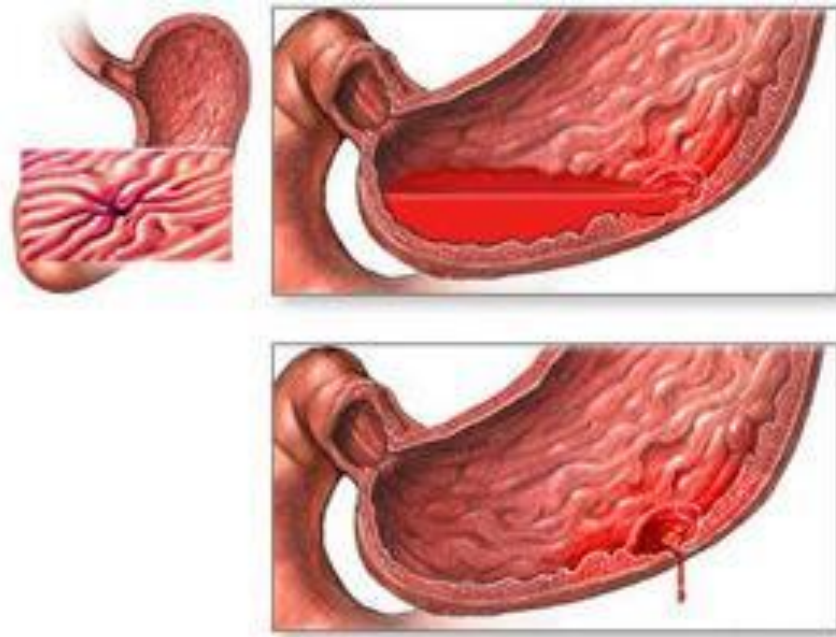


Осложнения язвенной болезни желудка и 12п кишки.

Выполнила:
студентка 5 курса
лечебного факультета 63 группы
Курбанова Заира.

Желудочно-кишечные кровотечения

- **Язвенное кровотечение** - одно из наиболее частых и опасных осложнений язвенной болезни. Оно обычно возникает при обострении язвенной болезни желудка, но чаще при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне хронического активного гастрита и дуоденита, ассоциированных с инфекцией *helicobacter pylori* у больных, которым либо не проводилась эрадикационная терапия, либо она не увенчалась ликвидацией этой бактерии в гастродуоденальной слизистой оболочке.



Клиническая картина

- Ранними признаками острой массивной кровопотери являются внезапная слабость, головокружение, тахикардия, гипотония, иногда обморок. Позже возникает кровавая рвота (при переполнении желудка кровью), а затем мелена. Характер рвотных масс (алая кровь, сгустки темно-вишневого цвета или желудочное содержимое цвета "кофейной гущи") зависит от превращения гемоглобина под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин. Многократная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении; повторная рвота кровью через длительный промежуток времени — признак возобновления кровотечения. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению испражнений в виде "вишневого желе" или примеси малоизмененной крови.
- Острые желудочно-кишечные кровотечения, основным признаком которых является только мелена, имеют более благоприятный прогноз, чем кровотечения, проявляющиеся прежде всего обильной повторной кровавой рвотой. Наиболее высока вероятность неблагоприятного прогноза при одновременном появлении кровавой рвоты и мелены.

Степени тяжести кровопотери.

- I степень — хроническое оккультное (скрытое) кровотечение, содержание гемоглобина в крови незначительно снижено, признаки нарушения гемодинамики отсутствуют.
- II степень — острое небольшое кровотечение, ЧСС и артериальное давление стабильны, содержание гемоглобина 100 г/л и более.
- III степень — острая кровопотеря средней тяжести (тахикардия, небольшое снижение артериального давления, шоковый индекс более 1, содержание гемоглобина менее 100 г/л).
- IV степень — массивное тяжелое кровотечение (артериальное давление ниже 80 мм рт. ст., ЧСС свыше 120 в 1 мин, шоковый индекс около 1,5, содержание гемоглобина менее 80 г/л, гематокрит менее 30, олигурия — диурез менее 40 мл/ч).

Обследование и лечение

- **Всем необходимо проводить неотложные диагностические и терапевтические мероприятия, включающие:**
 - 1. Ургентную эндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта и по показаниям эндоскопический гемостаз.**
 - 2. Лабораторные и инструментальные исследования: электрокардиография, общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов, определить гематокрит, креатинин, мочевины, железо, K, Na⁺, Ca²⁺ в крови, анализ мочи и кала, копрограмма).**
 - 3. Наряду с эндоскопическим гемостазом одновременно необходимо в/в капельно вводить ингибитор протонной помпы, например препарат лосек по 40 мг каждые 8 ч (при отсутствии противопоказаний ингибитор протонной помпы может даваться внутрь в тройной суточной дозе) в течение 3 сут. или хотя бы блокатор H₂-рецепторов гистамина (препарат квамател по 20 мг или препарат ранитидин по 50 мг каждые 6 ч в течение 3 сут.) и одновременно внутрь принимать препарат сукральфат по 2 г через каждые 6 ч в течение 3 сут.**

- 4. С 4-го дня провести 7-дневный курс эрадикационной терапии, включающий ингибитор протонной помпы (стандартная доза 2 раза в день в утренние и вечерние часы + кларитромицин по 500 мг 2 раза в день в те же часы 7 дней), амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день или метронидазол (тинидазол) по 500 мг 2 раза в день в те же часы 7 дней + коллоидный субстрат висмута (де-нол и др.) по 240 мг 2 раза в день в те же часы в течение 7 дней.
- 5. После окончания эрадикационного курса сразу же целесообразно назначить ингибитор протонной помпы в стандартной дозе в 15 г на 6 мес. или другой антисекреторный препарат.

Хирургическое лечение кровооточащей язвы.

- При кровооточащей язве желудка рекомендуются следующие операции: стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка и гастроеюнальным анастомозом по Ру или Бильрот-I. У ослабленных больных предпочтительнее малотравматичная операция — стволовая ваготомия, гастротомия с иссечением язвы и пилоропластикой. Наконец, при крайне тяжелом общем состоянии допустимы гастротомия с прошиванием кровооточащего сосуда или иссечение язвы с последующим наложением шва.
- При кровооточащей язве двенадцатиперстной кишки производят стволовую или селективную проксимальную ваготомию с прошиванием кровооточащих сосудов и пилоропластикой; при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и желудка — стволовую ваготомию в сочетании с антрумэктомией и анастомозом по Ру.
- Если консервативная терапия была эффективна, кровоотечение не возобновилось, то больных оперируют в плановом порядке после предоперационной подготовки, проводимой в течение 2—4 нед в целях заживления язвы или уменьшения периульцерозного воспаления. Летальность после операций колеблется от 5 до 15 %.
- При синдроме Мэллори — Вейса применяют тампонаду зондом Блейкмора. При безуспешности тампонады производят операцию гастротомии с ушиванием дефекта слизистой оболочки

Перфорация

- **Перфорация язвы в брюшную полость - грозное осложнение язвенной болезни и симптоматических язв. Язвы чаще перфорируют во время обострений язвенной болезни. Перфорациям язв нередко предшествуют физические нагрузки, переполнение желудка едой, прием алкоголя, нервно-психическое перенапряжение.**



Клиническая картина

- Перед перфорацией возможны усиление болей и появление субфебрильной температуры. нередко озноба, тошноты, «беспричинной» рвоты. Но наиболее характерными симптомами перфорации несомненно являются резкая «кинжальная» боль в подложечной области, доскообразное напряжение мышц передней стенки живота, особенно эпигастрия, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, исчезновение печеночной тупости, брадикардия. бледность кожных покровов.
- Через 6-8 ч после перфорации обычно развивается перитонит, характеризующийся резким ухудшением общего состояния больного (частый нитевидный пульс, артериальная гипотония, лихорадка, явления динамической кишечной непроходимости, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом). В первые часы возможны стул и отхождение газов, но затем нарастает метеоризм, происходит задержка стула, газов и даже мочи. Рвота бывает редко.

Диагноз перфорации язвы становится несомненным, если имеются следующие признаки:

- 1. Внезапное начало острой непрерывной боли. При этом следует учитывать, что временное улучшение иногда возникает через 3 ч от момента ее появления, но оно ложное и может привести к потере бдительности больного, а иногда и врача. У пожилых и больных, принимающих длительное время стероидные гормоны, боль и явления перитонита могут отсутствовать.
- 2. Живот не участвует в акте дыхания.
- 3. Кишечные шумы отсутствуют.
- 4. При рентгеновском исследовании у большинства больных под диафрагмой определяется газ, что имеет диагностическое значение, но его наличие не является обязательным. Иногда газ обнаруживается в других отделах брюшной полости. но этот симптом трудно интерпретировать, а потому он не является типичным для перфорации.

Хирургическое лечение

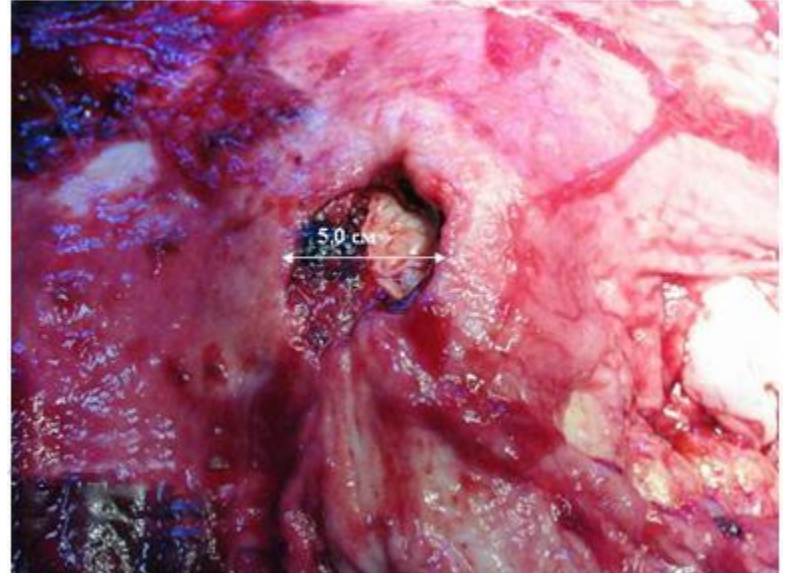
- 1. Во всех случаях показано неотложное хирургическое вмешательство.
- 2. Оперативное лечение включает ушивание язвы и прикрытие ее сальником, а также иссечение зоны язвы с пластикой. Консервативное лечение показано только для некоторых больных, которые отказываются от операции или имеют высокий операционный риск. Им необходимо обеспечить внутривенное введение жидкости и антибиотиков, непрерывно откачивать желудочное содержимое через назогастральный зонд.
- Наиболее частыми осложнениями перфоративной язвы являются перитонит и формирование поддиафрагмального абсцесса.

Хирургическое лечение

- Ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой показана при локализации язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка при отсутствии большого инфильтрата и резкой рубцовой деформации выходного отдела желудка.
- При экстренной операции предпочтение отдают стволовой ваготомии с пилоропластикой. Язву экономно иссекают, продлевают разрез (до 6—7 см) на привратник и антральный отдел желудка. Затем производят пилороластику по Гейнеке—Микуличу.
- Ваготомия с дренирующей желудок операцией является малотравматичным вмешательством, адекватно снижающим желудочную секрецию и дающим стойкое излечение в большинстве случаев (90 % и более).
- Селективную проксимальную ваготомию с ушиванием перфоративной язвы или пилоропластикой допустимо производить в специализированных стационарах, где хирурги хорошо владеют техникой селективной проксимальной ваготомии.
- Антрумэктомию с ваготомией выполняют при язвах II типа, когда обнаруживают перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и одновременно хроническую язву желудка; хроническую язву двенадцатиперстной кишки и перфорацию язвы желудка. Эту операцию рекомендуют производить также при язве желудка и язве двенадцатиперстной кишки.

Пенетрация

- Под пенетрацией понимают распространение язвы за пределы стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани и органы. Различают стадию проникновения язвы (некроза) через все слои стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, стадию фиброзного сращения с прилежащим органом и стадию завершённой перфорации и проникновения в ткань прилежащего органа. Язвы задней и боковой стенок луковицы и постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки чаще пенетрируют в головку поджелудочной железы, желчные пути, печень, печёночно-желудочную или дуоденальную связку, в толстую кишку и её брыжейку; язвы желудка - в малый сальник и тело и поджелудочной железы.

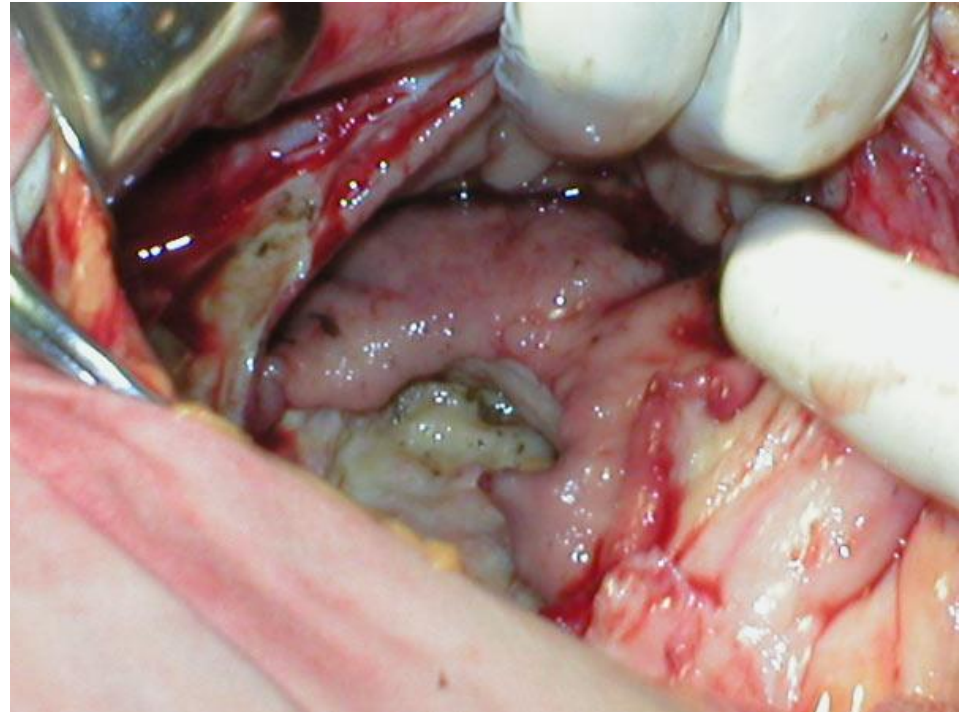


- Пенетрация сопровождается развитием воспалительного процесса и образованием фиброзных спаек, иногда довольно обширных. Боль при этом становится почти постоянной, весьма интенсивной, теряет закономерную связь с приемом пищи, не уменьшается от приема антацидов; усиливаются тошнота, рвота, появляются признаки воспаления - субфебрильная температура, лейкоцитоз, повышается СОЭ. В области патологического очага нередко определяется выраженная пальпаторная болезненность и удается прощупать воспалительный инфильтрат.

- При диагностированной язве можно заподозрить ее пенетрацию в поджелудочную железу, если больной жалуется на постоянную упорную боль в спине, усиливающуюся после еды и ночью, не купирующуюся антацидами и спазмолитиками. Боль при этом висцерально-соматическая: из эпигастрия иррадирует в спину к остистым отросткам позвонков, которые нередко становятся чувствительными при пальпации, иногда распространяется также влево, реже - вправо и даже становится опоясывающей.



- При проникновении язвы в малый сальник (чаще при язве малой кривизны желудка) боль из эпигастрия обычно распространяется под правую реберную дугу; при проникновении в направлении диафрагмы (язвы верхних отделов желудка) боль иррадирует из эпигастрия в загрудинное пространство, шею, плечелопаточную область, нередко имитируя "коронарную» болезнь, при распространении язвы в брыжейку толстой или тонкой кишки (чаще при постбульбарных язвах и язвах анастомоза) боль распространяется вниз к пупку и даже к гипогастрию.



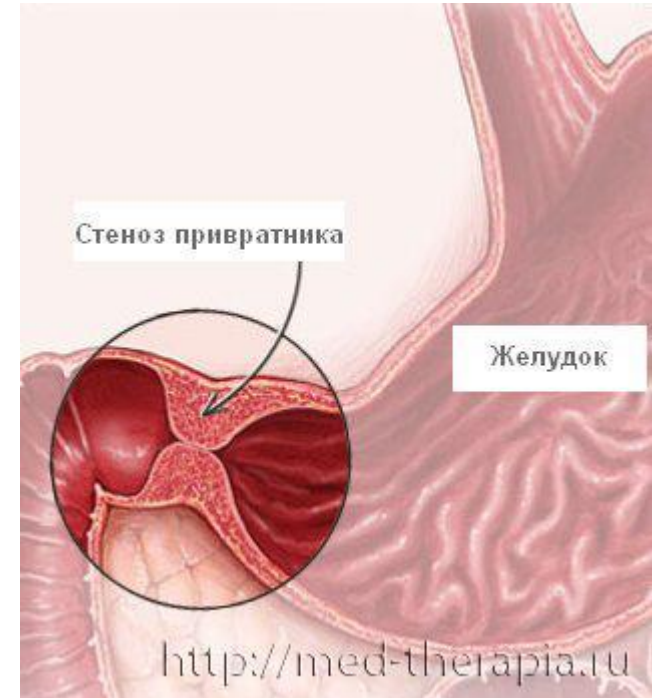
- Диагноз подтверждается рентгенологическим (глубокая «ниша», малая подвижность язвенной, зоны) и эндоскопическим (язва глубокая, кратер обрывистый, края обычно высокие, в виде вала) исследованиями. Пенетрирующая язва часто резистентна к терапии или непрерывно рецидивирует, а изменения стенки органа и окружающих тканей прогрессируют.

Лечение

- Консервативное противоязвенное лечение при пенетрирующих язвах неэффективно, показано хирургическое лечение. При язве двенадцатиперстной кишки рекомендуют стволовую ваготомию с экономной резекцией желудка с удалением язвы или оставлением ее дна на органе, в который она пенетрировала.

Пилородуоденальный стеноз

- Осложнение язвенной болезни, чаще возникает при локализации рецидивирующей язвы в пилорическом канале и начальной части луковицы двенадцатиперстной кишки.
- Формирование стеноза происходит в результате рубцевания язвы, в некоторых случаях — вследствие сдавления двенадцатиперстной кишки воспалительным инфильтратом, обтурации просвета кишки отеком слизистой оболочки, пилороспазмом или опухолью желудка.



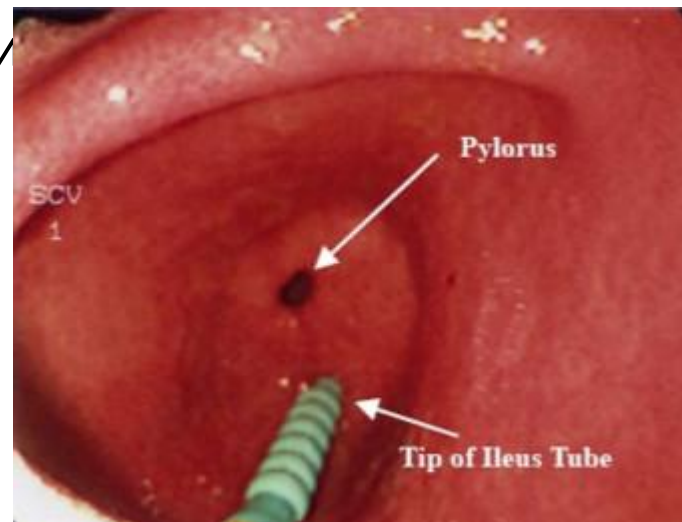
Клиническая картина

- **Обострение язвенной болезни с формирующимся стенозом привратника сопровождается ощущением давления и полноты в подложечной области, возникающих сразу же после еды. тошнотой и рвотой, приносящей облегчение. Аппетит исчезает, возможно падение массы тела. Противоязвенное лечение дает субъективное улучшение, но при рецидивирующем язвенном процессе стенозирование привратника быстро прогрессирует и переходит в органическую, декомпенсированную стадию. Рвота становится постоянной, появляется шум плеска. Натощак в желудке определяется большое количество содержимого. Наблюдается прогрессирующее похудание и присоединяется гипохлоремия, гипокалиемия, азотемия, алкалоз.**



Диагностика

- При рентгенологическом исследовании желудок приобретает форму «растянутого мешка» со слабой перистальтикой, его опорожнение замедлено до 24 ч и более.
- Эндоскопическая картина при декомпенсированном стенозе с резким угнетением моторной функции желудка, активным пангастритом, грубым рельефом слизистой оболочки хотя и типична, но все же нередко затрудняет визуальную дифференциальную диагностику рубцово-язвенных и раковых стенозов. В этой ситуации диагноз должен основываться на результате гистологического исследования биопсийного материала.



Хирургическое лечение

- Перед хирургическим лечением необходимы откачивание желудочного содержимого через назогастральный зонд и в/в введение изотонического раствора хлорида натрия (2-3л/сут), раствора глюкозы (1-2л/сут.). витаминов (аскорбиновая кислота, никотинамид, кокарбоксилаза, витамины B6, B12 и др.). Нередко требуется переливание полиглюкина, реополиглюкина. альбумина, эритроцитарной массы, хлорида калия. Под контролем коагулограммы используют викасол и дицинон. В связи с внедрением в клиническую практику парентерального питания получена возможность корректировать нарушения азотистого обмена как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде

Хирургическое лечение

- При компенсированном стенозе при достаточной проходимости пилородуоденальной зоны может быть выполнена селективная проксимальная ваготомия. Если во время операции через стенозированный участок не удастся провести толстый желудочный зонд, то ваготомию дополняют дуоденопластикой или пилоропластикой. При субкомпенсированном стенозе, когда сохранена сократительная способность мышц желудка, показана ваготомия с дренирующей желудок операцией.
- Резекция половины желудка или антрумэктомия со стволовой ваготомией показаны при декомпенсированном стенозе и при язвах II типа, когда наряду с пилородуоденальным стенозом имеется язва желудка.