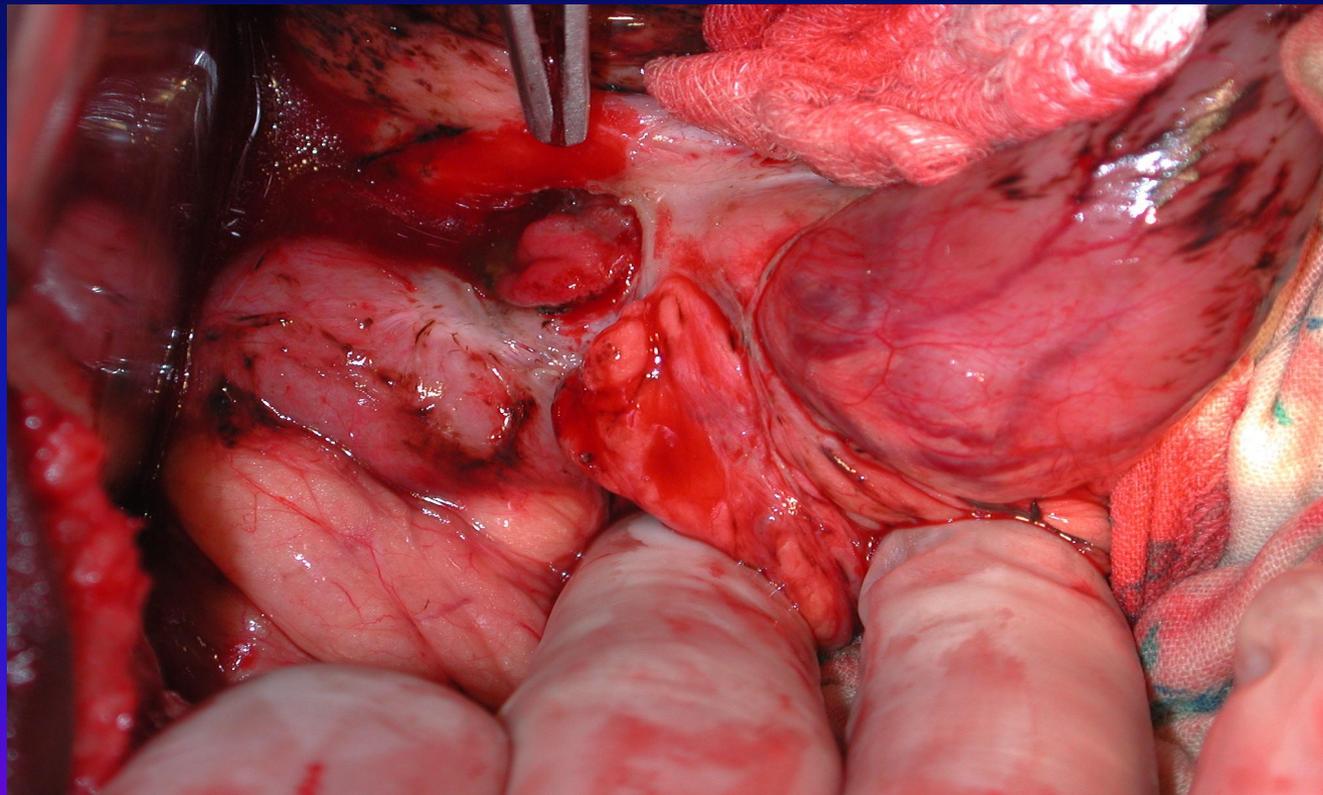


Осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки



Кафедра факультетской хирургии
Медицинский институт ЯГУ

- Язвенная болезнь во всем мире является широко распространенным заболеванием. Приводимые в специальной литературе конца XX века статистические данные свидетельствуют о многих миллионах больных в экономически развитых странах, подчеркивая тенденцию к росту заболеваемости этим недугом. По мнению ведущих гастроэнтерологов мира, язвенная болезнь представляет собой национальную проблему. Так, социальная цена этого заболевания в США в год более 1000 млн долларов; общие затраты на лечение больных язвенной болезнью в такой маленькой стране, как, например, Швеция, составляет 480 млн крон.

История

- Первым периодом истории клинической хирургии желудка следует считать последнее 20-летие 19 века: именно этот период можно назвать годами блестящих дерзаний хирургов разных стран, когда впервые с успехом были выполнены почти все оперативные вмешательства, ставшие затем основными в лечении язвенной болезни. Небезынтересно подчеркнуть, что техническая разработка почти каждой новой операции касалась хирургического лечения больных с осложненной язвенной болезнью.

История

Вторым периодом истории хирургии язвенной болезни явился длительный период клинической оценки отдаленных результатов предложенных способов операций. Была признана несостоятельность ряда операций при этом заболевании:

- ушивание перфоративной язвы как единственный метод лечения этого осложнения не излечивало язвенную болезнь более чем у половины больных;
- после гастроэнтеростомии делались уже тысячи операций при развившихся пептических язвах анастомоза;
- не нашли широкого применения различные методики пилоропластики.

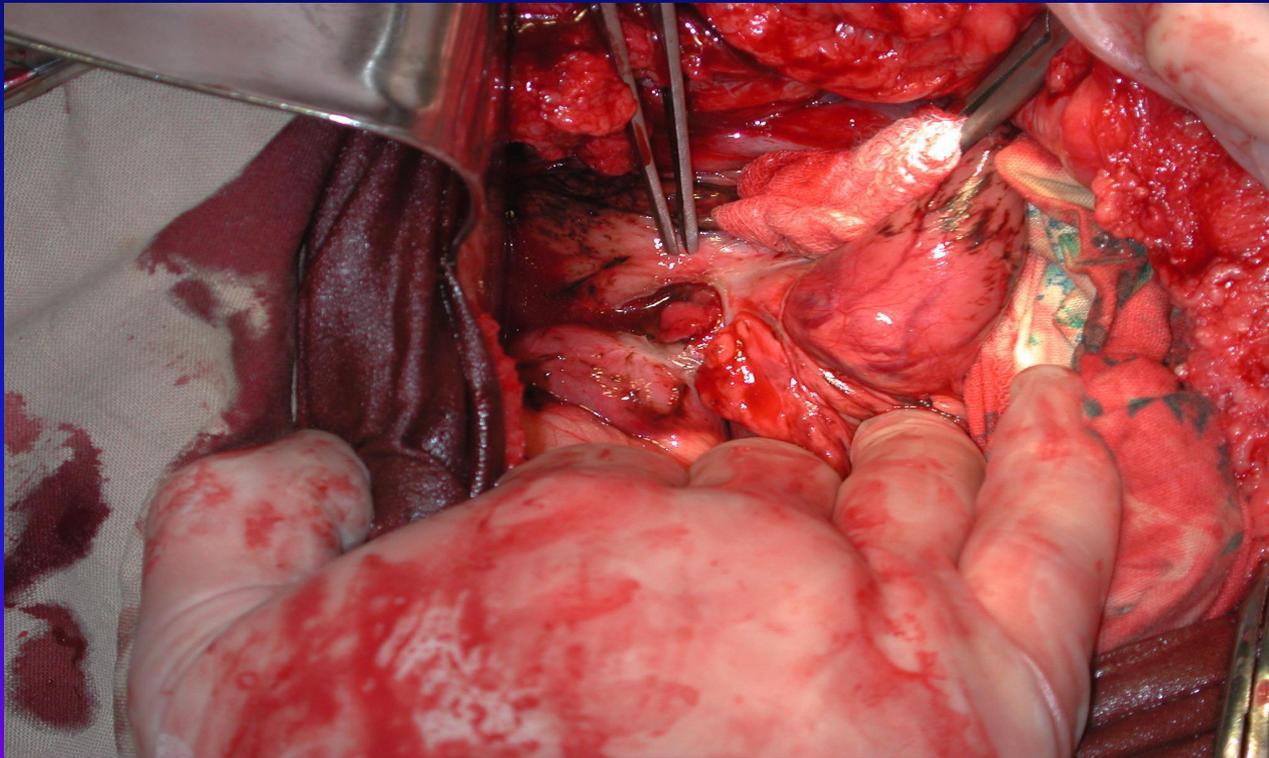
Подготовка хирурга

- Должен быть в курсе самых современных представлений о патогенезе язвенной болезни, которые пересматриваются с течением времени.
- Не хуже терапевта-гастроэнтеролога он обязан разбираться в фармакотерапии этого заболевания. Успехи фармакотерапии в последние годы огромны, появляются все новые поколения лекарственных препаратов, успешно излечивающих язвенную болезнь. Полноценно организованное лечение «язвенника» (хотя нередко оно дорого) в большинстве случаев может обеспечить не только предупреждение осложнений, но и рецидив язвы.

Подготовка хирурга

- Диагностика осложнений язвенной болезни, предоперационное и послеоперационное ведение больного – содружественный труд бригады врачей, состоящей из хирурга-гастроэнтеролога, эндоскописта и врача интенсивной терапии. Это хорошо может быть организовано только в условиях специализированных отделений.

Перфоративные гастродуоденальные язвы



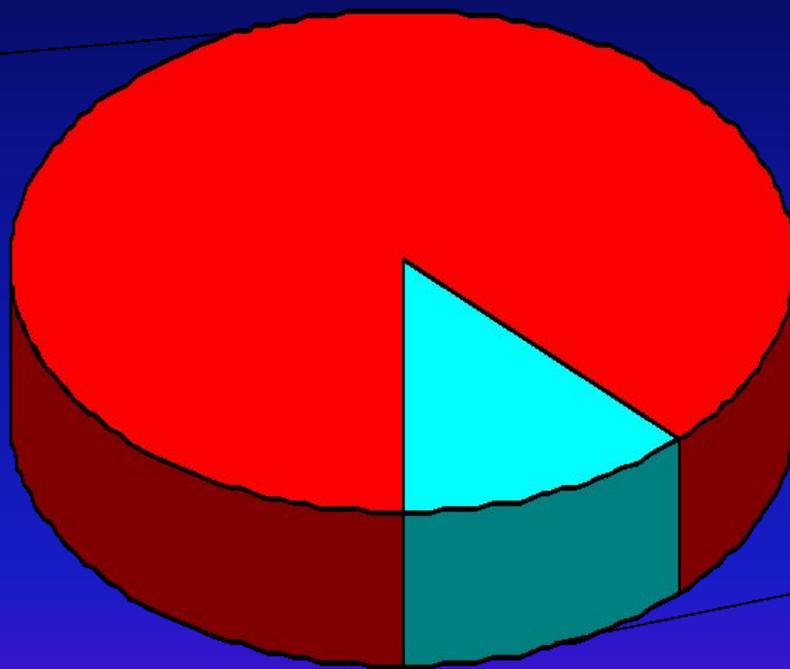
кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Частота заболевания

- Тяжелое, угрожающее жизни осложнение – перфорация – продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни ДПК.
- Количество операций на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5 – 13,0 на 100 000 человек, а летальность, снизившаяся к 50-м годам прошлого века, уже многие годы составляет от 5 до 17,9%.

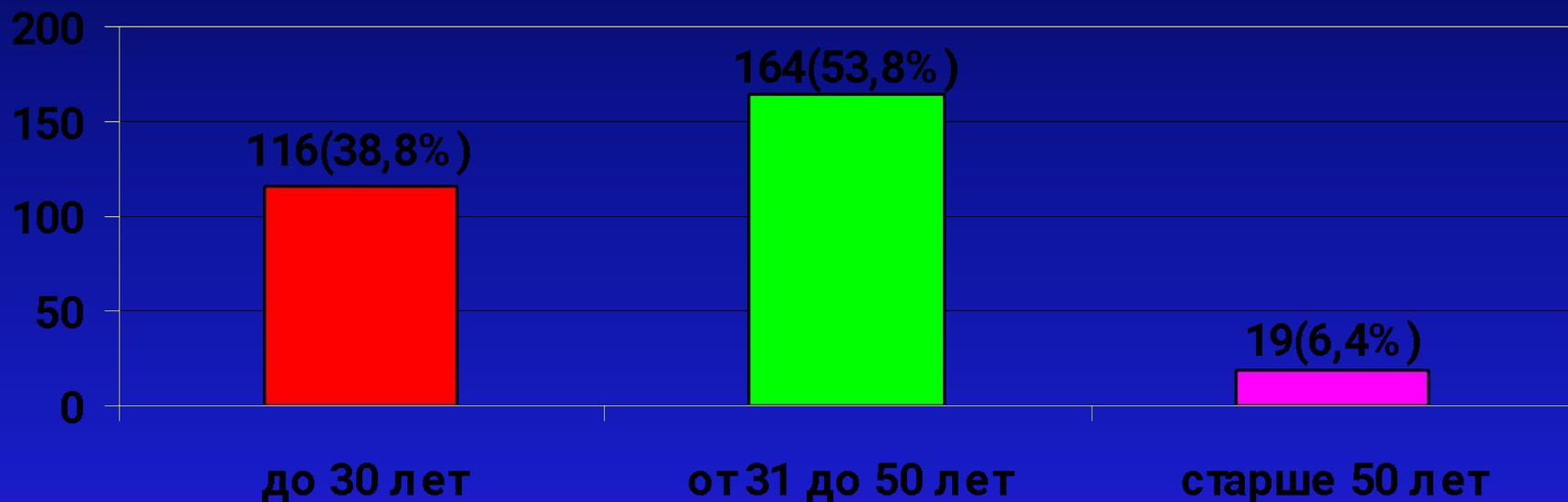
Распределение больных по полу

Мужчин
262(87,6%)



Женщин
37(12,4%)

Распределение больных возрасту



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

- Этиология: язвенные и гормональные.
- По локализации:
 - А – язва желудка: малой кривизны, передней стенки, задней стенки.
 - Б – язва ДПК: передней стенки, задней стенки.
- По течению:
 - А – прободение в свободную брюшную полость.
 - Б – прободение прикрытое.
 - В – прободение атипичное.

Патофизиологические нарушения в организме

- Перитонит присутствует при перфорации, являясь одним из факторов, влияющих как на указанные нарушения, так и на тактику хирургического лечения. Следует отметить «особенности» перитонита при перфорации. Как правило, до суток от момента перфорации в брюшной полости имеется прозрачный или мутный экссудат с нитями и хлопьями фибрина, париетальная и висцеральная брюшина ярко гиперемирована. Паралитическая кишечная непроходимость в большинстве случаев отсутствует. Степень бактериальной контаминации при этом не превышает 1000 - 10000 микробных тел в 1 мл экссудата. Микробный пейзаж в большинстве случаев представлен грамположительными кокками, лактобациллами, грибами рода *Candida*.

Патофизиологические нарушения в организме

- Следует отметить, что в 30% случаев в эти сроки бактериальное обсеменение отсутствует. Вышеизложенное позволяет выбрать радикальный способ оперативного вмешательства.
- В более поздние сроки от момента перфорации в брюшной полости появляются гноевидный экссудат, фиксированные наложения фибрина, паралитическая кишечная непроходимость с увеличением бактериальной контаминации. Тем самым в этот период следует избрать минимально травматичный способ вмешательства, запланировав один из видов санации брюшной полости.

Клиническая картина

Перфорация язвы сопровождается классической триадой признаков:

- кинжальная боль (95%),
- доскообразное напряжение мышц живота (92%),
- предшествующий язвенный анамнез (80%).

Диагностика

- **Данные физикального обследования:** резчайшая перкуторная и пальпаторная болезненность живота; напряжение мышц сначала в верхних отделах, а затем и по всему животу. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Исчезает или значительно уменьшается печеночная тупость. Появление притупления в правом боковом канале и правой подвздошной ямке (симптом Кервена). Зачастую отмечается положительный френикус-симптом.

Диагностика

В клинической картине прослеживалась известная триада Мондора:

- шок (до 4-6 часов);
- мнимое благополучие (6-10 часов);
- перитонит (после 10-12 часов).

Диагностика

Обращает на себя внимание трудность диагностики у больных с прикрытой перфорацией. После бурного начала заболевания, через 15-30 минут или несколько позже, острые симптомы прободения обрываются. Боль становится мало беспокоящей, локальная болезненность не столь интенсивной, напряжение брюшной стенки менее выраженной и отмечается лишь на ограниченном участке -- в правом верхнем квадранте живота.

Лабораторная диагностика

- Исследование общего анализа крови позволяет констатировать быстро нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево.
- В анализах мочи при перитоните отмечается появление форменных элементов, белка и цилиндров.

Диагностические методы

- **Обзорная рентгенография брюшной полости** при перфорации полого органа позволяет выявить свободный газ под куполом диафрагмы в 76% случаев. В сомнительных случаях следует прибегать к **пневмогастрографии**, повышающей достоверность метода до 95%.

Свободный газ под куполом диафрагмы



5 10 2006

кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Диагностические методы

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет:

- уточнить диагноз,
- дать точную локализацию язвы и ее размеров,
- обнаружить сочетанные осложнения (стеноз, наличие сочетанной формы язвенной болезни, второй язвы с кровотечением или угрозой его развития).
- возможность получения материала для морфологической верификации Нр-инфекции.

Диагностические методы

- **Лапароскопия** помогает уточнить диагноз и выбрать адекватный план лечения при неясной клинической картине, а в ряде случаев позволяет убедиться в возможности проведения того или иного вида операции. Это особенно касается больных с так называемой прикрытой перфорацией язвы.

Хирургическая тактика

- **Ушивание** желудочной или дуоденальной перфоративной язвы остается спасительным методом лечения, особенно у больных с распространенным «поздним» перитонитом или высокой степенью операционно-анестезиологического риска.
- **Лапароскопическое ушивание** показано у лиц молодой возрастной группы, когда перфорирует так называемая «немая» язва, в анамнезе отмечается невыраженное или благоприятное течение заболевания, а выполненная дооперационная диагностическая программа свидетельствует об отсутствии других сочетанных осложнений язвенной болезни.

Ушивание перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову



- **Ушивание** желудочной или дуоденальной перфоративной язвы остается спасительным методом лечения, особенно у больных с распространенным «поздним» перитонитом или высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

Хирургическая тактика

- **Стволовая ваготомия** с иссечением язвы и пилоропластикой считается золотым стандартом при перфоративной дуоденальной язве, позволяющим ликвидировать другие осложнения заболевания, сопутствующие перфорации и создать условия профилактики дальнейших рецидивов.

Хирургическая тактика

- **Лапароскопическую стволовую ваготомию** с иссечением язвы и пилоропластикой из мини-лапаротомного доступа мы выполняем прежде всего при диагностированных до операции сочетанных с перфорацией осложнениях (компенсированный стеноз, кровотечение или угроза его развития).
- **Ваготомию с антрумэктомией** используем при перфорации, когда имеют место другие осложнения (поздняя стадия пилородуоденального стеноза), а также при сочетанной форме язвенной болезни.

Хирургическая тактика

- **Резекцию желудка (гемигастрэктомию)** проводим при перфоративной желудочной язве у больных с невысоким операционно-анестезиологическим риском.

Послеоперационный период

- **После ушивания перфоративной язвы**, - операции, не влияющей на патогенез язвообразования, - сразу после завершения операции больному назначается курс противоязвенной терапии. Исходя из современных представлений о патогенезе язвенной болезни – антисекреторные препараты, а также одну из схем антихеликобактерной терапии.
- В последующем больные, перенесшие ушивание перфоративной язвы, передаются под наблюдение терапевта-гастроэнтеролога, который определяет необходимость поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни антисекреторными средствами, а также показания к проведению эрадикационной антихеликобактерной терапии. Эти мероприятия в состоянии существенно снизить процент рецидивов язвенной болезни у этой группы больных.

Послеоперационный период

- **После органосохраняющих операций с ваготомией** особенностью является профилактика моторно-эвакуаторных расстройств оперированного желудка. С первых суток применяли препараты группы прокинетиков. При интраоперационной диагностике выраженного стеноза либо технических трудностях выполнения пилоропластики интраоперационно устанавливали зонд за область связки Трейтца, используя его в дальнейшем для энтерального питания. В раннем послеоперационном периоде эти больные также должны решить вопрос с гастроэнтерологом о необходимости поддерживающей антисекреторной терапии, а также о проведении эрадикационной антихеликобактерной терапии.

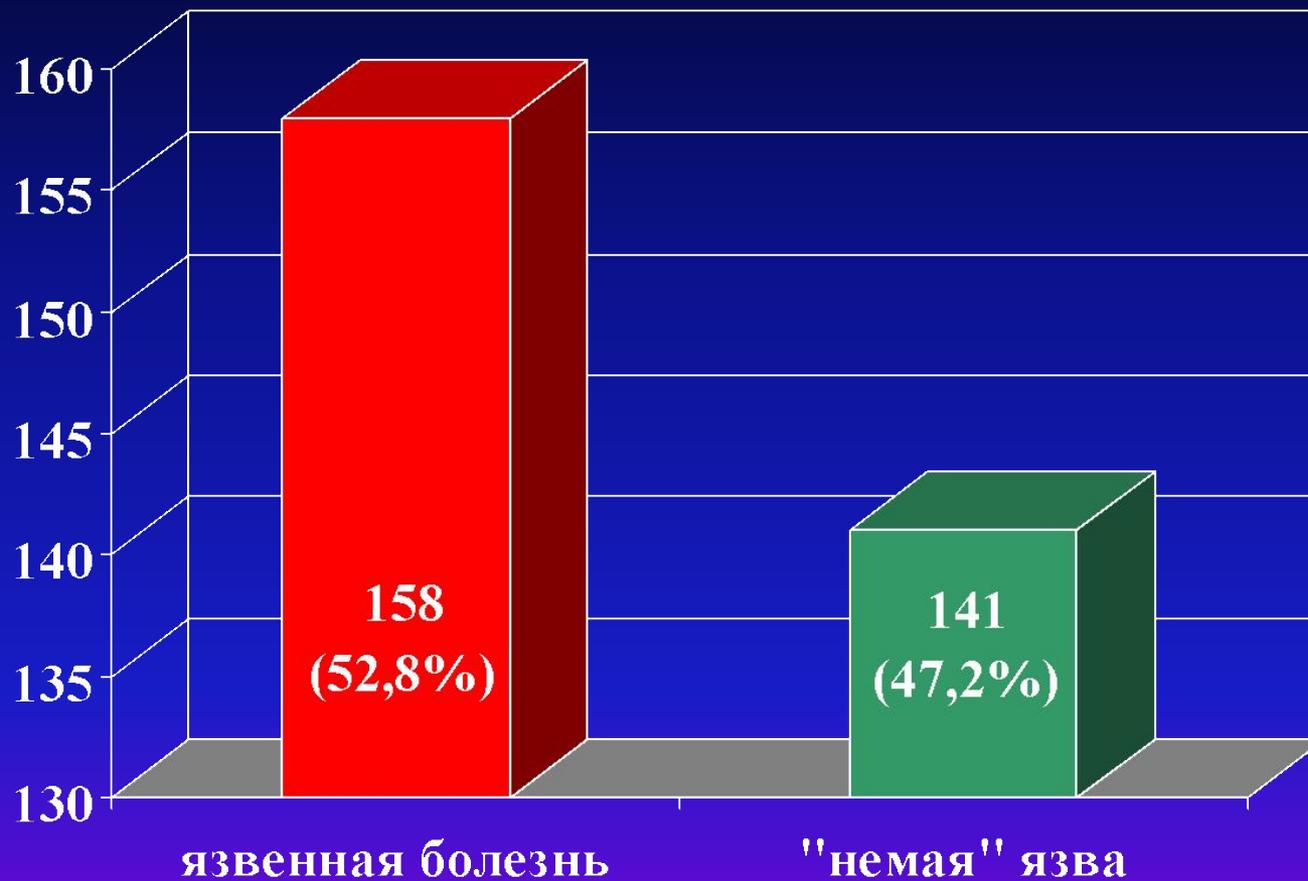
Схемы противоязвенного лечения

- схема №1 – квамател 40 мг в/в капельно 2 раза в день, клацид 500 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день;
- схема №2 – квамател 40 мг в/в капельно 2 раза в день, Де-нол 120 мг 4 раза в день с едой, тетрациклина гидрохлорид 500 мг 4 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день.
- схема №3 – омепразол 40 мг 2 раза в день, Де-нол 120 мг 4 раза в день с едой, тетрациклина гидрохлорид 500 мг 4 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день.

Полученные результаты

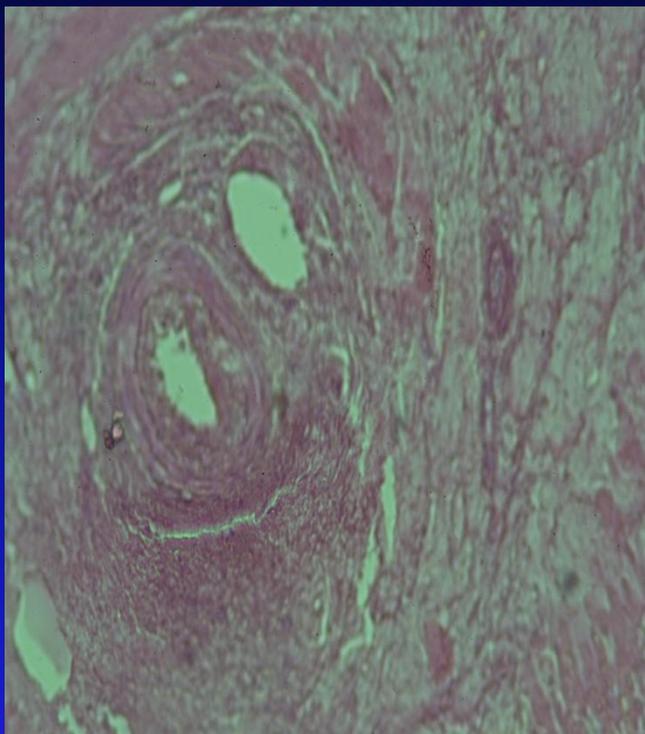
кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Язвенный анамнез

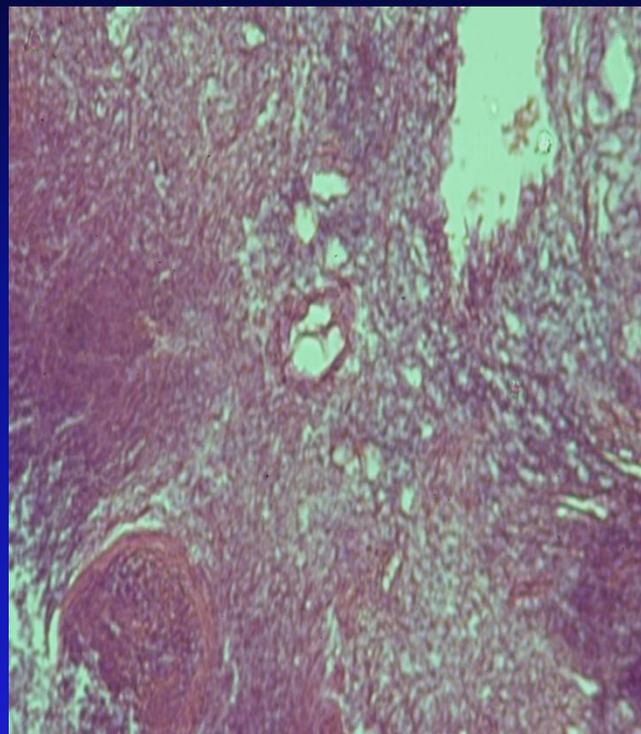


кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Гистологическая картина



Хроническая язва
194(64,9%)



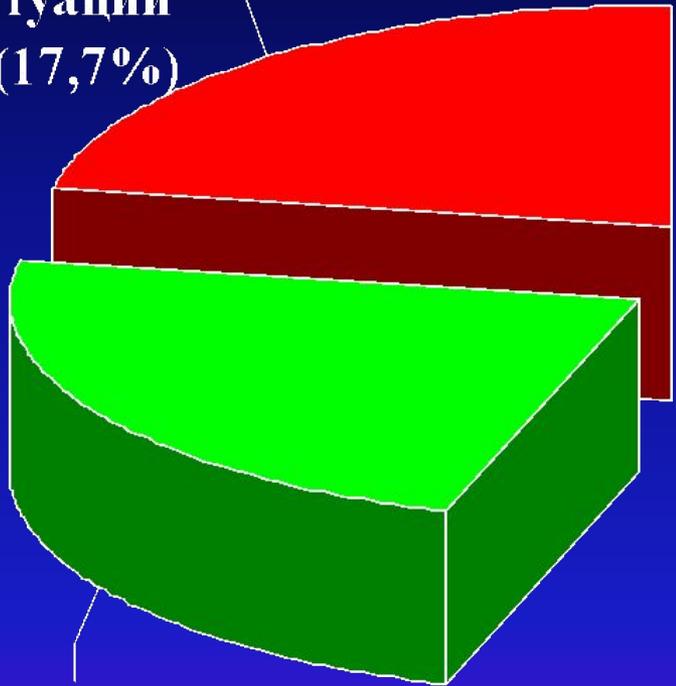
Острая язва
105(35,1%)

Предрасполагающие факторы

стрессовые

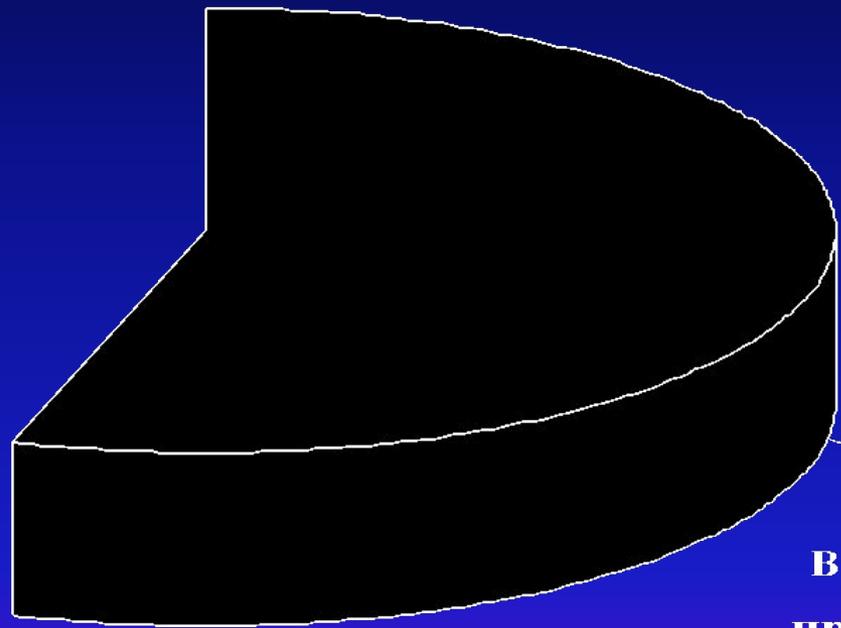
ситуации

53(17,7%)



гастрит

54(18,1%)

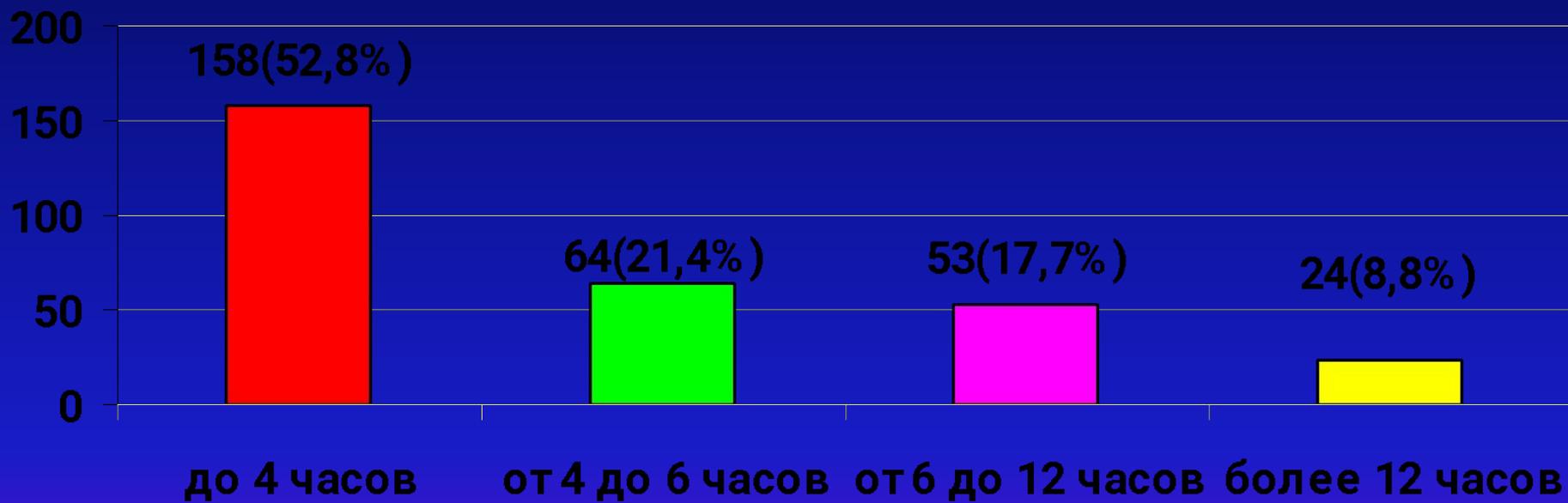


вредные

привычки

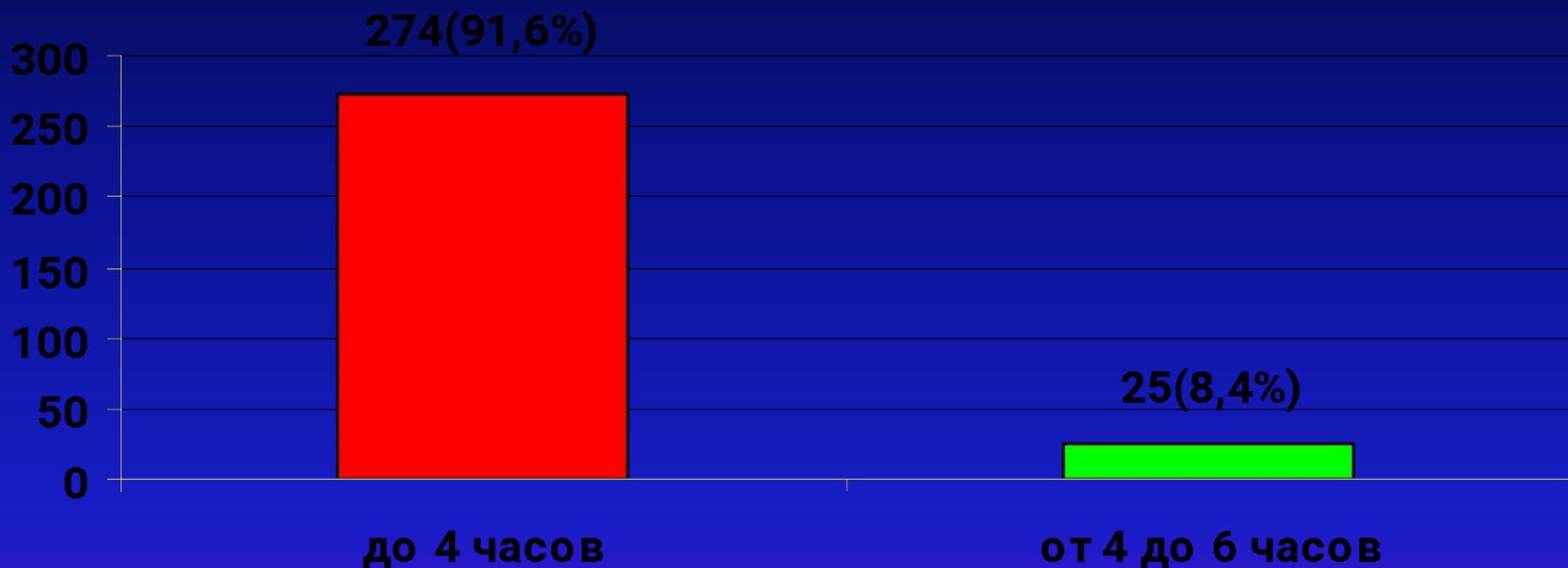
131(43,8%)

Сроки операции от момента заболевания



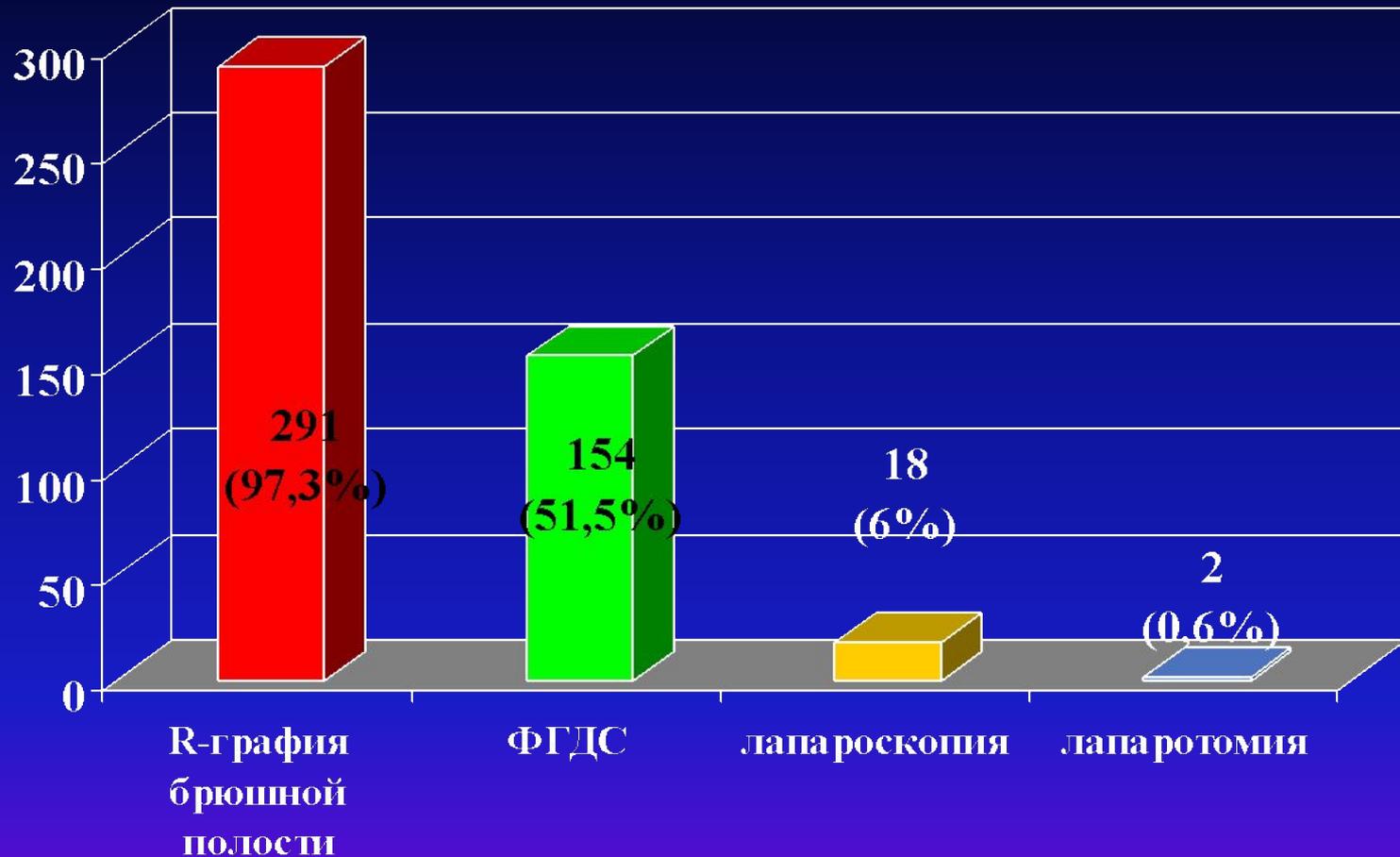
кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Сроки операции от момента госпитализации



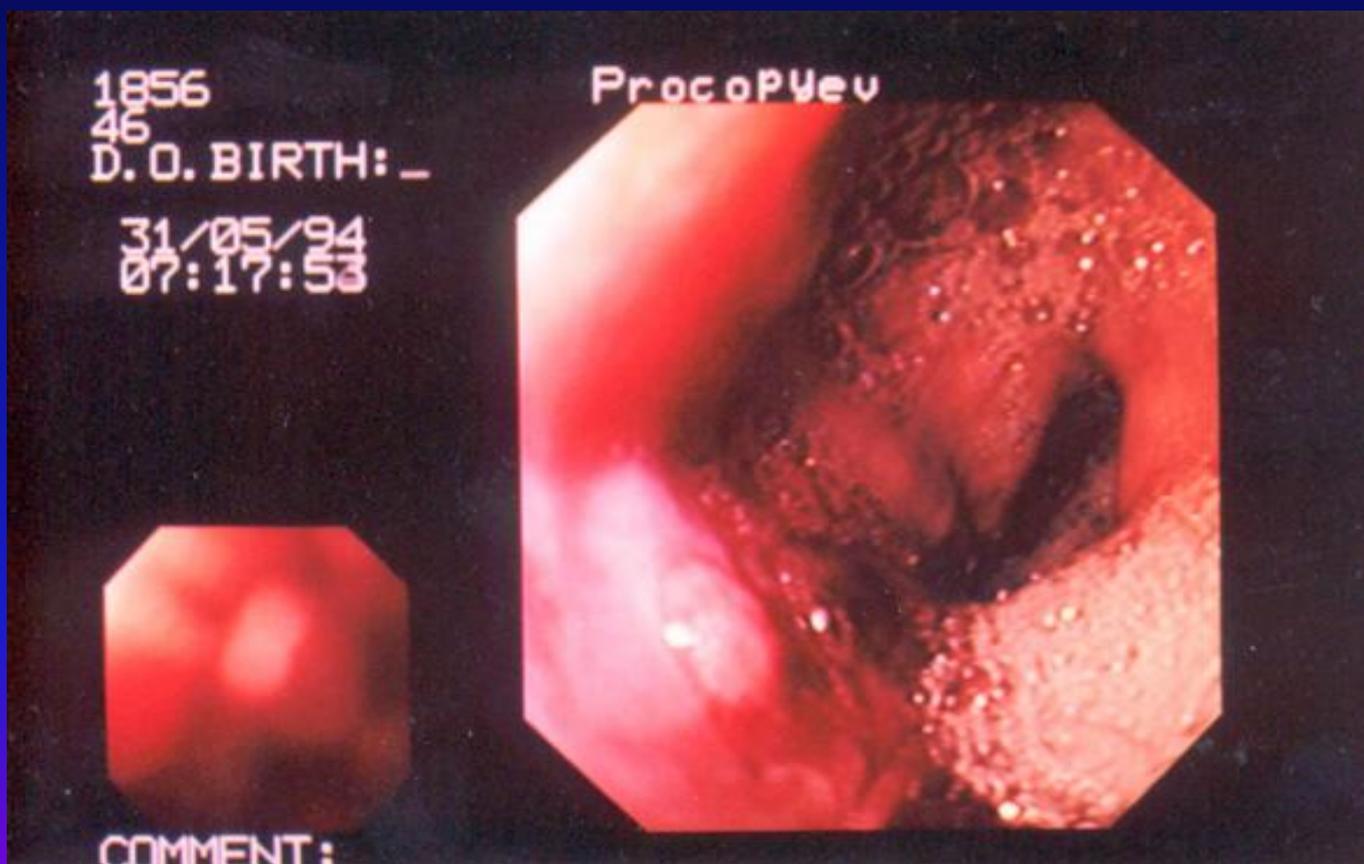
кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Методы диагностики



кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Язвенные гастродуоденальные кровотечения



кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Частота заболевания

- Актуальность проблемы лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) в первую очередь определяется высоким уровнем общей летальности, который достигает 10-14%. Несмотря на общепризнанную эффективность современных «противоязвенных» средств, число больных с ЯГДК из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год.

Классификация

- **Классификация источника кровотечения** по J.A. Forrest (1974):
 - F Ia – продолжающееся струйное кровотечение;
 - F Ib – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания кровотечения;
- F IIa – видимый крупный тромбированный сосуд;
- F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток;
- F IIc – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен;
- F III – отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере.

Классификация

- **По степени тяжести кровотечения** наиболее рациональной является классификация использующая 3-степенную градацию, выделяющая легкую, среднюю, тяжелую степени кровотечения, учитывающие при этом как объем перенесенной кровопотери, так и состояние самого больного.

Патофизиологические нарушения в организме

- Реакция больного на кровопотерю, с одной стороны, определяется массивностью самого кровотечения, т. е. объемом потерянной крови и временем, за которое это произошло, а с другой – исходным состоянием и реакцией на кровопотерю основных систем организма самого больного. Существенным моментом для понимания патофизиологических основ этого процесса, а следовательно, и для формирования грамотной инфузионно-трансфузионной терапии послужило развитие учения о диссеминированном внутрисосудистом свертывании (ДВС) как универсальном механизме реализации синдрома массивной кровопотери и пусковом механизме синдрома полиорганной недостаточности.

Патофизиологические нарушения в организме

- Следует подчеркнуть, что гиперкоагуляционная фаза ДВС-синдрома и микроциркуляторные нарушения, ведущие к ухудшению обеспеченности тканей кислородом и питательными веществами, развиваются у каждого пациента с клинически значимым ЯГДК. Понятно, что существовавшие у пациента функциональные либо органические расстройства со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной систем (так называемые возрастные, сопутствующие заболевания) лишь усугубляют тяжесть состояния больного, требуют соответствующей коррекции и учитываются при принятии решения об оперативном лечении, либо при подготовке к нему.

Диагностика

Симптоматика

- Общие симптомы характерные для кровопотери (резкая слабость, головокружение, потеря сознания);
- проявления характерные для кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта (рвота свежей или видоизмененной кровью, мелена или гематохезия).

Диагностика

- **Данные физикального обследования** позволяют судить о степени тяжести кровотечения и предположительно о его источнике. Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального и пульсового давления, наличие в желудке большого количества крови и сгустков, а при ректальном исследовании – черного жидкого либо с примесью крови содержимого служат признаками острого массивного кровотечения.

Диагностика

Диагностические методы

- Неотложная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), безусловно, является ведущим методом диагностики источника, типа и характера кровотечения. Организованное в нашей клинике круглосуточное дежурство эндоскопистов позволило выполнить неотложную ЭГДС в первые часы с момента поступления больных в стационар у 98,9% больных, что существенно повысило диагностическую ценность исследования, предоставило клиницисту важные морфологические критерии для определения риска рецидива кровотечения.

Диагностика

Диагностические методы

- Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта как метод экстренной диагностики ЯГДК отошло на второй план; в основном оно применяется после остановки кровотечения как метод дополнительной диагностики состояния рентгенанатомии и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Диагностика

- **Диагностические методы**
- Селективная ангиография при ЯГДК имеет достаточно ограниченное использование и применяется в специализированных учреждениях, обладающих необходимым оборудованием, в ситуациях, когда диагноз не удастся установить другими методами, либо как диагностический этап лечебного эндоваскулярного вмешательства, направленного на эмболизацию кровоточащей артерии.
- Лабораторные методы диагностики (исследование гемоглобина, гематокрита, дефицита глобулярного объема и объема циркулирующей крови, гемокоагуляции, биохимических показателей) предоставляют очень важные объективные сведения о степени тяжести кровотечения и вызванных им нарушениях.

Лечение

- **Методы лечебной эндоскопии** используются с целью временной, а в ряде случаев окончательной остановки и профилактики кровотечения; нами наиболее широко применялись – моноактивная диатермокоагуляция, инъекции абсолютного этанола и его растворов. В последние годы возможности осуществления полноценного локального гемостаза существенно расширились за счет внедрения видеосистем, сверхширококанальных эндоскопов, методов клипирования, аргоноплазменной коагуляции

Лечение

- **К современным средствам медикаментозного лечения относятся** антисекреторные препараты из группы ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂ – гистаминовых рецепторов; антигеликобактерные препараты; средства, ускоряющие регенеративные процессы, обладающие цитопротективным действием.
- Они позволяют создать благоприятные условия для прекращения процессов деструкции в язвенном кратере в сочетании с эндоскопическими способами – добиться адекватного гемостаза без оперативного вмешательства в 70-75% всех случаев язвенных кровотечений, отодвинув операцию на этап плановой хирургии.

Хирургическая тактика

- **Показания к неотложным оперативным вмешательствам** диктовались невозможностью достичь надежного гемостаза с помощью нехирургических методов.

Хирургическая тактика

- **Экстренную операцию** выполняли больным с профузным продолжающимся кровотечением; больным с массивным кровотечением, для которых консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались неэффективными, а также больным с рецидивом кровотечения в клинике.

Хирургическая тактика

- **Срочную операцию** считали показанной больным с язвенным кровотечением, остановка которого консервативными способами была недостаточно надежной, и имелись указания на высокий риск рецидива кровотечения. Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, производили в течение 12-24 ч от поступления – времени, необходимого для подготовки больного к операции.

Хирургическая тактика

- **Выбор метода операции** и решение о возможности выполнения неотложного оперативного вмешательства прежде всего зависели от тяжести состояния больного, степени операционно-анестезиологического риска и, безусловно, от локализации и характера кровоточащей язвы.

Хирургическая тактика

- **Стволовая ваготомия с пилоропластикой**
- **лапароскопическая стволовая ваготомия** и пилоропластики из мини-доступа при расположении источника кровотечения в луковице ДПК приступили в последние годы.
- **Антрумэктомию с ваготомией** при дуоденальной язве считали показанной у больных со сравнительно небольшой степенью операционного риска.
- **Резекцию желудка** (гемигастрэктомию), как правило, производят при желудочной локализации язвы.

Послеоперационный период

- **После прошивания кровоточащей язвы** без выполнения ваготомии (эту группу, как правило, составляют больные высокого операционно-анестезиологического риска) – в ближайшем послеоперационном периоде больному назначается курс противоязвенной терапии, включающий ингибиторы протонной помпы либо последнее поколение H₂-блокаторов, а также комплекс антихеликобактерной терапии. После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению у гастроэнтеролога, который определяет необходимость проведения поддерживающей медикаментозной терапии язвенной болезни, направленной на снижение числа рецидивов язвенной болезни и предотвращение повторных кровотечений.

Послеоперационный период

- **После органосберегающих операций с ваготомией** особенностью послеоперационного периода является необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств оперированного желудка. Уже на этапе оперативного вмешательства при диагностике суб- или декомпенсированного стеноза либо возникновении технических трудностей при выполнении пилоропластики за область связки Трейтца устанавливали тонкий зонд для энтерального питания. Кроме того, в послеоперационном периоде применяли препараты группы прокинетики. Существенным моментом послеоперационного ведения являлось принятие решения о необходимости поддерживающей антисекреторной терапии, а также о проведении эрадикационной антихеликобактерной терапии.

Язвенный пилородуоденальный стеноз



кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Частота заболевания

- Пилородуоденальный стеноз развивается у 5 - 47% больных, страдающих язвенной болезнью. Пилородуоденальный стеноз занимает около 34% всех осложненных течений язвенной болезни. Средний возраст пациентов $44,3 \pm 4,4$ года. При этом мужчины болеют в 5 раз больше, чем женщины
- Число хирургических вмешательств в последние 6 лет при пилородуоденальном стенозе несколько снизилось.
- Снижение частоты стенозов, требующих хирургического лечения, можно связать с активным внедрением в клиническую практику новых антисекреторных препаратов, а также с применением антихеликобактерных средств.

Классификация

- I стадия – формирующийся
- II стадия – компенсированный
- III стадия – субкомпенсации
- IV стадия – декомпенсации

Патофизиологические нарушения в организме

- Деформация и сужение пилородуоденальной области развиваются вследствие рубцевания многократно рецидивирующих язв, что влечет за собой ту или иную степень ее непроходимости, нарушение желудочной эвакуации. С прогрессированием стеноза желудок теряет свои компенсаторные способности, растягивается, увеличивается в своих размерах, ослабляется его перистальтика, что еще в большей степени усугубляет нарушение желудочной эвакуации.

Патофизиологические нарушения в организме

- Чтобы компенсировать опорожнение желудка, наступает гипертрофия его мышечной оболочки и усиление двигательной активности. Однако такая работа не беспредельна и постепенно появляются признаки ее декомпенсации. Рвота желудочным содержимым, замедление эвакуации пищи из желудка нарушают питание и жизнедеятельность больного. При суб- и декомпенсированном стенозе отмечают прогрессирующий метаболический алкалоз, нарушение водно-электролитного и белкового баланса.

Диагностика

Симптоматика

- При 1 стадии стеноза отмечаются клинические проявления основного заболевания – язвенной болезни. Общее состояние больных не нарушено.
- При 2 стадии наряду с «язвенными» болями настойчиво проявляется чувство переполнения в эпигастрии после приема пищи. Эпизодически появляется рвота, которая приносит больному облегчение на некоторое время. При зондировании желудка откачивается умеренно увеличенное (200-500 мл) количество желудочного содержимого с кислым, слегка неприятным запахом и примесью недавно принятых пищевых масс. Общее состояние больных не нарушено.

Диагностика

Симптоматика

- При 3 стадии больной ощущает постоянное чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области, которые сочетаются с болью и отрыжкой воздухом. Ежедневно по несколько раз в день бывает обильная рвота сразу или через 1-2 ч после еды только что принятой и съеденной накануне пищей, без признаков гнилостного брожения. Натощак в желудке при зондировании определяется большое количество содержимого. В этой стадии стеноза больной отмечает похудание.

Диагностика

Симптоматика

- При 4 стадии развиваются прогрессирующий желудочный стаз, растяжение желудка. Состояние больного ухудшается, наблюдается резкое обезвоживание. Характерна землистая окраска потерявших тургор кожных покровов. Недомогание, апатия и вялость подавляют другие симптомы болезни. Чувство распирания в эпигастрии заставляет больного вызывать рвоту. Рвотные массы в огромном количестве содержат зловонное разлагающееся содержимое с остатками пищи, съеденной много дней назад.

Диагностика

Данные физикального обследования

- При начальных стадиях стеноза общее состояние больных не страдает, размеры желудка остаются нормальными, и выявить каких либо специфических для стеноза симптомов не представляется возможным. При поздних стадиях прогрессирует потеря массы тела, зачастую больной кахектичен и при осмотре определяется увеличение перкуторных границ желудка, аускультативно выявляется шум плеска. При зондировании желудка аспирируют в большом количестве (более 500 мл) застойное желудочное содержимое с неприятным запахом.

Диагностика

Диагностические методы

- Рентгенологическое исследование при ранних стадиях стеноза (1 и 2) отмечают рубцово-язвенную деформацию в пилородуоденальной зоне, умеренное увеличение размеров желудка, возможна задержка эвакуации до 12 ч. При поздних (3 и 4) стадиях выявляются признаки декомпенсации моторики желудка – его расширение и ослабление перистальтики с задержкой эвакуации более 12 ч, при резком сужении пилородуоденального канала.

Диагностика

Диагностические методы

- Эзофагогастродуоденоскопия на ранних стадиях стеноза в пилоробульбарной зоне выявляется грубая рубцово-язвенная деформация с относительным сужением данной области, не препятствующим проведению эндоскопа в нижележащие отделы ДПК. При поздних стадиях стеноза выявляется резкое сужение пилородуоденального канала, делающего невозможным проведение эндоскопа и осмотр нижележащих отделов ДПК; кроме того, отмечается значительное увеличение размеров желудка с признаками нарушения эвакуации из него.

Диагностика

Диагностические методы

- Исследование моторной функции методом ионоанометрии дает представление о тонусе, частоте, амплитуде сокращений желудка натощак и после приема пищевого раздражителя, позволяет определить время задержки начальной эвакуации. На ранних стадиях стеноза тонус желудка нормальный или повышенный, характерна инверсия амплитуд и интервалов сокращений с урежением ритма активных сокращений. При поздних стадиях определяется снижение тонуса желудка, редкие сокращения сниженной амплитуды, задержка начальной эвакуации.

Лечение

- Консервативная терапия при пилородуоденальном стенозе является по своей сути предоперационной подготовкой больных к плановому хирургическому вмешательству. Она направлена на заживление активной язвы с применением современных антисекреторных средств и антихеликобактерных препаратов.
- Кроме того, при имеющихся расстройствах лечение должно быть направлено на коррекцию обменных процессов и восстановление массы тела. Последнее достигается парентеральным введением солевых и белковых растворов, а также проведением зондового энтерального питания при выраженных стадиях стеноза (зонд проводится ниже области стеноза с помощью эндоскопической техники).

Лечение

- Важное значение следует уделить восстановлению или улучшению двигательной функции желудка, создав условия для профилактики развития послеоперационных осложнений, включающих моторно-эвакуаторные расстройства. С этой целью применяются современные прокинетика, а также декомпрессия желудка (фракционное зондирование желудка либо постоянная аспирация через назогастральный зонд).

Хирургическая тактика

- Процесс рубцевания пилородуоденальной зоны носит необратимый и прогрессирующий характер. Отсюда понятно, что лечение данного осложнения может быть только оперативным, независимо от тяжести клинических проявлений, степени расширения желудка, нарушений его моторно-эвакуаторной функции.
- В выборе метода оперативного вмешательства следует учитывать стадию развития стеноза и степень нарушений моторной функции желудка и ДПК, а также особенности желудочной секреции и степень операционного риска.

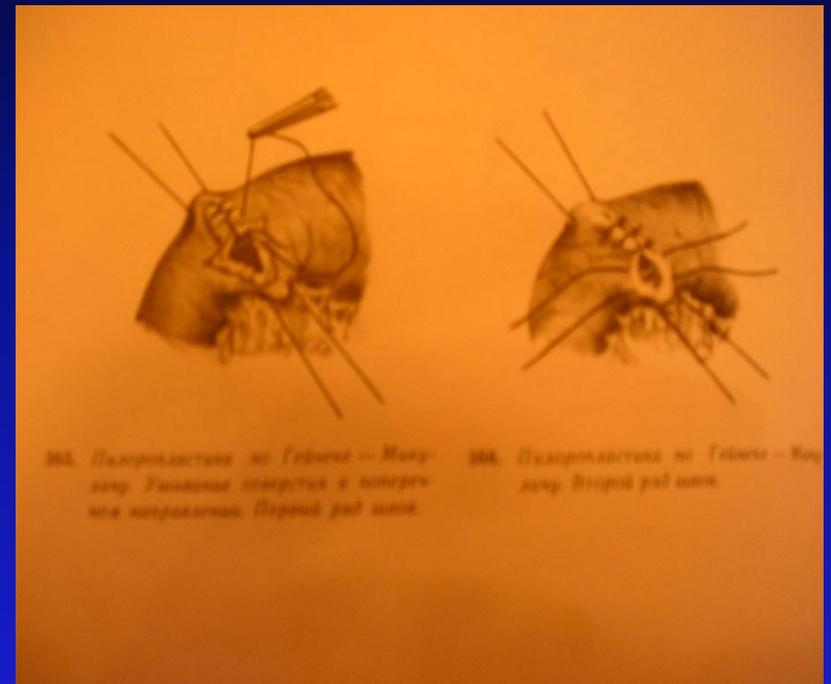
Хирургическая тактика

- **Стволовой ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями** отдаем предпочтение при формирующемся, компенсированном и отчасти при субкомпенсированном пилородуоденальном стенозе, когда больные получили адекватную предоперационную подготовку (восстановление тонуса желудка и темпов желудочного опорожнения).
- **Лапароскопическую стволовую ваготомию с пилоропластикой из мини-доступа** выполняем при формирующемся и компенсированном стенозе.

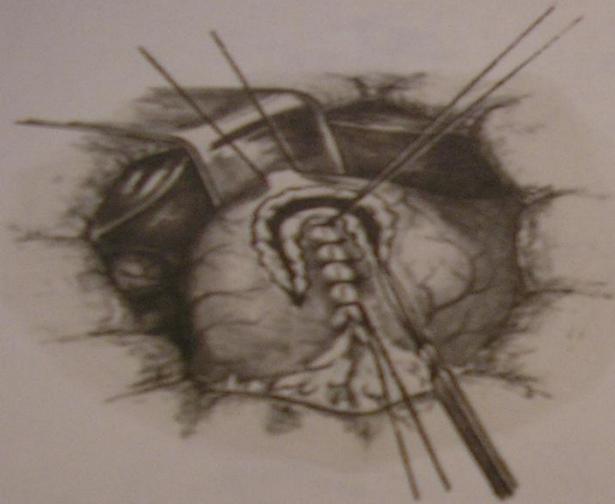
Хирургическая тактика

- **Селективную проксимальную ваготомию** в сочетании с пилоропластикой применяем редко, практически только при 1 стадии стеноза.
- **Ваготомию с антрумэктомией** считаем показанной при пилородуоденальных стенозах с признаками суб- и декомпенсации, а также при сочетанной форме язвенной болезни.
- **Резекцию желудка (гемигастрэктомию)** выполняем у больных с декомпенсированным стенозом, со сниженной кислотопродукцией желудка.

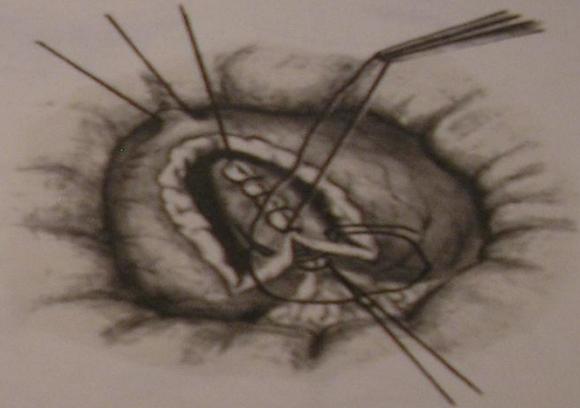
Пилоропластика по Гейнике-Микуличу



Пилоропластика по Финнею

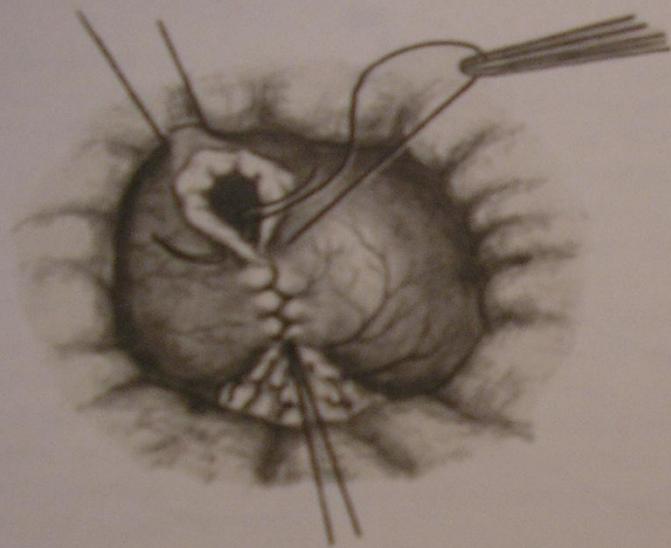


373. Пилоропластика по Финнею. Рассечение желудка и двенадцатиперстной кишки.

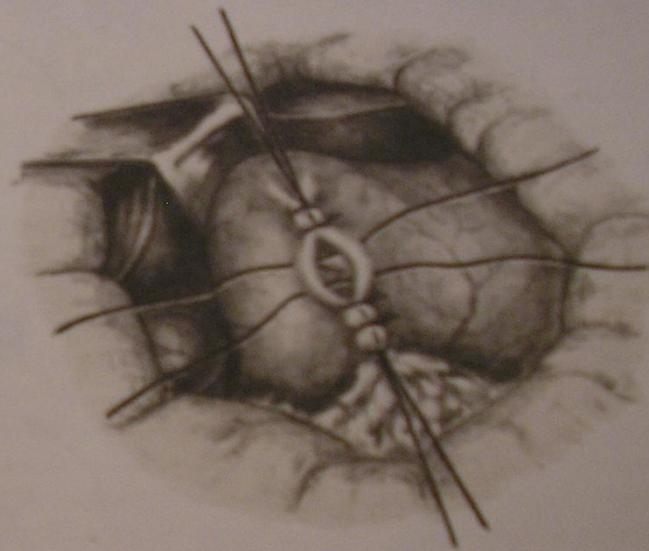


374. Пилоропластика по Финнею. Шов на заднюю губу.

Пилоропластика по Финнею

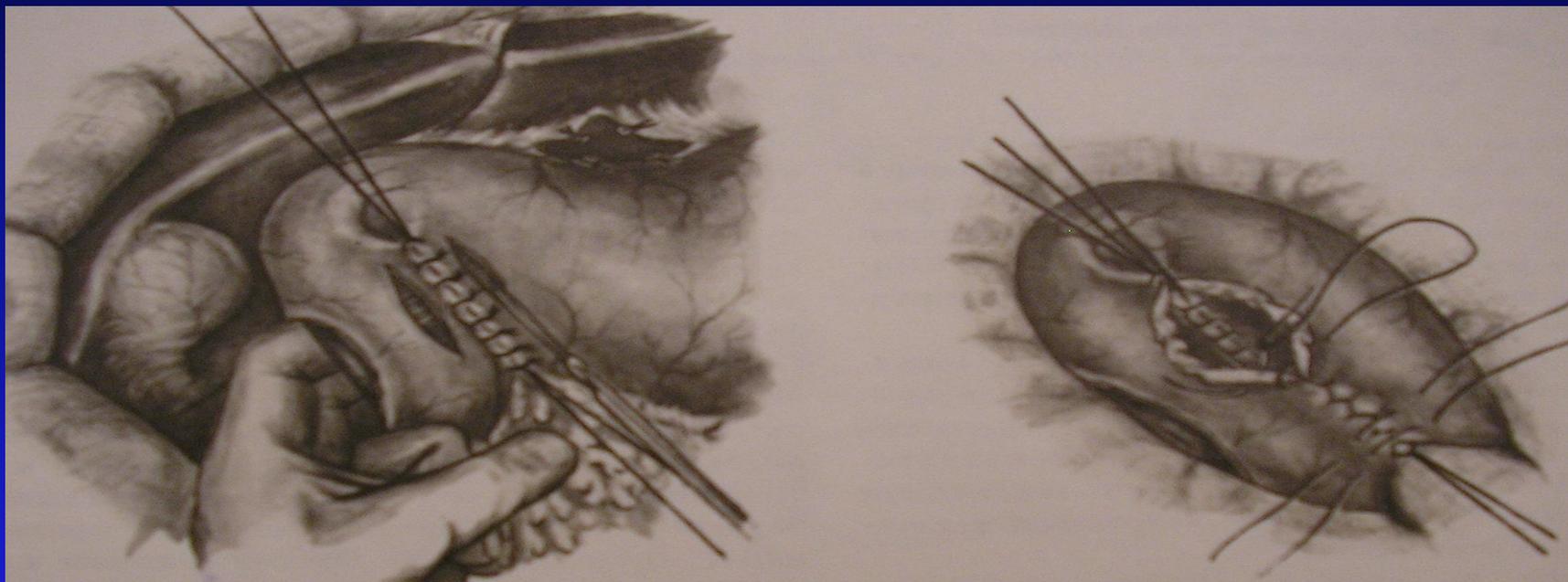


375. Пилоропластика по Финнею. Шов на переднюю губу.



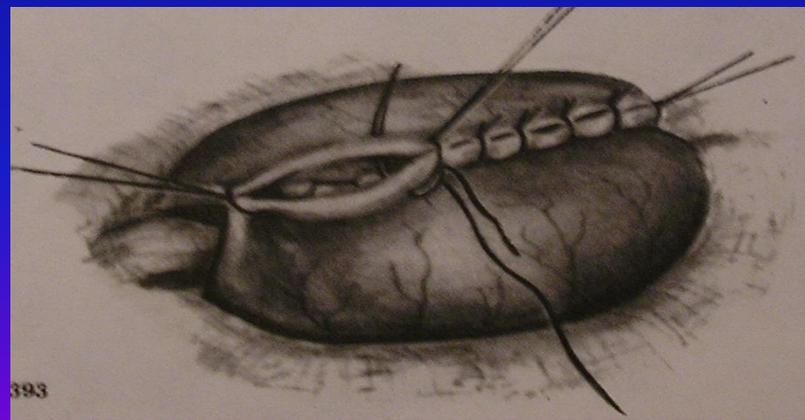
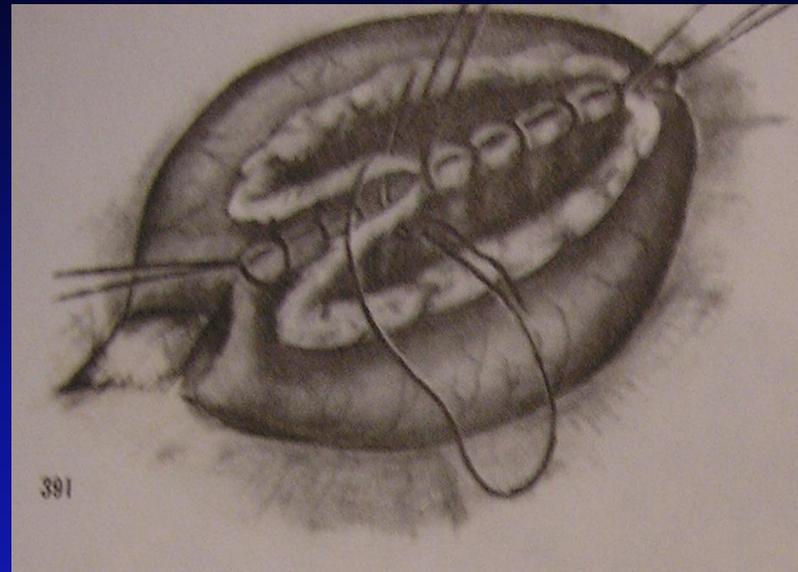
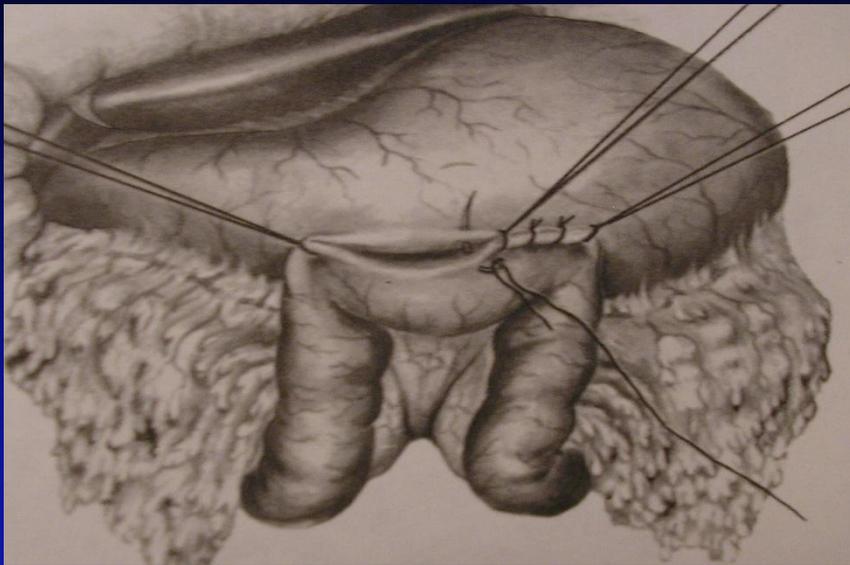
376. Пилоропластика по Финнею. Второй ряд швов.

Гастродуоденостомия по Жабуле

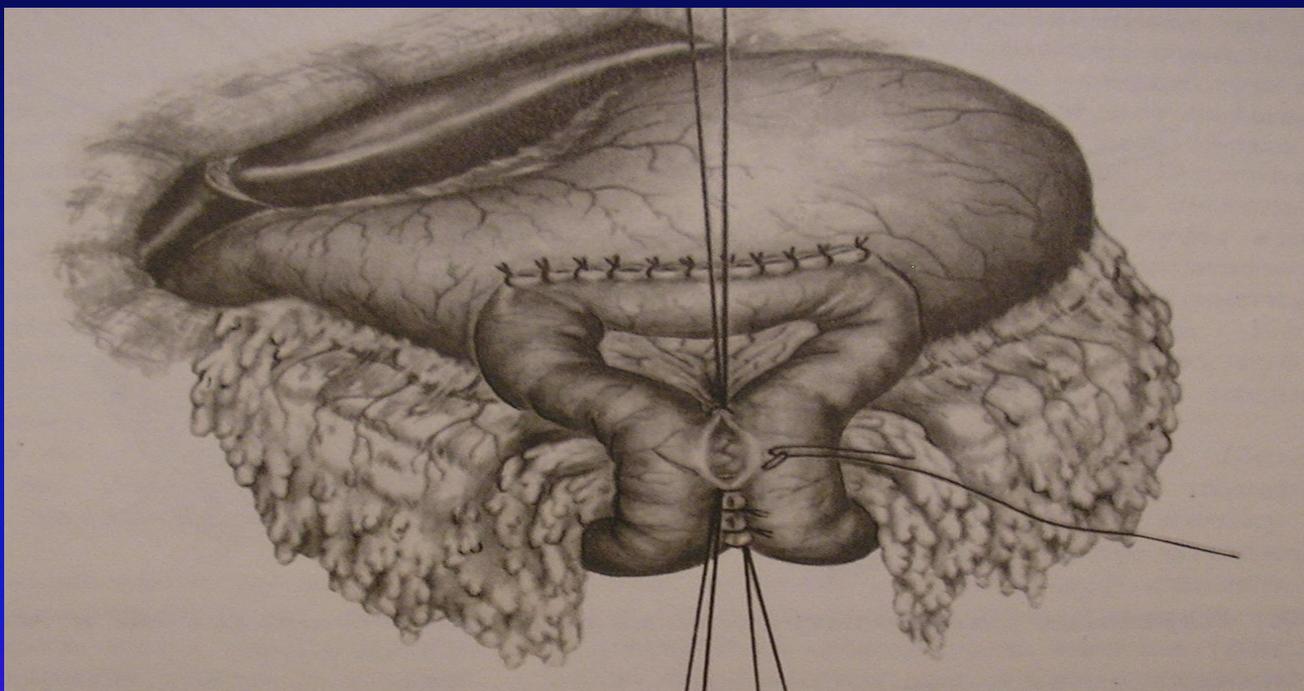


кафедра факультетской
хирургии МИ ЯГУ

Передняя гастроэнтеростомия



Передняя гастроэнтеростомия



- Формирование Брауновского энтероэнтероанастомоза

Хирургическая тактика

Послеоперационный период

- Ведение больных после операций с ваготомией, выполненных по поводу стеноза, имеет свои особенности; в первую очередь это связано с необходимостью создания условий для профилактики нарушений желудочной эвакуации.