
ЛЕКЦИЯ:

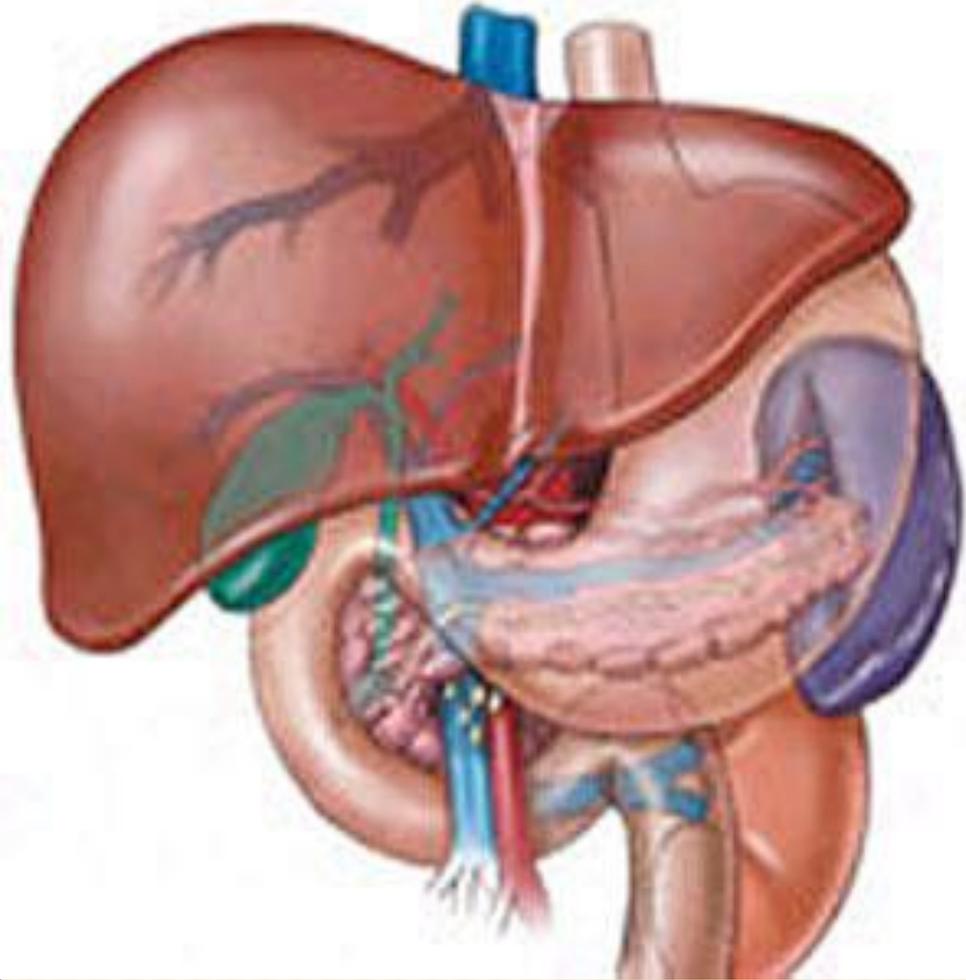
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ**

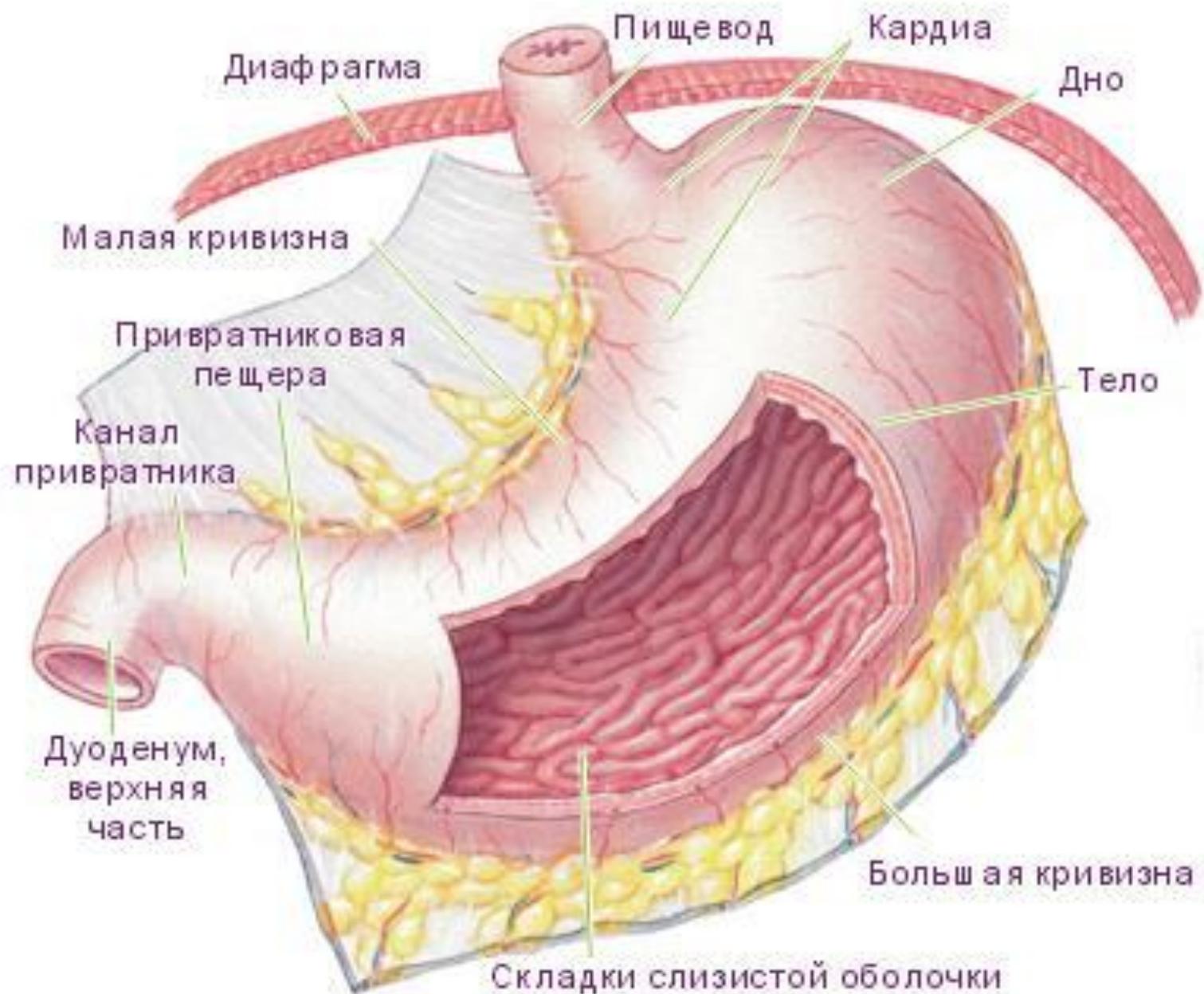
Профессор Р.А. Галкин

АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА

- ЖЕЛУДОК - РАСПОЛОЖЕН В ВЕРХНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВЫШЕ БРЫЖЕЙКИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.

Большая его часть (около $3/4$) располагается влево от срединной линии, в пределах области левого подреберья. Меньшая (около $1/3$) залегает правее срединной линии, в подложечной области.

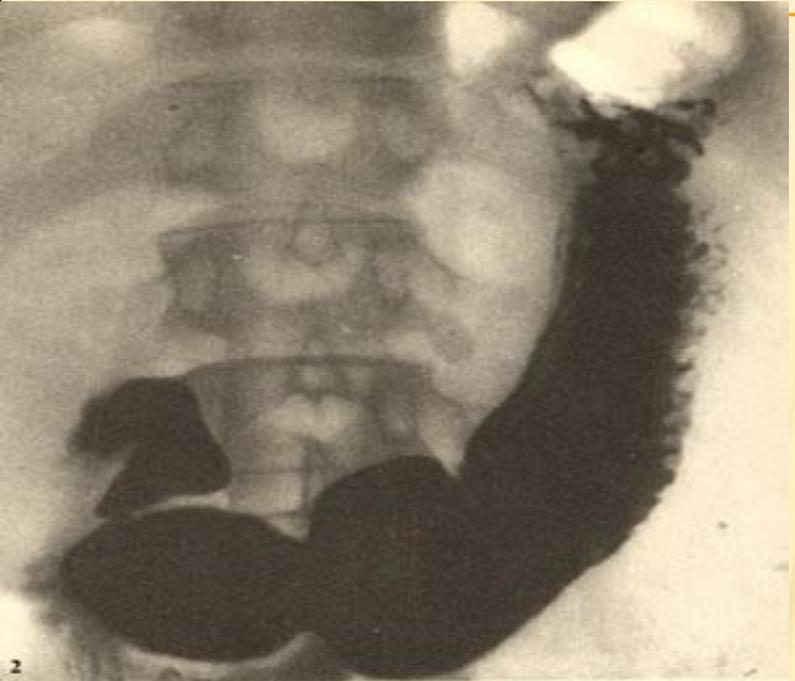




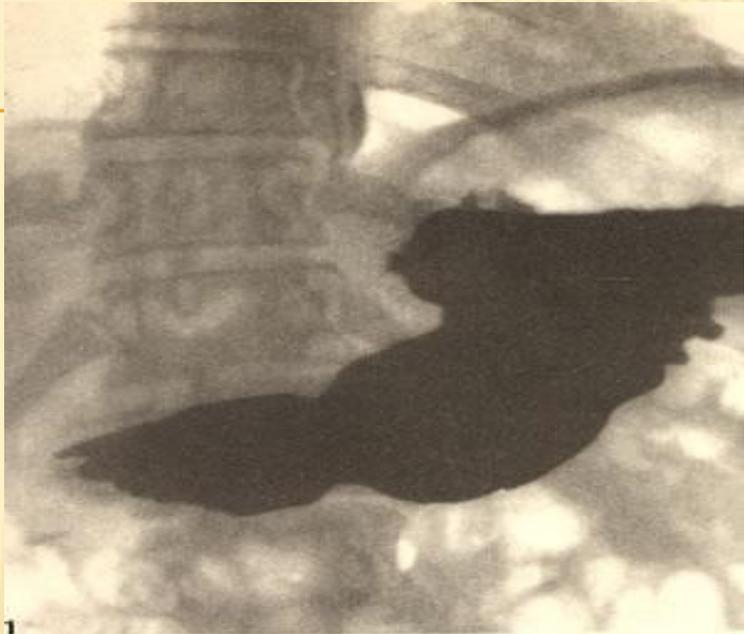
ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА:

- Резервуар для приема пищи.
- Секреторная (выработка желудочного сока и антианемического фактора Касло).
- Экскреторная - способность выделять в просвет желудка токсические вещества.
- Всасывательная - способность всасывать воду, алкоголь и некоторые другие вещества.
- Моторная - эвакуация пищевой кашицы в двенадцатиперстную кишку.
- Барьерная - бактерицидное действие желудочного сока, наличие слизисто-бикарбонатного барьера.

ВАРИАНТЫ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА



Косой



Горизонтальный

Вертикальный



ИННЕРВАЦИЯ ЖЕЛУДКА

- Желудок имеет собственный нервный аппарат (подслизистое и межмышечное нервные сплетения). Двойная вегетативная иннервация осуществляется **парасимпатическими и симпатическими** нервными волокнами.
- ПАРАСИМПАТИЧЕСКУЮ ДВИГАТЕЛЬНУЮ иннервацию осуществляют блуждающие нервы: *передний или левый (переднее желудочное сплетение) и задний или правый (заднее желудочное сплетение).*

ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ

- ▣ **АЦЕТИЛХОЛИН**, выделяющийся из окончаний нервных волокон блуждающих нервов, стимулирует кислую желудочную секрецию, моторику желудка, а также *выработку гастрина в антральном отделе желудка*

СИМПАТИЧЕСКАЯ ИННЕРВАЦИЯ

- ▣ **СИМПАТИЧЕСКУЮ ИННЕРВАЦИЮ (двигательную и чувствительную) осуществляет чревное сплетение, постганглионарные нервные волокна которого (большие чревные нерва), направляются к желудку, формируя желудочные сплетения: верхнее - по ходу левой желудочной артерии, нижнее - по ходу артерии желудка двенадцатиперстной кишки. По симпатическим афферентным волокнам распространяются висцеральные боли.**

❑ **НОРАДРЕНАЛИН,**
секретирующийся из
окончаний симпатических
эфферентных волокон,
**угнетает моторику
желудка.**

КРОВОЛИМФООБРАЩЕНИЕ

правая и левая желудочные артерии, правая и левая желудочно-сальниковые артерии, короткие сосуды желудка отходят либо от селезочной, либо от левой желудочно-сальниковой артерии и снабжают кровью дно желудка, проходят в желудочно-селезеночной связки.

□ Левая желудочная вена широко

***АНАСТОМОЗИРУЕТ* с**

***нижним пищеводным
венозным сплетением.***

***Этим путем кровь через
непарную вену
сбрасывается в систему
нижней полой вены.***

Язва желудка

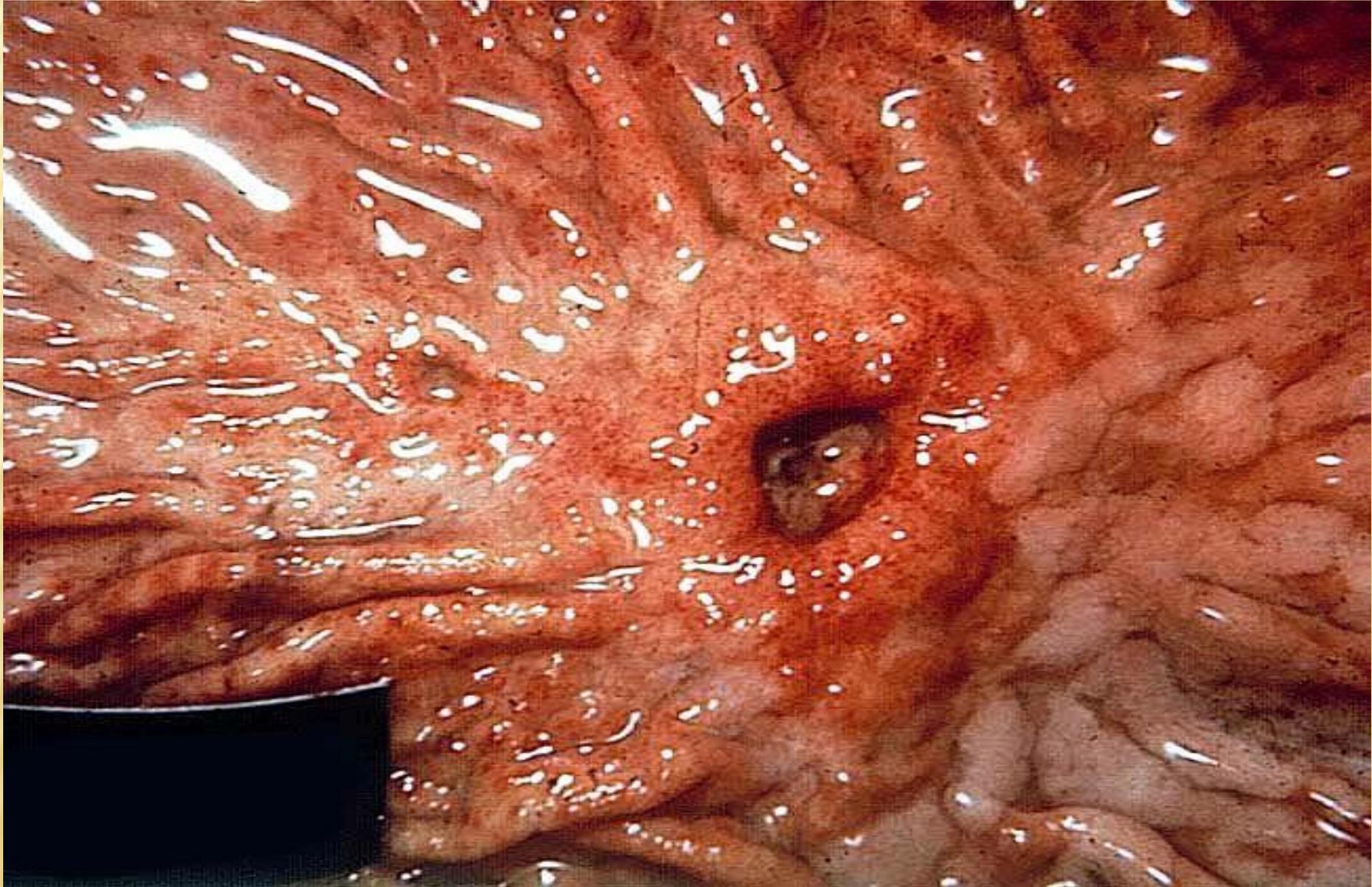
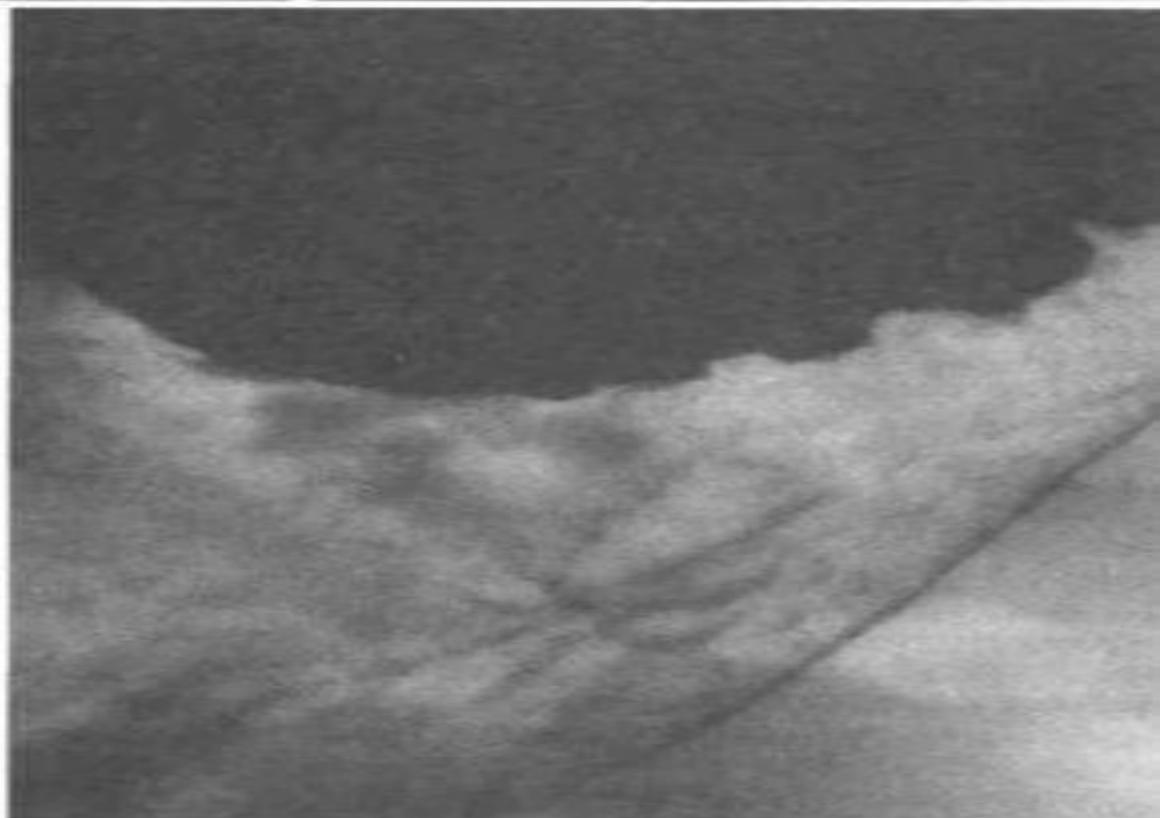




Рис 49 Рубцевание язв желудка

а — две крупные язвы на малой кривизне тела желудка
 б — через 3 года рубцовое поле в стенке желудка на месте бывших язв

Рис 50 Прицельная рентгенограмма желудка при двойном контрастировании. Маленькая рубцующаяся язва с конвергенцией к ней складок слизистой оболочки



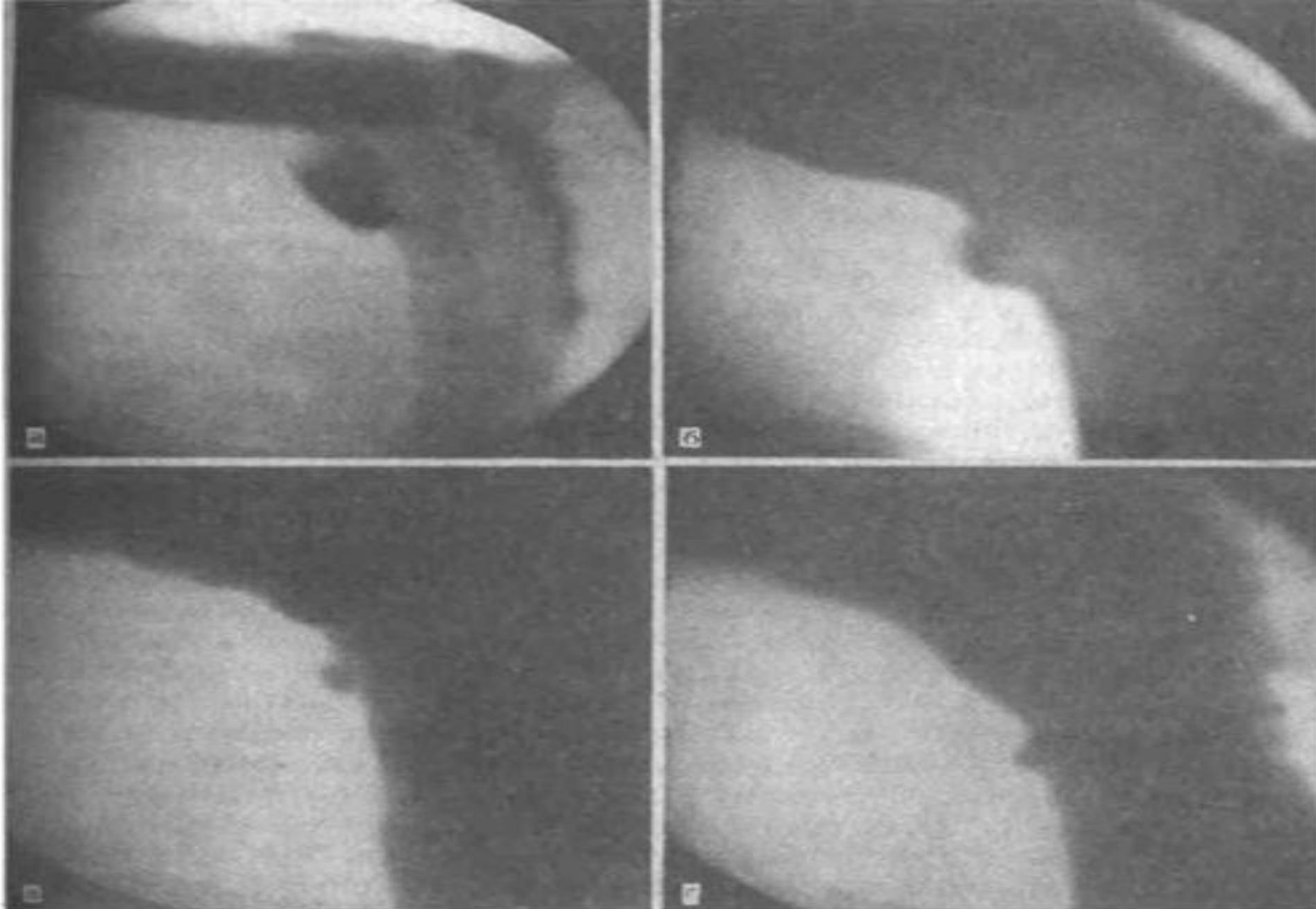


Рис 51 Серия прицельных снимков, выполненных в течение 8 нед (а—г)
Уменьшение язвы желудка под влиянием консервативного лечения



Рис 54 Крупная язва желудка, пенетрирующая в малый сальник. Видно скопление воздуха над контрастной массой в язве.



ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

□ АБСОЛЮТНЫЕ:

- а) **неотложные** - перфорация, профузные кровотечения.
- б) **плановые** - малигнизация, стенозы.

□ Условно АБСОЛЮТНЫЕ:

- 1. Большие каллезные язвы с подозрением на малигнизацию.
- 2. Пенетрация язвы.
- 3. Рецидивирующее кровотечение.
- 4. Множественные язвы.
- 5. Рецидив язвы.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

- **Неэффективность комплексной консервативной терапии с частыми рецидивами и краткосрочными ремиссиями при длительности заболевания язвой желудка до 1 года, язвой двенадцатиперстной кишки - 3-5 лет**

РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ

- ▣ **УСТРАНЕНИЕ АГРЕССИВНОГО КИСЛОТНО-ПЕПТИЧЕСКОГО ФАКТОРА (РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА, ВАГОТОМИИ);**
- ▣ **- УДАЛЕНИЕ ЯЗВЫ ИЛИ ВЫВЕДЕНИЕ ЕЕ ЗА ПРЕДЕЛЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЭКСТРАДУОДЕНИЗАЦИЯ);**
- ▣ **- ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАССАЖА ПИЩИ ИЗ ЖЕЛУДКА В КИШЕЧНИК (КОРРЕКЦИЯ ДУОДЕНОСТАЗА).**

ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ

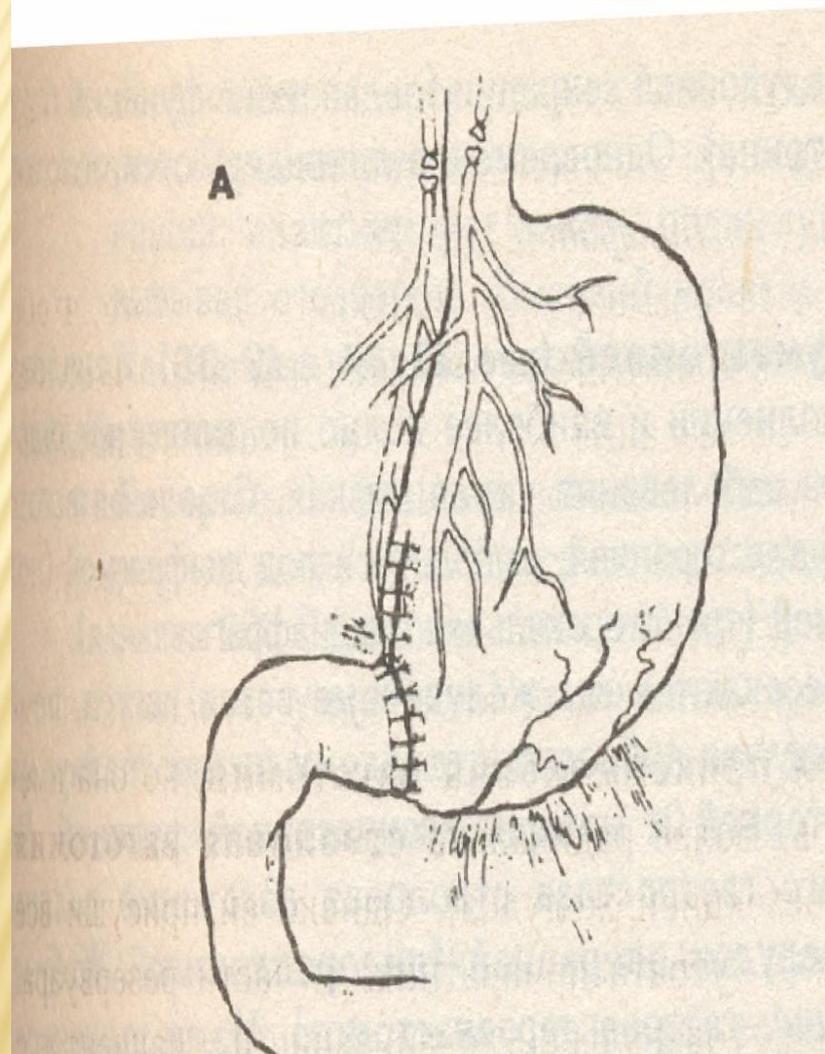
УСТРАНЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ –

СТЕНОЗА

ПЕРФОРАЦИИ

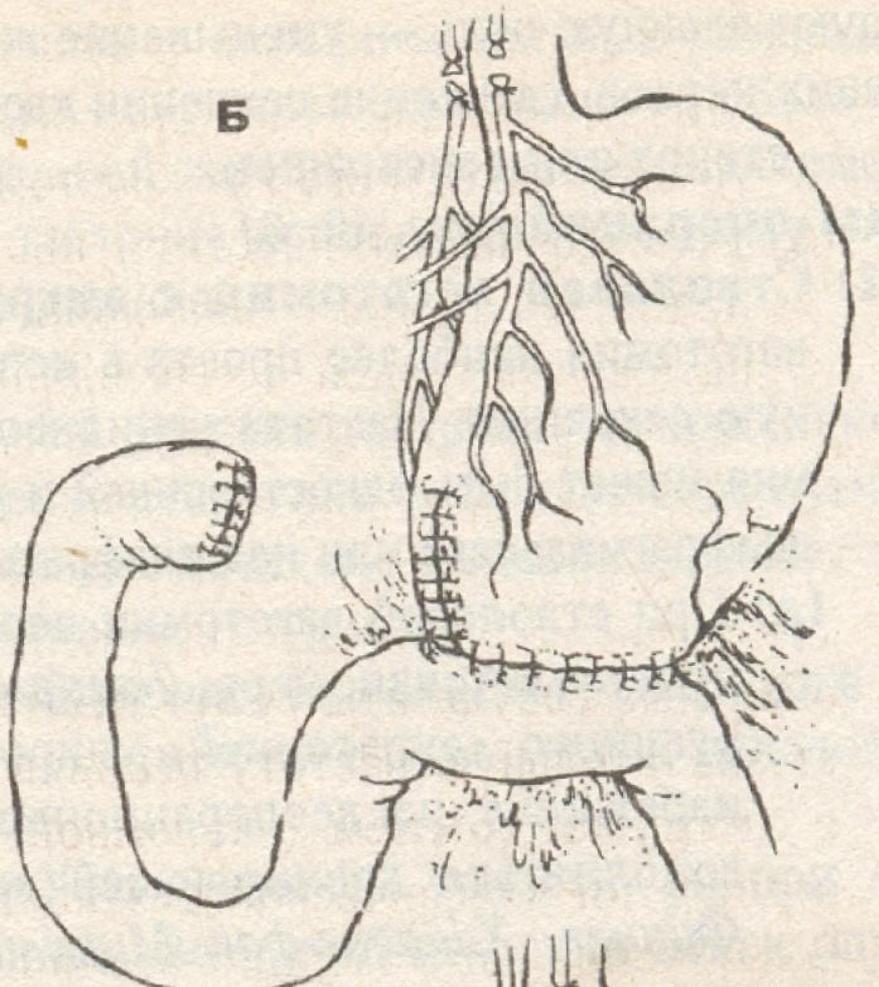
КРОВОТЕЧЕНИЯ

ОПЕРАЦИИ



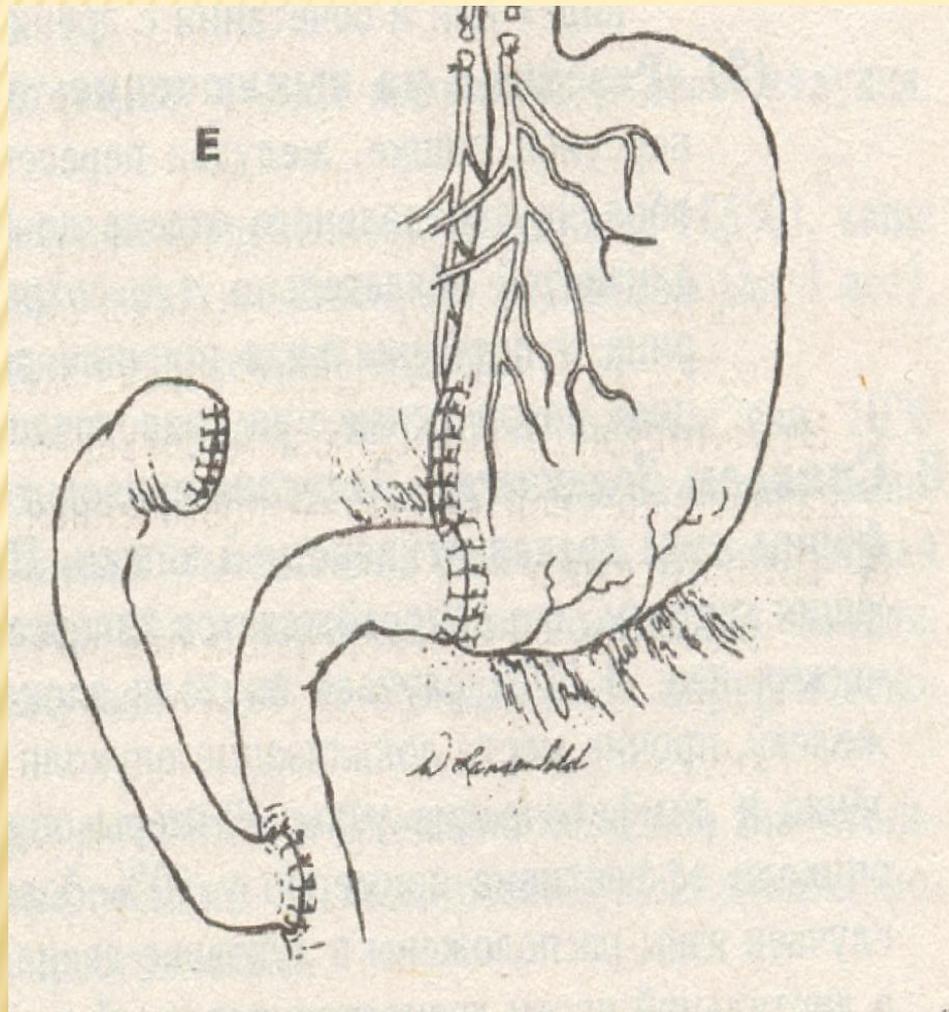
- 1. а) РЕЗЕКЦИЯ *не менее 2/3 желудка (50-60% по рекомендациям зарубежных хирургов) вместе с язвой: при наличии технических возможностей непрерывность ЖКТ восстанавливается анастомозом по БИЛЬРОТ -I.*

ОПЕРАЦИЯ БИЛЬРОТ - II



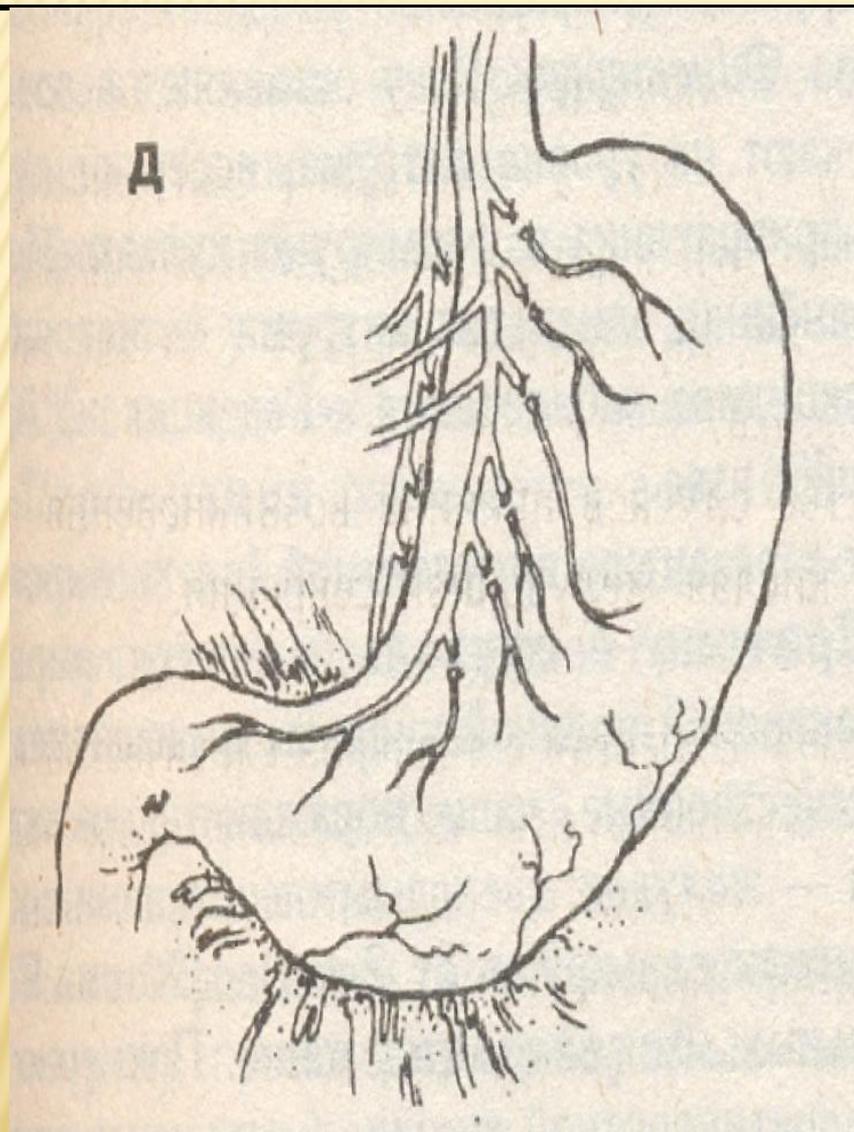
б) при невозможности наложить прямой желудочnodвенадцати - перстнокишечный анастомоз без натяжения тканей выполняется резекция желудка с анастомозом по Бильрот — II.

У-ОБРАЗНЫЙ АНАСТОМОЗ по Ру



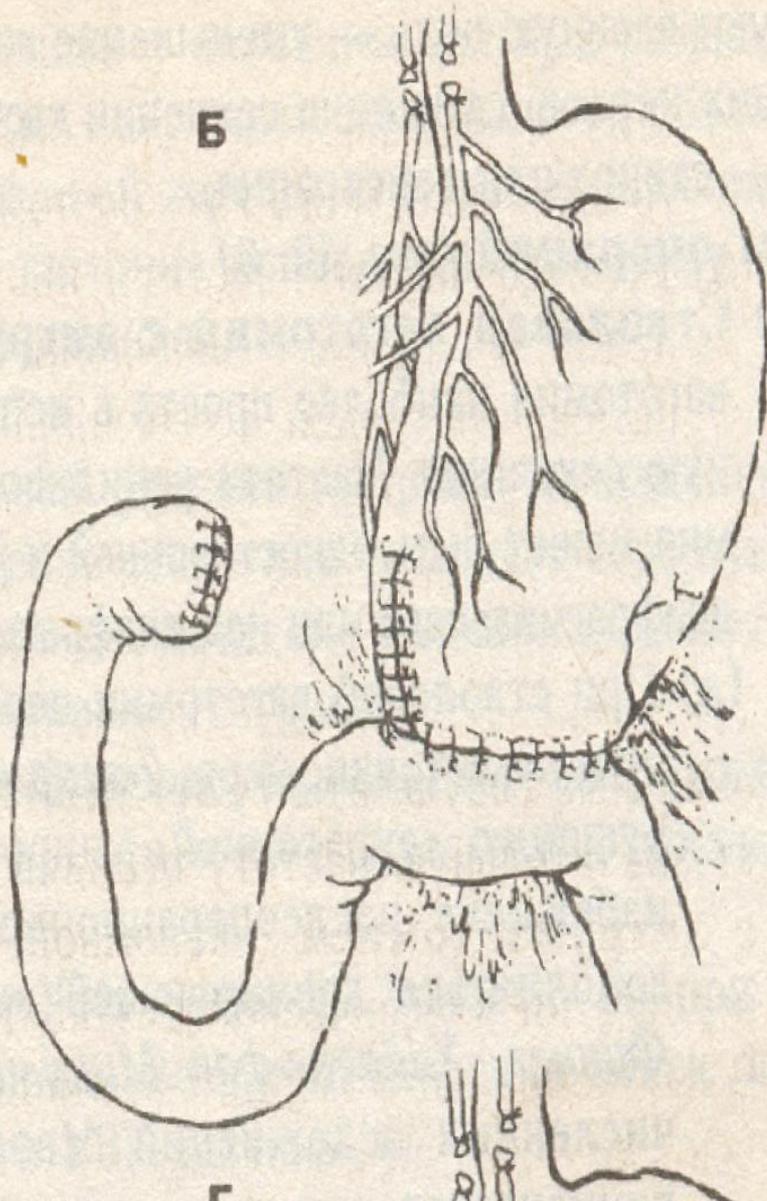
□ в) при наличии сопутствующего дуоденостаза наилучшие отдаленные результаты дает наложение У-образного анастомоза по Ру.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ



ИЗ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ операций широко применялась и давала лучшие результаты **ПРОКСИМАЛЬНАЯ ВАГОТОМИЯ** и **СЕЛЕКТИВНАЯ ВАГОТОМИЯ**, но она имела значительную частоту рецидивов.

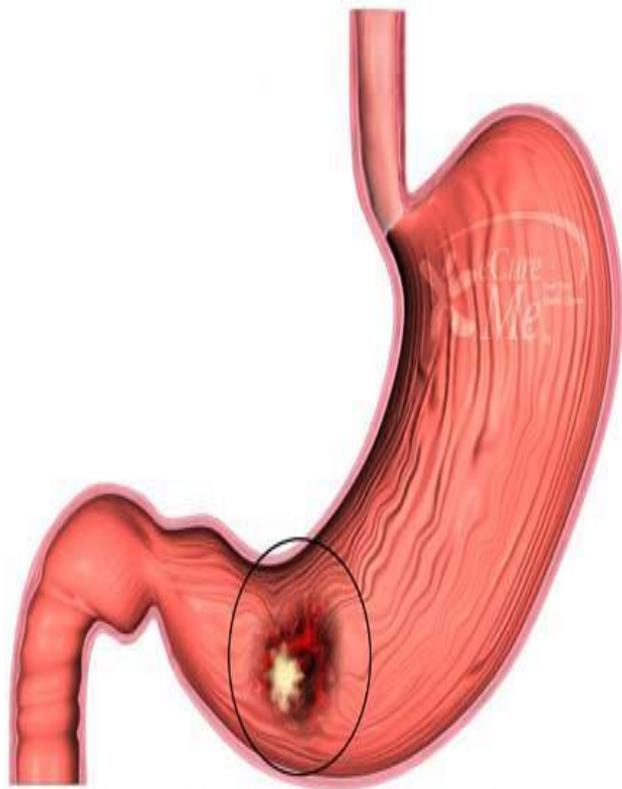
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ



Более радикальна
**СТВОЛОВАЯ
ВАГОТОМИЯ С
АНТРУМЭКТОМИЕЙ**
*(экономной резекцией
желудка). Однако ей
присущи все
недостатки
классической резекции -
утрата привратника и
части резервуара.*

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА Ж-КА И 12 П.К.

- Де Каверн «... едва ли можно найти какое - либо острое заболевание живота, которое не смешивали бы с прободной язвой желудка. Иногда не представляется возможным решить в какой полости разыгрывается процесс в грудной, брюшной или в забрюшинном пространстве».



СИМПТОМАТИКА ПЕРИОДА ШОКА

- «кинжальная боль»
- френикус симптом
- бледность, цианоз
- липкий пот
- поверхностное дыхание (преобладает грудной тип дыхания)
- рвота у 1/3 больных
- живот мало или не участвует в акте дыхания
- живот втянут, доскообразный
- в поперечном направлении прямых мышц живота можно четко заметить втянутые бороздки (симптом Дзобановского-Чугуева)

СИМПТОМАТИКА ПЕРИОДА ШОКА

положительный — симптом Щеткина — Блюмберга

у мужчин возможно подтягивание яичек к наружным паховым отверстиям (симптом Бернштейна, 1947)

при пальцевом исследовании прямой кишки появляется боль при надавливании на переднюю ее стенку (область дугласова пространства - симптом Куленкампа)

пульс замедленный или учащен (раздражение окончаний блуждающего нерва)

Продолжение

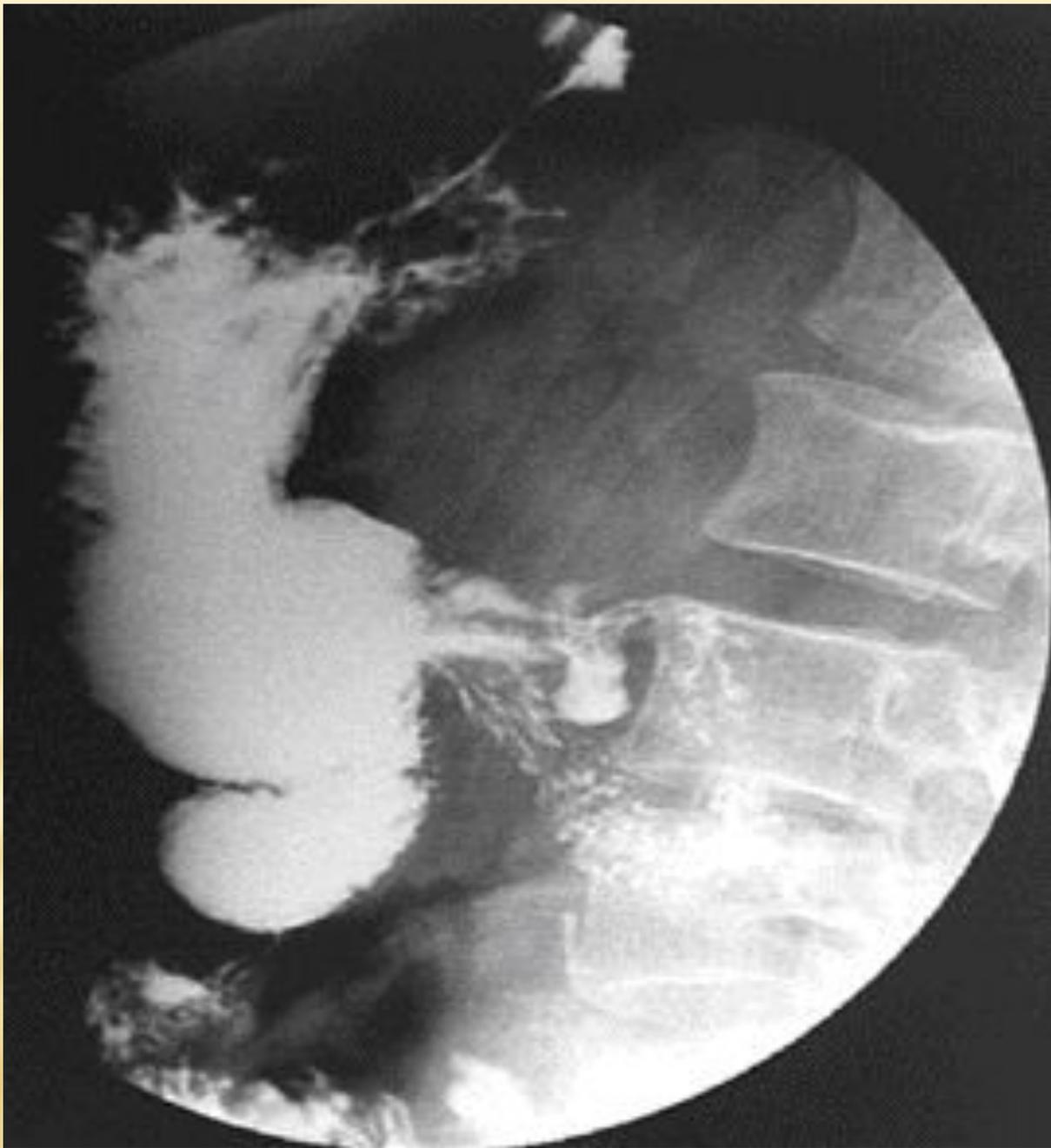
**исчезновение при перкуссии
печеночной тупости (симптом П.К.
Спигарного)**

**при рентгеноскопии - серповидная
полоска газа над куполом
диафрагмы**

**температура тела нормальная или
субфебрильная**

**количество лейкоцитов может быть
нормальное или немного
повышенное (7000 - 9000)**

**при УЗИ - наличие жидкости в
брюшной полости.**



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- При инфаркте миокарда рефлекторно развивается состояние шока (уменьшается количество циркулирующей крови, понижается использование тканями кислорода).

При осмотре: лицо искажено (ужас), бледность, цианоз, потливость, учащенное нарушение дыхания, пульс частый, слабый, возможно нарушение ритма, падает систолическое давление, малейшее движение усиливает боль, но нет такого напряжения мышц брюшной стенки, сохраняется перистальтика кишечника, нет болезненности при обследовании дугласова пространства, может помочь в уточнении диагноза ЭКГ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

□ У некоторых больных при воспалении реберной, легочной и, особенно диафрагмальной плевре, возникают отчетливые признаки раздражения брюшины, которые всецело фиксируют внимание врача.

Отличительные моменты:

больные с диафрагмальным плевритом легко изменяют положение тела, активно поворачиваются с боку на бок, болезненность при пальпации живота оказывается поверхностной при глубокой в форме гиперстезии кожи (Джанелидзе), пальпации боли мало усиливаются, часто выявляются одышка и заметное учащение пульса и дыхания (16-18 дыханий в 1 мин при пульсе 70-72, т.е, 1:4), при заболевании органов выше диафрагмы 1:3 или 1:2. **При пневмониях и диафрагмальных плевритах напряжение и болезненность передней брюшной стенки исчезают или заметно уменьшаются при обследовании больного в СИДЯЧЕМ положении.**

ПЕРИОД «МНИМОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ»

- ярко выраженные симптомы сглаживаются,**
- самочувствие больного улучшается,**
- исчезают или становятся мягче боли в животе,**
- при пальпации живот менее напряжен,**
- развивается метеоризм на фоне пареза кишок,**

нарастают признаки перитонита (учащение пульса, повышение температуры тела, рост числа лейкоцитов), появляются признаки интоксикации (тошнота, рвота, сухой язык), у некоторых больных развивается эйфория, пальпация выявляет гиперестезию КОЖИ ЖИВОТА.

Простое прикосновение к животу вызывает резкую болезненность, а при глубокой пальпации определяется не только болезненность, но и напряжение мышц брюшной стенки.

ПЕРИОД «МНИМОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ»

- **положительный симптом Щеткина - Блюмберга,**
- **при перкуссии удается установить наличие жидкости и газа в свободной брюшной полости,**
- **при перкуссии определяется в области печени тимпанит,**
- **болезненность, возникшая при непосредственном ощупывании брюшины через прямую кишку, области пупка или пахового канала, служит серьезным предупреждением об опасности и верным сигналом необходимости операции.**
- **наличие свободного газа в брюшной полости при рентгенологическом исследовании придает уверенность в постановке диагноза, особенно в сомнительных случаях и затруднениях в дифференциальной диагностике.**

ПЕРИОД ПЕРИТОНИТА

- Период перитонита характеризуется клиникой разлитого перитонита. Местные и общие изменения свидетельствуют о тяжести процесса.**
- Исследование мочи, морфологические и биохимические изменения в крови свидетельствуют о тяжелой интоксикации организма. Прогноз на выздоровление в этой стадии заболевания всегда сомнителен.**

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПЕРФОРАЦИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12 - ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- При снижении реактивности организма у ослабленных больных в старческом возрасте заболевание протекает без выраженной общей и местной реакции.**
- Несмотря на перфорацию язвы в свободную брюшную полость напряжение, болезненность при пальпации живота и симптом Щеткина-Блюмберга, выражены слабо. В дальнейшем происходит нарастание явлений перитонита с развитием пареза кишечника и сердечно-сосудистой недостаточности.**

ПРИКРЫТЫЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ

Имеются большие трудности в диагностике так называемых прикрытых перфоративных язв желудка.

Перфоративная язва желудка и 12 п. к. может «прикрываться» сальником, петлей кишки, печенью и поджелудочной железой. При благоприятном течении отмечается постепенное улучшение состояния больного и уменьшение интенсивности болей. «Самоизлечение» прикрытой язвы не является надежным.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ К ОПЕРАЦИИ

- 1/ борьба с шоком**
- 2/ интоксикация**
- 3/ восстановление водно-электролит - ного равновесия**
- 4/ улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем**
- 5/ симптоматическая терапия**
- 6/ опорожнение желудка перед операцией.**

▣ ОБЕЗОБОЛИВАНИЕ :

- ▣ Эндотрахеальный наркоз с миорекляк – сантами.

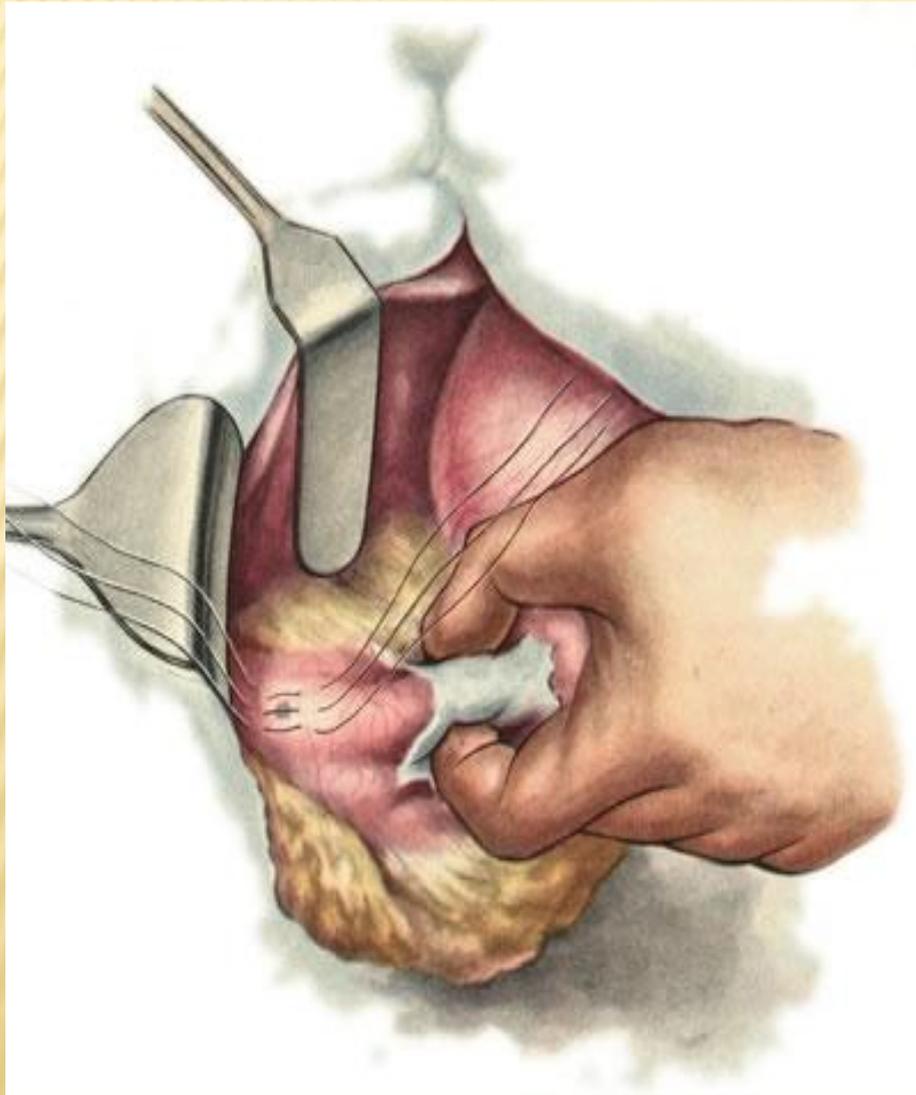
▣ ДОСТУП:

- ▣ **Верхняя срединная лапаротомия.**

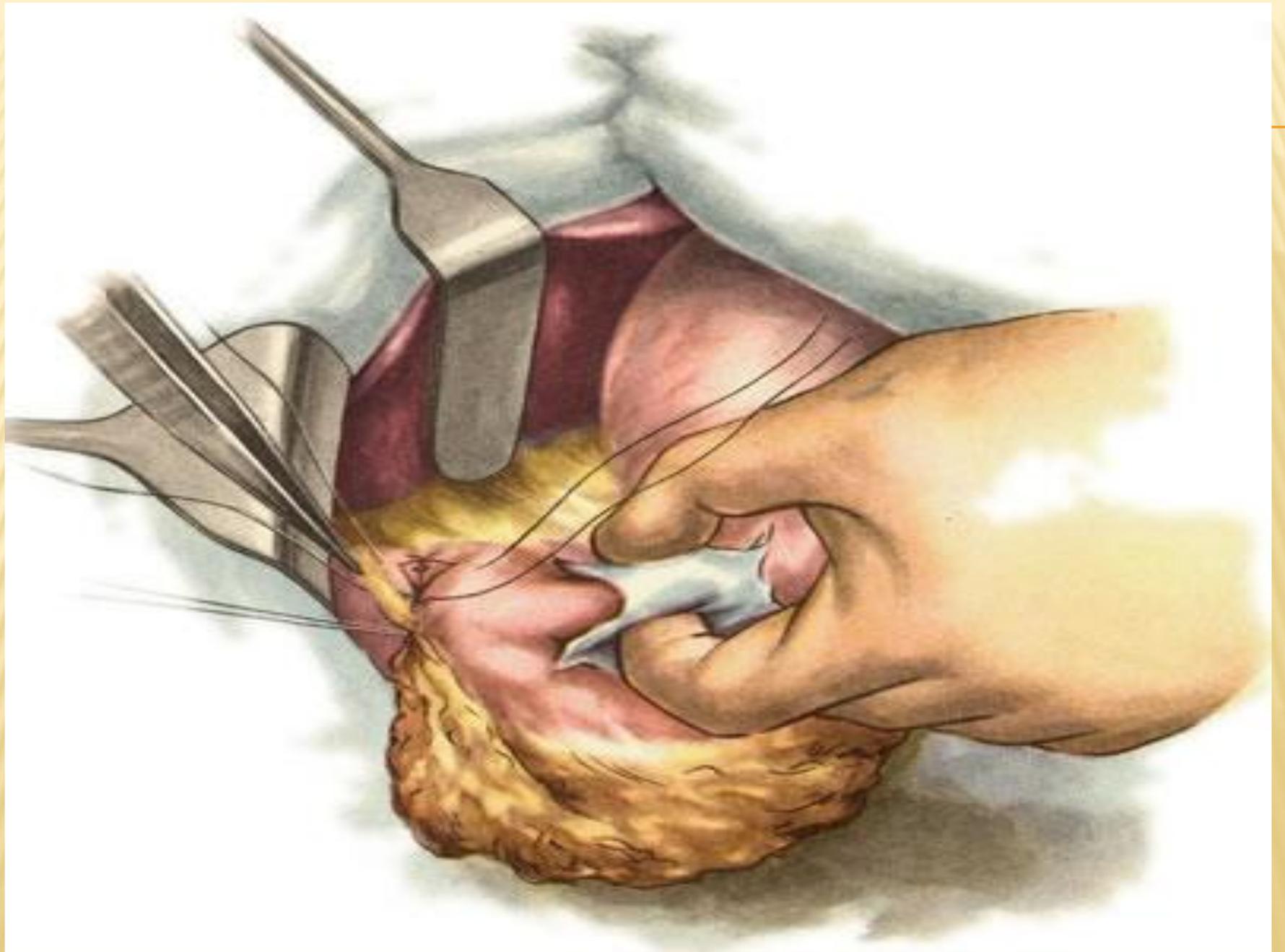
▣ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ:

- ▣ **Удалить жидкость, осмотреть желудок и 12 п.к. (множественные язвы), предупредить затекание содержимого желудка - введение салфеток.**

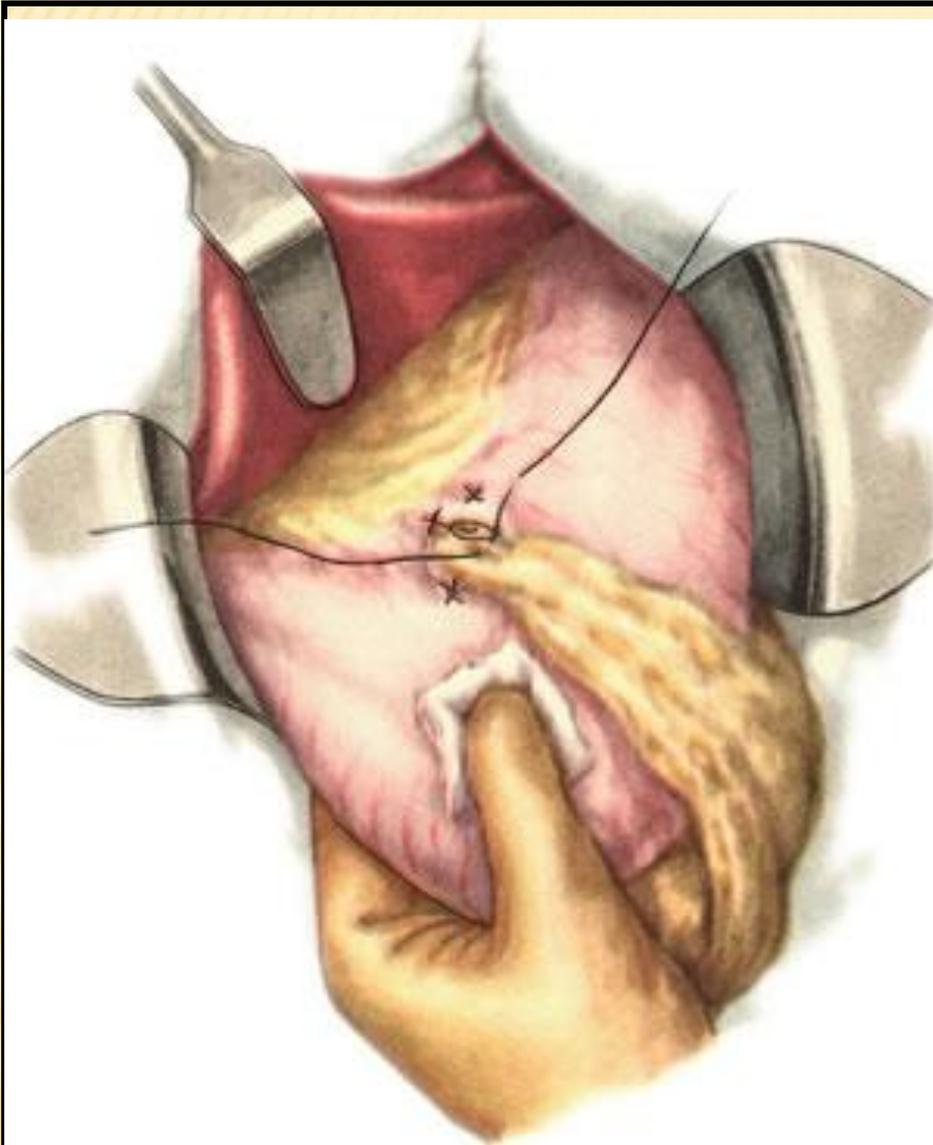
ХАРАКТЕР ОПЕРАЦИИ



**1/ УШИВАНИЕ
ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ**
(серозно-мышечные
и серозные швы по
ходу продольной оси
органа, т.е.
поперечно к этой
оси),



ХАРАКТЕР ОПЕРАЦИИ

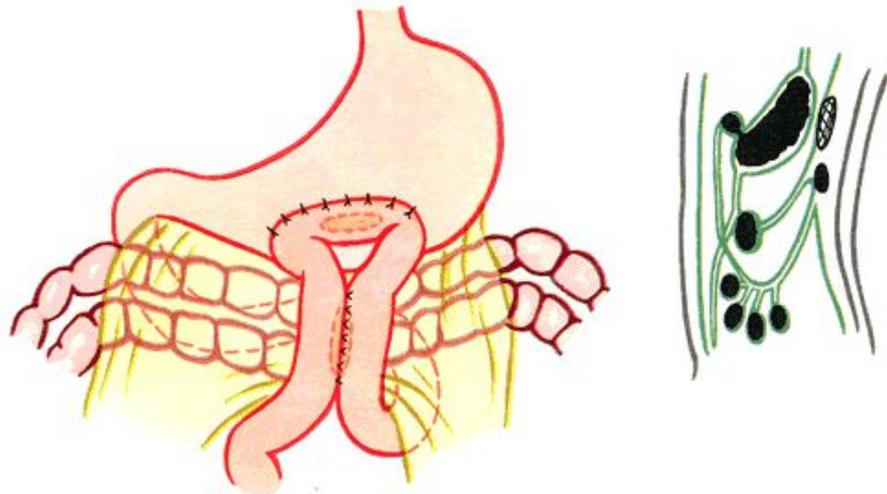


**2/ пластическое
закрытие
прободной язвы
сальником на
ножке по
Оппелю-
Поликарпову**

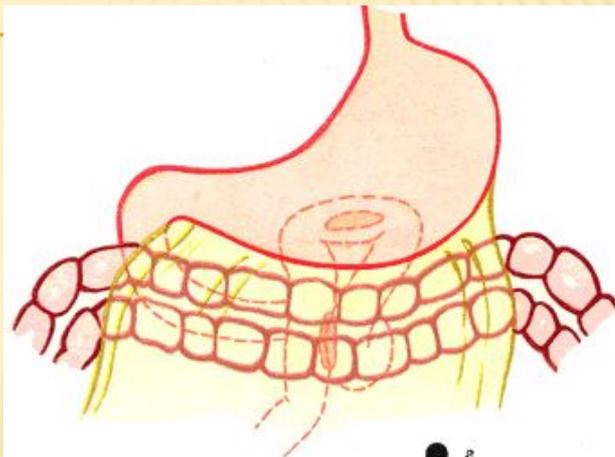
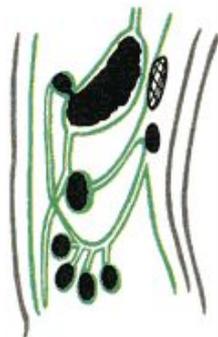
ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

- ▣ **Наличие длительного язвенного анамнеза, сроки перфорации не превышают 6 часов, удовлетворительное состояние больного при отсутствии сопутствующих заболеваний, отсутствие в брюшной полости гнойного экссудата, возраст больных от 25 до 50 лет, наличие подготовленных хирургов и соответствующей обстановки.**

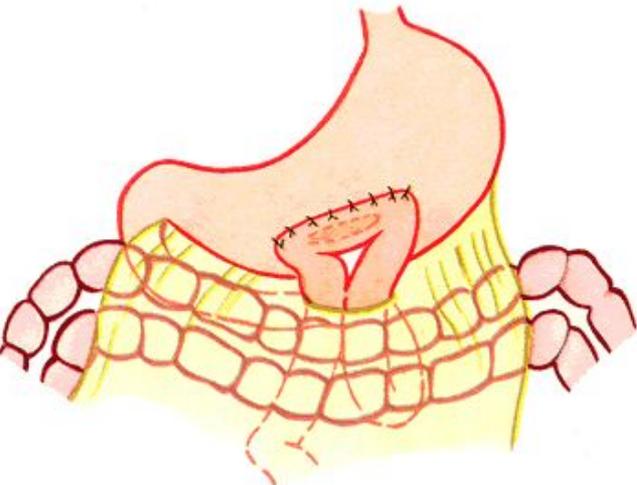
4/ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ



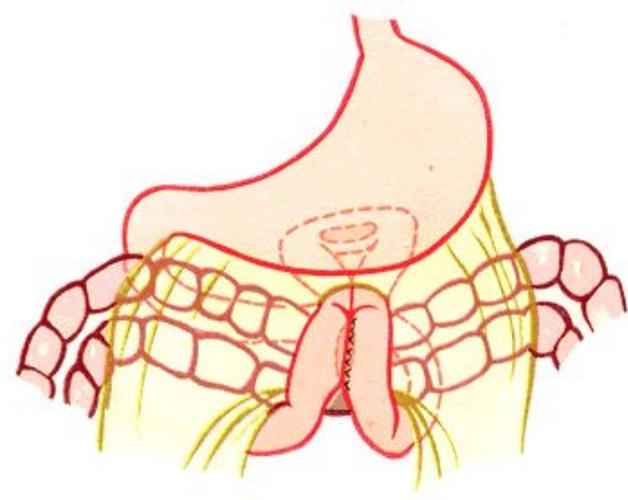
a



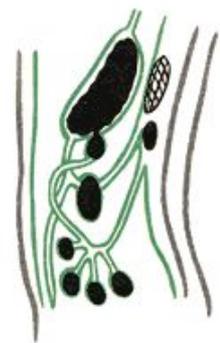
2



3



6



5/ИССЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПИЛОРОПЛАСТИКОЙ И ВАГОТОМИЕЙ.

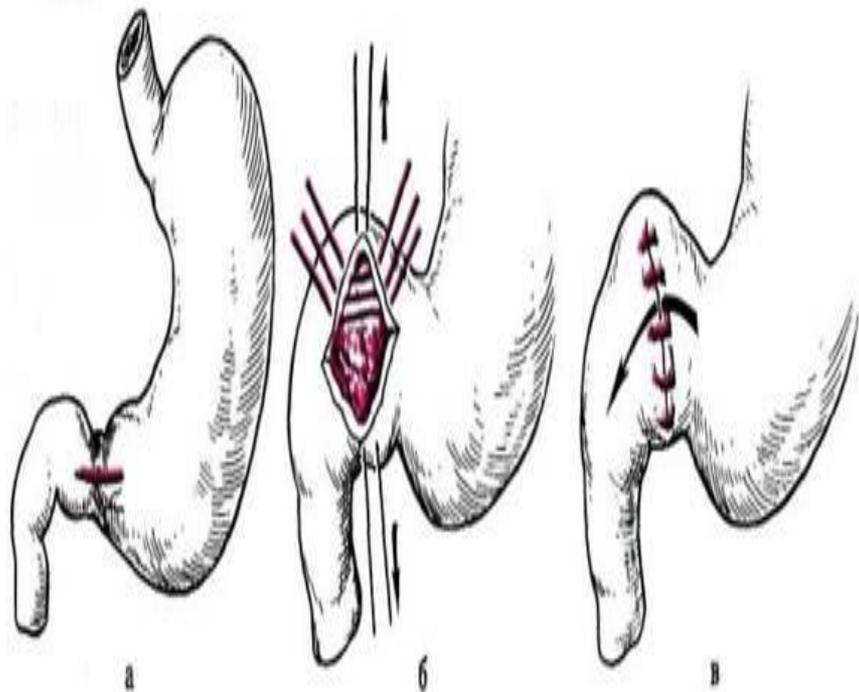


Рис. 11.14. Пилоропластика по Гейнике-Микуличу.

а — рассечение стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в продольном направлении; б — сшивание краев разреза в поперечном направлении; в — сформированное соустье.

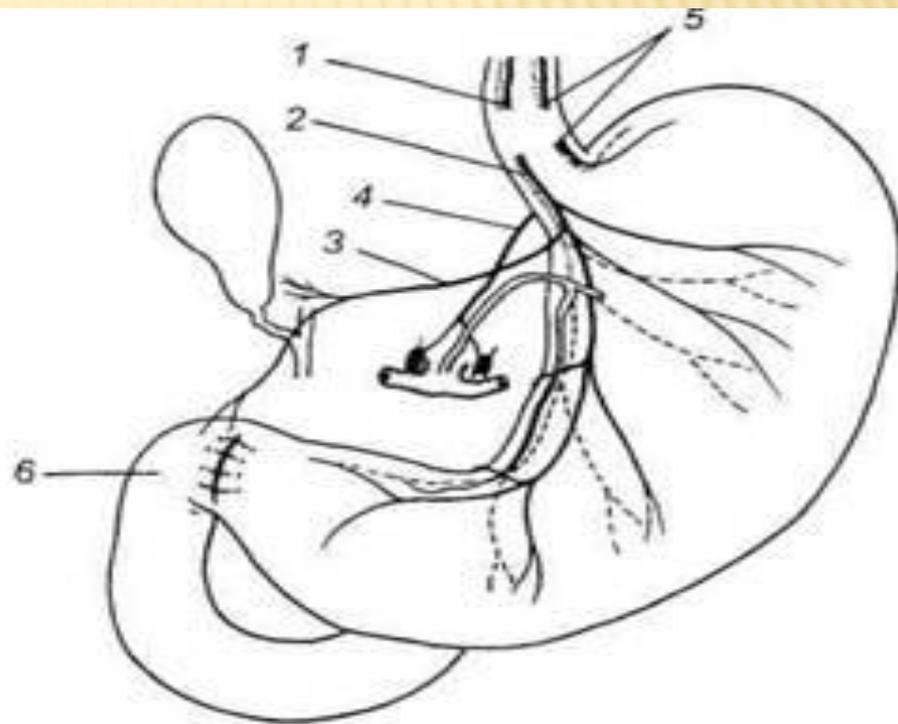


Рис. 11.17. Стволовая ваготомия (объяснение в тексте).

1 — передний ствол (левый); 2 — задний ствол (правый); 3 — печеночная ветвь переднего (левого) ствола; 4 — чревная ветвь заднего (правого) ствола; 5 — добавочная ветвь заднего (правого) ствола; 6 — пилоропластика.

ВЛИЯНИЕ ВАГОТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ДРЕНИРУЮЩИМИ ЖЕЛУДОК ОПЕРАЦИЯМИ НА КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА

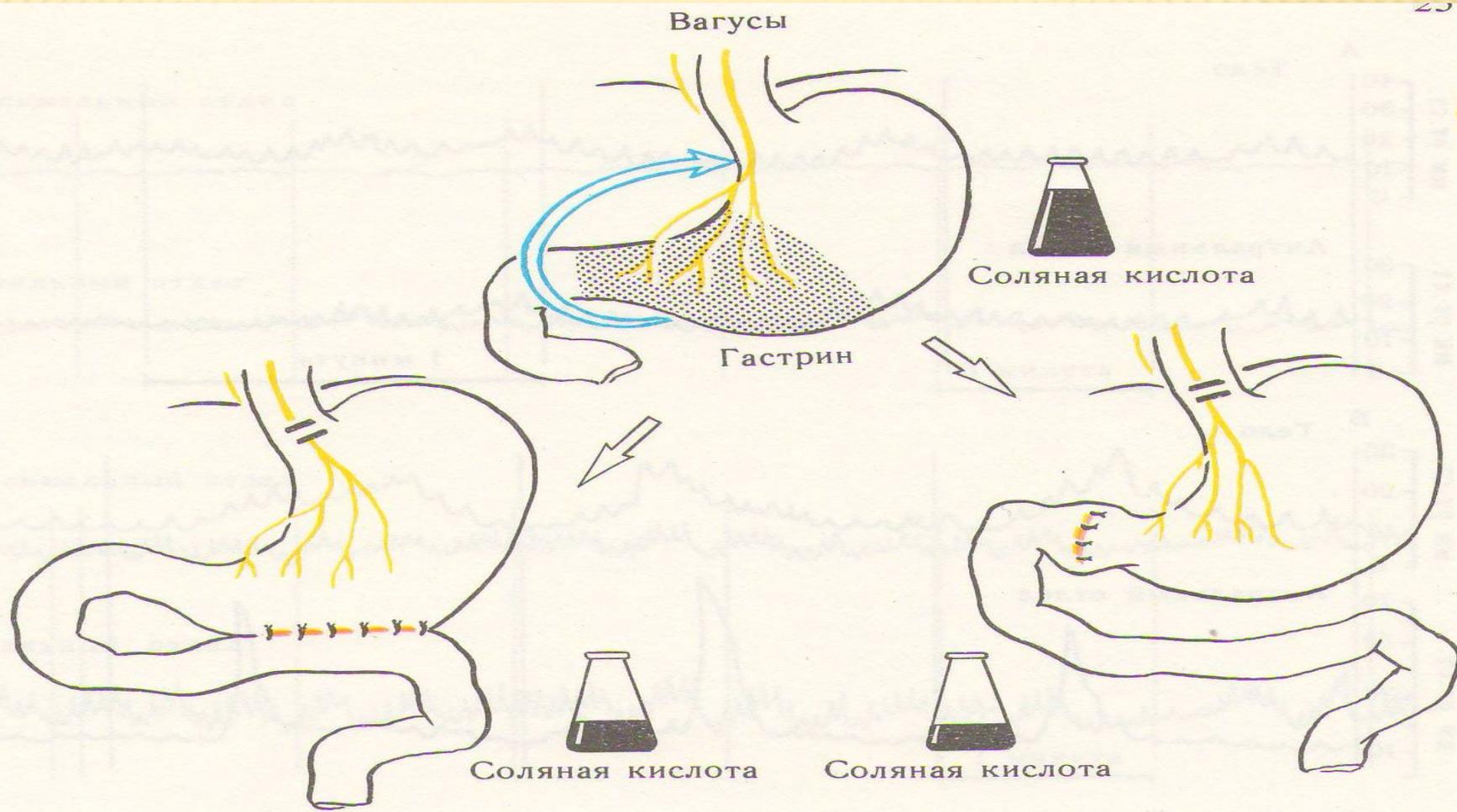


Рис. 3. Влияние ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями на кислотопродуцирующую функцию желудка.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД:

- 1/ дренирование желудка,
- 2/ профилактика и лечение перитонита,
- 3/ дезинтоксикация,
- 4/ профилактика легочных осложнений,
- 5/ коррекция водно-электролитных нарушений,
- 6/ режим питания,
- 7/ вставать на 3-4 день (индивидуально!),
- 8/ швы снимают на 8-10 день,
- 9/ после выписки работающее население в санаторий.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- ПЕРИТОНИТ,**
- КРОВОТЕЧЕНИЕ, ЭВЕНТЕРАЦИЯ ОРГАНОВ,**
- НАГНОЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ,**
- ОСТРОЕ РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛУДКА,**
- ОСЛОЖНЕНИЕ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА.**

Классификация кровотечений язвенного происхождения

1. По этиологическим признакам:

1) **Язвенные** кровотечения при:

- а) хронических каллезных и пенетрирующих язвах,
- б) пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов,
- в) острых язвах; в результате токсического или лекарственного воздействия на слизистую оболочку желудка или кишки, стрессовых (ожоговый, травматический, кардиогенный психический шок), при системных заболеваниях (атеросклероз, гипертоническая болезнь, лейкоз, цирроз печени, уремия), эндокринных язвах (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз).



Диагностическая программа

- 1) установить факт кровотечения;**
- 2) выявить характер и локализацию источника кровотечения;**
- 3) выяснить, продолжается кровотечение или оно остановилось;**
- 4) в случае остановившегося кровотечения оценить степень устойчивости гемостаза;**
- 5) определить величину кровопотери;**
- 6) оценить тяжесть сопутствующих заболеваний.**

1. Жалобы:

а/ жалобы, указывающие на сам факт кровотечения (рвота типа «кофейной гущи», рвота кровью, мелена);

б/ жалобы, отражающие состояние гиповолемии (слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение).

2. Анамнез:

Выявляют данные за наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, цирроз печени), на предшествующую многократную рвоту, на желудочный дискомфорт, прием ульцерогенных препаратов, склонность к кровотечениям.

3. Объективные данные (выраженность объективных данных зависит от степени кровопотери):

а/ отмечается степень реакции на внешние раздражители (больной активен, апатичен, прекоматозное состояние);

б/ обращают внимание на бледность и мраморность кожных покровов;

в/ измеряют артериальное давление и частоту пульса.

4. Лабораторные данные:

а/ выявляется снижение количества

эритроцитов, гемоглобина, гематокрита;

б/ проводятся анализы крови, отражающие состояние свертывающей системы

(протромбин, фибриноген, тромбоциты, скорость свертывания и ретракции сгустка, кальций крови);

в/ биохимические анализы крови, на

основании которых определяют степень

декомпенсации функции паренхиматозных

органов (билирубин, общий белок, мочевины,

креатинин, глюкоза)

5. Зондирование желудка

Зондирование желудка позволяет установить сам факт наличия крови (кофейной гущи) в желудке и ее количество. При помощи зондирования можно косвенно судить об источнике кровотечения и о том, продолжается кровотечение или нет. Возможно провести предварительные лечебные мероприятия: промывание желудка холодной водой с норадреналином и аминокaproновой кислотой. Зондирование и промывание желудка является необходимым этапом перед

6. Пальцевое исследование прямой кишки.

Черный цвет каловых масс говорит в пользу желудочно-кишечного кровотечения (необходимо исключить факт приема больным препаратов (викаир) и пищи (свекла, смородина), окрашивающих кал в черный цвет). Жидкая консистенция каловых масс косвенно свидетельствует за массивное кровотечение. Если на перчатке имеется примесь свежей крови, то больше данных за кровотечение из толстой кишки.

**7. ФГДС (ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ
ДИАГНОСТИКИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ):**

- а/ указывает на источник кровотечения;**
- б/ устанавливает, продолжается
кровотечение или нет;**
- в/ если кровотечение остановилось, то
определяет, насколько высок риск
рецидива кровотечения;**
- г/ если кровотечение не остановилось, то
возможно выполнение эндоскопического
гемостаза.**

КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ПО А.И. ГОРБАШКО

Степень тяжести кровотоечения	Эритроциты	Гемоглобин г/л	Гематокрит	Пульс в мин	АД сист. в мм рт. ст.	К-во кровопотери
Легкая	> 3,5 млн	> 100	> 30	< 80	>110	< 750 мл
Средняя	2,5 – 3,5 млн	80 -100	25-30	80-100	100 - 110	< 1500 мл
Тяжелая	< 2,5 млн	< 80	< 25	>100	< 100	> 2000 мл

Для оценки источника кровотечения язвенного происхождения наиболее удобной является классификация J. Forrest (1987):

активное кровотечение:

— F-I-A — струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение из язвы (active bleeding (spouting hemorrhage))

— F-I-B — капельное (венозное) кровотечение из язвы (active bleeding (oozing hemorrhage))

признаки недавнего кровотечения:

— F-II-A — видимый крупный тромбированный сосуд в дне язвы (visible vessel-pigmented protuberance)

— F-II-B — фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток (adherent clot)

— F-II-C — мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен (black base)

состоявшееся кровотечение:

— F-III — отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере (no stigmata)

Тип F I – активное кровотоечение (рис. 1, 2):

I a – пульсирующей струей;

I b – потоком

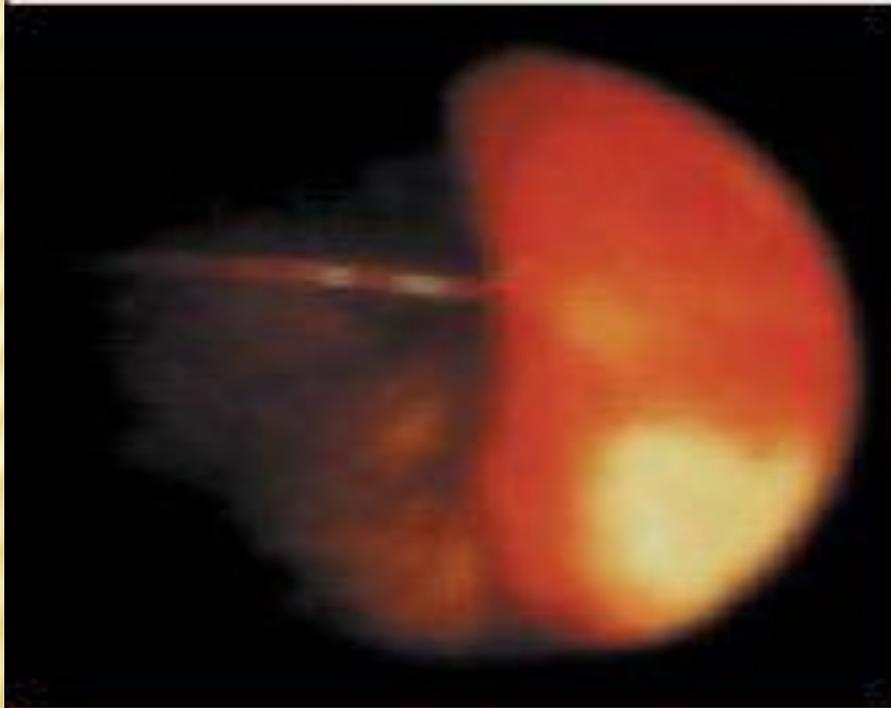


Рис. 1. Артериальное кровотоечение из язвы желудка (тип Forrest I a)

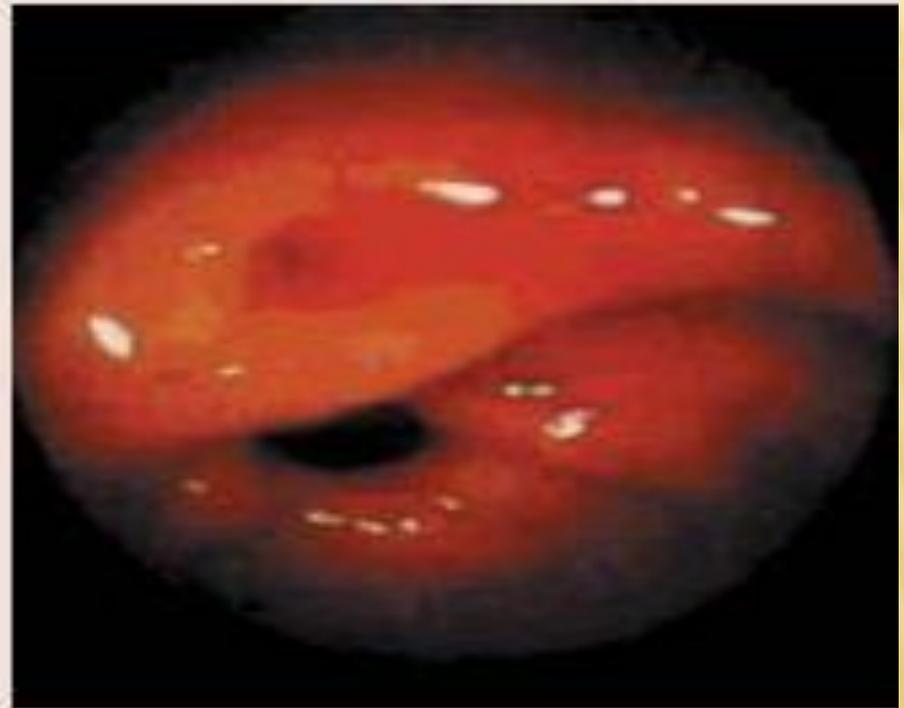


Рис. 2. Кровотоечение из язвы пилорического отдела с медленным выделением крови (тип Forrest I b)



Рис. 3. Тромб
в основании язвы
(тип Forrest II a)

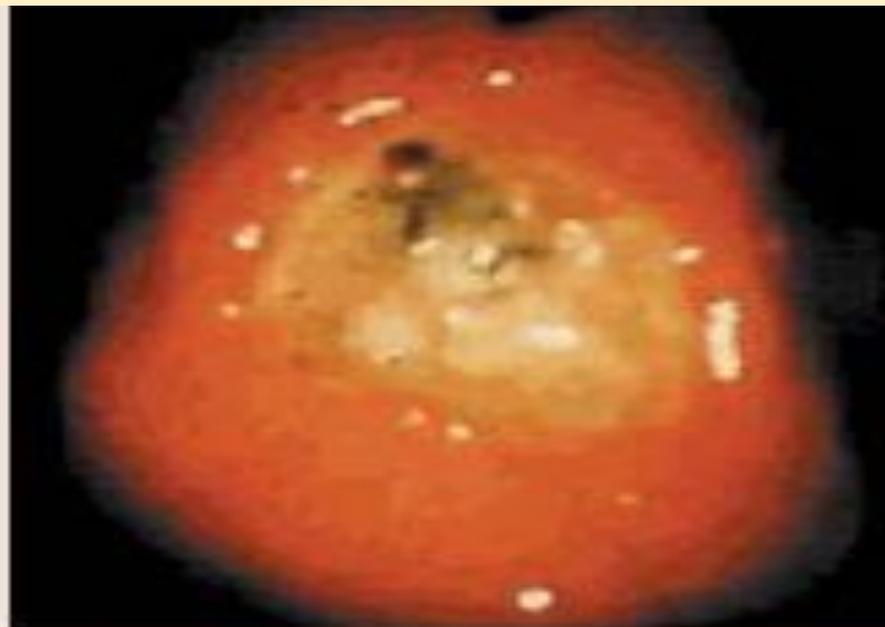


Рис. 4. Видимый участок
кровеносного сосуда
в язве (тип Forrest II b)

Тип F II – признаки недавнего кровотечения (рис. 3, 4):

II a – видимый (некровоточащий) сосуд;

II b – фиксированный тромб-сгусток;

II c – плоское черное пятно (черное дно язвы).



Рис. 5. Язва желудка без признаков свежего кровотечения (тип Forrest III)

**состоявшееся
кровотечение:**

— F-III —

отсутствие стигм
кровотечения в
язвенном кратере (no
stigmata)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ (J. FORREST, 1989)

Интенсивность кровотечения	Эндоскопические признаки
Forrest I a	Струйное артериальное кровотечение
Forrest I b	Активное венозное кровотечение
Forrest II a	Активного кровотечения нет; видимый тромбированный сосуд в дне язвы (неустойчивый гемостаз)

Forrest II b

**Активного кровотечения нет;
сгусток крови на дне язвы
(неустойчивый гемостаз)**

Forrest II c

**Активного кровотечения нет;
солянокислый гематин на дне
язвы**

Forrest III

**Отсутствие признаков
кровотечения в язвенном
кратере**

Оценка степени тяжести кровопотери

Наиболее рациональными методами определения степени кровопотери являются:

1. В первые 12 часов от начала кровотечения объем кровопотери можно определить по **индексу Альговера** (ЧСС/САД), который в норме равен 0.5-0.7.

Если индекс Альговера от 0.7 до 1.0, то кровопотеря до 20% ОЦК (10% ОЦК = 500 мл крови).

Если индекс Альговера равен 1, то кровопотеря около 20% ОЦК (20% ОЦК = 1000 мл крови и т. д.).

Если индекс Альговера от 1.0 до 1.5, то кровопотеря около 20-30% ОЦК.

Если индекс Альговера более 1.5, то кровопотеря более 30-40% ОЦК.

ЭКГ

**Консультация терапевта и
реаниматолога**

**Определение группы крови и резус-
фактора.**

**NB! Установление факта
гастродуоденального кровотечения
является показанием к
госпитализации больного в
хирургическое отделение.**

Больной с острым язвенным гастродуоденальным
кровотечением

Продолжающееся
кровотечение

Остановившееся (состоявшееся)
кровотечение

Экстренная
операция

Нет угрозы
рецидива

Есть угроза
рецидива

Консервативное лечение,
плановая операция

Срочная
операция

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

- 1. Строгий постельный режим в течение 5-7 дней; в течение первых суток - холод на эпигастральную область.**
- 2. Промывание желудка холодной водой (как подготовка к фиброгастродуоденоскопии).**
- 3. Диета - в течение первых двух суток голод, а затем стол 1А (нежирные бульоны, кисели, жидкие каши), с 4-5 суток - стол 1 (по Певзнеру).**

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

- 4. Гемостатические препараты общего действия показаны при субкомпенсированном гемостазе (раствор викасола 1% по 2 мл в/в или в/м, 10% раствор хлорида или глюконата кальция в/в 1 раз в день, аскорбиновая кислота 5% в/в) и местного действия - порошки или раствор - парантеральные ингибиторы фибринолиза (аминокопроновая кислота, контрикал, гордокс и др.) показаны при значительном повышении фибринолитической активности (более 30%); гормональные гемостатики - «ремистип» (синтетический аналог вазопрессина) - по 1 мг с интервалом 4-6 часов в вену капельно в течение 3-5 дней.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▣ **5. Препараты, снижающие желудочную секрецию (при наличии в отделении или у пациента) - блокаторы H₂-рецепторов гистамина - «кватемал» по 20 мг 2-3 раза или раствор ранитидина.**

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА

- **ИНФИЛЬТРАЦИЯ** (70 ЭТАНОЛ, 10% ЭТОКСИСКЛЕРОЛ, АДРЕНАЛИН)
- **КЛЕЕВЫЕ АППЛИКАЦИИ** (СТАТИЗОЛЬ, ЛИФУЗОЛ, ГАСТРОЗОЛЬ, МК – 7,8,14, ДО АППЛИК, СПИРТ)
- **ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ** (МОНО- И БИНОКУЛЯРНАЯ)- ГЕМОСТАЗ В 45% СЛУЧАЕВ
- **ЛАЗЕРНАЯ ФОТОКОАГУЛЯЦИЯ**
- **АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ**
- **ТЕРМОЗОНД** («HEATER PROBE»)
- **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ**
- **ОРОШЕНИЕ 3% Р-РОМ ФЕРОКРИЛА** (5-10 МЛ) – ГЕМОСТАЗ В 80% СЛУЧАЕВ
- **КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОГЕМОСТАЗ**

Показания к операции при гастродуоденальных кровотечениях

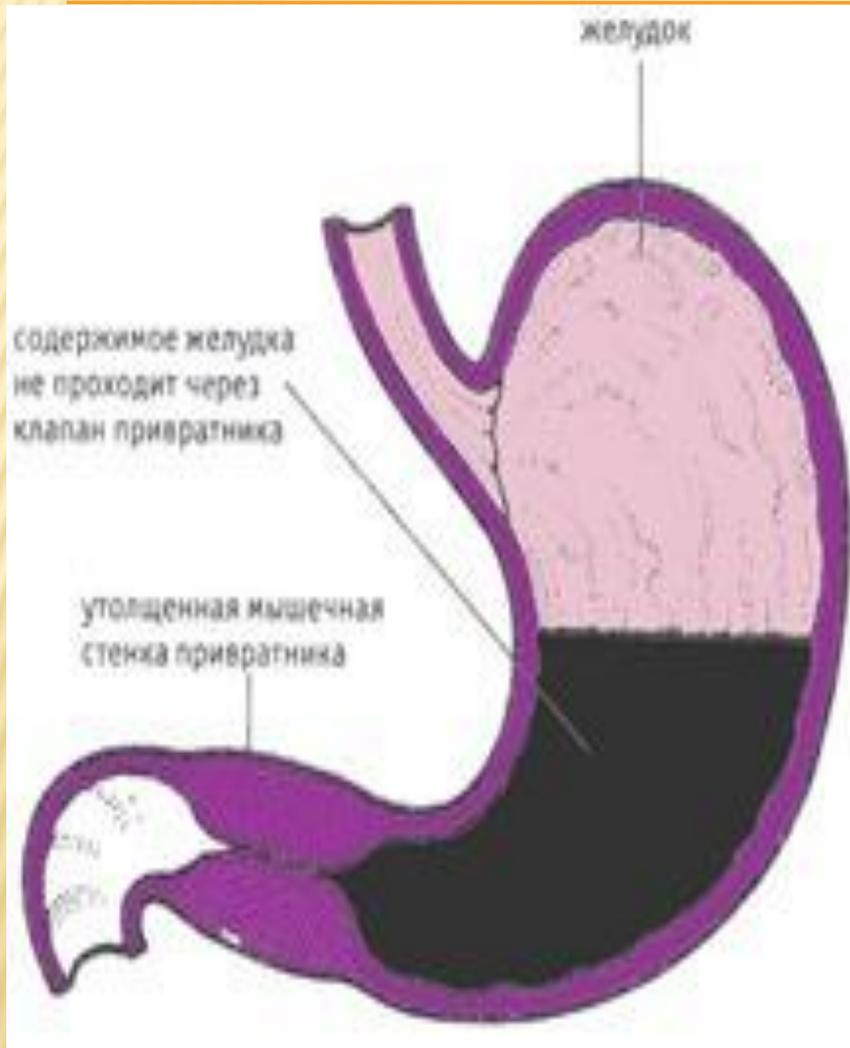
Экстренные операции: - профузное
кровотечение, при неэффективности
эндоскопического гемостаза.

Срочные операции: - продолжающееся
неартериальное кровотечение, при
неэффективности эндоскопического
гемостаза в течение 6 часов
- сохранение высокого риска рецидива
кровотечения в течение 24-48 часов.

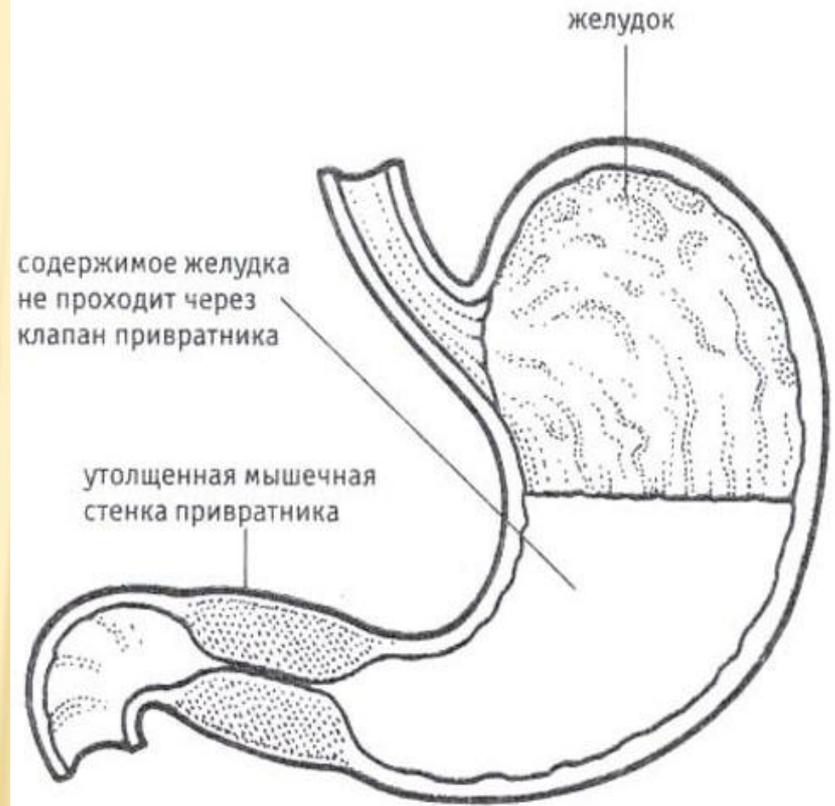
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▣ 1. Резекция желудка по Бильрот I или по Бильрот II
- ▣ 2. Прошивание язвы.
- ▣ 3. Иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией.

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ



Стеноз привратника желудка



Пища не может пройти через клапан привратника в двенадцатиперстную кишку. Это приводит к крайнему дискомфорту и рвоте.



- 1. Задержка пищи вызывает рвоту съеденной пищей**
- 2. Чувство давления под ложечкой**
- 3. Отрыжка**
- 4. Чувство вздутия живота**
- 5. Больные испытывают сильную жажду**
- 6. Значительная потеря веса**
- 7. Резкое обезвоживание**
- 8. Через брюшные покровы бывает виден растянутый желудок**
- 9. Выраженная перистальтика и антиперистальтика желудка - симптом Валя**
- 10. Шум плеска (при пальпации)**
- 11. Гипонатриемия, снижение белка в крови.**
- 12. Анемия**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТАДИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

□ Компенсированная :

- рентгенологические - желудок увеличен или в норме, перистальтика усилена, умеренное сужение пилоруса, задержка бария до 12 ч
- ФГДС - рубцовая деформация пилородуоденального канала до 1 см

Компенсированная :

Функциональные - тонус тела и антрума в норме, тонус привратника повышен, усилена моторика антрума, явления его спазма

Операционные -размеры желудка в норме, тонус сохранён, стенка утолщена. Рубцовая деформация пилородуоденального канала, рубцовый процесс вокруг язвы. Канал сужен до 1 см

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТАДИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

▣ Субкомпенсированная

рентгенологические - Желудок значительно расширен, натощак — жидкость, форма чаши, перистальтика ослаблена, выраженное сужение привратника, задержка эвакуации до 12-24 ч.

ФГДС - желудок растянут, содержит жидкость, пилородуоденальный канал сужен до 1 - 0,3 см

Субкомпенсированная

функциональные - тонус и моторика желудка снижены, дуоденогастральный рефлюкс

Операционные - желудок значительно растянут, гипертрофирован.

Пилородуоденальный канал рубцово сужен, перигастрит, перидуоденит

Декомпесированная

функциональные - тонус и моторика желудка снижены, дуоденогастральный рефлюкс

Операционные - желудок значительно растянут, гипертрофирован.

Пилородуоденальный канал рубцово сужен, перигастрит, перидуоденит

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТАДИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

□ декомпенсированная

- рентгенологические** - резкая эктазия желудка, много жидкости натощак, пилорический канал резко сужен или не заполняется, задержка эвакуации более 24 ч, перистальтики нет
- ФГДС** - Желудок резко расширен, много жидкости, атрофия слизистой, эрозивный гастрит, рубцово-суженный канал до 0,1 см

ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ

функциональные - тонус и моторика желудка резко снижены, секреция снижена

Операционные - Желудок резко растянут, атоничен, стенка истончена, резкое рубцовое сужение пилородуо- денального канала вплоть до полной непроходимости, пенетрация язвы. Перигастрит, перидуоденит резко выражены

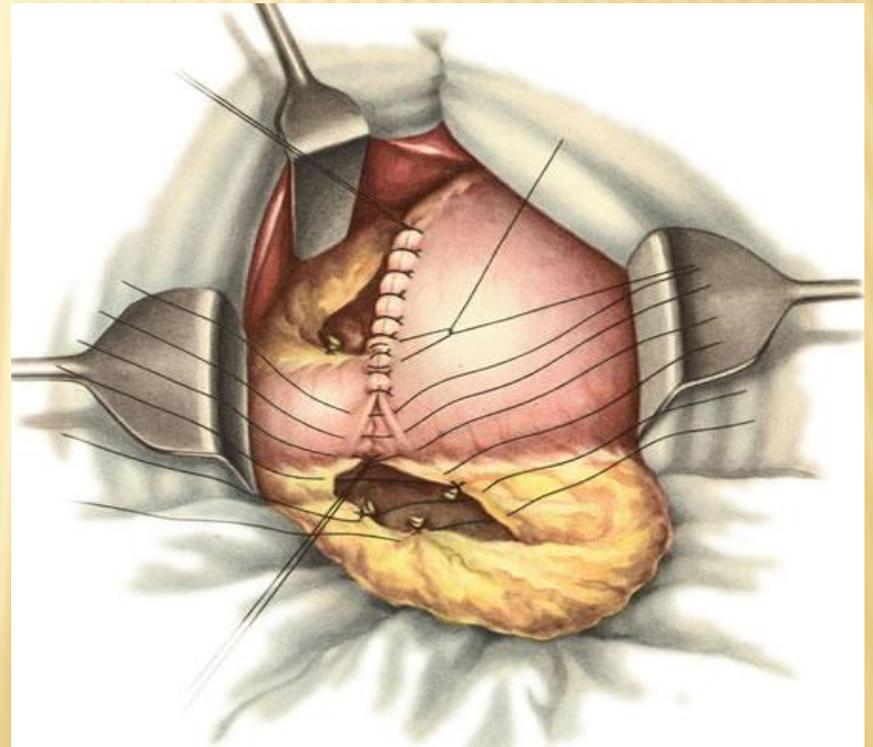
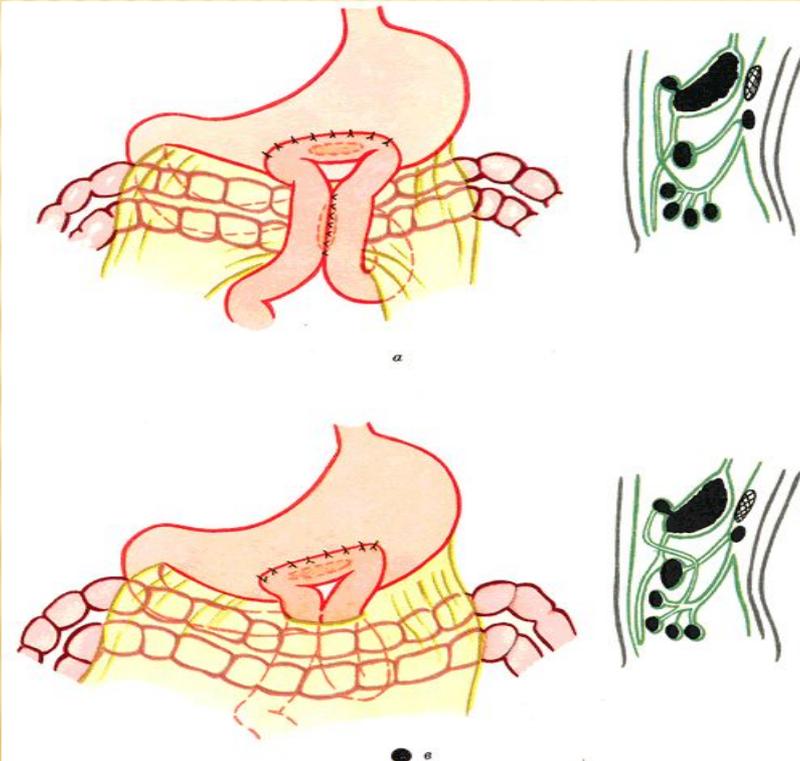
Язва желудка



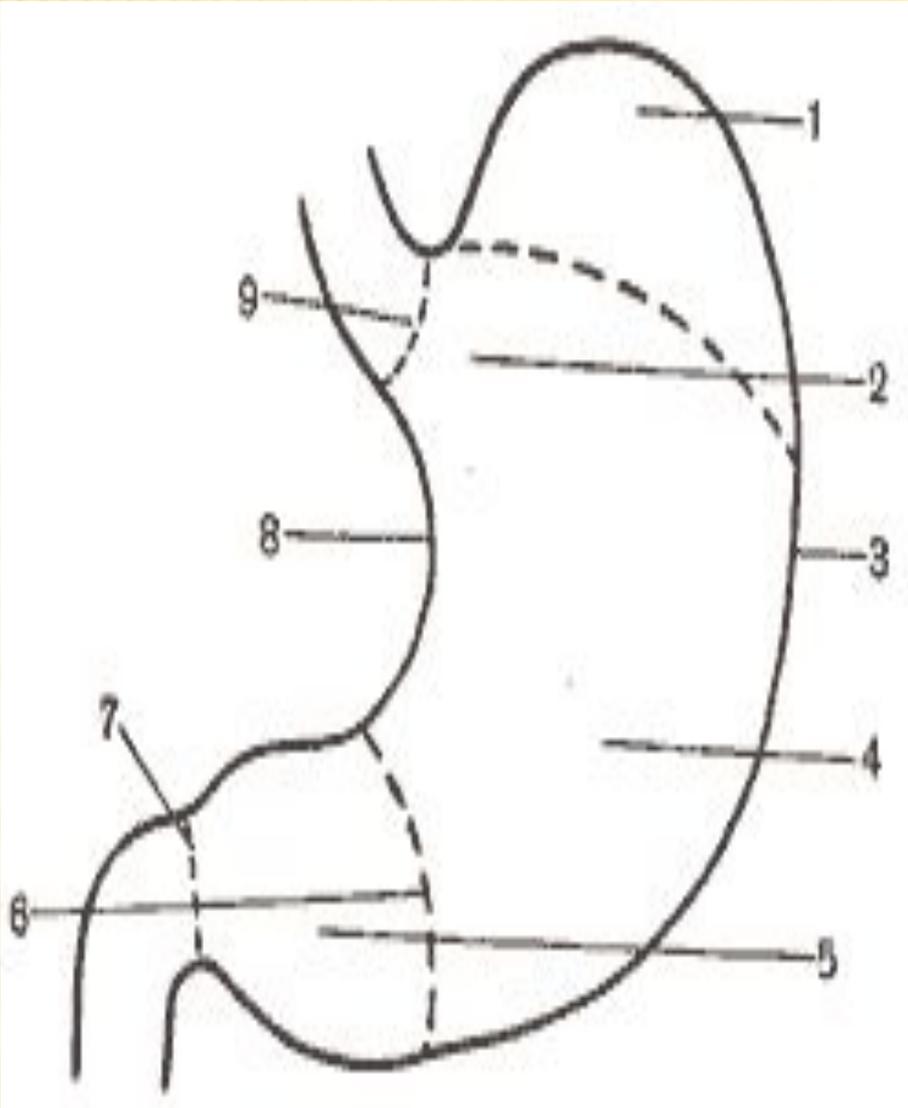
Язва желудка, размером 3x4 см, осложненная кровотечением, перфорацией и стенозом.

ОПЕРАЦИИ

- 1. Резекция желудка
- 2. Гастроэнтероанастомоз (передний или задний)



ЖЕЛУДОК



В ЖЕЛУДКЕ РАЗЛИЧАЮТ ПЕРЕДНЮЮ И ЗАДНЮЮ СТЕНКИ, МАЛУЮ И БОЛЬШУЮ КРИВИЗНЫ, ЧЕТЫРЕ ОТДЕЛА

(кардиальный, дно, тело, антральный или предвратниковый) и два сфинктерных *(кардиальный и пищеводно - желудочный)* МЕХАНИЗМА