

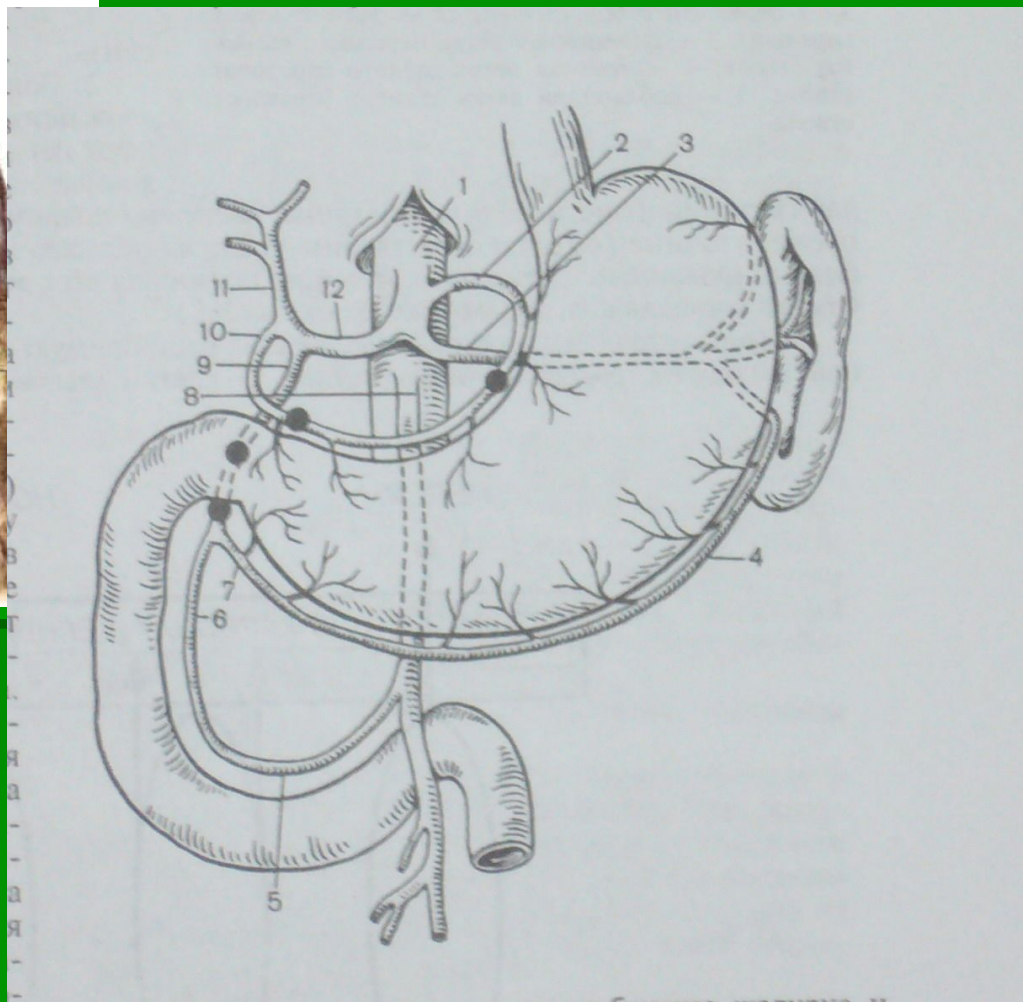
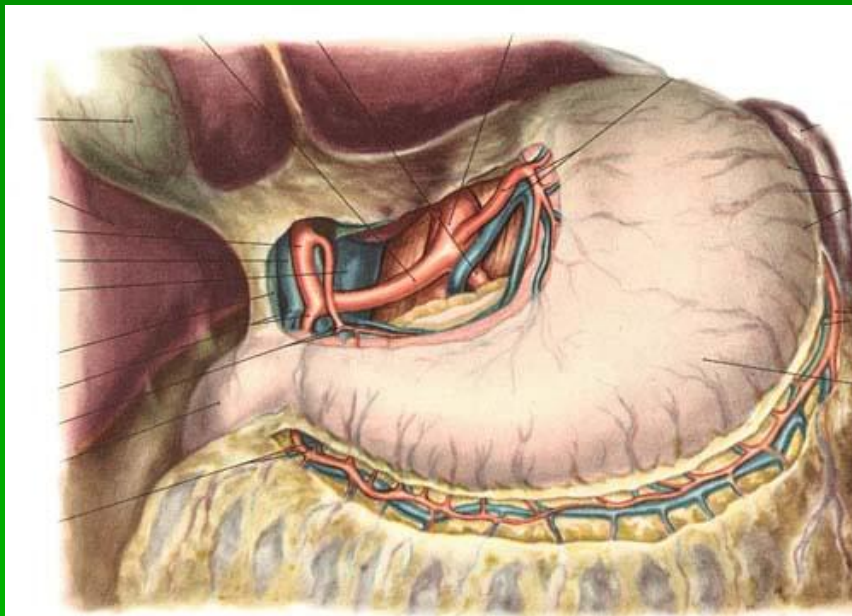
кафедра факультетской хирургии  
им. проф. А.А. Русанова СПбГПМА

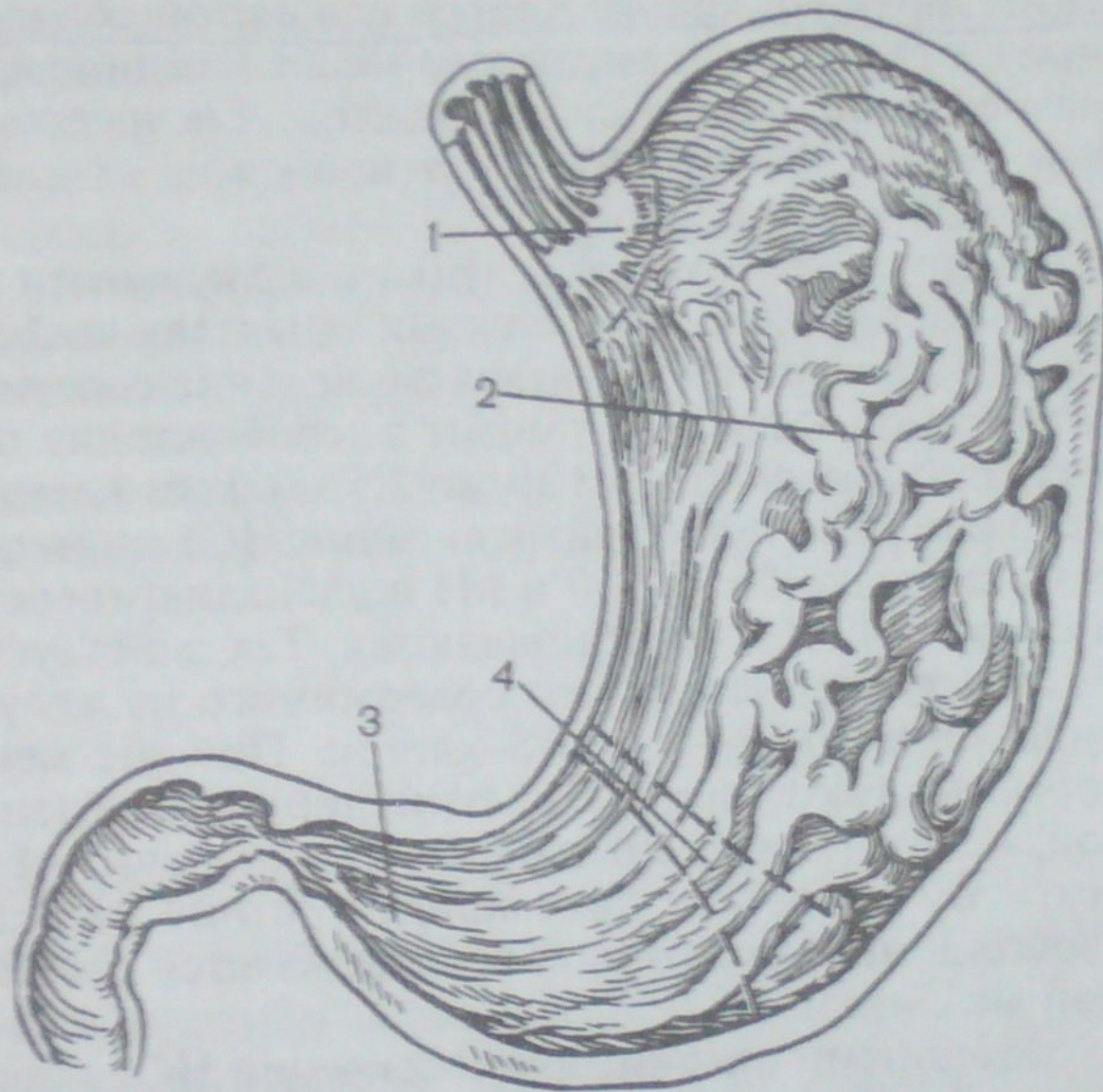
# Хирургическое лечение осложнений язвы желудка и **12** перстной кишки

(1 часть)

Лектор – зав. кафедрой  
проф. Коханенко Н.Ю.

# Хирургическая анатомия желудка





- Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, характеризующееся наличием стойкого язвенного дефекта слизистой оболочки вследствие агрессивного действия на СО кислотно-пептического компонента желудочного сока на фоне гастродуоденита, вызванного инфекцией *Helicobacter pylori* и развитию **осложнений**, угрожающих жизни больного

# Эпидемиология ЯБ

- 2-5% взрослого населения болеют и до 10% имеют предрасположенность к заболеванию ЯБ
- Преобладает дуоденальная локализация язв над желудочной (4:1 ; у молодых 13:1)
- Мужчины страдают язвенной болезнью чаще женщин ( $\approx 4,5:1$ )
- Частота осложнений ЯБ достигает 40%
- Летальность при осложнениях ЯБ составляет 13-15%, а в запущенных случаях – до 50%
- Эффективное консервативное лечения ЯБ возможно при условии планомерного комплексного противоязвенного лечения

# Этиология ЯБ: предрасполагающие факторы

- Предшествующие структурные изменения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки
- Наследственная предрасположенность (увеличение массы обкладочных клеток, их гиперчувствительность к гастрину, расстройство гастродуоденальной моторики)
- Факторы внешней среды (профессия, образ жизни и т.п.)

# Патогенез язвенной болезни

Определяющее звено патогенеза – дисбаланс между факторами агрессии и защиты

## Факторы агрессии:

- Соляная кислота
- Пепсин
- Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка
- Дуоденогастральный рефлюкс

## Факторы защиты:

- желудочное слизиобразование
- адекватная продукция бикарбонатов
- активная регенерация поверхностного эпителия слизистой оболочки
- достаточное кровоснабжение слизистой
- нормальное содержание простагландинов в стенке слизистой оболочки
- иммунная защита

# ЯЗВА

Желудка

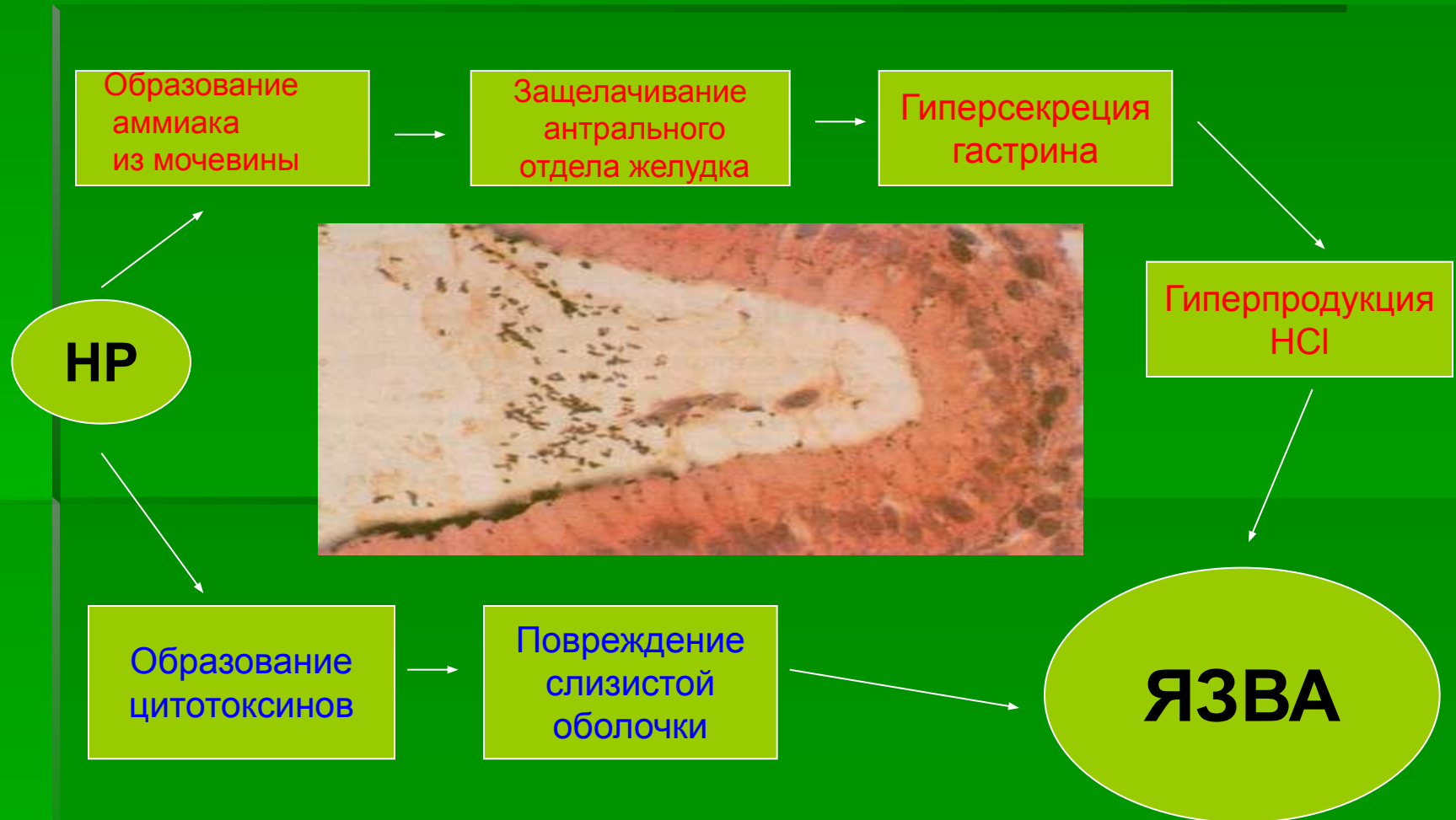
- 1) Подавление факторов защиты;
- 2) Дуоденогастральный рефлюкс

12-перстной кишки

Повышение факторов  
кисотно-пептической  
агрессии



# Роль *Helicobacter pylori* в развитии ЯБ



# Классификация ЯБ

- по локализации:
  - язвы желудка (м. и б. кривизна, тело (передняя и задняя стенки), антральный, пилорический, кардиальный отделы)
  - язвы 12-ПК (бульбарные - передняя, задняя стенка; постбульбарные)
- по фазе болезни:
  - обострение
  - затухающее обострение (неполная ремиссия)
  - ремиссия
- по морфологическим изменениям:
  - острые
  - хронические
- по течению:
  - легкое или латентное
  - средней тяжести или рецидивирующее (1-2 рецидива в год)
  - тяжелое или непрерывно рецидивирующее (3 и более рецидива в год)
- осложнения:
  - кровотечение
  - перфорация
  - пенетрация
  - стеноз привратника (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный)
  - малигнизация

# Клиника язвенной болезни

---

- Болевой синдром:
  - Локализация
  - Характеристика боли (интенсивная, тупая и т.д.)
  - Связь с приемом пищи
  - Периодичность
  - Иррадиация
- Изжога
- Отрыжка, тошнота, рвота
- Запоры

# Инструментальные методы диагностики язвенной болезни

- Основные методы:
  - Эндоскопическое исследование
  - Рентгенологическое контрастное исследование
  - Исследование желудочной секреции (N – баз. до 5 мкмоль/л, стимул. – 16-25 мкмоль/л)
- Дополнительные методы:
  - УЗИ органов брюшной полости
  - КТ брюшной полости

# Эндоскопическое исследование в диагностике язвенной болезни

## Цели исследования:

- Выявить язвенный дефект
- Локализация язвы
- Размеры и глубина язвенного дефекта
- Характер язвы (хроническая, острая)
- Состояние окружающих тканей
- Наличие или отсутствие сосуда или тромба в язве (при кровотечении)
- При ЯЖ - биопсия краев язвы
- Динамический контроль за состоянием язвы

Duodenal Ulcer (DU)



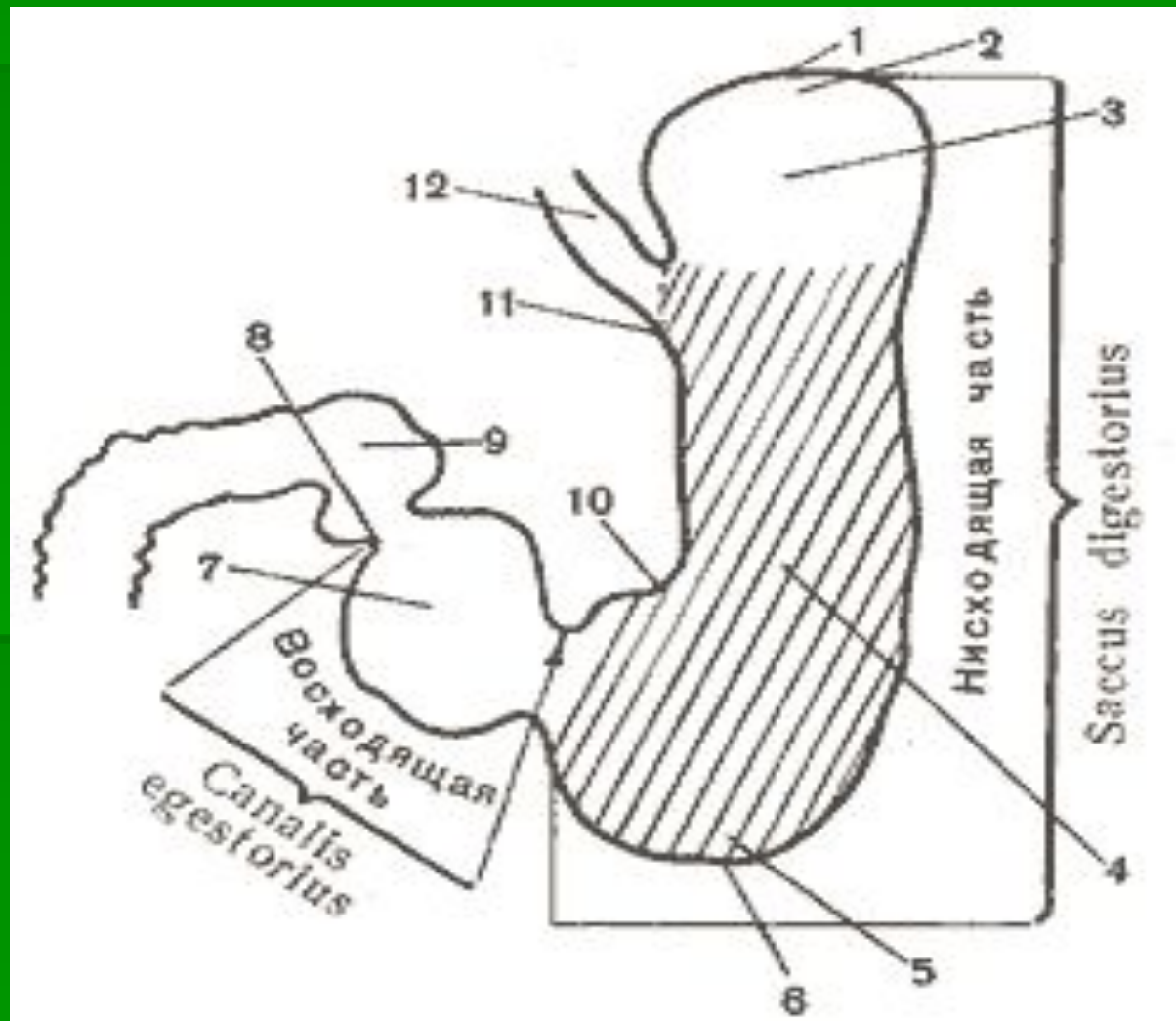
Gastric Ulcer (GU)



Язва 12-перст.кишки

Язва желудка

# Рентгенологическое исследование в диагностике язвенной болезни



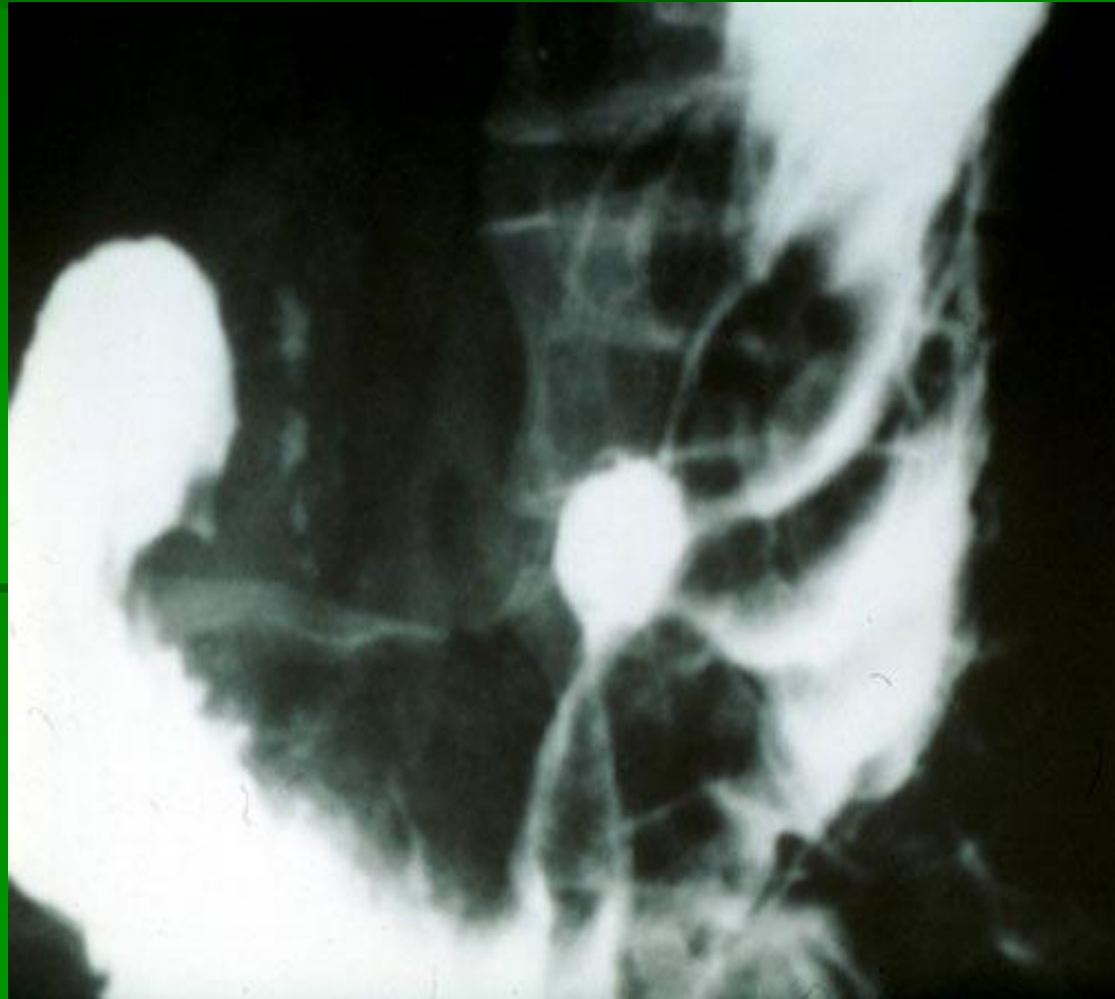
# Рентгенологическое исследование в диагностике язвенной болезни

## ■ Основные рентгенологические признаки:

- Симптом «ниши» - депо бариевой массы с четкими контурами
- Ободок просветления (воспалительный вал)
- Конвергенция складок слизистой к воспалительному валу

## ■ Вспомогательные рентгенологические признаки:

- Усиленная моторика
- Гиперсекреция
- Локальный спазм
- Деформация стенки органа
- Ускоренная эвакуация бария из желудка и 12-перстной кишки



# Лечение ЯБ

- Консервативное

- Лечение рецидива (обострения) заболевания  
(*противорецидивное лечение*)
- Предупреждение рецидива заболевания  
(*профилактическое лечение*)

- Оперативное – лечение осложнений



# Консервативное леч. ЯБ

- I. Диетотерапия
- II. Исключение факторов риска
- III. Физиотерапия и санаторно-курортное лечение
- IV. Медикаментозная терапия

## Средства, снижающие активность кислотно-пептического фактора:

- Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина – ранитидин, фамотидин, квамател
- Антагонисты гастрина – гастроцепин, секретин
- Блокаторы H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-АТФазы – омепразол, париет, лозек

## Препараты, вызывающие эрадикацию H. pylori:

- Антибактериальные препараты – метранидазол, амоксициллин, доксициклин, тетрациклин
- Препараты висмута – де-нол

# Показания к операции

## Абсолютные

1. Перфорация
2. Пенетрация
3. Продолжающееся кровотеч.
4. Рубцовый стеноз привратника (суб- и декомпенсированный)
5. Малигнизация

## Относительные

- Повторные кровотечения в анамнезе независимо от их тяжести
- Рецидив язвы после перфорации и ушивания
- Хроническая каллезная язва желудка (старше 50 лет, пониж. секреция)
- Неэффективность консервативного лечения

# Операции

## Операции

### Экстренные

- Перфорация язвы
- Продолжающееся кровотечение или его рецидив

### Срочные

•  
Декомпенсированный  
стеноз привратника

### Плановые

- Пенетрация язвы
- Малигнизация
- Субкомпенсир. стеноз привратника
- Отсутствие эффекта от консерв. лечения

# Виды операций

## Патогенетические

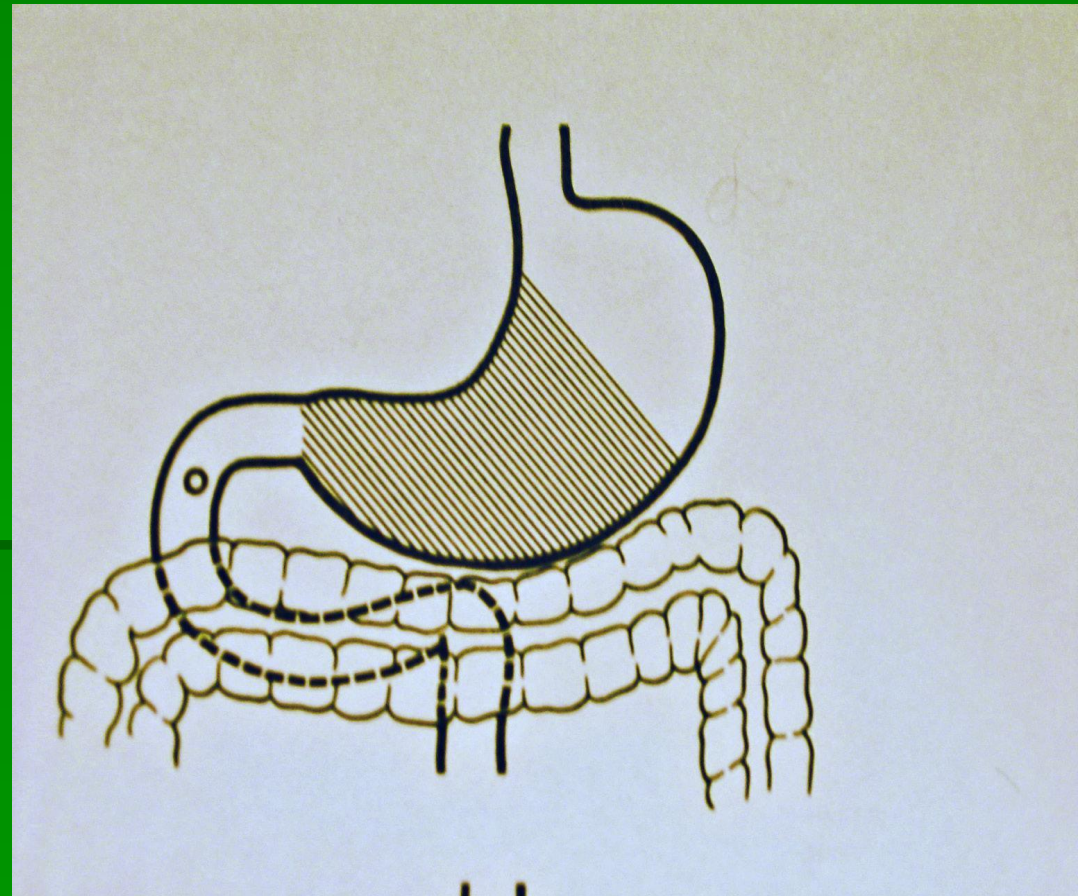
- Резекция 2/3 желудка
- Ваготомия (стволовая, селективная, селективная проксимальная) с пилоропластикой или экономной резекцией желудка

## Паллиативные

- Ушивание прободной язвы
- Прошивание кровоточащего сосуда
- Формирование гастроеюноанастомоза

# Требования к патогенетическим операциям

- удаление язвы;
- снижение кислотопродуцирующей функции желудка;
- обеспечение адекватной эвакуаторной функции желудка;
- максимально возможное устранение дуоденогастрального рефлюкса.



# Основоположники желудочной хирургии



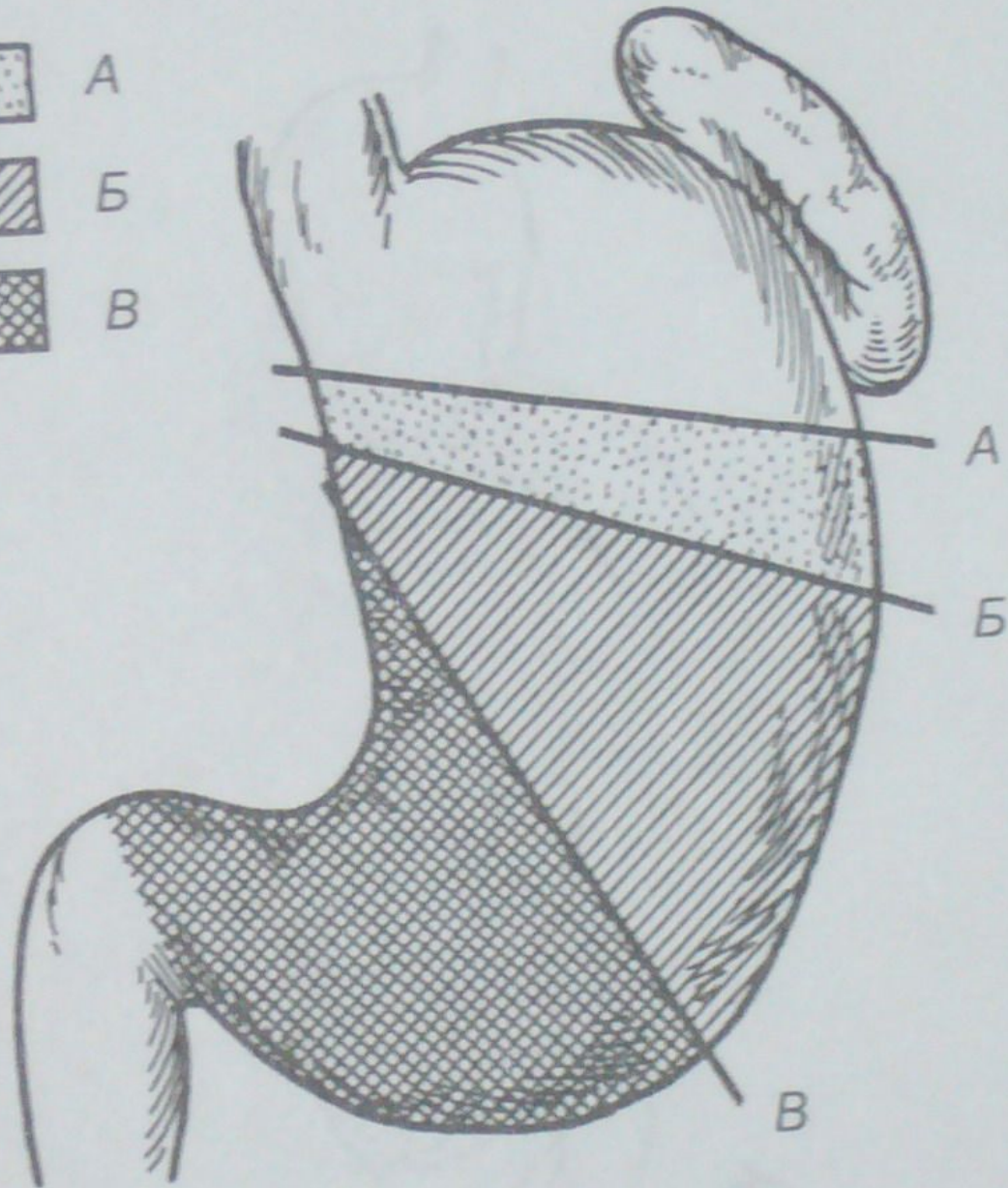
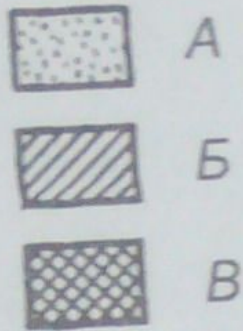
Т.Бильрот



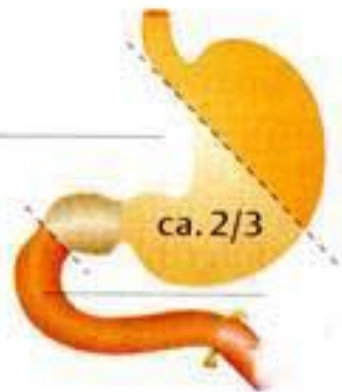
Юдин С.С.



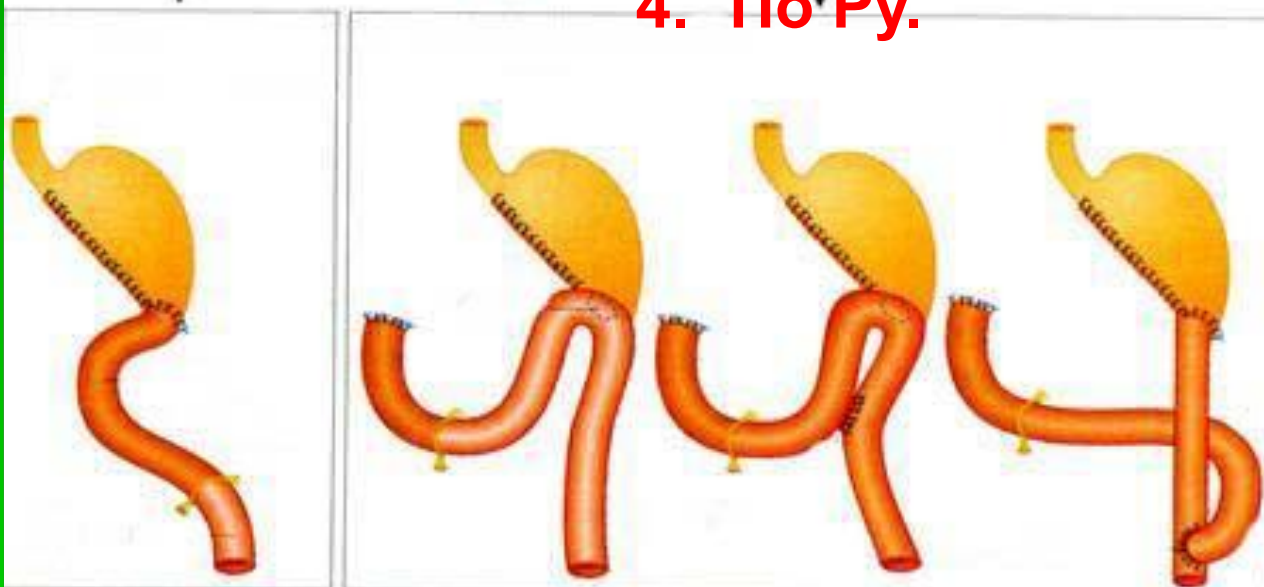
Русанов А.А.



# Виды резекций желудка



1. Бильрот-1;
2. Б-2 (по Гофмейстру-Финстереру)
3. По Бальфуру;
4. По Ру.

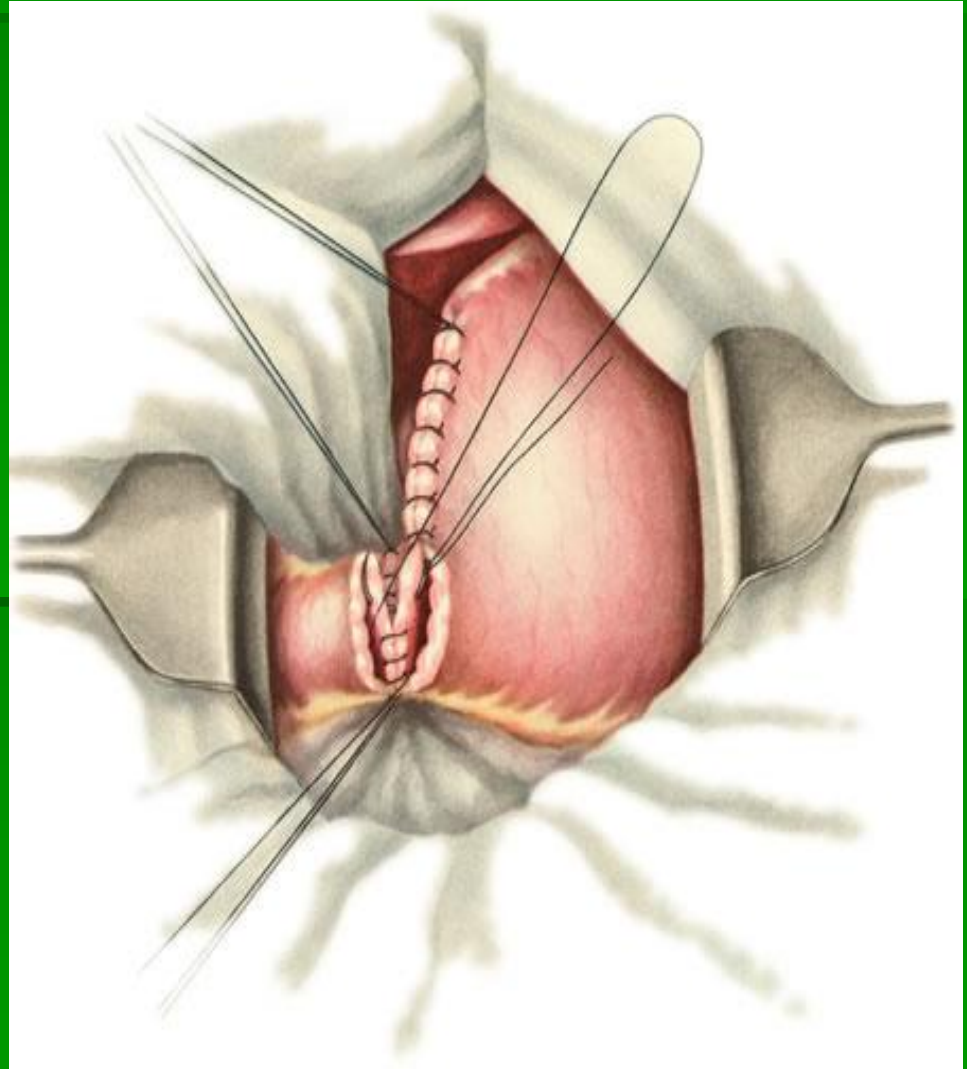




# Резекция желудка по Бильрот -



Схема операции



# Резекция желудка по Бильрот -

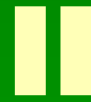
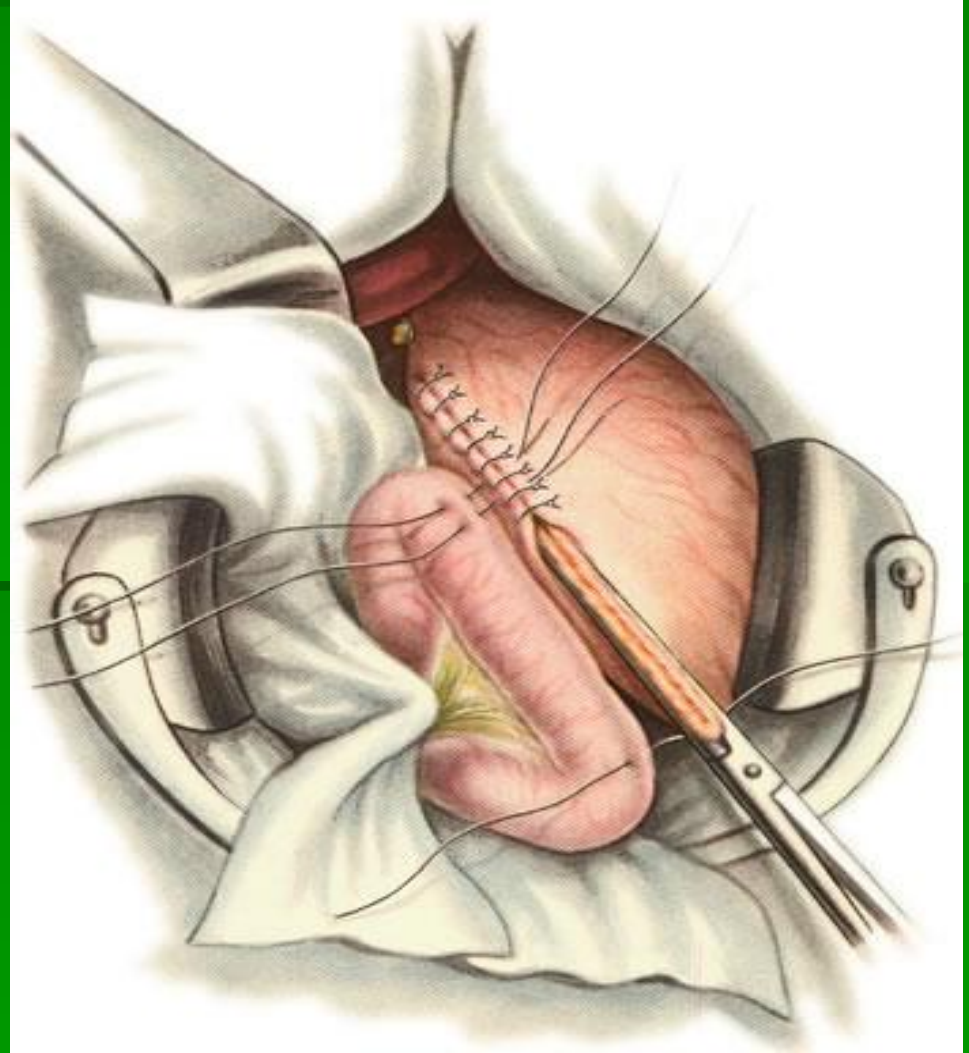
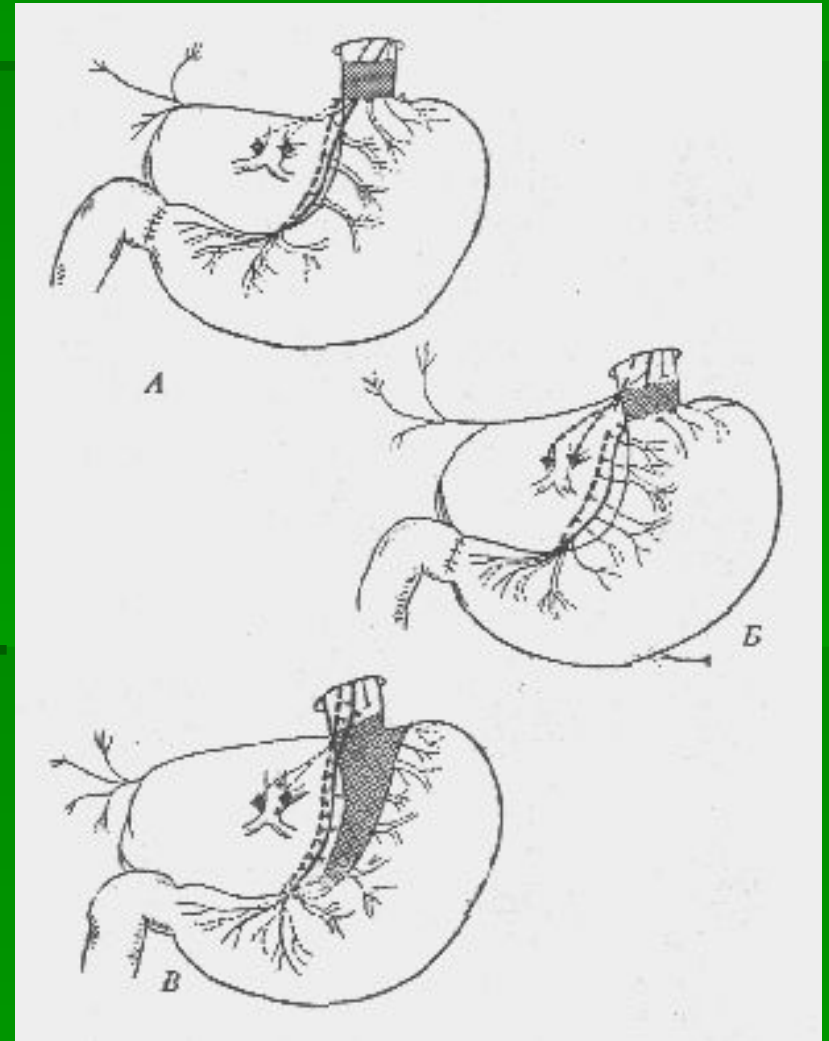
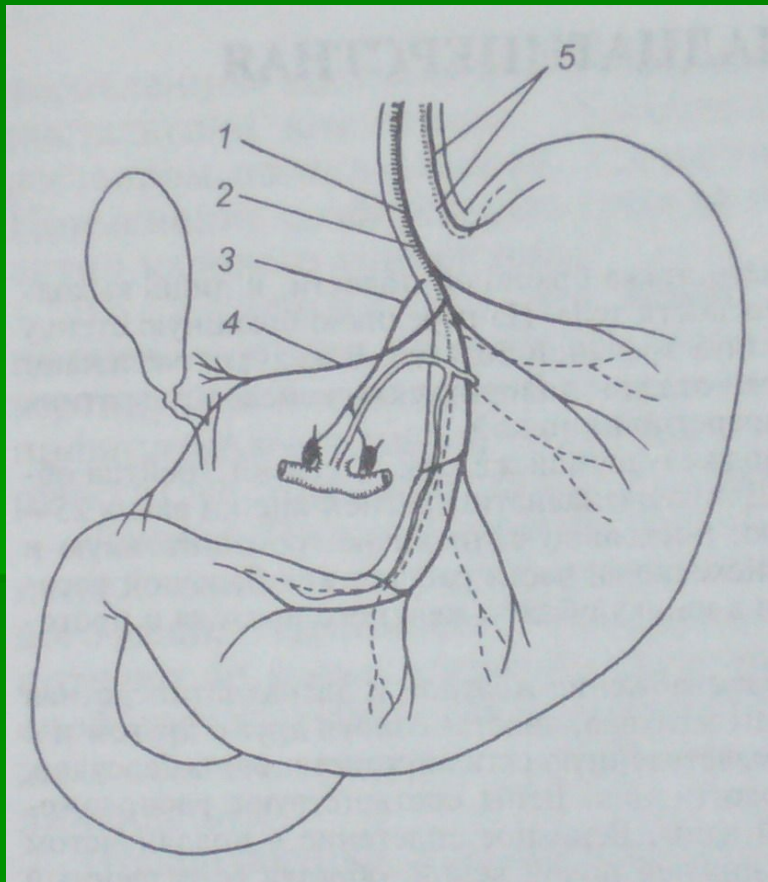


Схема операции



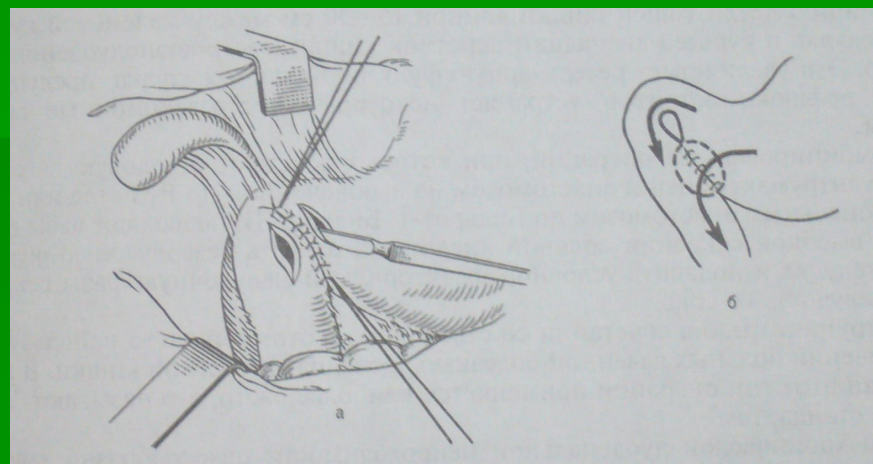
# Ваготомия



# Варианты пилоропластики



Пилороплатика по Жабуле



Пилороплатика по Гейнеке-Микуличу

Пилороплатика по Финнею

# Перфоративные гастродуоденальные язвы

- занимают V место среди экстренных заболеваний брюшной полости;
- осложняют 4-10% гастродуоденальных язв;
- чаще наблюдаются у мужчин 20-40 лет;
- в 75% случаев располагаются в 12-перстной кишке;
- у пожилых – перфорации язв желудка;
- перфорация чаще наблюдается в осенний и весенний периоды.

# Предрасполагающие факторы для перфорации язвы

- прием грубой пищи и алкоголя, которые вызывают обильную секрецию и повышение переваривающей способности желудочного сока;
- нервно-психические травмы;
- обильный прием пищи, напряжение брюшного пресса.

# Классификация прободных язв

- по локализации:
  - язвы желудка (малая,б. кривизна, тело ж-ка (передняя и задняя стенки), антральный, пилорический, кардиальный отделы)
  - язвы 12-перстной кишки (бульбарные – передняя,зад. стенка; постбульбарные)
- по морфологическим изменениям:
  - острые
  - хронические
- по характеру течения:
  - типичное прободение - в свободную брюшную полость
  - прикрытое прободение
  - атипичное прободение - в сальниковую сумку, между листками сальника, в забрюшинную клетчатку, в заднее средостение, в участок брюшной полости, ограниченный спаечным процессом, при сочетании перфорации с кровотечением

# Клиника прободной язвы

## Зависит от:

- локализации;
- размеров;
- наличия содержимого в желудке;
- характера перфорации.

## 3 фазы клинического течения:

### -фаза шока

(ориентировочно до 6 часов после перфорации);

### -фаза «мнимого благополучия»

(6-12 часов после перфорации);

### -фаза разлитого перитонита

(после 12 часов с момента перфорации).

## Различается при:

- Перфорации в свободную брюшную полость
- Прикрытой перфорации



# Клиника прободной язвы

- Болевой синдром:
  - Резкие, внезапные, «кинжальные» боли в животе, без четкой локализации;
  - Реакция на прием антацидов и периодичность боли отсутствуют.
- Синдром интоксикации:
  - Выражен умеренно;
  - Прогрессирует с течением времени.

# Данные объективного осмотра

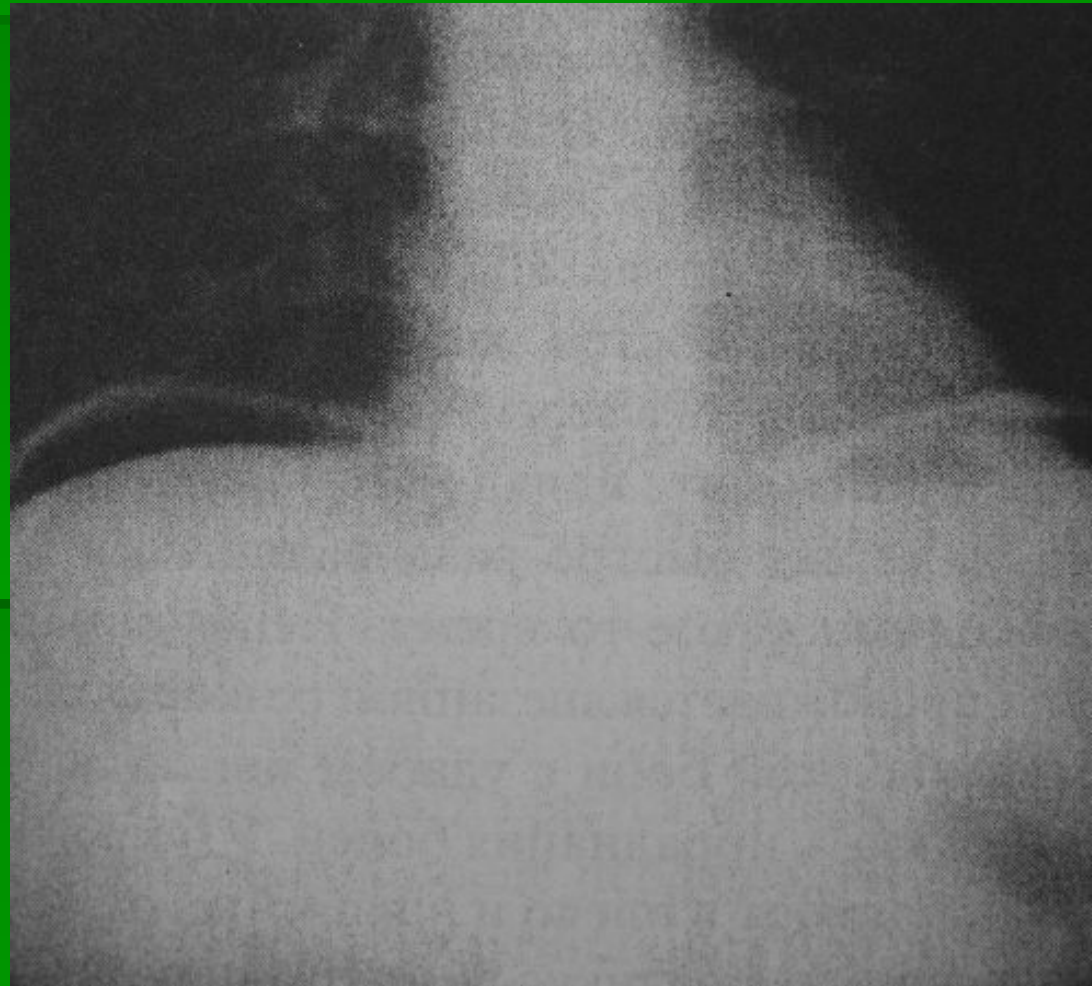
- Вынужденное положение больного
- Признаки шока, интоксикации
- Исследование живота:
  - **Пальпация:**
    - Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
    - Положительные симптомы раздражения брюшины
  - **Перкуссия:**
    - Отсутствие печеночной тупости (с-м Спигарного)
    - В запущенных случаях – тимпанит над всей поверхностью живота
  - **Аускультация:**
    - Ослабление перистальтики

# Лабораторная и инструментальная диагностика прободной язвы

- Клинический и биохимический анализы крови
- Рентгенологическое исследование
- Эндоскопическое исследование
- УЗИ (дифференциальная диагностика с панкреатитом, холециститом)
- Диагностическая лапароскопия

# Рентгенологическая диагностика перфоративной язвы

- Наличие свободного газа в брюшной полости
- Вытекание контраста при пероральном контрастировании
- При забрюшинной перфорации - подкожная эмфизема в забрюшинной клетчатке (чаще справа), подкожной клетчатке передней стенки живота или груди
- При атипичной перфорации кардиальной язвы в заднее средостение – расширение тени средостения и подкожная эмфизема в области надключичных ямок или на шее



# Лечение перфоративных гастродуоденальных язв

**Экстренная операция абсолютно показана всем  
больным независимо от возраста и тяжести  
состояния**

**Консервативное лечение противопоказано и  
возможно только при категорическом отказе  
больного от операции  
(метод Тейлора)**

# Выбор метода операции



# Показания к различным операциям

## Резекция 2/3 желудка

- Возможна в первые 6 часов (если нет распротр. перитонита)
1. При хронических
    - каллезных,
    - множественных,
    - пенетрирующих,
    - стенозирующих язвах
  2. При подозрении на малигнизацию
  3. При невозможности ушить перфоративное отверстие

## Иссечение язвы с ваготомией и пилоропластикой

- При дуоденальной язве, не сопровождающейся значительным воспалительным инфильтратом и стенозом

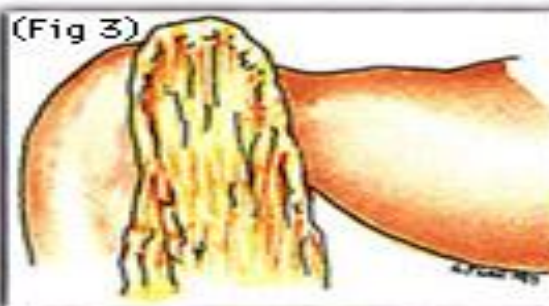
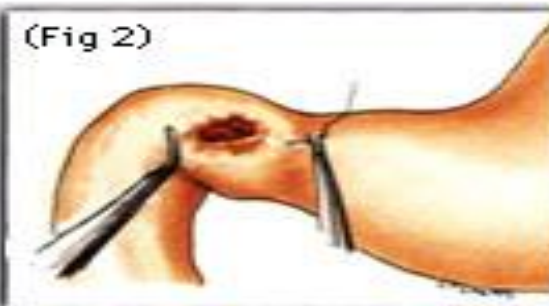
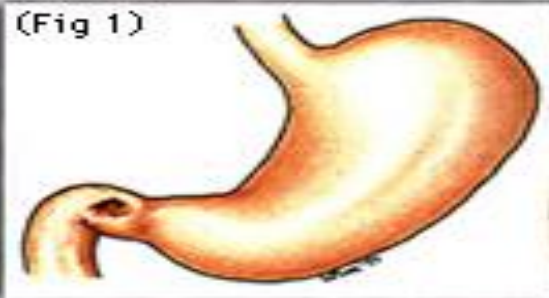
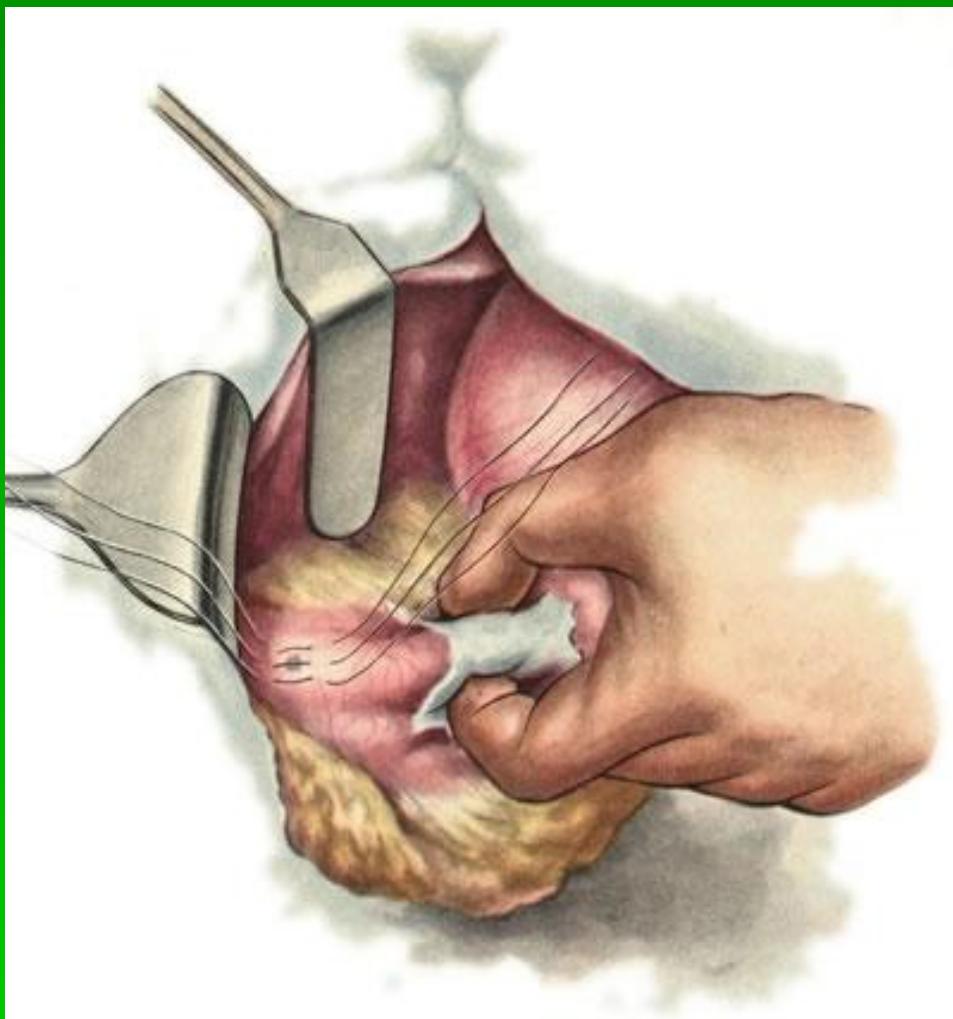
## Лапароскопическое ушивание прободной язвы

- в первые 3-4 часа от момента перфорации
- при локализации язвы на передней стенке желудка или 12-п.кишки
- при отсутствии большой зоны инфильтрации

## Ушивание перфоративного отверстия

- ПРИ:
- Распротр. гнойном перитоните
  - Ювенильных язвах
  - Острых язвах
  - Нелеченных язвах
  - Невозможности выполнить резекцию
  - Тяжелых сопутствующих заболеваниях

# Ушивание перфоративной язвы





# Контрольные вопросы

- **1. Helicobacter pylori вызывает:** а) гиперсекрецию гастрина; б) гиперпродукцию соляной к-ты; в) повреждение слиз.обол. ж-ка; г) все ответы правильные.
- **2. Осложнениями ЯБ ж-ка и 12пк являются:** а) кровотечение; б) перфорация; в) пенетрация; г) стеноз выходного отдела желудка; д) малигнизация; е) все ответы правильные.
- **3. При эндоскопическом исследовании необходимо выяснить:** а) локализацию язвы; б) размеры язвы; в) глубину язвы; г) состояние окружающих тканей; д) все ответы правильные.
- **4. Абсолютными показаниями к операции является:** а) неэффективность консервативного лечения; б) рецидив язвы после перфорации; в) перфорация; г) каллезная язва у б-х старше 50 лет; д) все ответы правильные.
- **5. Резекция желудка по Бильрот-1 включает в себя наложение:** а) гастродуоденоанастомоза; б) гастроеюноанастомоза по Ру; в) гастроеюноанастомоза на короткой петле; г) гастроеюноанастомоза с межкишечным соустьем; д) все ответы правильные.