

Тактика лечение язвенной болезни (показания к оперативному лечению)

Почему?

- Хирургия язв. Бол. - хирургия ее осложнения
- К ним относятся -
 - Перфорацию язвы
 - Профузное желудочно-кишечное кровотечение
 - Пилородуоденальный стеноз
 - Пенетрацию
 - Проникновение язвы в соседние анат. Структуры
 - Часто причина кровотечения

**Перфоративные
Гастродуоденальные язвы**

Перфоративные Гастродуоденальные язвы тяжелейшее осложнение язвенной болезни, приводящее к развитию перитонита.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По этиологии

перфорация хронической и острой

симптоматической язвы

(гормональной, стрессовой и др.)

По локализации

а) язвы желудка

- малой или большой кривизны;**
- передней или задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе или в теле желудка);**

б) язвы двенадцатиперстной кишки

- передней стенки**
- задней стенки**

По клинической форме

- а) в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);**

- б) атипичная перфорация**
 - в сальникову сумку, малый или большой сальник, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);**

- в) сочетание с желудочно-кишечным кровотечением**

- г) сочетание с стенозом выходного отдела желудка**

По фазе перитонита (по клиническим периодам)

- а) фаза химического перитонита (период первичного болевого шока)**
- б) фаза начала развития бактериального перитонита и синдрома системной воспалительной реакции (период мнимого благополучия)**
- в) фаза разлитого гнойного перитонита (период тяжелого абдоминального сепсиса).**

Схема распространения гастродуоденального содержимого по брюшной полости



КЛИНИКА

Периоды клинического течения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки:

- **Период «абдоминального шока»** (фаза химического перитонита) продолжительностью в среднем 6 часов);
- **Период «мнимого благополучия»** (фаза развития серозно-фибринозного перитонита и системной воспалительной реакции) от 6 до 12 часов;
- **Период разлитого гнойного перитонита** (фаза тяжелого абдоминального сепсиса) – в среднем спустя 12 часов с момента перфорации.

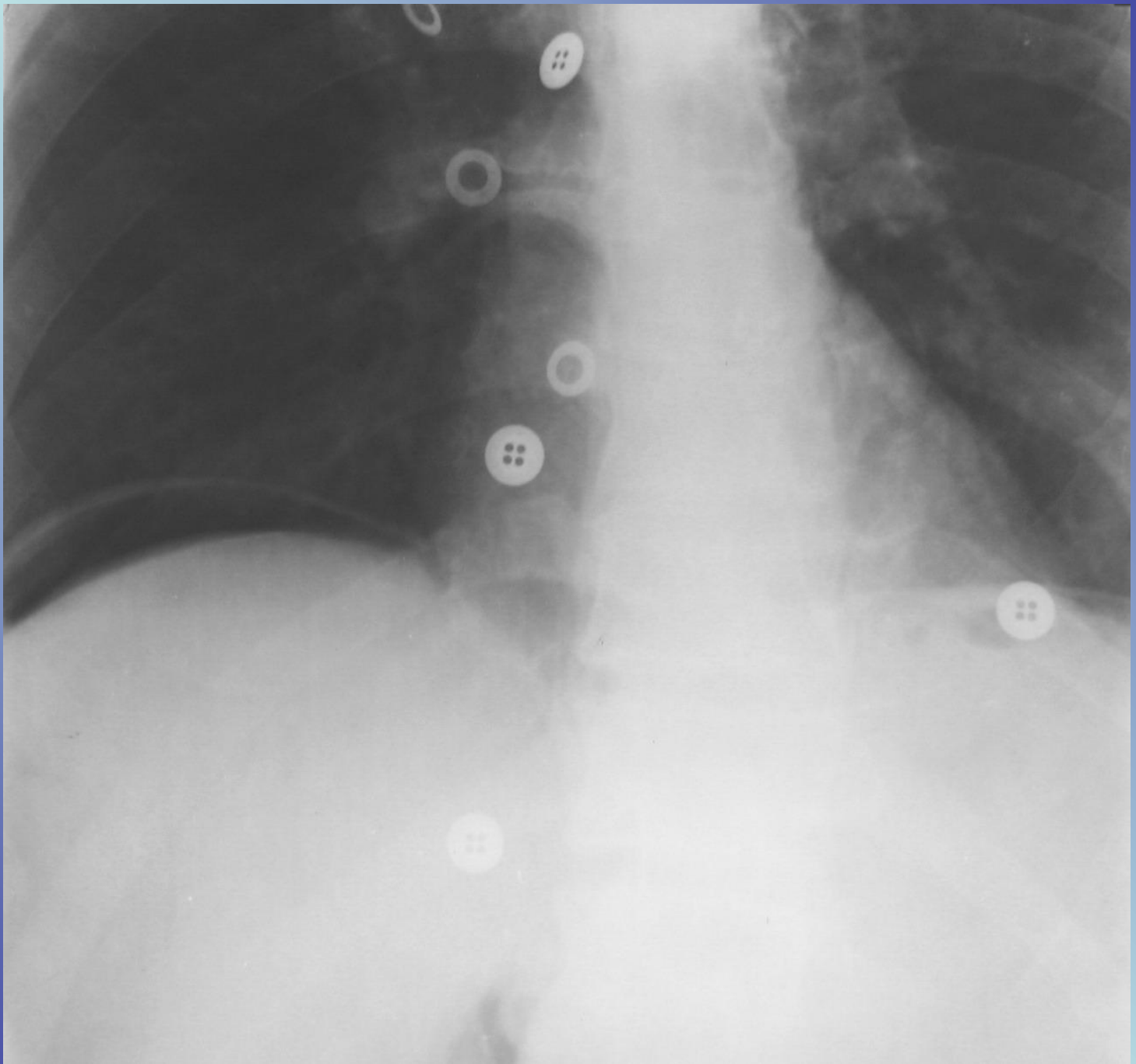
ДИАГНОСТИКА



- Рентгенодиагностика. В 80% случаев можно обнаружить свободный газ в брюшной полости в виде «серпа» под правым куполом диафрагмы.(фотография рентг. Снимка).
- эзофагогастродуоденоскопия
- Фиброгастроскопия + повторное рентгенологическое исследование.(в неясных случаях)
- Лапароскопия (в неясных случаях)

Диагностика

- **лейкоцитоз**
 - Со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- * **В моче**
 - при перитоните — появление форменных элементов крови, белка и цилиндров.



Дифференциальный диагноз

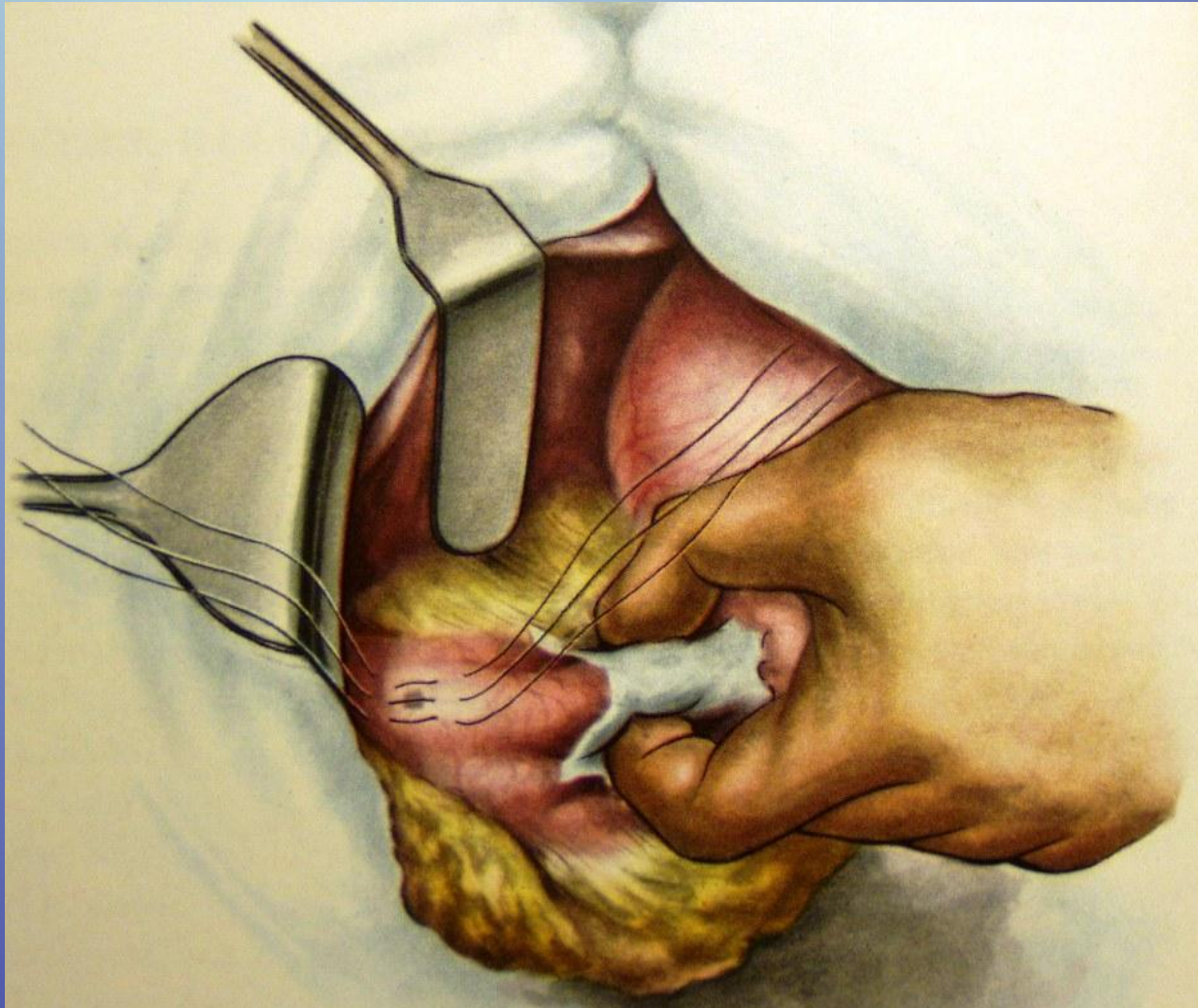
- Прободение злокачественной опухоли желудка.
- Острый холецистит, печеночная колика, острый панкреатит, острый аппендицит, почечная колика.
- Флегмона желудка.
- Острое нарушение мезентериального кровообращения.
- Забрюшинный разрыв аневризмы брюшной аорты.
- Инфаркт миокарда.
- Пневмония и плеврит.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

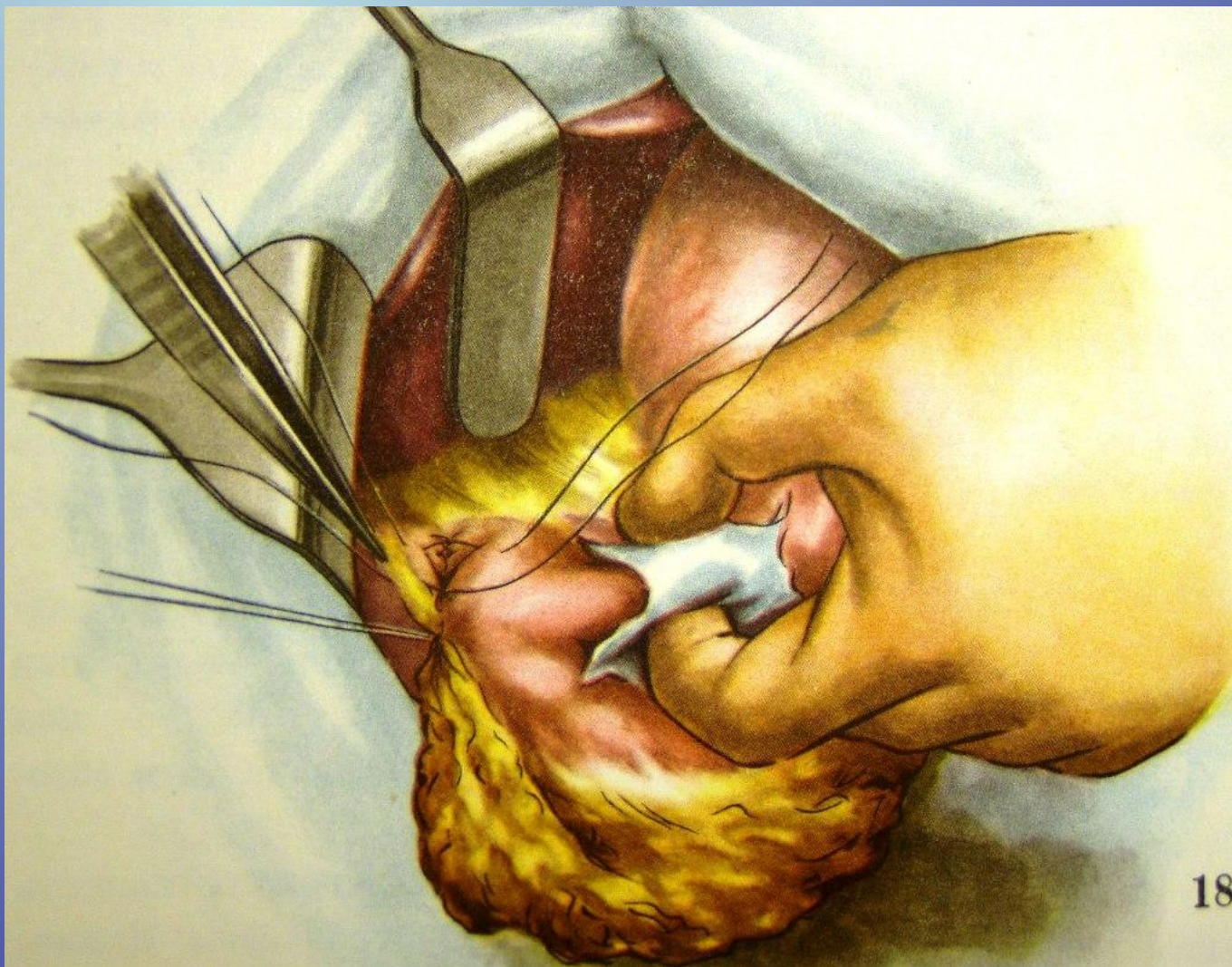
- **1. Ушивание перфоративной язвы.**

Показано при наличии разлитого перитонита (при давности заболевания более 6 часов), высокой степени операционного риска, у молодых больных со «свежей» язвой без визуальных признаков хронического процесса и язвенного анамнеза, в случаях перфорации стрессовых язв.

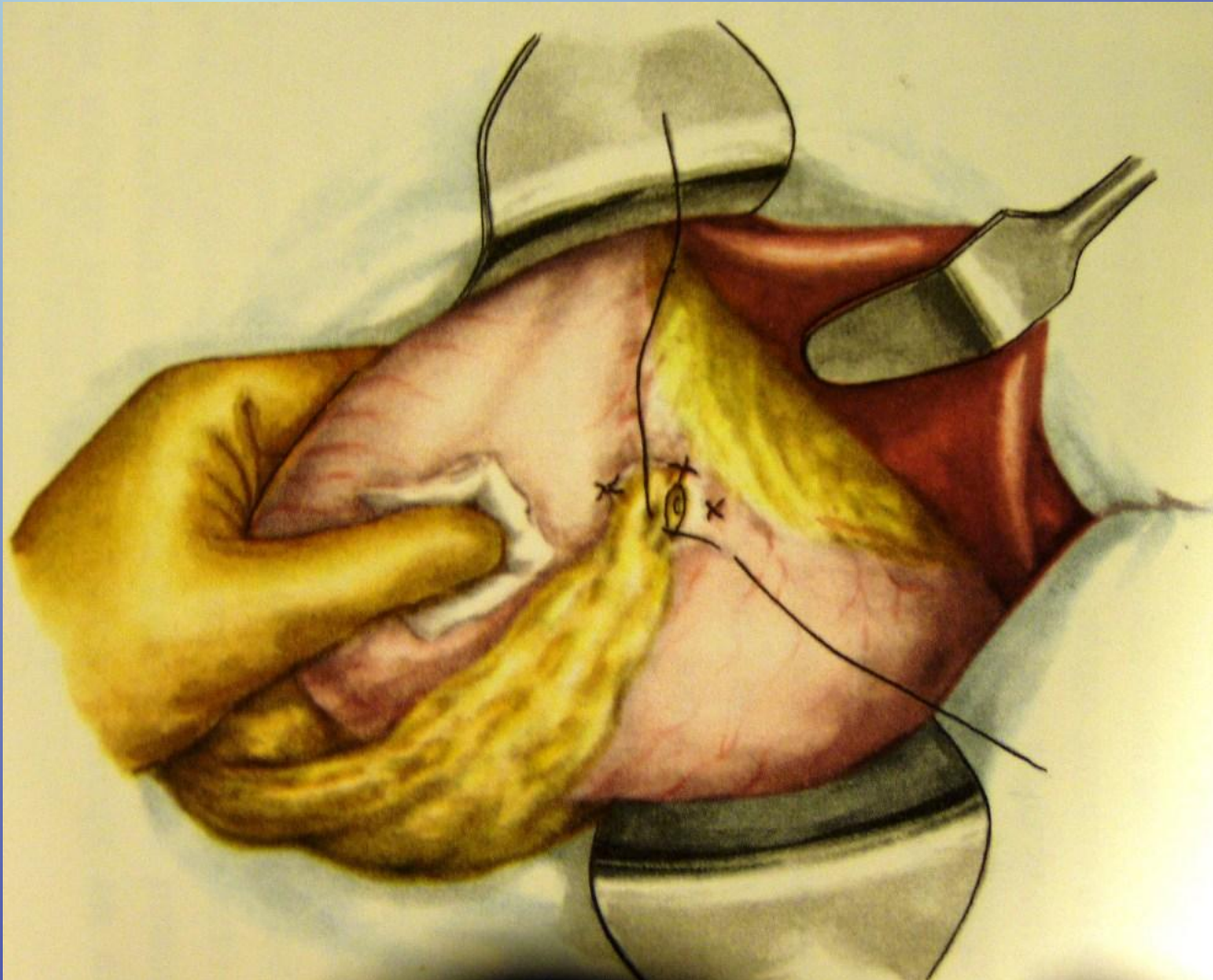
**Ушивание перфоративной язвы желудка.
Наложение узловых серозно-мышечных
ШВОВ.**



**Ушивание перфоративной язвы желудка.
Наложение второго ряда серозно-мышечных швов
и подвязывание сальника на ножке.**



Тампонада перфоративной язвы желудка сальником на ножке.

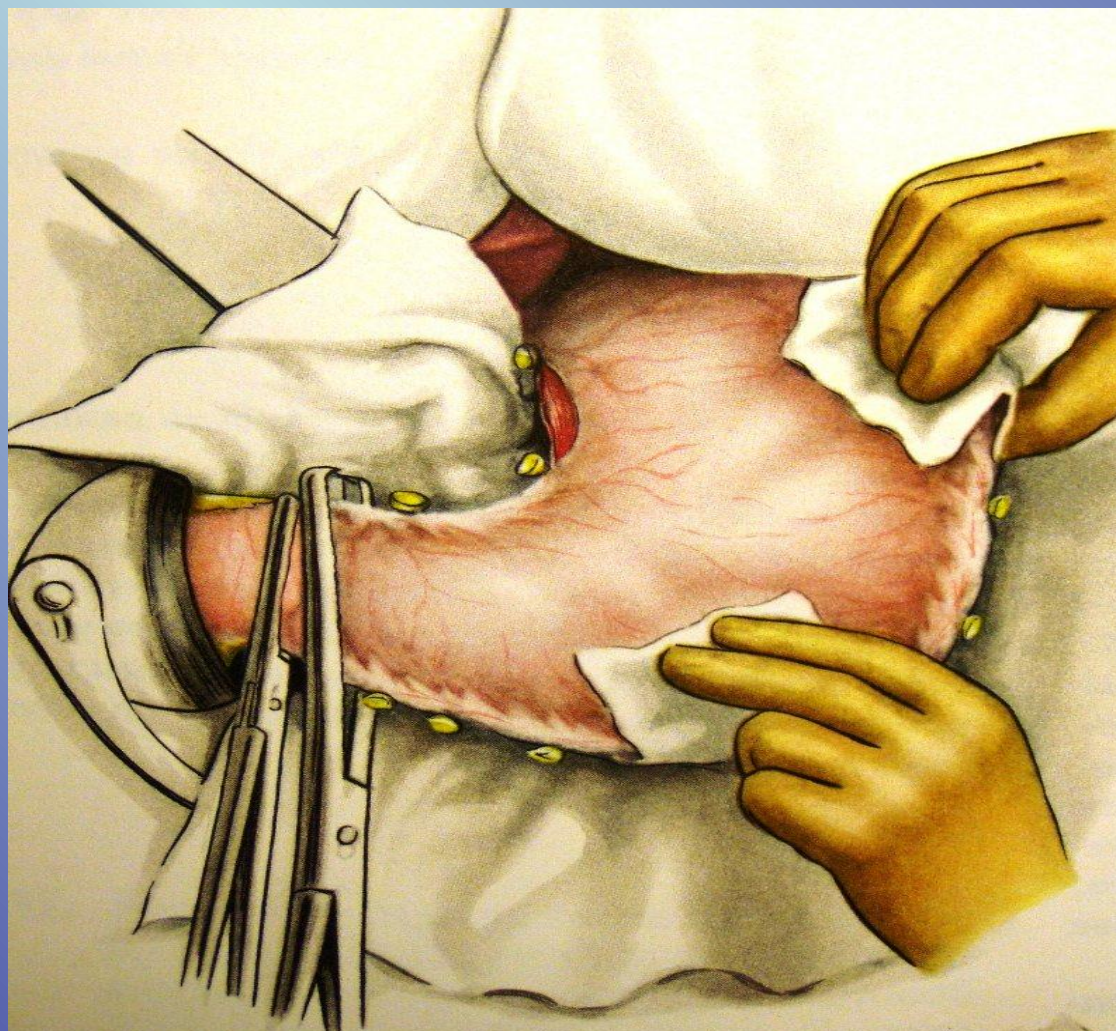


- **2.Резекция 2\3 желудка.**

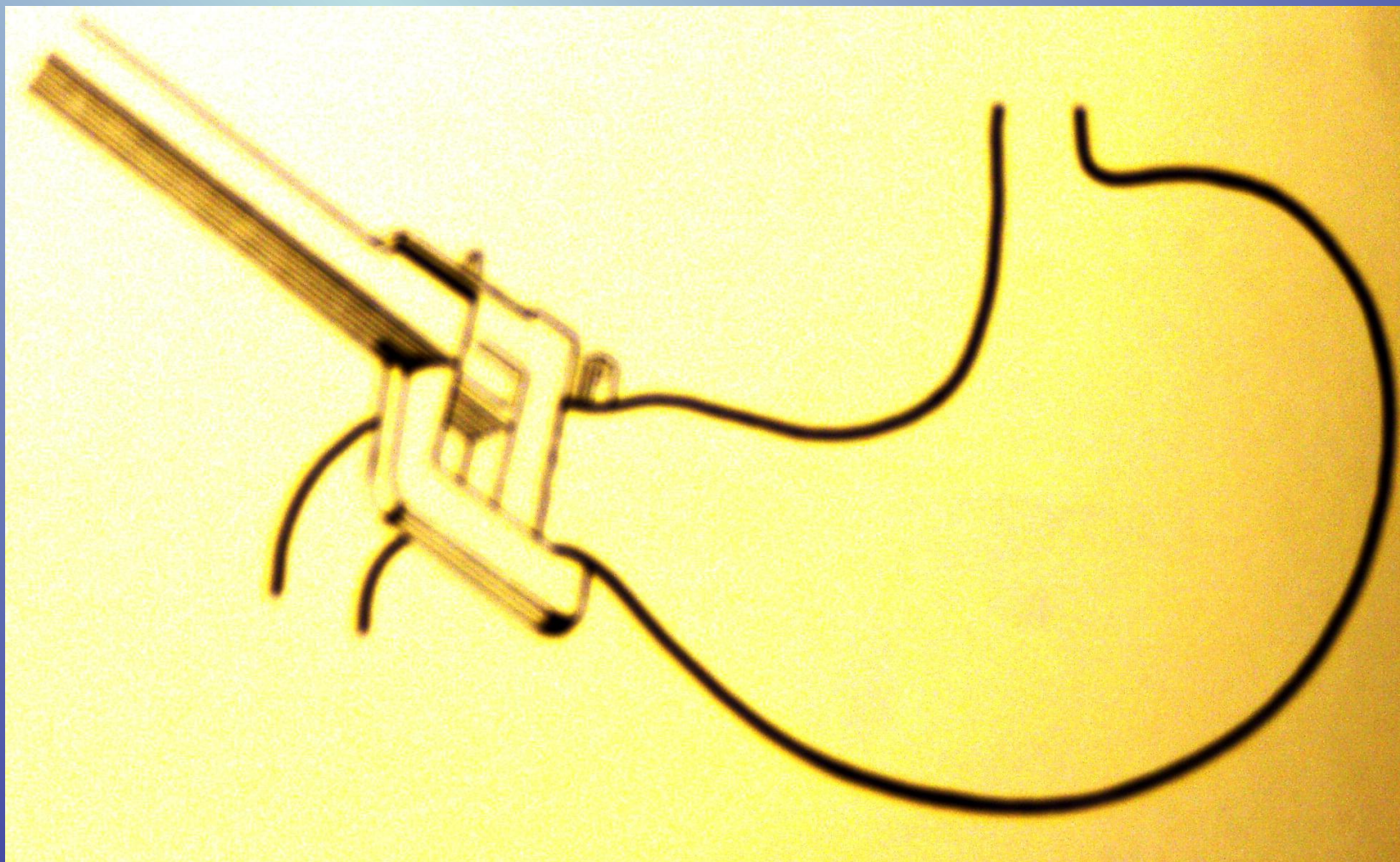
Показана в случаях хронических каллезных желудочных язв. Условия выполнения: а) отсутствие разлитого фибринозно-гнойного перитонита; б) возраст больного менее 60-65 лет и отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний; в) достаточная квалификация хирурга и наличие условий для ее выполнения.

Наложение жомов на 12 – ти перстную кишку и желудок

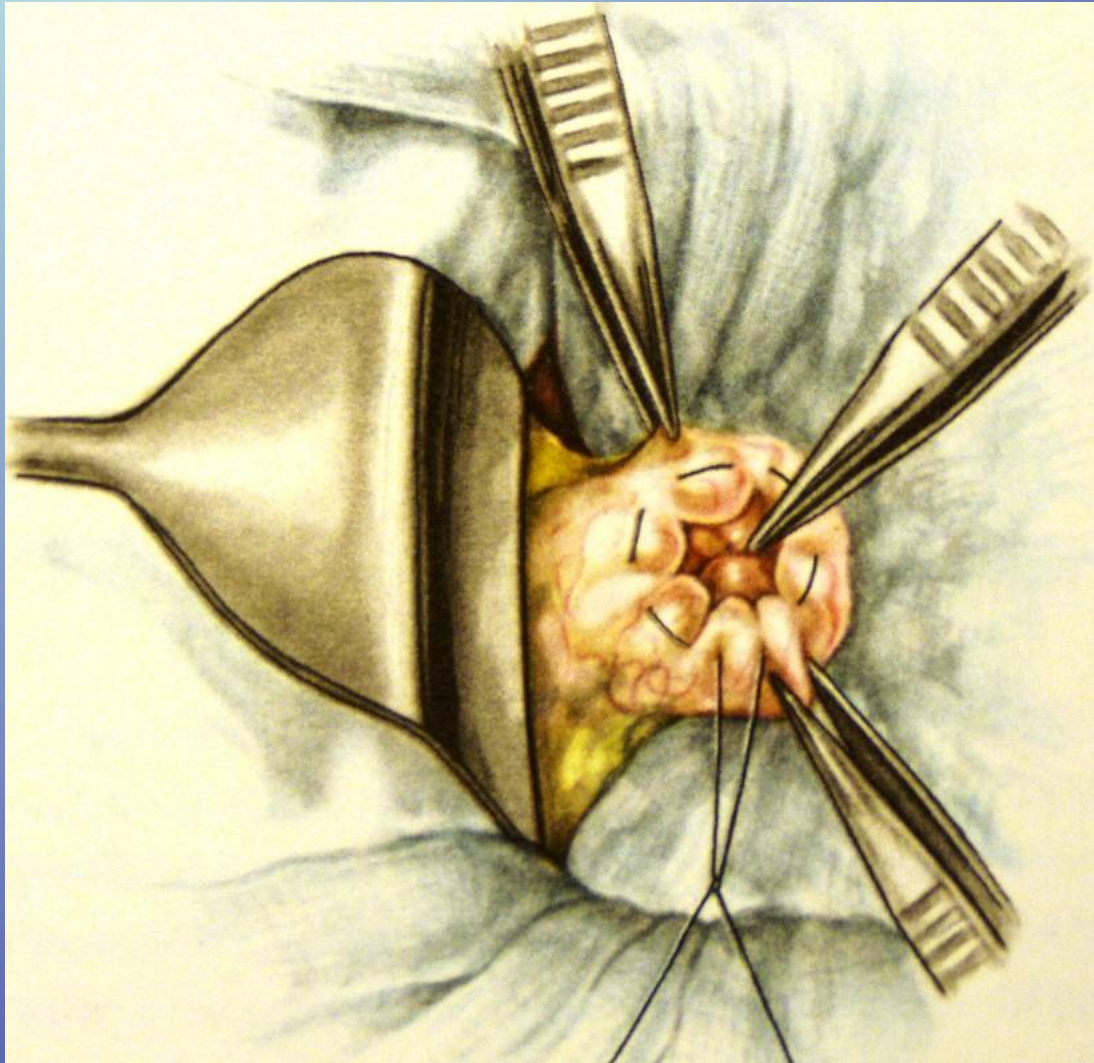
(резекция желудка по Бильрот II).



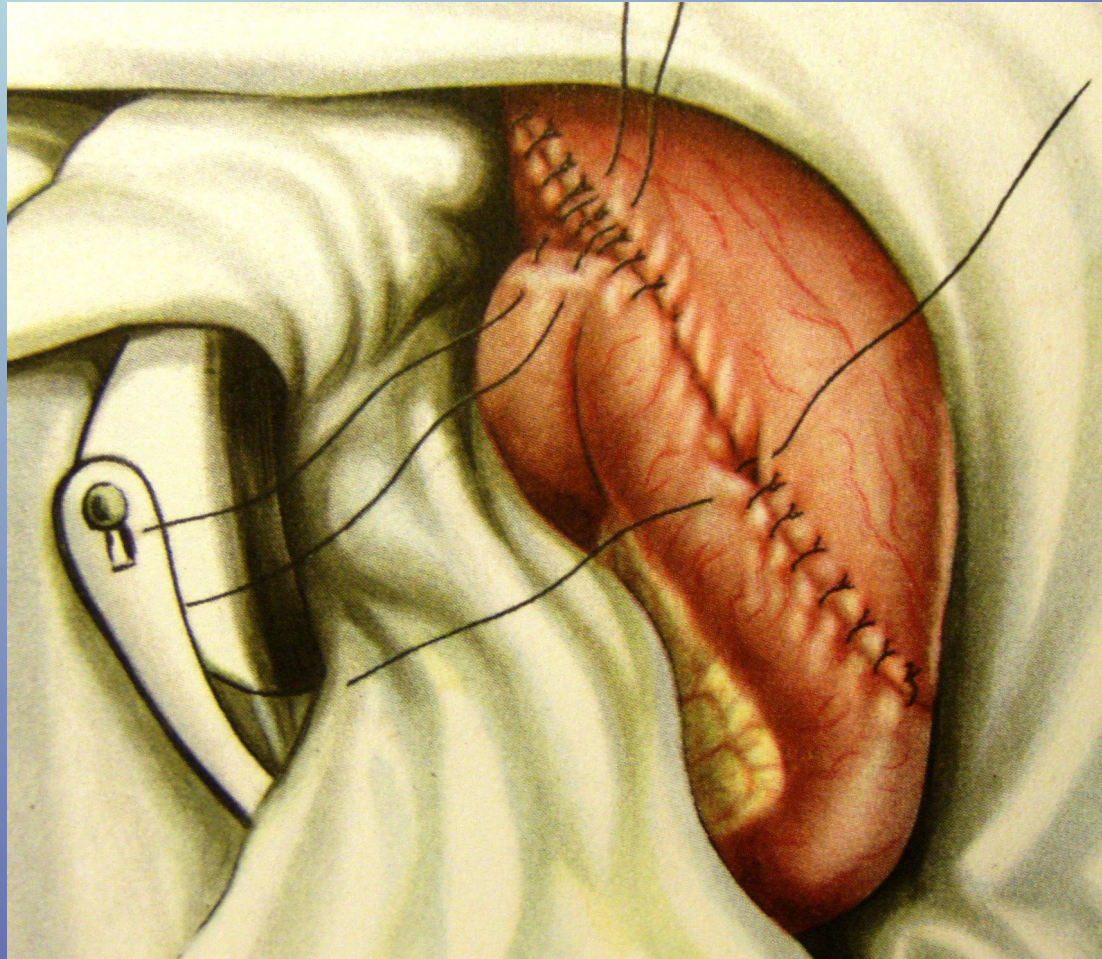
Прошивание 12-ти перстной кишки с помощью сшивающего аппарата



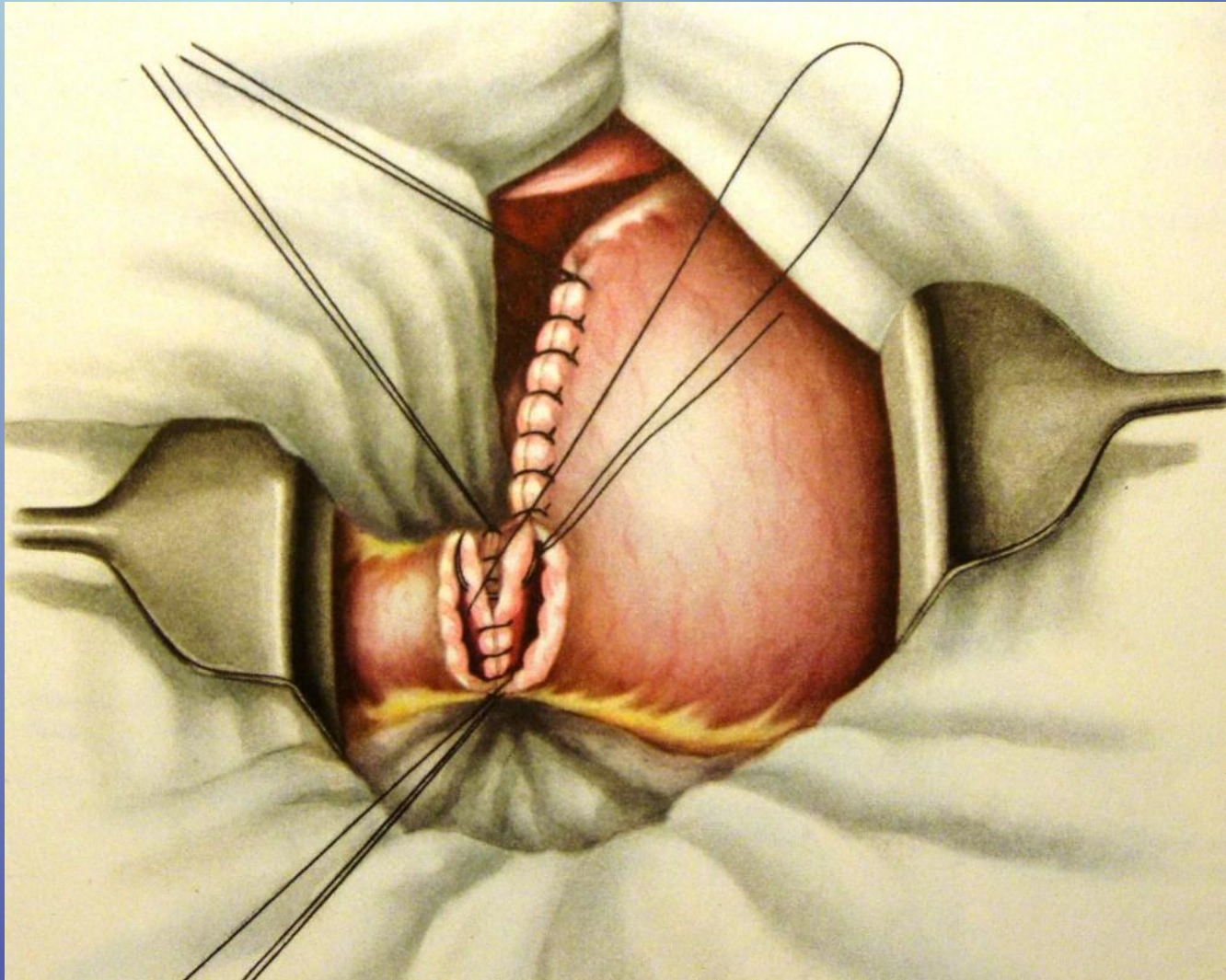
**Обработка культи 12 – ти перстной кишки.
Погружение культи в кисетный шов.
(резекция желудка по Бильрот II).**



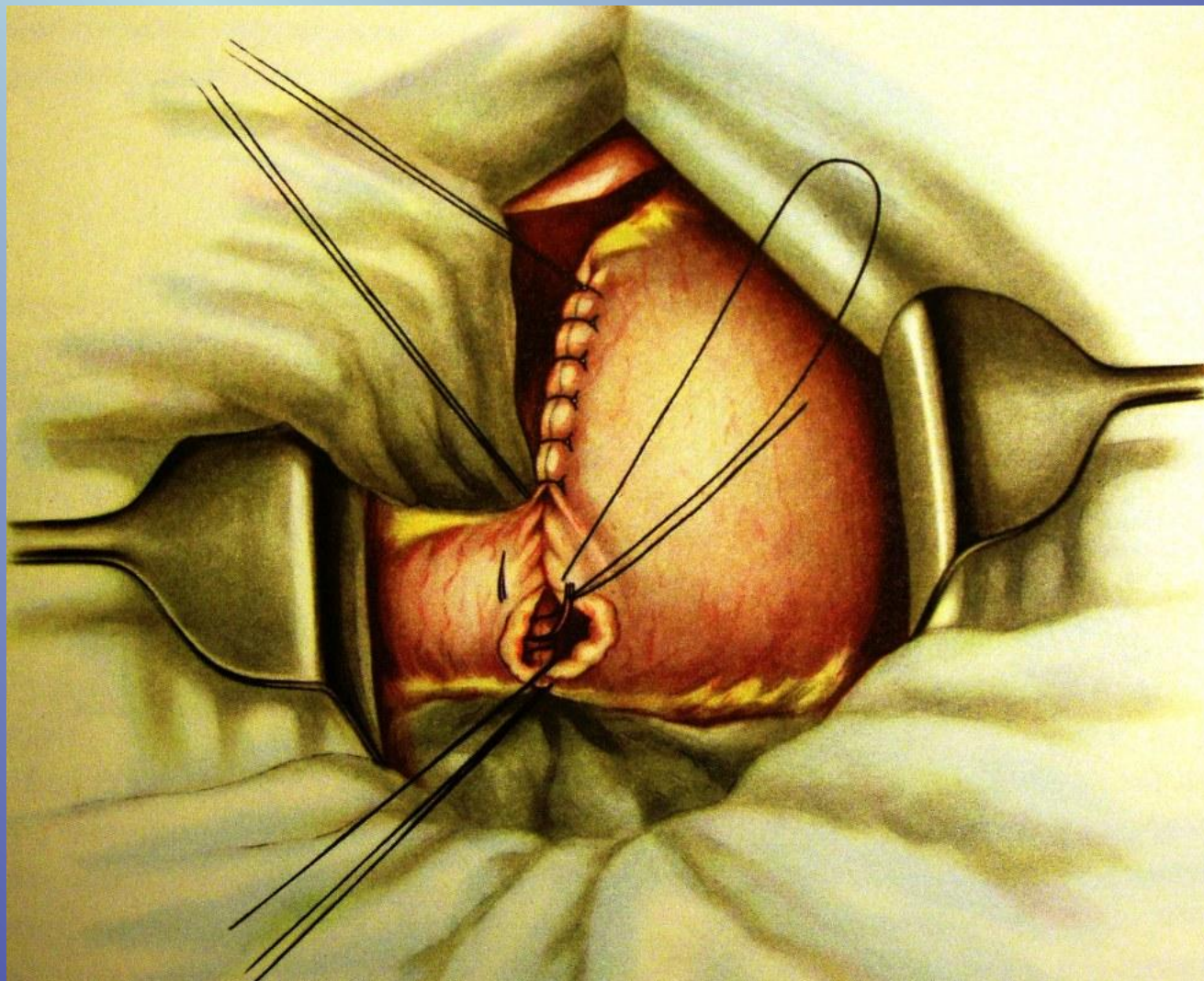
Гастроэнтероанастомоз по Бильрот II



**Резекция желудка по Бильрот I.
Наложение непрерывного шва на заднюю губу
анастомоза.**



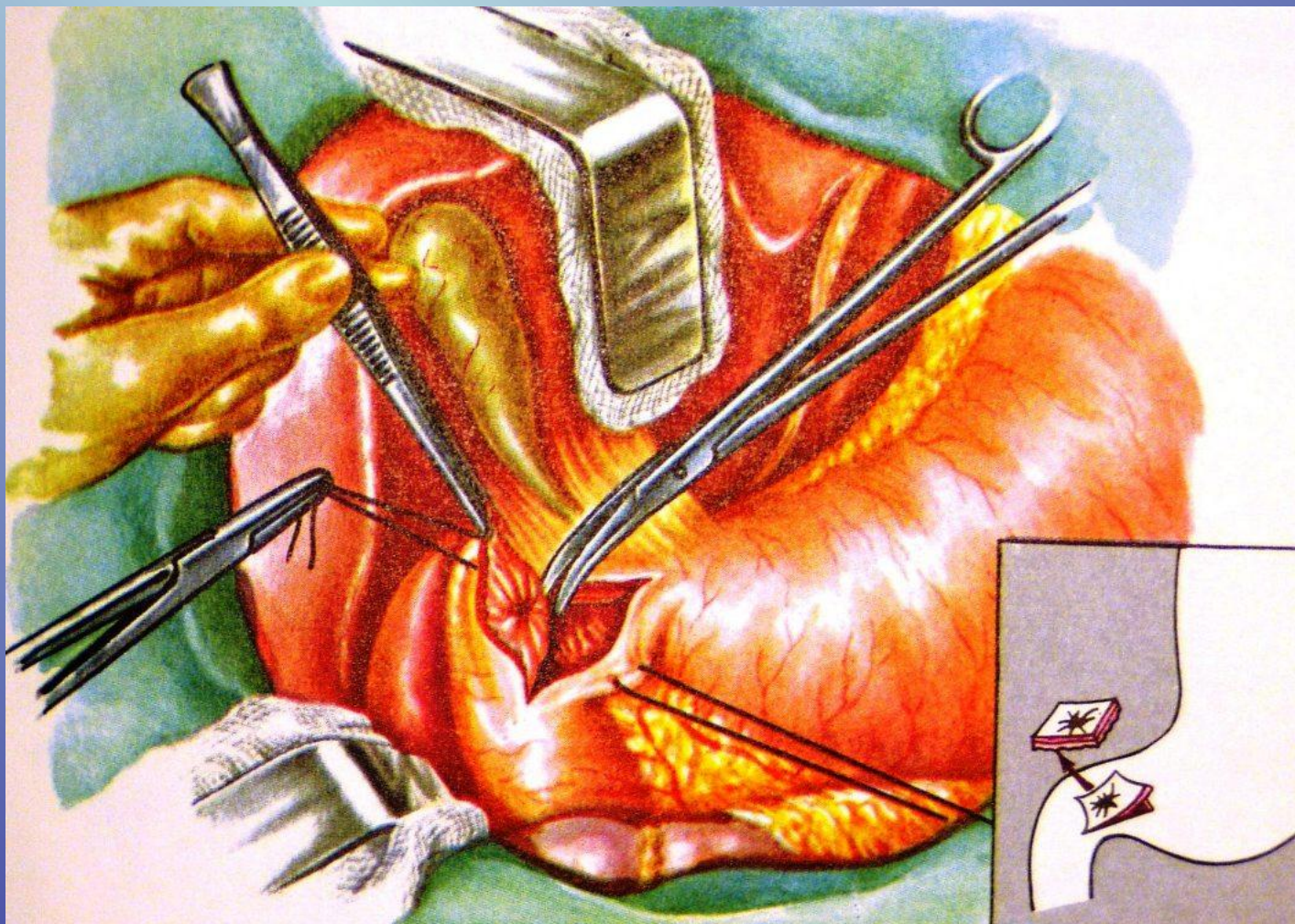
**Резекция желудка по Бильрот I.
Наложение скорняжного шва на переднюю губу
анастомоза.**



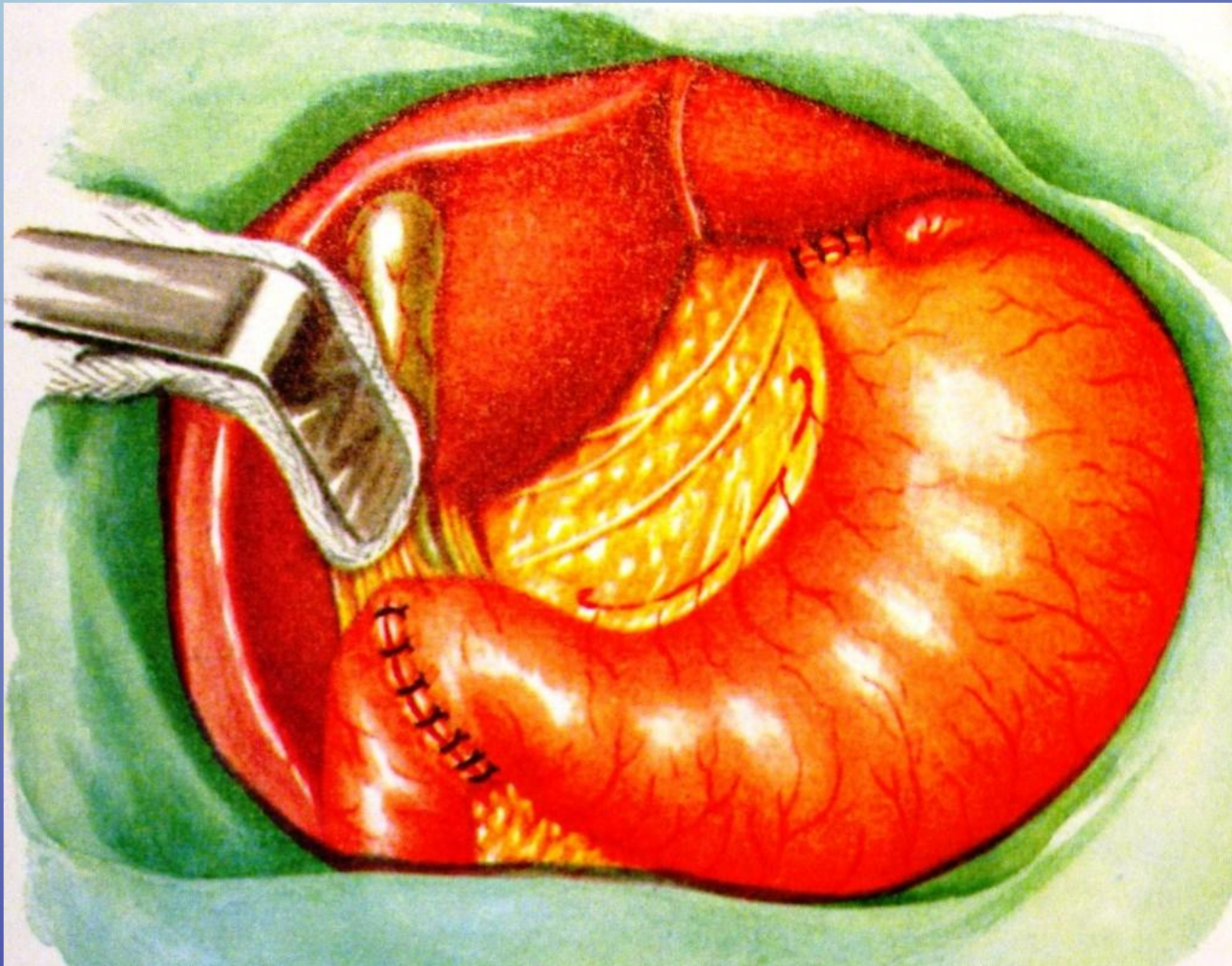
- **3.Иссечение прободной язвы с пилоропластикой и ваготомией.**

Показано при перфоративной язве передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки без значительного воспалительного инфильтрата. Выполняется при таких же условиях, как и резекция желудка.

**Дренирующие операции
Иссечение перфоративной язвы с инфильтратом.**



Операция стволовой ваготомии с изоляцией
перфоративной язвы и последующей
пилоропластикой (золотой стандарт хир. Леч.)
- по Гейнеке – Микуличу.



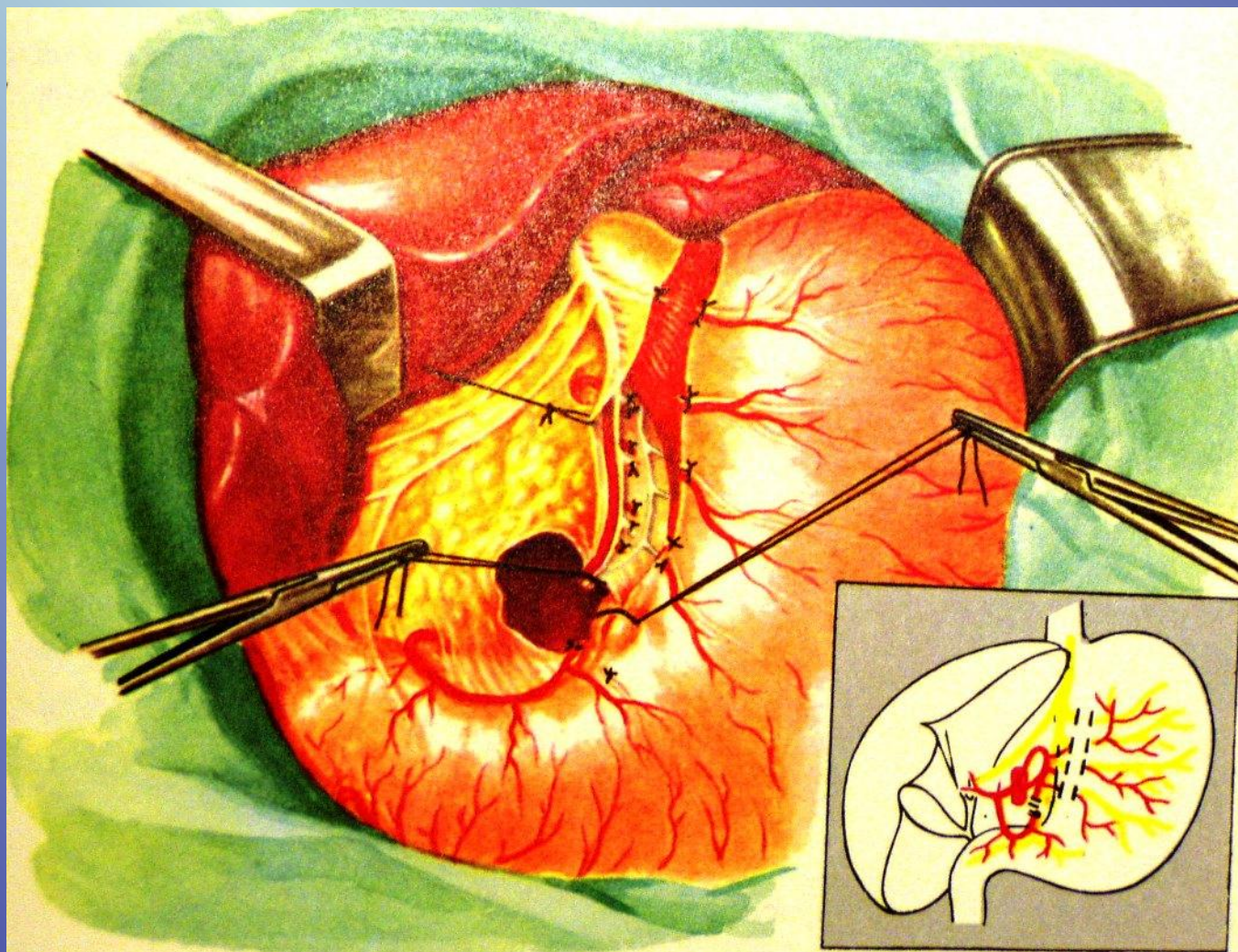
- **4.Пилороантрумэктомия со стволовой ваготомией.**

Показана больным с дуоденостазом или в случае сочетанной формы язвенной болезни, когда обнаруживают перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и хроническую язву желудка.

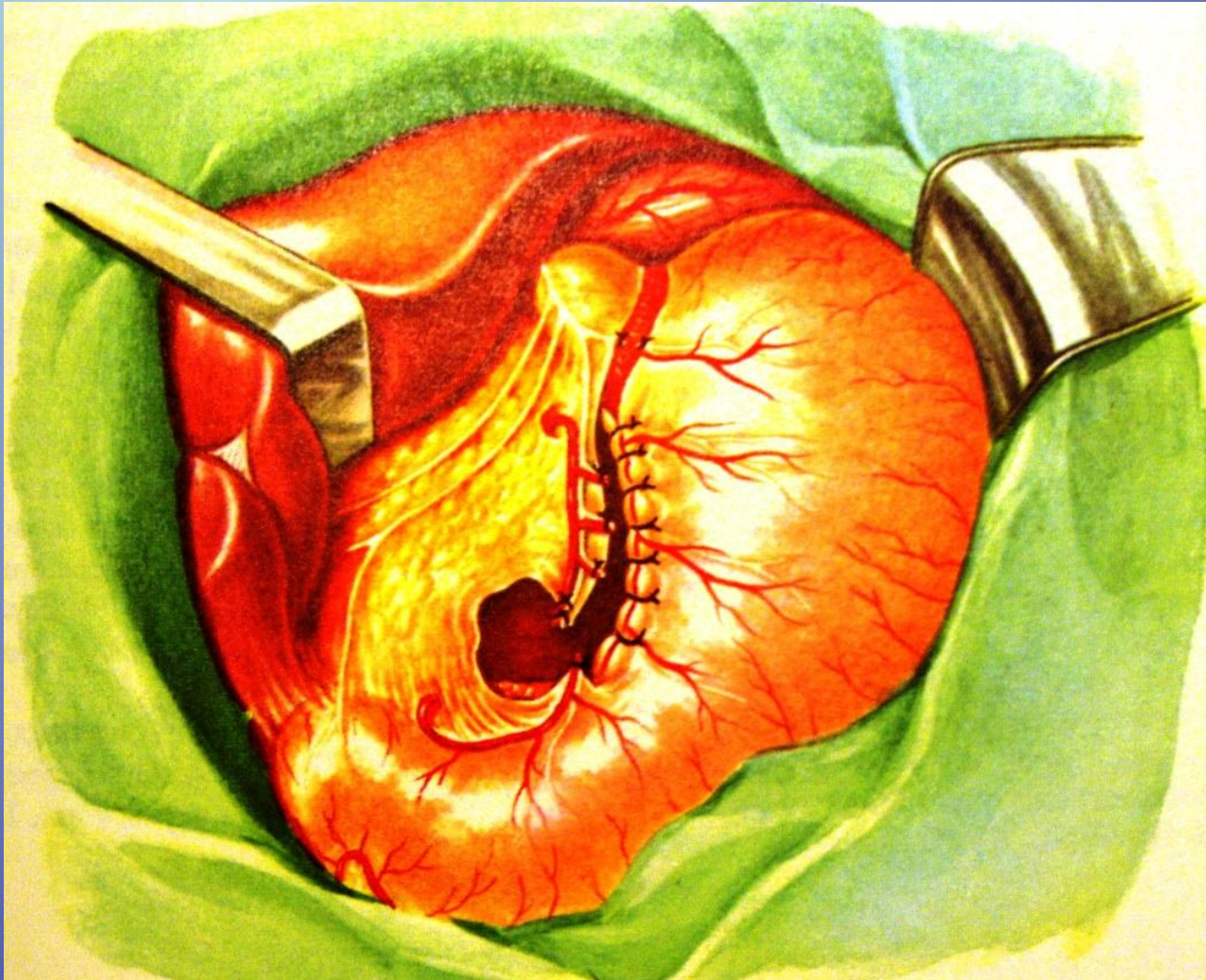
- **5.Селективная проксимальная ваготомия с ушиванием прфоративной язвы.**

Выполняется у больных молодого и среднего возраста при отсутствии перитонита и грубой рубцовой деформации двенадцатиперстной кишки и привратника.

Обнажается задний листок малого сальника с сосудами и ветвями заднего блуждающего нерва к малой кривизне желудка



Область кардии и проксимальная часть малой кривизны свободны от малого сальника, сосудов и нервов.



Консервативное лечение

- **Метод Тейлора**
 - Постоянная аспирация желудочного содержимого, голод.
 - Назначение больших доз антибиотиков, а также придание телу больного положения Фовлера (с приподнятым головным концом)

Язвенная болезнь , осложненная кровотечением

Желудочно-кишечные кровотечения язвенной ЭТИОЛОГИИ

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, составляет 42-47% всех случаев острых гастроинтестинальных кровотечений.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Локализация источника кровотечения:
- Язва желудка.
- Язва двенадцатиперстной кишки.
- Рецидивная язва после различных оперативных вмешательств на желудке.

По степени тяжести кровотечения:

- **легкое**
- **средней степени тяжести**
- **тяжелое**

ДИАГНОСТИКА

1. Клинические проявления:

- общие признаки анемии + рвота «кофейной гущей» или кровью со сгустками + мелена.

Степень тяжести кровопотери

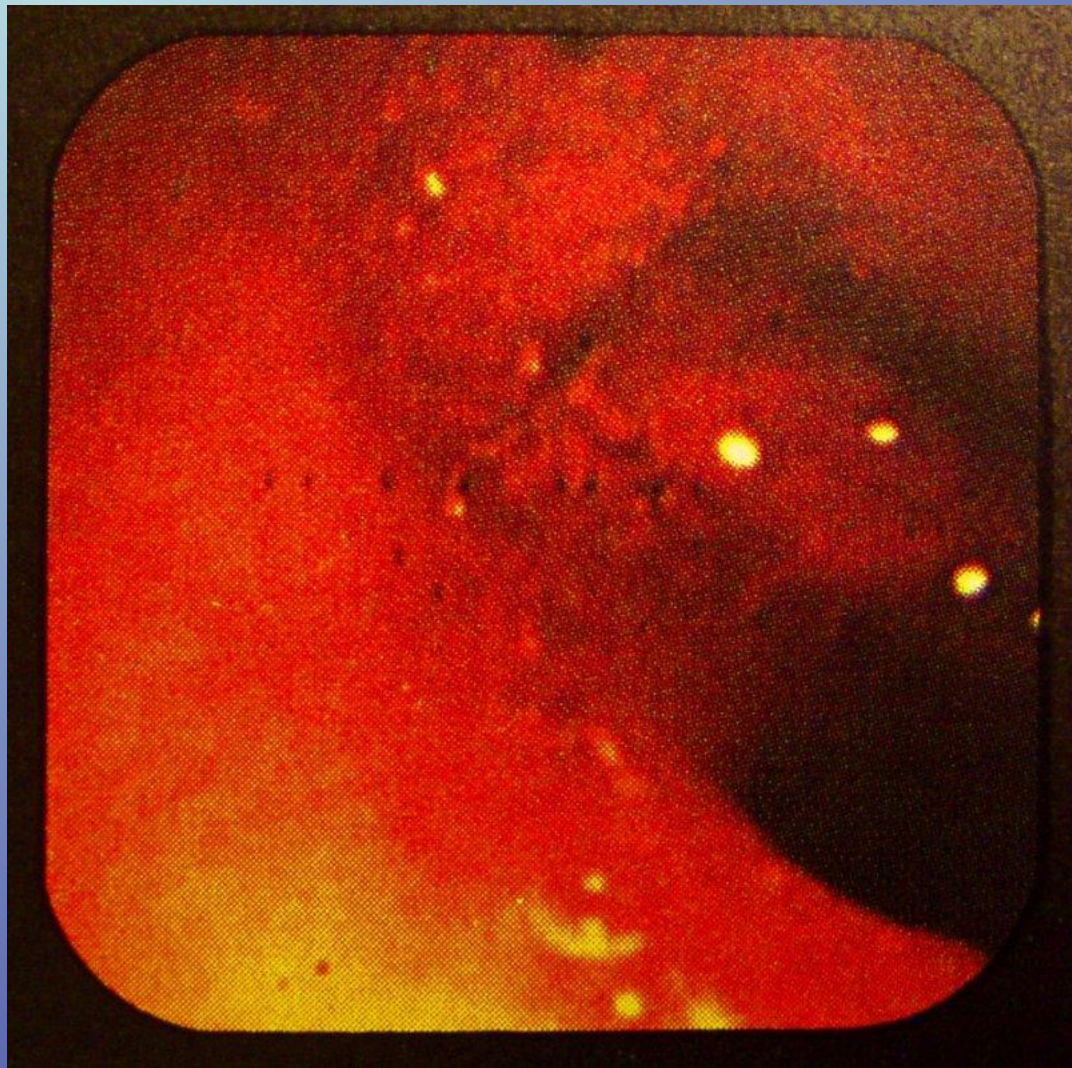
Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Число эритроцитов	$>3,5 \cdot 10^{12}/л$	$3,5 \cdot 10^{12}/л - 2,5 \cdot 10^{12}/л$	$<2,5 \cdot 10^{12}/л$
Уровень гемоглобина, г/л	>100	83 – 100	<83
Частота пульса в 1 мин	До 80	80 – 100	Выше 100
Систолическое АД (мм рт. ст.)	>110	110 – 90	<90
Гематокритное число, %	>30	25 – 30	<25
Дефицит ГО, % от должного	До 20	От 20 до 30	30 и более

2. Неотложная эзофагогастродуоденоскопия.

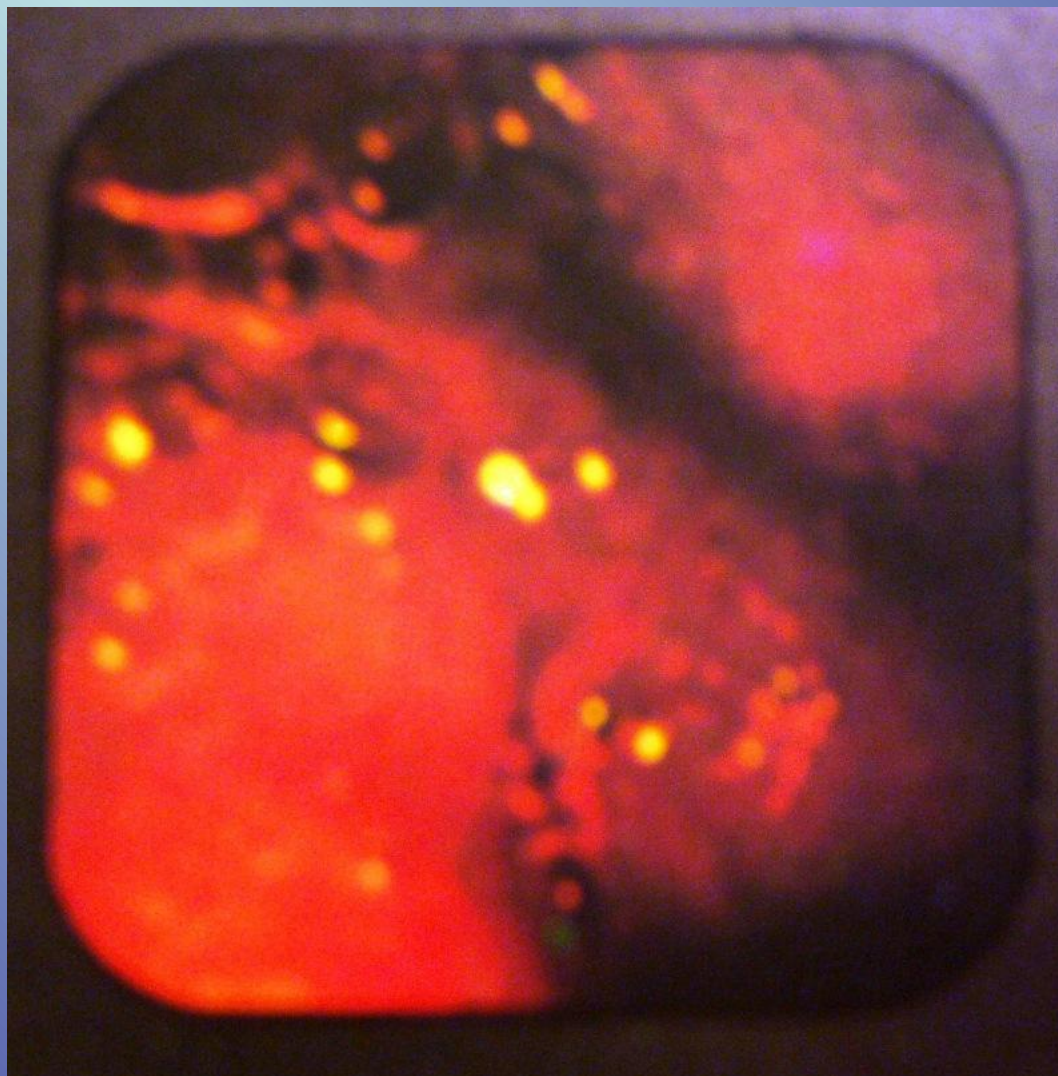
Ведущий метод диагностики источника, типа и характера кровотечения.

- **Источник кровотечения:**
- **а) дуоденальная язва (около 70%)**
- **б) язва желудка (24%) –рис.**
- **в) сочетанная форма язвенной болезни (2,8%)-рис.**
- **г) рецидивная пептическая язва (3,8%)-рис.**

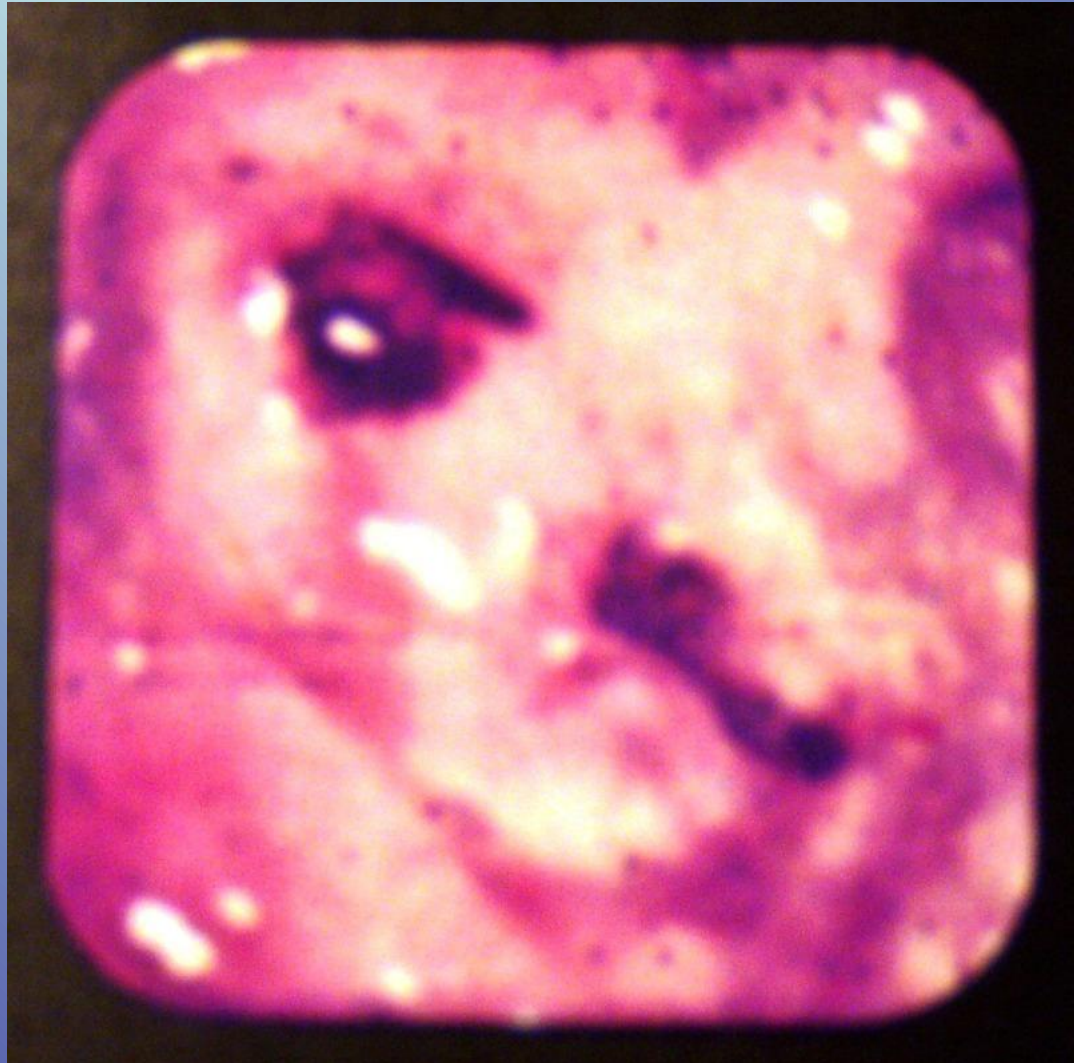
Кровотечение из язвы луковицы 12 – ти перстной кишки. Сгусток крови прикрывает язвенный дефект



**То же наблюдение. Сгусток смещен и
обнажен край язвы.**



**Кратер хронической язвы желудка с
тромбированными сосудами.**



3. Рентгенологическое исследование.

Применяется после остановки кровотечения как метод дополнительной диагностики состояния рентгенанатомии и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

4. Селективная ангиография.

Имеет ограниченное использование. Применяется в специализированных учреждениях при неясных ситуациях, либо при эмболизации кровоточащей артерии.

5. Лабораторная диагностика.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Причины и локализация кровотечений из ВОПТ	Частота
I. Кровотечения язвенной природы	44–49 %
1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	42–46 %
2. Рецидивные пептические язвы желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки после операций на желудке	2–3 %
II. Кровотечения неязвенной природы	51–56 %
IIа. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:	49–53 %
1. Симптоматические (так называемые вторичные, в том числе острые язвы) стрессового, лекарственного и иного происхождения	12–15 %
2. Эрозивно-геморрагические поражения слизистой оболочки	7–18 %
3. Синдром Мэллори-Вейсса	8–11 %
4. Опухоли (злокачественные и доброкачественные)	4–7 %
5. Варикозно расширенные вены (при портальной гипертензии)	9–17 %
6. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; дивертикулы пищевода	<0,1 %
7. Ожоги, механические травмы, инородные тела и др.	0,1–0,5 %
8. Послеоперационные кровотечения (после хирургических и эндоскопических оперативных вмешательств)	1,2–1,8 %
IIб. Заболевания печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (травма, в т.ч. операционная; опухоли; кисты; абсцессы; осложнения желчнокаменной болезни; острый панкреатит)	0,3–0,5 %
IIв. Заболевания кровеносных сосудов: синдром Дьелафуа (интрамуральные артерио-венозные мальформации); аневризма аорты и/или ее ветвей; кавернозные гемангиомы, болезнь Рандю-Вебера-Ослера (множественные телеангиэктазии); ангиэктазии, псевдоксантома; и др.)	0,1–1,4 %
IIг. Заболевания крови: лейкозы, гемофилия, болезнь Верльгофа, болезнь Шенлейна-Геноха, пернициозная анемия и др.	0,3–0,9 %
IIд. Системные и другие заболевания: уремия; амилоидоз; прорыв в ВОПТ внутрибрюшных абсцессов и др.	0,6–1,1 %

ЛЕЧЕНИЕ

Эндоскопическая остановка кровотечения. Обладает достаточно высокой эффективностью и позволяет осуществить временный гемостаз у подавляющего числа больных и адекватно подготовить их к срочному оперативному вмешательству, если оно показано.

Методы:

- а) моно- и биактивная диатермокоагуляция, термокаутеризация, аргоно-плазменная коагуляция;
- б) инъекционные методы введения адреналина, абсолютного этанола и его растворов, склерозантов;
- в) способы эндоклипирования и эндолигирования

Инфузионно – трансфузионная терапия.

а) Кровопотеря в 10-15% ОЦК (500-700 мл) – инфузия только кристаллоидных растворов (0,9% раствор хлорида натрия, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) в объеме 200-300% от величины кровопотери.

б) Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500 мл) – инфузия кристаллоидов и коллоидов в соотношении 3:1 общим объемом 300% от величины кровопотери. Коллоидные кровозаменители: на основе декстрана – полиглюкин, реополиглюкин, реоглюман; на основе пищевого желатина- желатиноль; на основе гидроксипроксиэтилкрахмала – Волекам, НАЕ-стерил, Инфукол ГЭК 6% и 10% раствор. При лечении острой кровопотери объемом до 30% ОЦК нет необходимости в использовании донорской крови.

**в) Кровопотеря 30-40% ОЦК (1500-2000 мл) и выше –кровозаменители (1этап)+переливание эритросодержащих сред и свежезамороженной плазмы(2 этап).
Общий объем – не менее 300% от величины кровопотери.
Эритросодержащие среды должны составлять до 20%, а свежезамороженная плазма- до30% от перелитого объема.**

- ***Фармакотерапия кровотечений***
- Антифибринолитические препараты: аминокaproновая кислота и др. антиферменты + средства, нормализующие коагуляцию-фибриноген, нативная плазма, тромбоцитарная масса.
- Антисекреторные препараты- антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторов H⁺-K⁺ - АТФазы (протоновой помпы).
- Антигеликобактерные препараты + антациды + цитопротекторы (синтетические аналоги простагландинов).
- Синтетический аналог соматостатина (гормон роста)-сандостатин (октреатид)- снижает органный кровоток в брюшной полости.

Питание.

Диета Мейленграхта

(через 3-4 дня после остановки кровотечения).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **Показания к неотложным оперативным вмешательствам**

Оперативные вмешательства

```
graph TD; A[Оперативные вмешательства] --> B[Экстренные]; A --> C[Срочные];
```

Экстренные

- Продолжающееся профузное гастродуоденальное кровотечение язвенной природы (с ранее верифицированным диагнозом язвенной болезни).
- Невозможность остановки гастродуоденального кровотечения неоперативными методами, включая лечебную эндоскопию.
- Рецидив кровотечения в стационаре (при кровотечениях язвенной этиологии).

Срочные

- Клинико-эндоскопические признаки большой угрозы рецидива кровотечения, (преимущественно у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, после подготовки больного к операции в течение 12-24 часов).

Эндоскопические критерии высокой угрозы рецидива кровотечения:

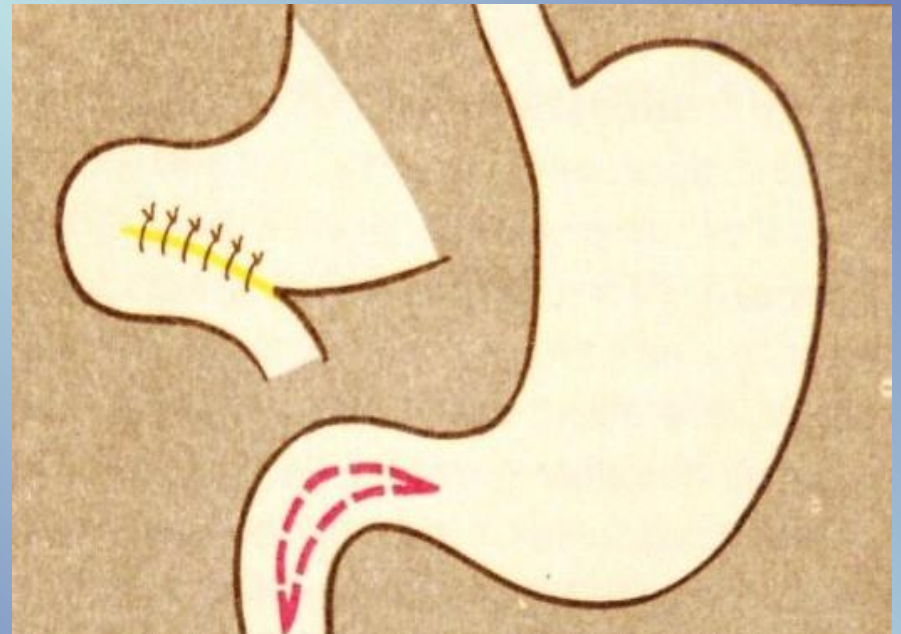
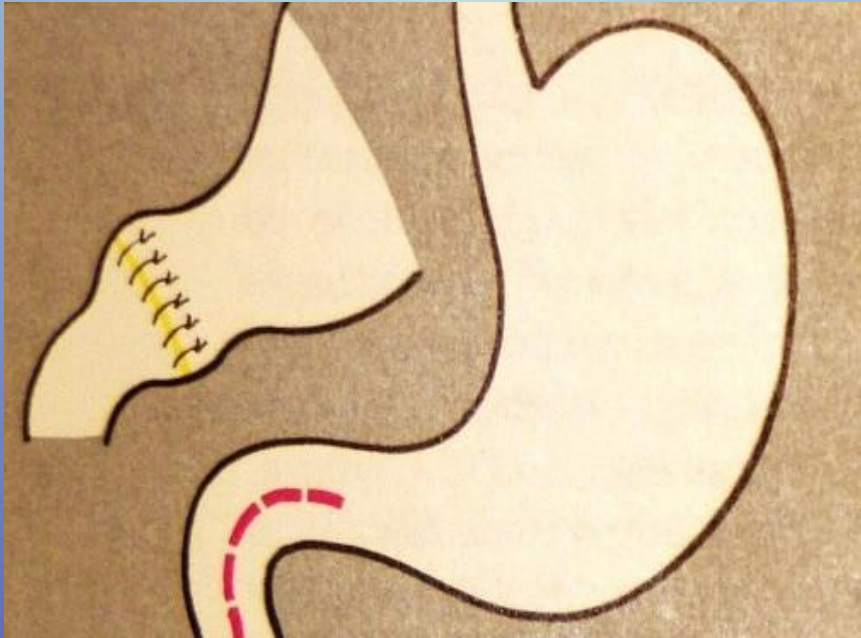
- **Крупные тромбированные сосуды в язвенном кратере.**
- **Язвенный дефект большого диаметра и глубины.**
- **Локализация язвы в проекции крупных сосудов.**

Методы хирургического вмешательства

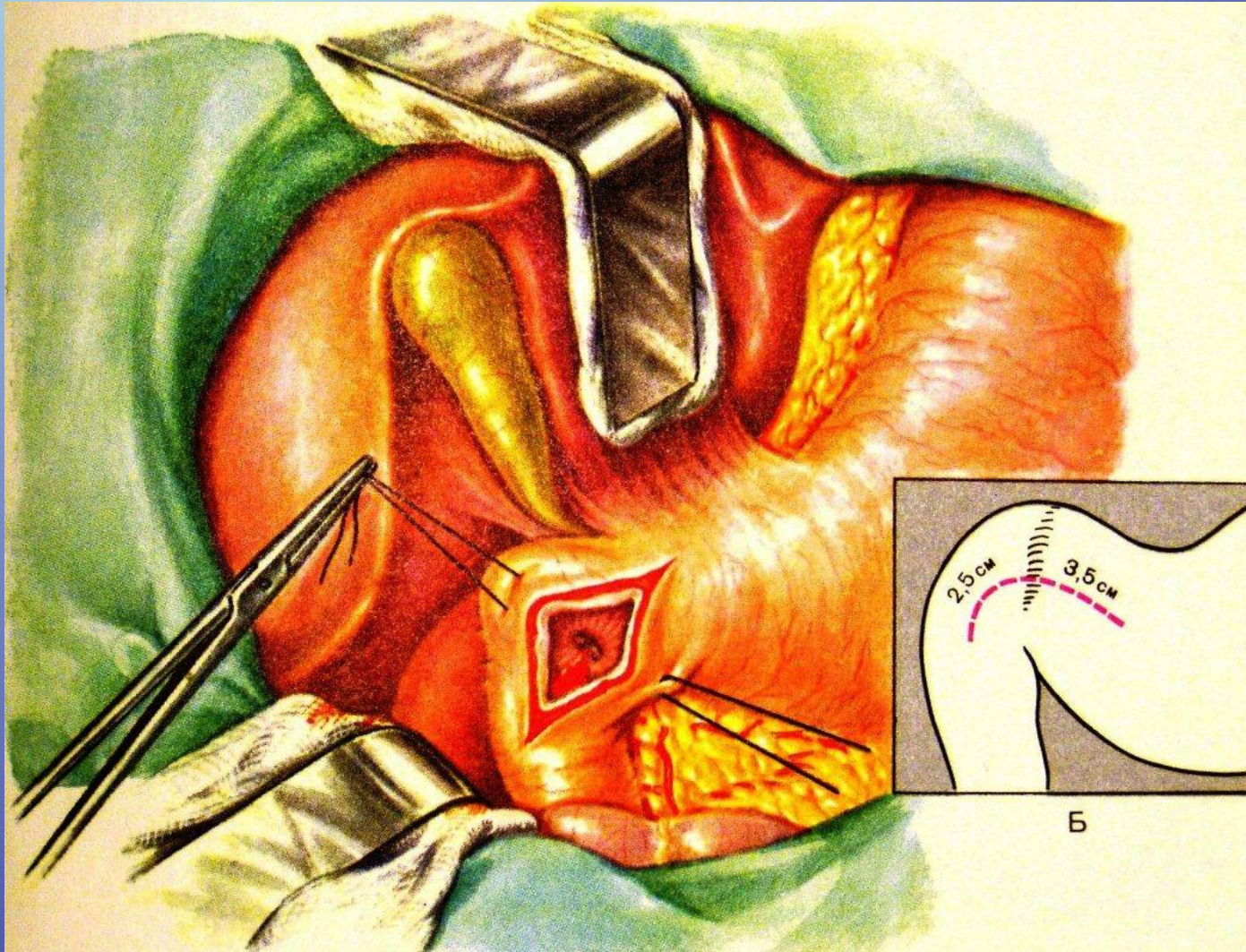
**Органосохраняющие операции с
ваготомией (как правило стволовой)-
остановка кровотечения при
дуоденальных язвах:**

- **Пилородуоденотомия** - иссечение и\или прошивание источника кровотечения отдельными швами, а при пенетрации- с выведением язвенного кратера из просвета кишки (экстрадуоденизация) и последующей стволовой ваготомией с пилоропластикой. Летальность 3-5%.

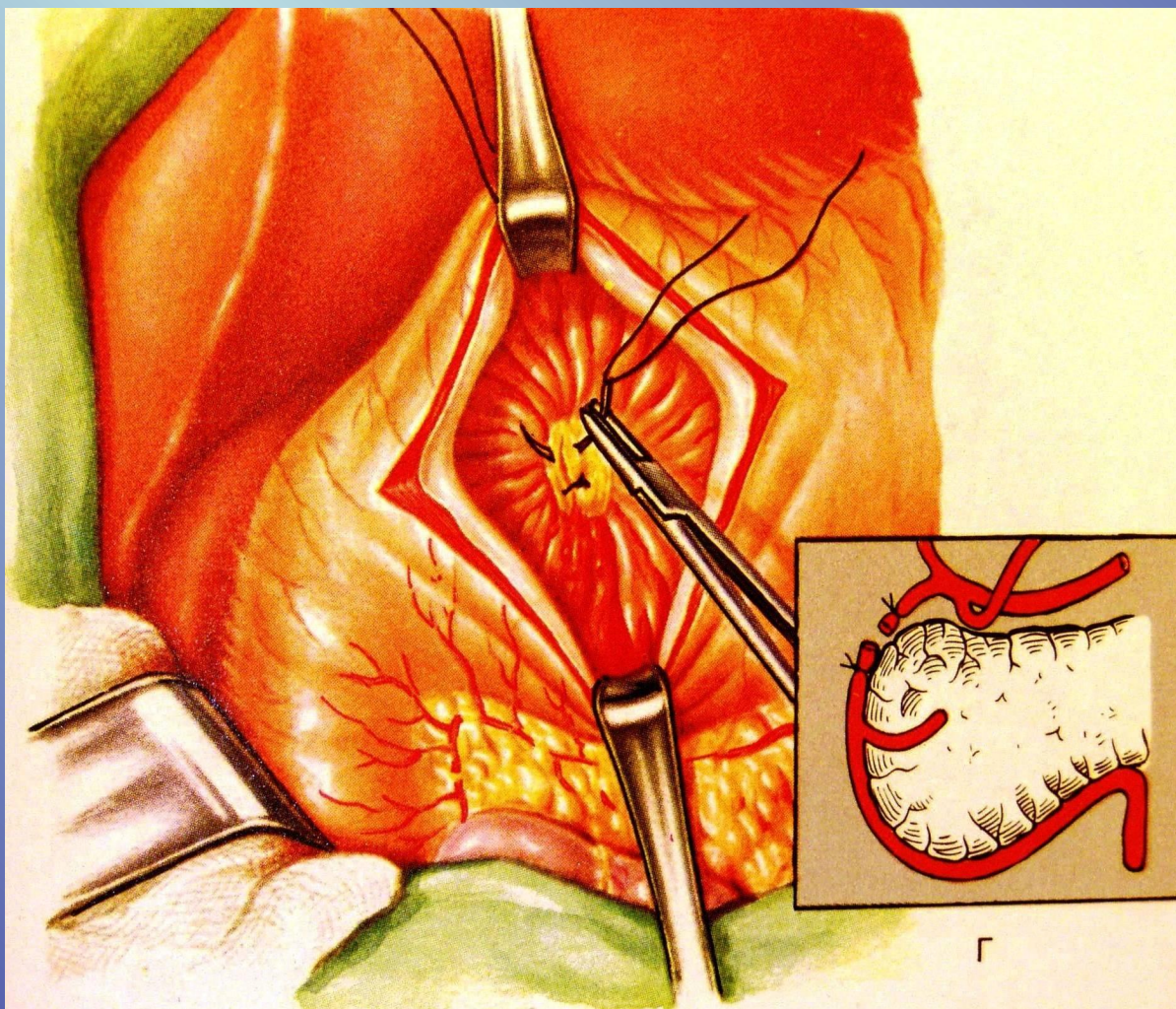
Пилоропластика по Гейнеке – Микуличу. Пилоропластика по Финнею.



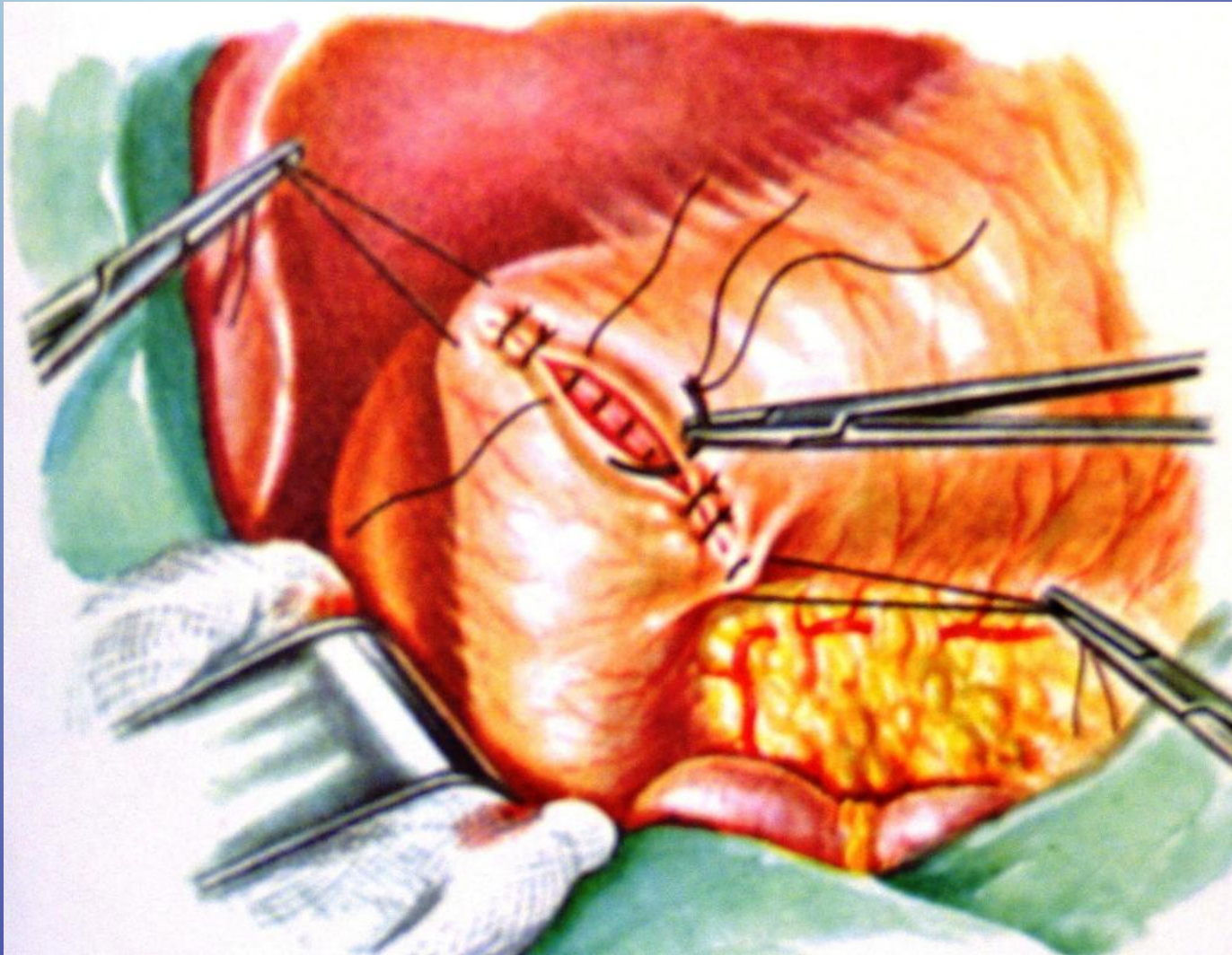
Пилоропластикой по Гейнеке – Микуличу с прошиванием кровоточащего сосуда в язве. Произведена широкая пилородуоденотомия.



Пилоропластика по Гейнеке – Микуличу с прошиванием кровоточащего сосуда в язве.

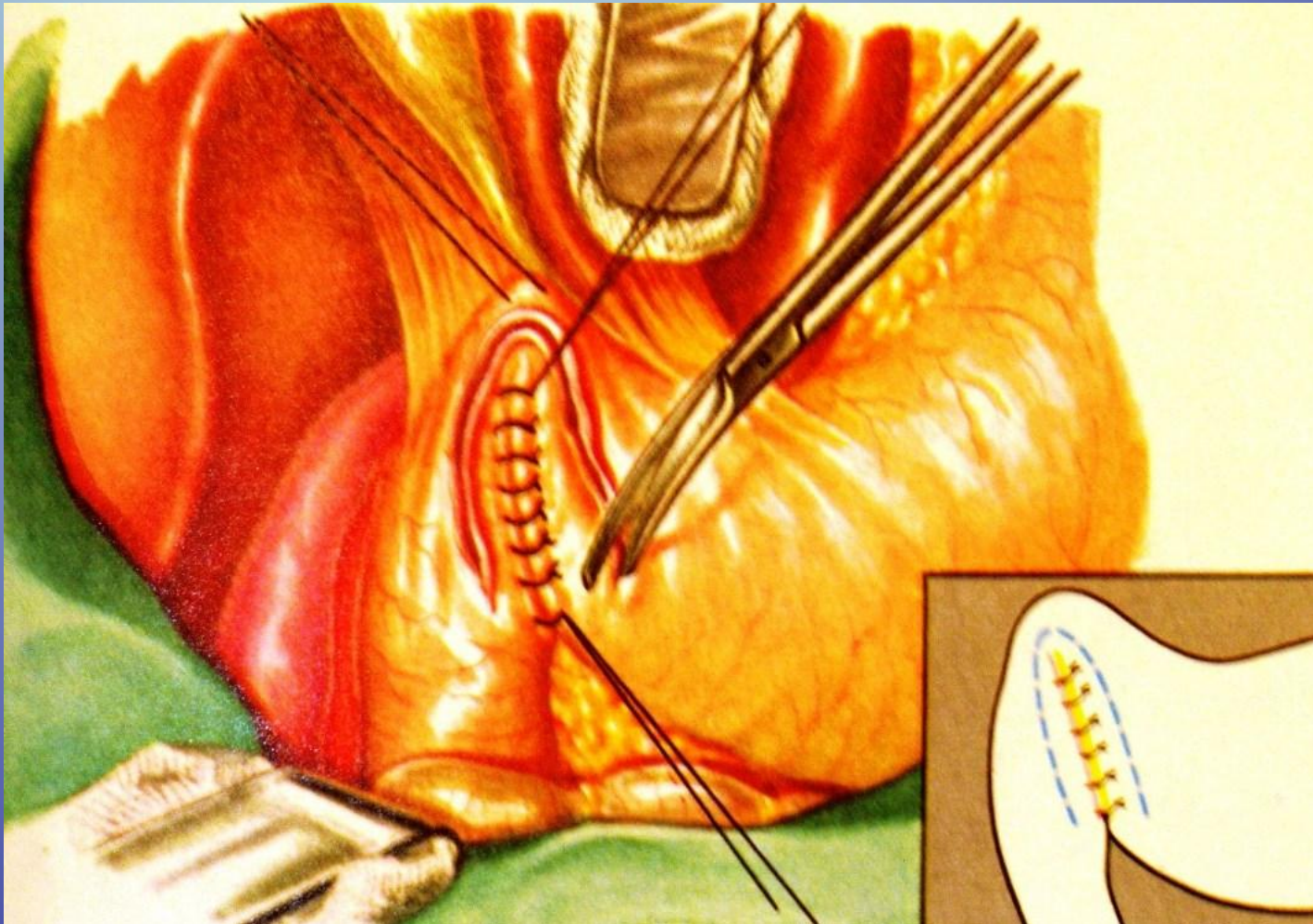


Закрyтие пилоротомического разреза.

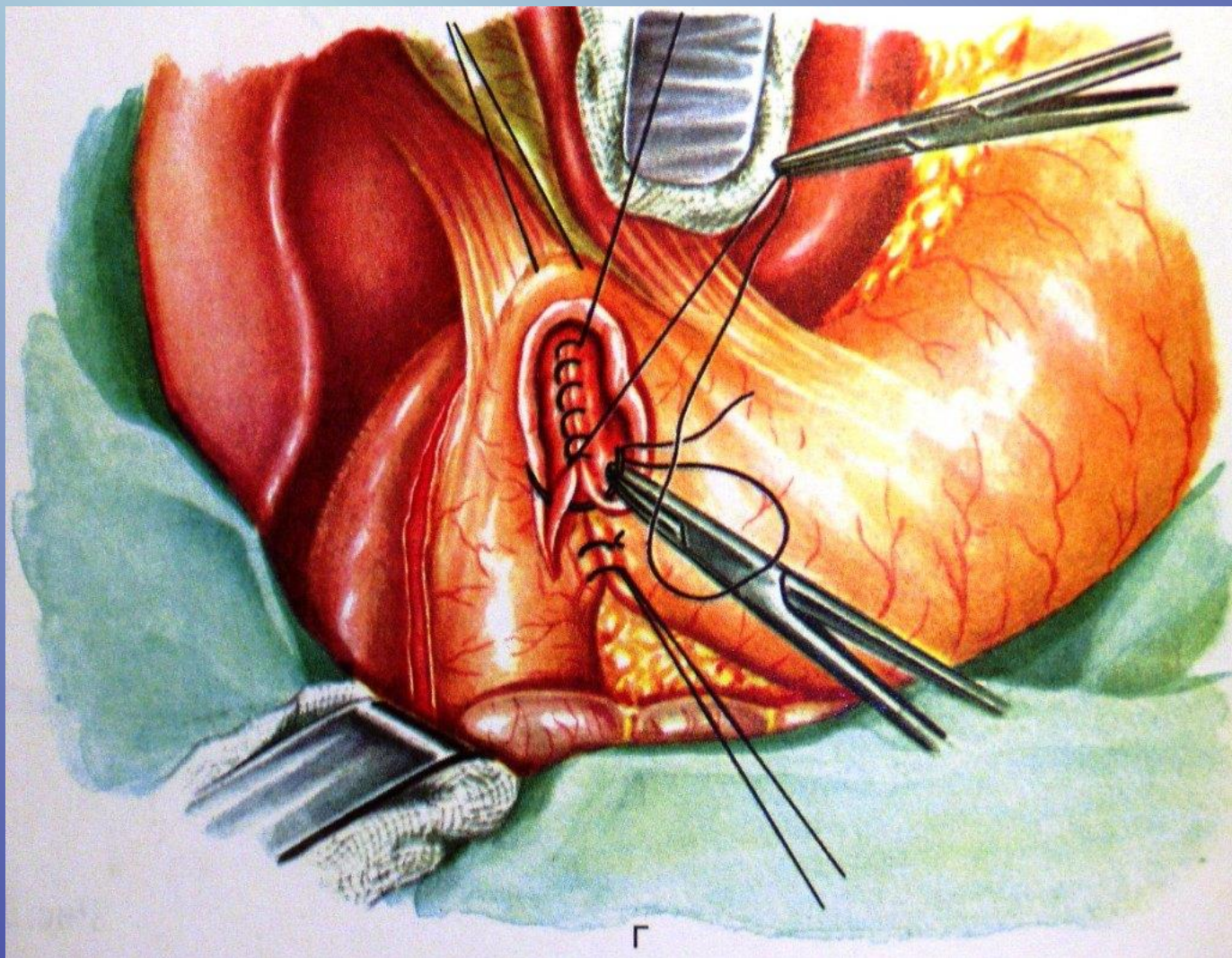


Пилоропластика по Финнею.

Переднюю стенку желудка и 12 – ти перстной кишки
рассекают непрерывным дугообразным разрезом.

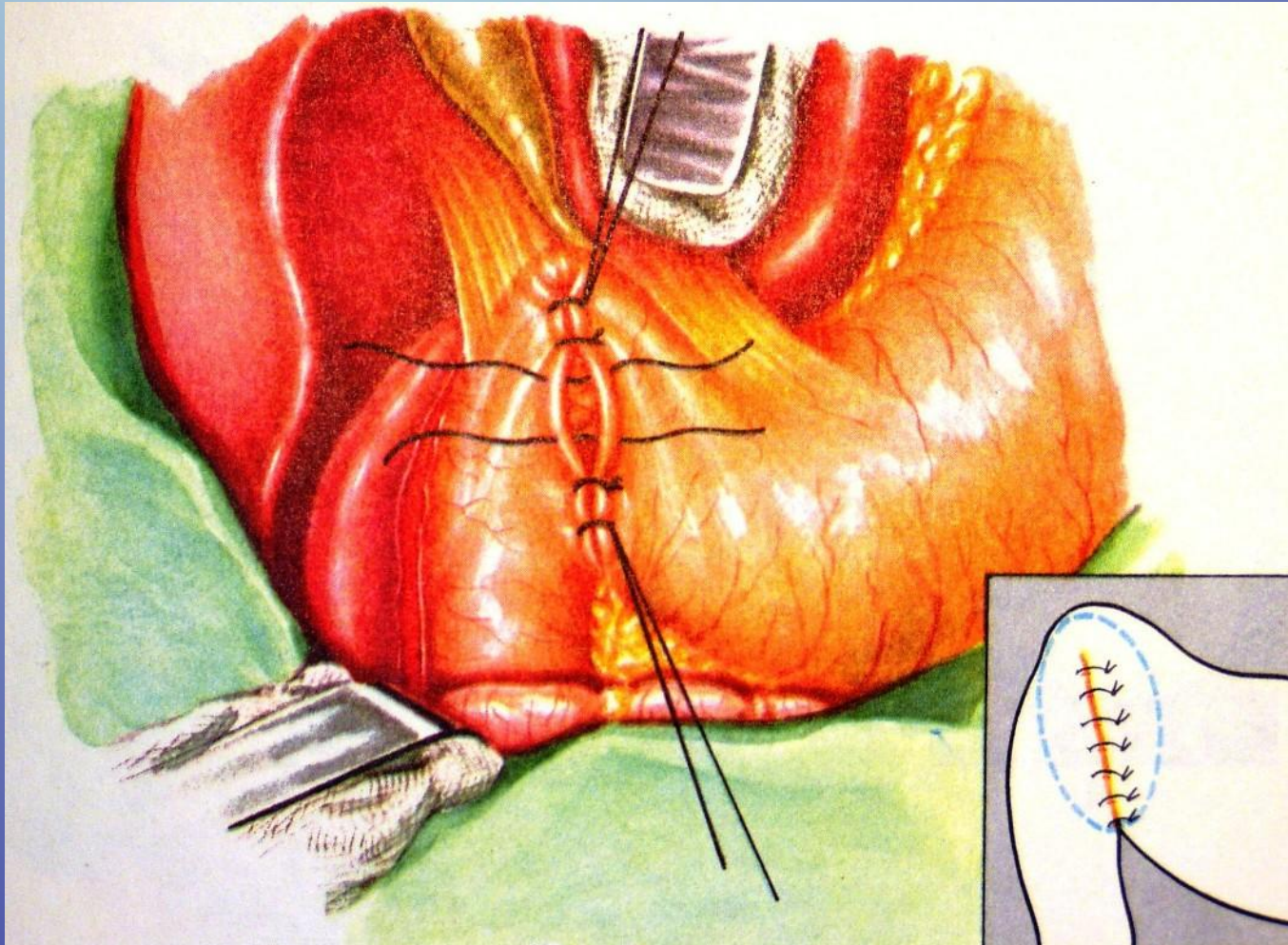


**Пилоропластика по Финнею.
Накладывают задний непрерывный шов
внахлестку для надежного гемостаза.**

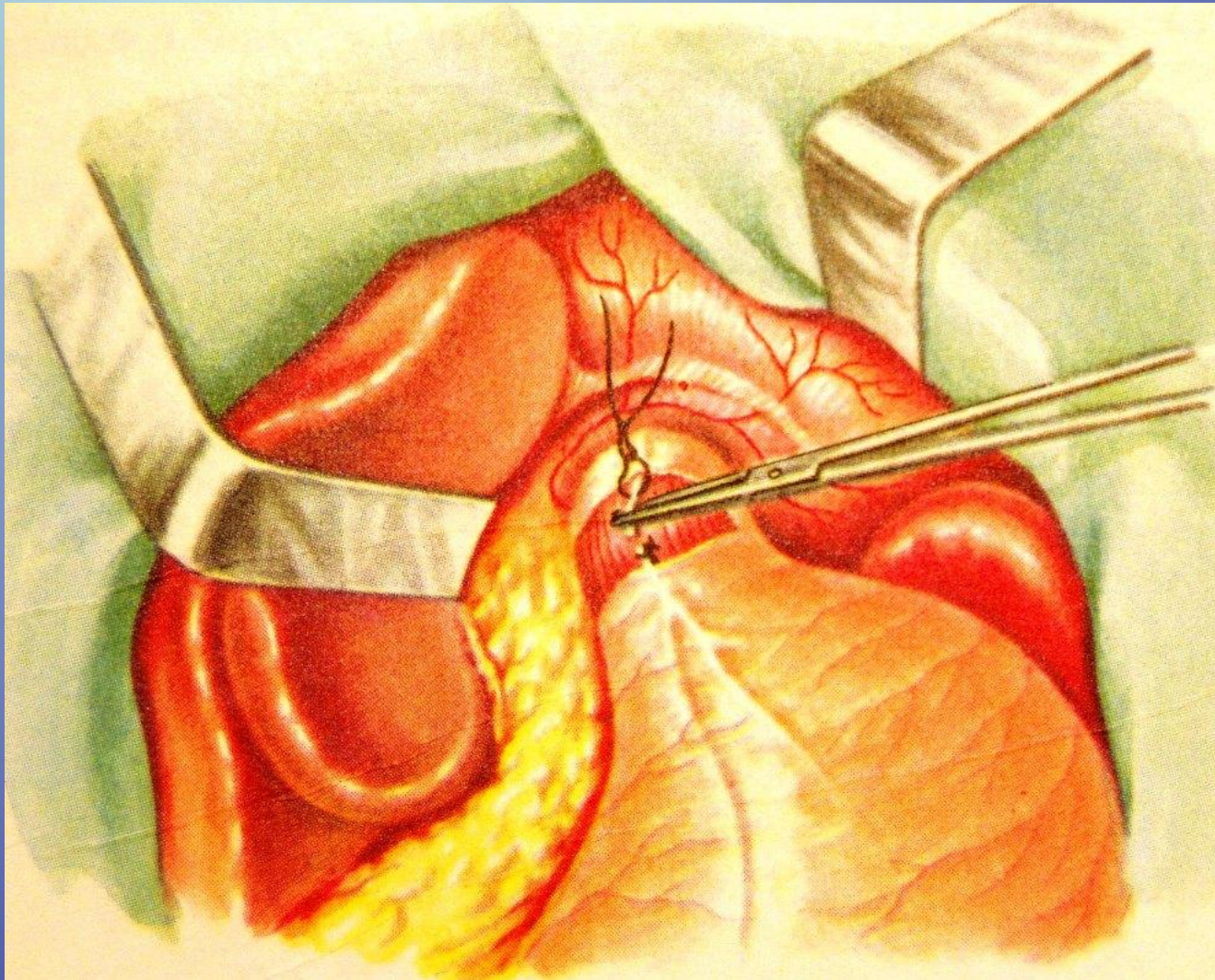


Пилоропластика по Финнею.

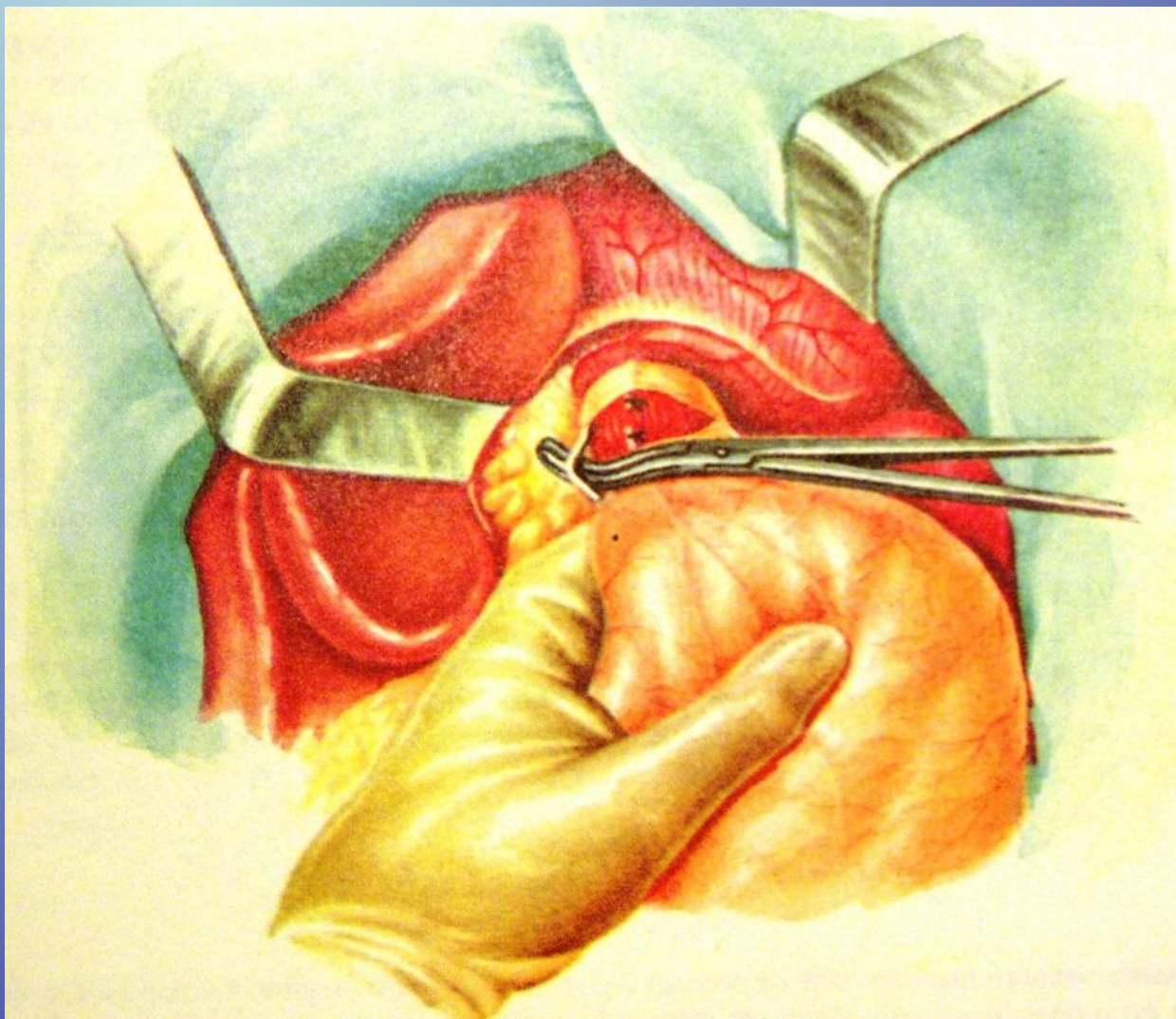
Передний наружный ряд серозно – мышечных швов. (на схеме размеры соустья между желудком и 12 – ти перстной кишкой).



**Чрезбрюшинная ваготомия.
Участок нерва 2 – 3 см иссекают, оба конца
перевязывают лигатурами.**



**Чрезбрюшинная ваготомия.
Задний блуждающий нерв располагается у правой
ножки диафрагмы.**



- **Антрумэктомия с ваготомией и гастроэнтероанастомозом по Б I.** Используется при дуоденальной локализации кровоточащей язвы. Показана при невысокой степени операционного риска (молодой возраст, легкая или средняя степень кровопотери), кровотечении + декомпенсированный пилородуоденальный стеноз или сочетанная форма язвенной болезни.
Летальность 5-10%.

- **Пилоропластика с иссечением или прошиванием язвы без ваготомии.**

Используется при дуоденальных язвах с продолжающимся кровотечением у пациентов пожилого и старческого возраста с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском Летальность более 50%.

- **Резекция 2\3 желудка по Гофмейстеру – Финстереру.**

Применяется при кровоточащей желудочной язве с невысокой степенью операционного риска. Летальность 2-7%.

- **Иссечение (клиновидная резекция) или прошивание желудочной язвы через гастротомический доступ.**

Используется у больных с предельно высокой степенью операционного риска.

Летальность более 50%.

ЯЗВЕННЫЙ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Характеризуется деформацией и сужением пилорoduоденальной области вследствие рубцевания многократно рецидивирующих язв с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка.

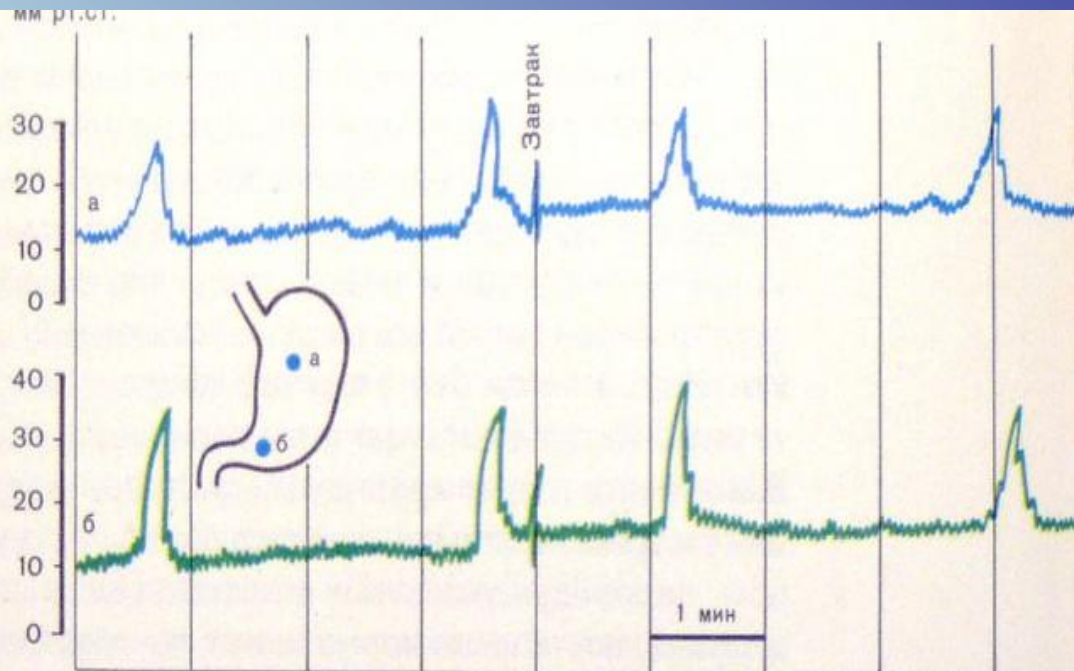
КЛАССИФИКАЦИЯ

Исследования	Стадии стеноза		
	компенсированный	субкомпенсированный	декомпенсированный
Клинические	Начальные признаки стеноза. Проба с зондированием (+). Лечение уменьшает до нормы объём аспирируемого содержимого	Яркая клиника стеноза. Нарушение водно-солевого обмена, снижение массы тела. Проба с зондированием (++), застойное содержимое. Лечение уменьшает объём аспирируемого содержимого	Рвоты может не быть. Общее состояние тяжёлое, кахексия, обезвоживание, гипопроteinемия, гипокалиемия, азотемия, алкалоз. Проба с зондированием (+++), постоянное наличие пищевых масс в желудке
Рентгенологические	Желудок нормальных размеров или несколько расширен, перистальтика усилена. Сужение пилорoduоденального канала. Задержка эвакуации на 6–12 ч	Желудок расширен, натощак определяется жидкость. Перистальтика ослаблена. Сужение пилорoduоденального канала. Задержка эвакуации на 12–24 ч	Желудок резко растянут, натощак определяется большое количество содержимого. Перистальтика резко ослаблена. Задержка эвакуации более чем на 24 ч
Эндоскопические	Выраженная рубцовая деформация пилорoduоденального канала с сужением его просвета до 0,5–1 см	Желудок растянут. Пилорoduоденальный канал сужен до 0,3–1 см за счёт резкой рубцовой деформации	Желудок больших размеров. Атрофия слизистой оболочки. Различной степени рубцовые сужения пилорoduоденального канала
Моторная функция желудка (иономанометрия)	Тонус желудка нормальный или повышенный. Сокращения антрального отдела усилены, часто носят спастический характер. Замедление ритма голодных сокращений желудка. После пищевой нагрузки — редкие сокращения желудка в период задержки начальной эвакуации	Тонус желудка нормальный или незначительно сниженный. Сохраняется градиент давления между смежными отделами. Натощак и после пищевой нагрузки — редкие сокращения в теле и антральном отделе желудка. Значительное снижение силы редких сокращений после растяжения желудка пищей. Выраженная задержка начальной эвакуации	Тонус желудка резко снижен, одинаковый в теле и антральном отделе. Базальный тонус равен пластическому. Натощак и после пищевой нагрузки — редкие сокращения сниженной амплитуды, особенно в антральном отделе. Длительная задержка начальной эвакуации

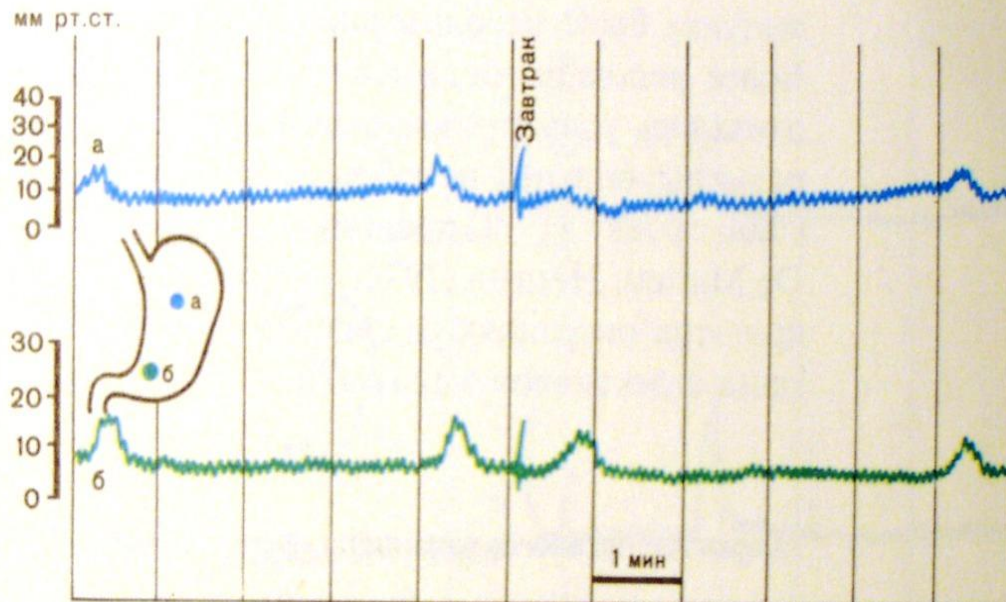
ДИАГНОСТИКА

- **Клиническая симптоматика**
- **Рентгенологическое исследование**

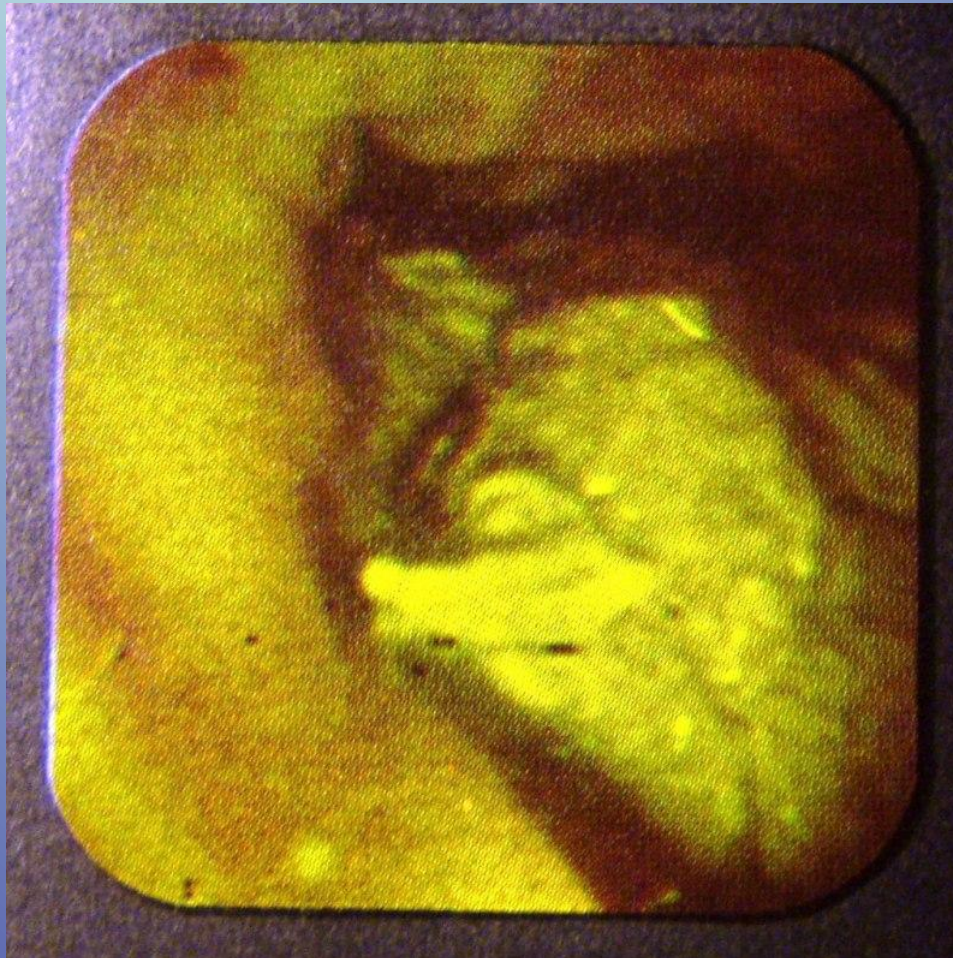
Рентгенограмма и график моторики желудка у больного с компенсированным стенозом привратника до операции.



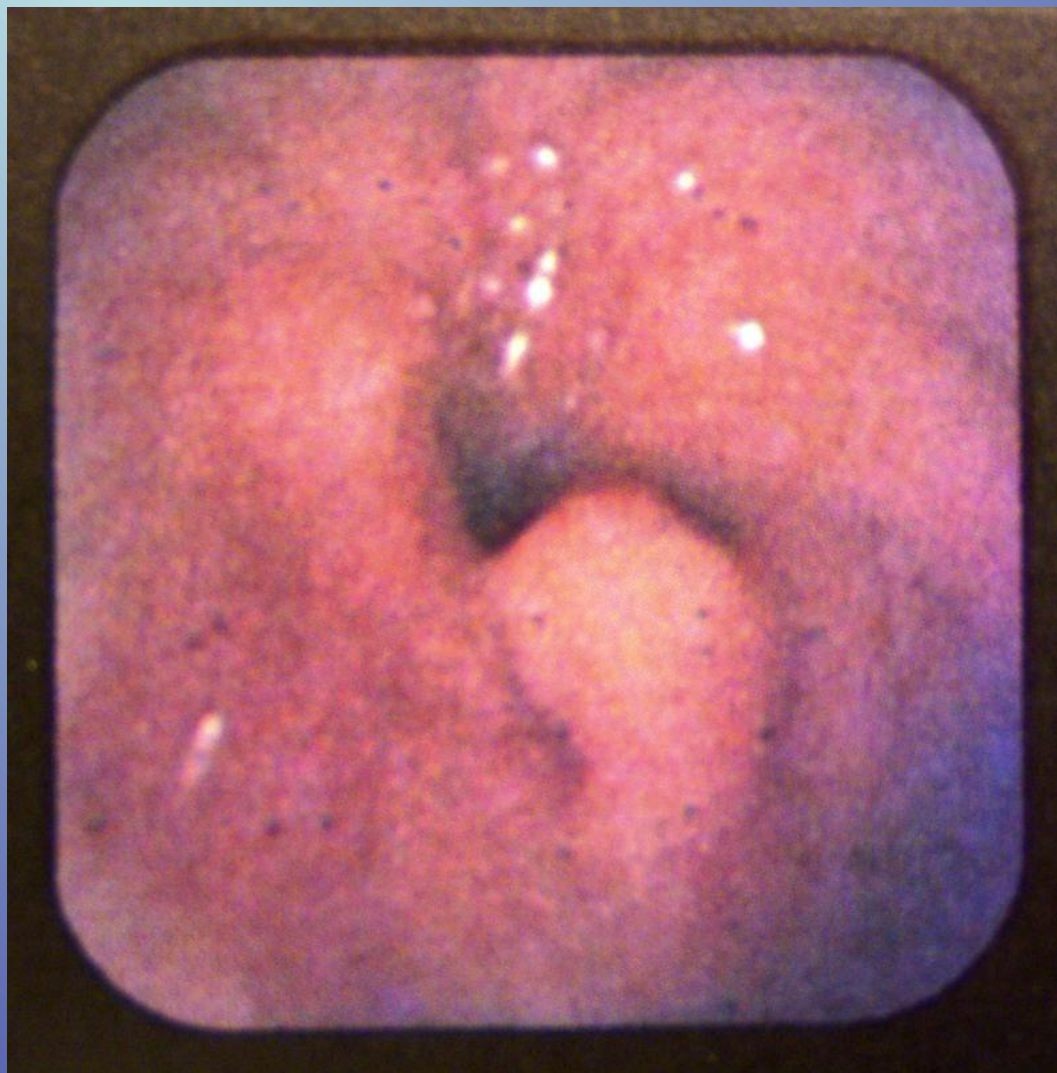
Рентгенограмма и график моторики желудка у больного с декомпенсированным стенозом привратника до операции.



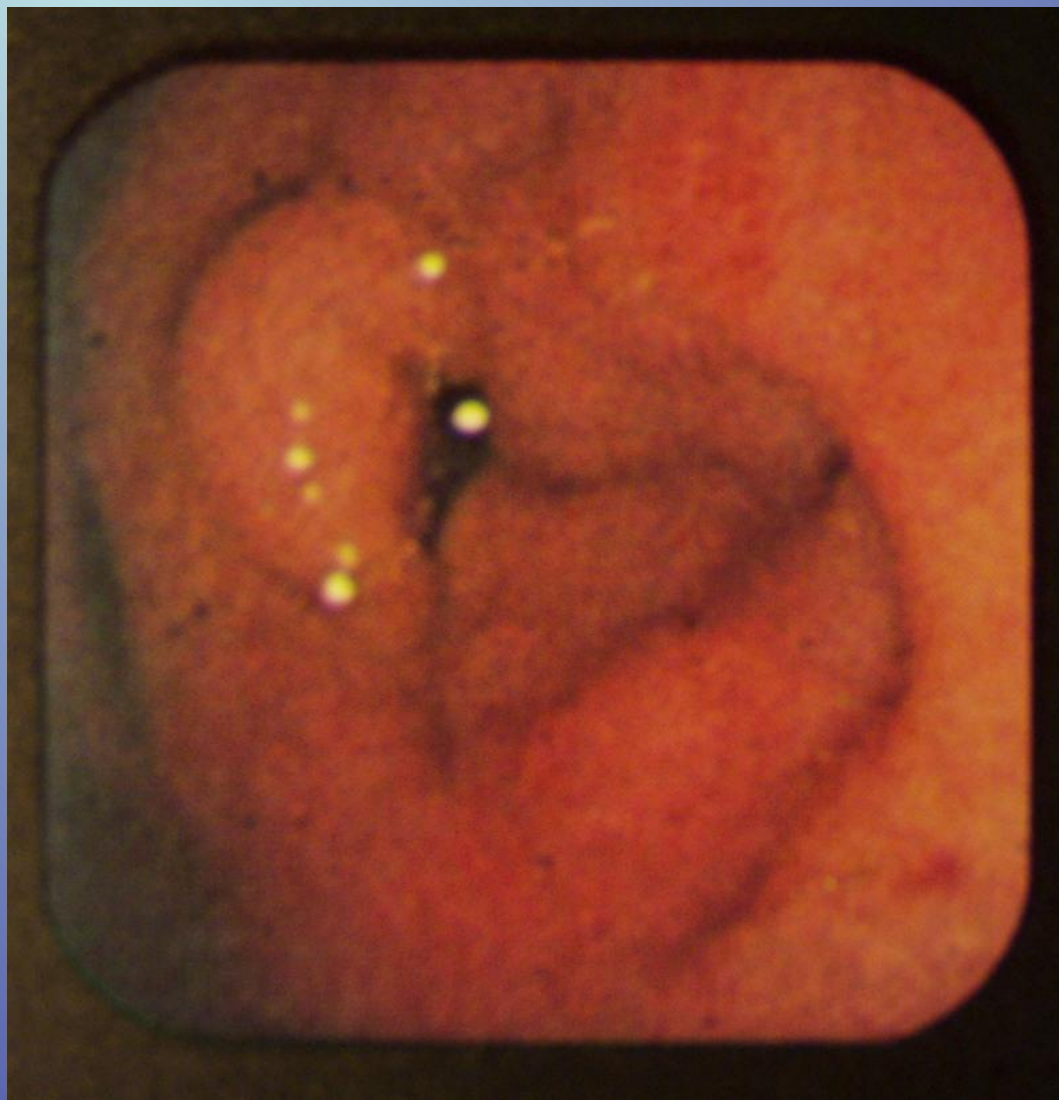
Фиброэзофагогастродуоденоскопия
**Стеноз выходного отдела желудка. Желудок
переполнен пищевыми массами.**



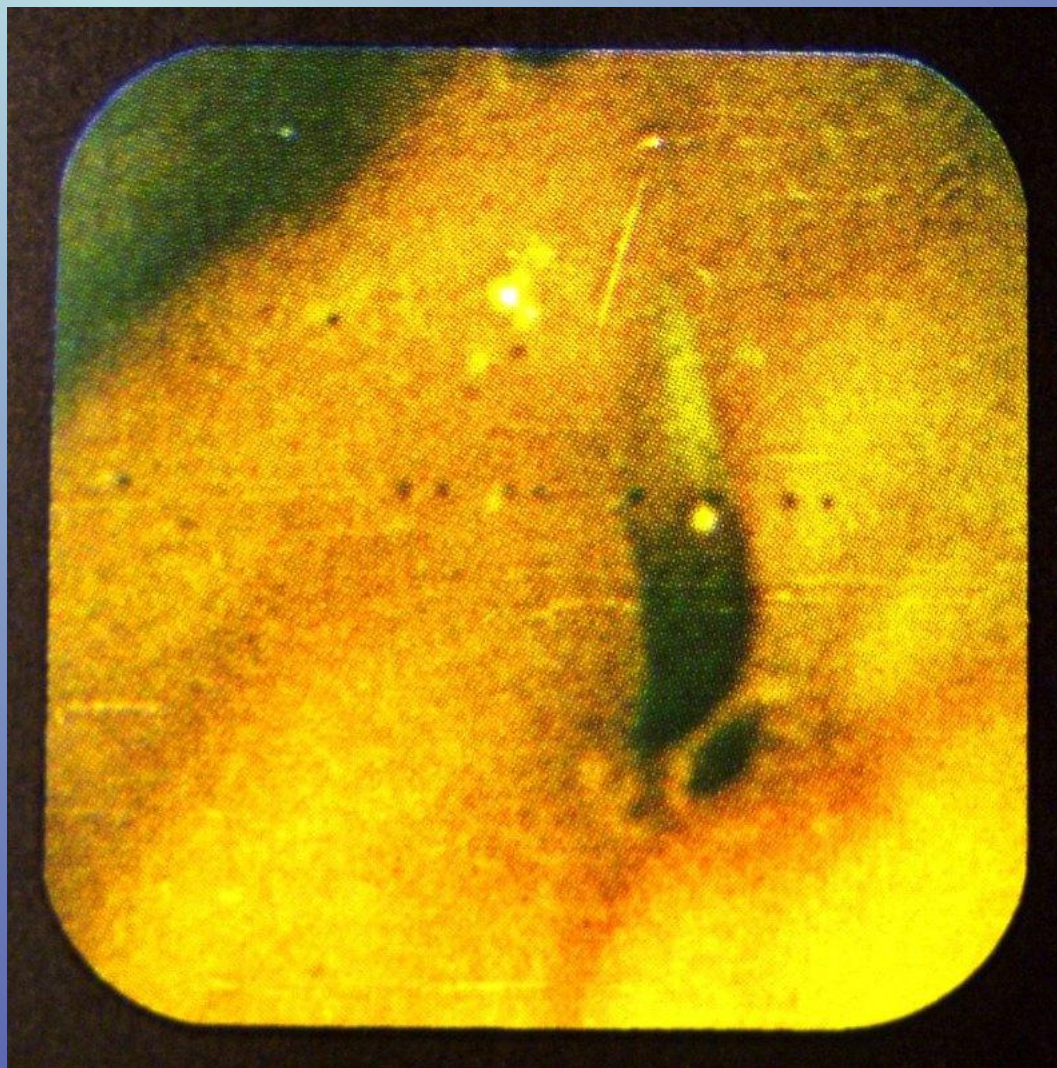
Характерные продольные складки при язвенном стенозе привратника.



Язвенный стеноз препилорического отдела желудка.



**Привратник в виде «замочной скважины»
при рубцевании пилорической язвы.**



- Исследование моторной функции методом ионоанометрии – определяется тонус, частота и амплитуда сокращений желудка натощак и после приема пищевого раздражителя.
- **Компенсированный стеноз** – редкий ритм активных желудочных сокращений.
- **Субкомпенсированный стеноз** – ослабление моторной функции.
- **Декомпенсированный стеноз** – резкое снижение тонуса и двигательной активности желудка.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **Пилородуоденальный стеноз – абсолютное показание к хирургическому лечению независимо от тяжести клинических проявлений.**

При компенсированном стенозе показаны:

- **Стволовая ваготомия +
дренирующие желудок операции**
- **Лапароскопическая стволовая
ваготомия с пилоропластикой из
минидоступа.**

При субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе, а также при сочетанной форме язвенной болезни показаны:

- **стволовая ваготомия с антрумэктомией (Бильрот I).**

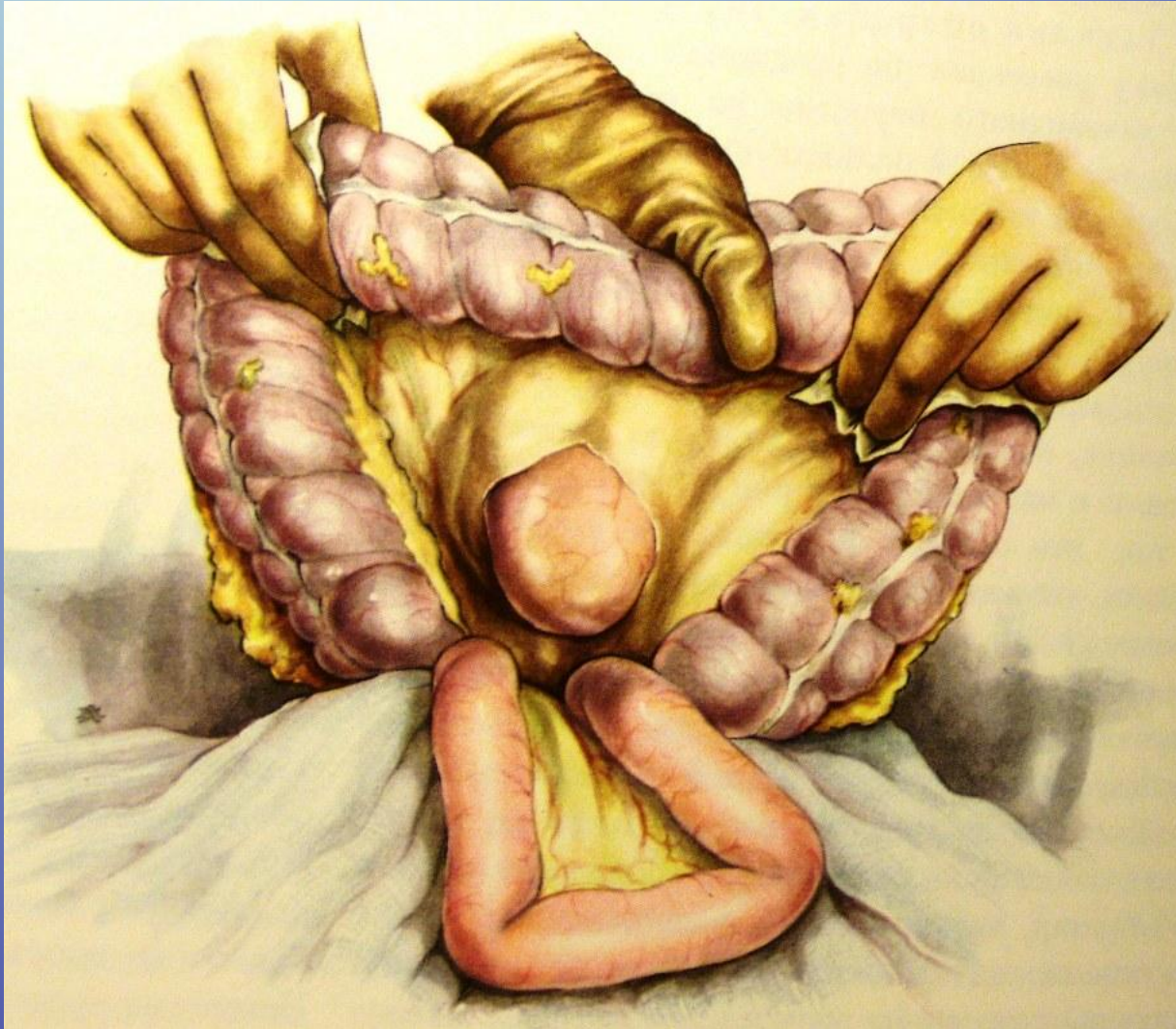
**При декомпенсированном
стенозе и сниженной
кислотообразующей функцией
желудка показаны:**

- резекция желудка (гемигастрэктомия)**

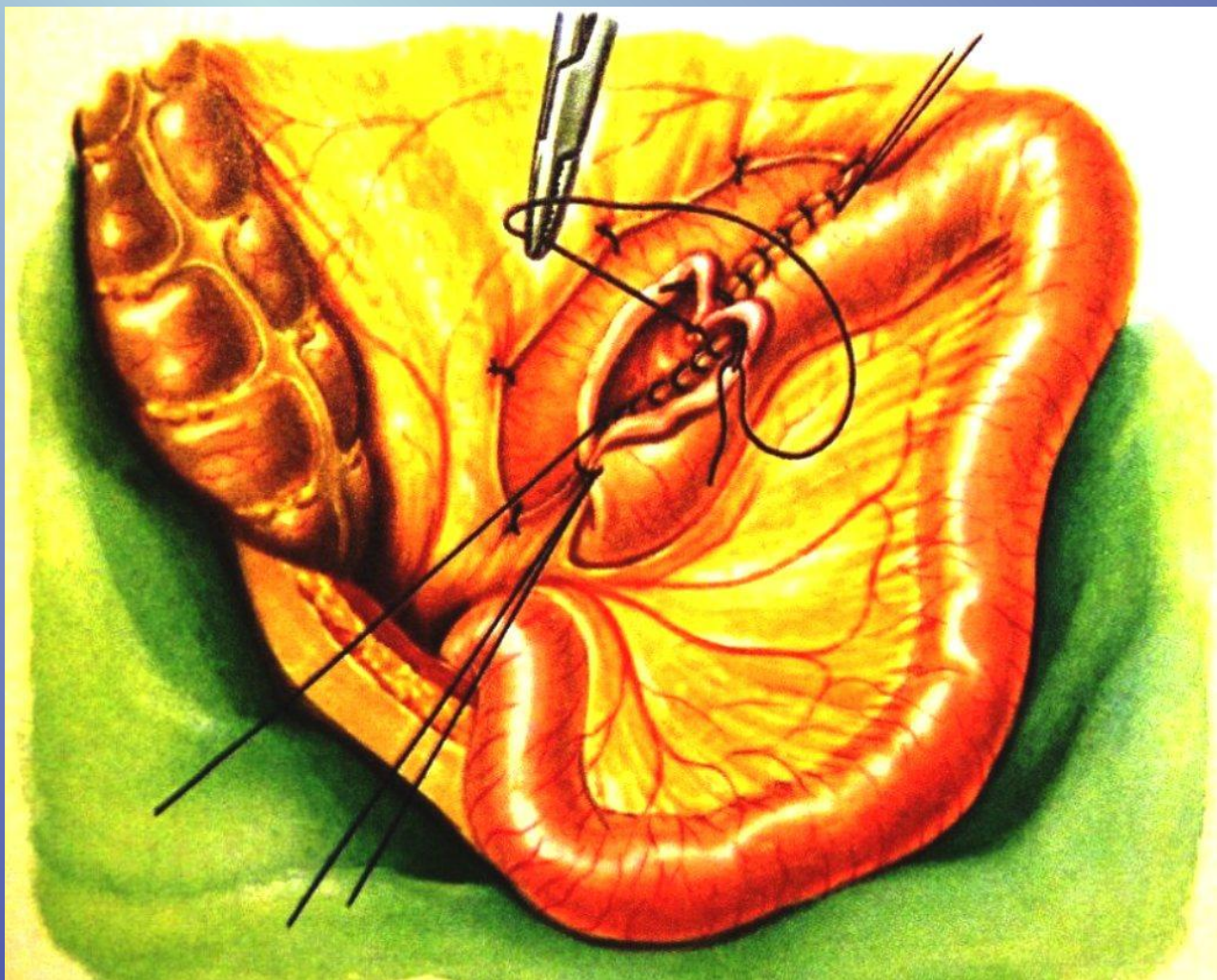
- **Гастроэнтеростомия (задний позадиободочный гастроэнтероанастомоз)**

У пожилых больных, находящихся в тяжелом состоянии с декомпенсированным стенозом.

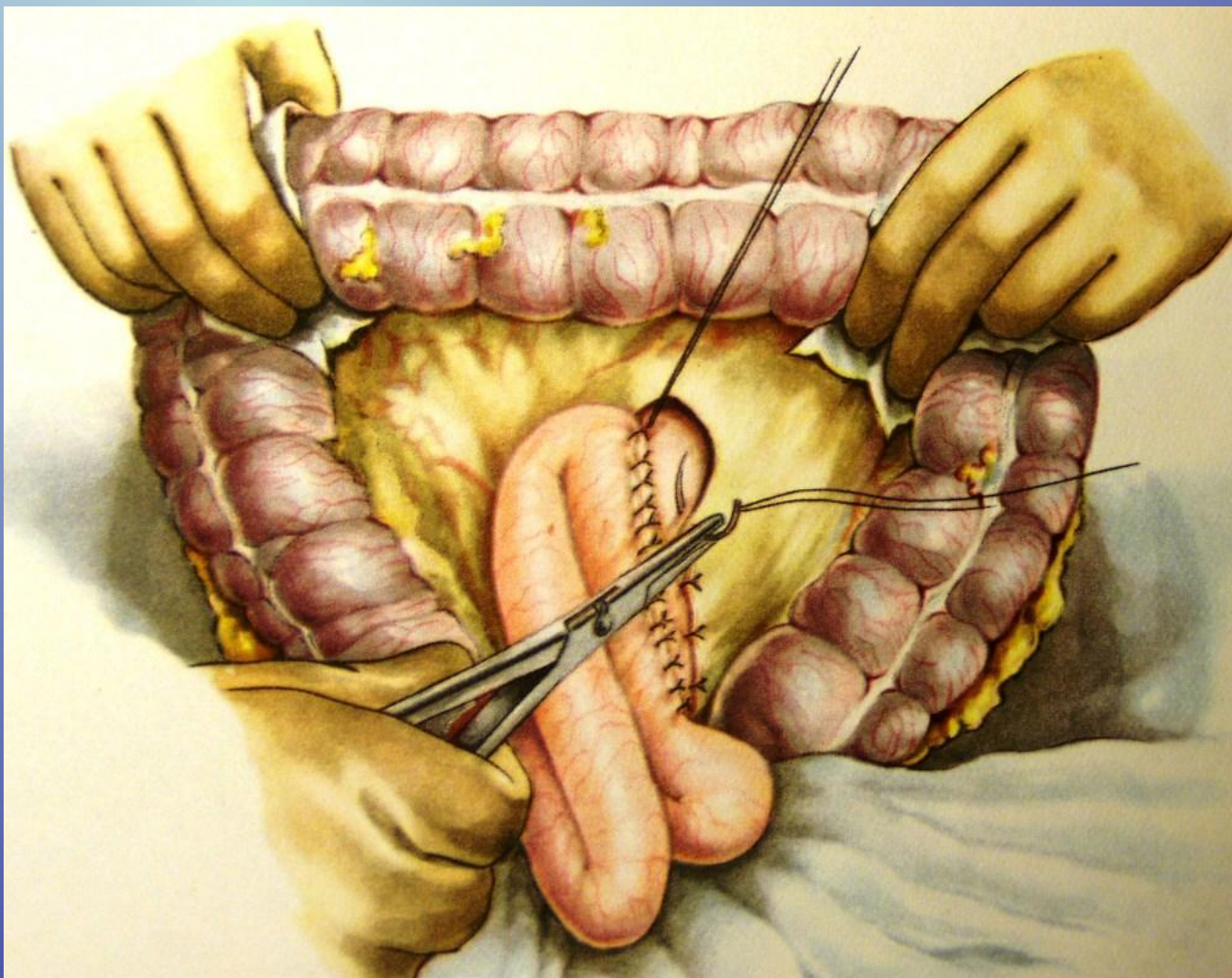
**Выведение задней стенки желудка через разрез
брыжейки поперечной ободочной кишки
(операция Гаккера – Петерсона).**



Позадибодочный гастроэнтероанастомоз на короткой петле.



**Подшивание анастомоза к краям разреза брыжейки поперечной ободочной кишки справа
(операция Гаккера – Петерсона).**



- **Пенетрация язвы**
- **Малигнизация язвы**