

Осложнения язвенной болезни желудка и **12**-перстной кишки

2 часть

Лекция

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

Осложнения ЯБ

- кровотечение
- перфорация
- пенетрация
- стеноз привратника
- малигнизация

Перфоративные ГД 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.

Предраспол. 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.

Классиф-я прободных язв

- по локализации:
 - язвы желудка (малая, большая кривизна, тело желудка (передняя и задняя стенки), антральный, пилорический, кардиальный отделы)
 - язвы 12-перстной кишки (бульбарные – передняя, задняя стенки; 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

- 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.

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).

Отличается при:

- Перфорации в свободную брюшную полость
- Прикрытой перфорации

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

Рентгенд-ка перфорат. язвы

- Наличие свободного газа в брюшной полости
- Вытекание контраста при пероральном контрастировании
- При забрюшинной перфорации - подкожная эмфизема в забр. клетчатке (чаще справа), очень редко – в 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 распространеного 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

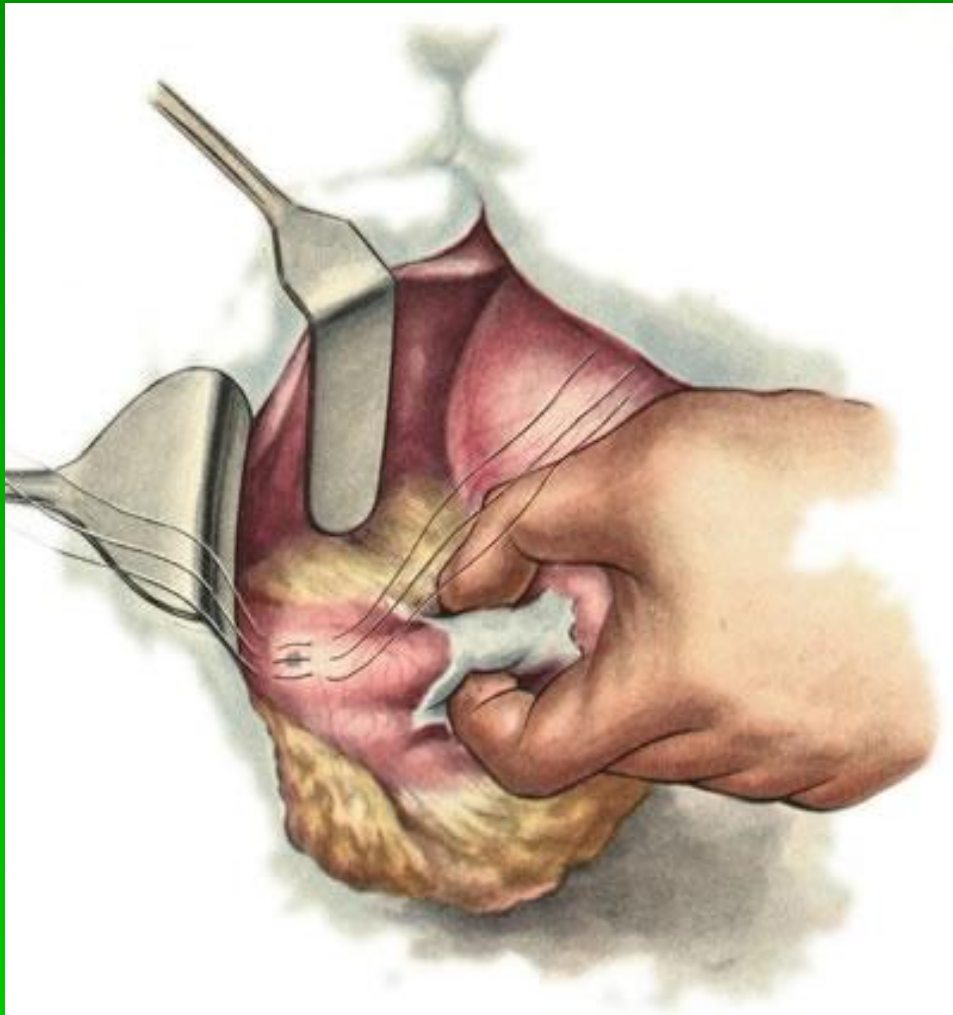
- в первые 3-4 часа от момента перфорации
- при локализации язвы на передней стенке желудка или 12-п.кишки
- при отсутствии большой зоны инфильтрации

Ушивание перфоративного отверстия

ПРИ:

- Распространенном гнойном перитоните
- Ювенильных язвах
- Острых язвах
- Нелеченных язвах
- Невозможности выполнить резекцию
- Тяжелых сопутствующих заболеваниях

Ушивание перфоративной язвы



(Fig 1)



(Fig 2)



(Fig 3)



Причины кровотечений из верхних отделов ЖКТ

- **болезни пищевода:** злокачественные и доброкачественные опухоли, дивертикулы, язвенный эзофагит, инородные тела и др.;
- **болезни желудка и 12-перстной кишки:** язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, пептические язвы желудочно-кишечных соустьев, злокачественные и доброкачественные новообразования, полипы, дивертикулы, эрозивный гастрит, дуоденит, синдром Маллори-Вейсса, туберкулез, сифилис, актиномикоз и др.;
- **болезни органов, прилежащих к желудку и 12-перстной кишке:** грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, абсцессы, проникающие в желудок или 12-перстную кишку, опухоли брюшной полости, прорастающие в желудок и 12-перстную кишку, кисты поджелудочной железы, калькулезный панкреатит, синдром Золлингера-Эллисона;
- **болезни печени и желчных путей, селезенки и воротной вены:** цирроз печени, тромбоз воротной вены и ее ветвей, опухоли печени, желчнокаменная болезнь, травма печени (гемобилия);
- **болезни сердца и сосудов:** атеросклероз и гипертоническая болезнь с разрывом склерозированных сосудов желудка и 12-перстной кишки, разрывы аневризмы аорты, селезеночной артерии в просвет желудка или пищевода, болезнь Рандю-Ослера, узелковый периартериит;
- **общие заболевания организма, сопровождающиеся изъязвлениями желудка и 12-перстной кишки:** ожоговая болезнь, инфекционные заболевания, послеоперационные стрессовые язвы, острые язвы при поражении нервной системы, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и нарушениях кровообращения, при осложнениях лекарственной, гормональной терапии и отравлениях;
- **геморрагические диатезы и болезни крови:** гемофилия, лейкозы, болезнь Верльгофа, лимфогранулематоз.

Наиболее частые причины кровотечений из верх.отд. ЖКТ

Язвенные кровотечения

- язвенный или желудочный анамнез
- исчезновение болей после появления признаков кровотечения, применения обезболивающих препаратов и антацидов
- склонность к рецидивам

Кровотечение из опухоли желудка

- тяжесть и тупые боли в эпигастрии
- похудание, снижение или отсутствие аппетита
- боли за грудиной, дисфагия
- наличие пальпируемой опухоли, увеличенной бугристой печени, асцита

Кровотечение при синдроме Меллори-Вейсса

появление крови в рвотных массах после многократной рвоты, чаще всего на фоне интоксикации

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

- обильная кровавая рвота со сгустками
- признаки портальной гипертензии и печеночной недостаточности

Симптомы желудочно-кишечных кровотечений

общего порядка

слабость, головокружение, вплоть до потери сознания, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления

Скрытый период

характерные для желудочно-кишечных кровотечений

Рвота

- типа «кофейной гущи»
- неизменной кровью со сгустками
- обильная рвота «фонтаном»

Стул

- оформленный черного цвета
- жидкий дегтеобразный (мелена)
- кровавый (темная кровь)

Явный период

Язвенные ГД кровотечения

- Составляют более 55% всех желудочно-кишечных кровотечений;
- Источником кровотечения чаще всего является артерия, реже кровотечение носит артериовенозный характер;
- Может возникнуть как из хронической, много лет существующей язвы желудка, так и из остро развившейся язвы или эрозии (чаще!);
- Обильные, профузные кровотечения чаще возникают из каллезных, пенетрирующих язв на малой кривизне желудка, где расположены крупные ветви левой желудочной артерии;
- Летальность при тяжелых кровотечениях достигает 50%.

Диагностика кровотечения

Объективно: уровень сознания !, бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония, мягкий, безболезненный живот, ректально - на перчатке кал черного цвета.

Анамнез (м.б. «желудочный»), выяснить! :

1. время начала кровотечения;
2. была ли потеря сознания?
3. характер, периодичность и объем рвоты и стула.

Лабораторная диагностика - снижение гематокрита, гиперкоагуляция. Анемия – позже!

Эндоскопическое исследование
экстренное !

Определение степени кровопотери

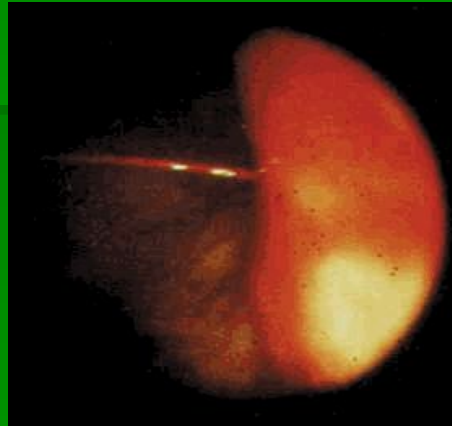
Клинико-лабораторные данные	<u>Легкая</u>	<u>Средняя</u>	<u>Тяжелая</u>	<u>Крайне тяжелая</u>
Сознание	Не нарушено	Возможна кратковременная потеря	Спутанное, больной заторможен	Угнетено
Бледность кожных покровов	Нет или легкая	Умеренная	Выраженная	Выраженная
ЧСС в 1 мин.	Меньше 100	100-120	Больше 120	Б. 120 или НО
Сист.АД, мм рт.ст	Больше 100	80-100	Меньше 80	Ниже 60
ЦВД, мм водн.ст	5-15	Меньше 5	0	Отрицат.
Нв, г/л	Больше 100	80-100	Меньше 80	Ниже 50
Эритроциты, г/л	Бол. $3,5 \times 10^{12}$	$3,5-2,0 \times 10^{12}$	Мен. $2,0 \times 10^{12}$	Ниже $1,5 \times 10^{12}$
Ht, %	Больше 35%	25-35%	Меньше 25%	Менее 20%
Объем кровопотери (дефицит ОЦК, %)	До 500 мл (до 10% ОЦК)	До 1 л (До 20% ОЦК)	До 1,5 л (До 30%)	Более 1,5 л (Бол.30%ОЦК)

Задачи ФГДС

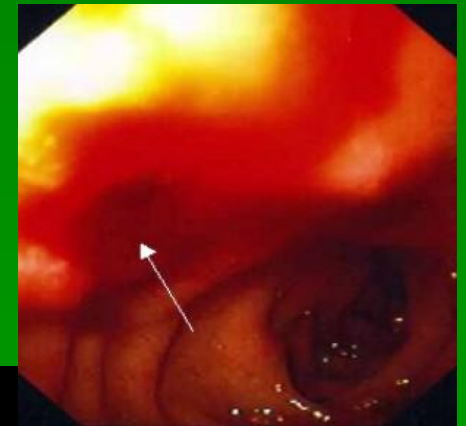
- определить **наличие крови** в пищеводе, желудке, 12-перстной кишке и определить ее количество и характер
- выявить **источник кровотечения** (его локализацию, размеры)
- описать **картину кровотечения**: артериальное или капиллярное, имеется ли свежий сгусток крови, красный тромб, тромб в состоянии ретракции («белый»), тромбированный сосуд и дать **заключение о характере гемостаза** (стойкий, неустойчивый, кровотечение продолжается)
- **эндоскопическая остановка кровотечения** (клипирование, электрокоагуляция или аргоноплазменная коагуляция кровоточащего сосуда, инъекционное введение адреналина, изотонического раствора NaCl или желатиноля, орошение кровоточащей язвы капрофером)

Классификация интенсивности кровотечения по Форресту

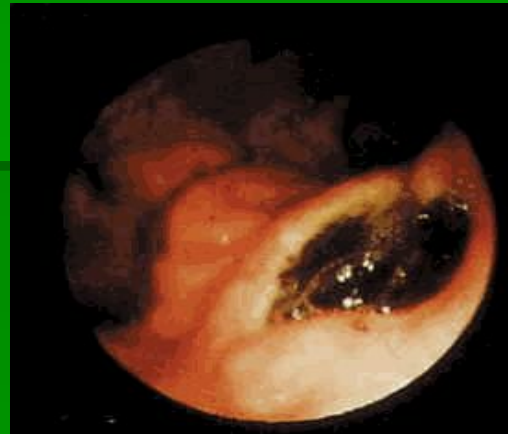
- **F-I-A** – продолжающееся струйное кровотечение из язвы;
- **F-I-B** – продолжающееся капиллярное кровотечение из язвы;
- **F-II-A** – наличие тромбир. пульсир. сосуда или красного тромба в дне язвы - неустойчивый гемостаз;
- **F-II-B** – наличие плотного коричневого тромба в дне язвы – отн.уст. гем.;
- **F-II-C** – наличие гематина в дне язвы – отн.уст. гемостаза;
- **F-III** – язва под фибрином – устойчивый гемостаз.



F-I-A



F-I-B



F-II-B



F-II-C

Консерват. леч. ЖК кровотечений (ср. и тяж. В ОРИТ)

- Холод на живот, назогастральный зонд (промыть желудок холодной водой...);
- Катетеризация магистральной вены, определение группы крови и Rh-фактора;
- Инфузионная терапия (+всегда и противоязвенная) (объем инфузии – на 60-80% больше дефицита ОЦК):
 - Восстановление ОЦК (коллоиды:кристаллоиды = 1:1, при тяжелой степени кровопотери 1:2)
 - Гемостатич. тер. (Σ -аминокапроновая кислота, желатиноль, хлористый Са, этамзилат (дицинон))
 - Гемо- и плазмотрансфузии (50-60% от объема кровопотери);

Хирургическая тактика

NB!

Язвенные желудочно-кишечные кровотечения склонны к рецидивам – чем тяжелее состояние больного, тем вероятнее рецидив.

Абсолютные признаки угрозы рецидива кровотечения

- большая каллезная язва (желудочная более 3 см и дуоденальная более 2 см)
- гемоглобин ниже 60 г/л

Хирургическая тактика

I группа

больные с явными признаками продолжающегося кровотечения и нестабильными показателями центральной гемодинамики

- Предоперационная подготовка в условиях операционной
- Экстренная операция
- М.Б.ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ!!!

II группа

больные с выраженной постгеморрагической анемией без признаков продолжающегося кровотечения и стабильной гемодинамикой

- Госпитализация в ОРИТ
- Катетеризация магистральной вены (м.б. эндоскопич. гемостаз)
- Интенсивная инфузионная и гемостатическая терапия
- Стабилизация состояния и операция (в 1-3 сутки, при рец. экстр. ФГДС1!!)

III группа

больные с кровотечением в анамнезе, с умеренной постгеморрагической анемией

- При стабильной гемодинамике и устойчивом гемостазе-госпитализация в хирургическое отд.
- Гемостатическая, противоязвенная терапия
- Динамическое наблюдение, при рецидиве кровотечения- операция (или в Пл.П 21-24 сут.)

Объем операции

Резекция 2/3 желудка



- Хронические язвы желудка
- Хронические язвы 12-перстной кишки, особенно стенозирующие и пенетрирующие
- Подозрение на малигнизацию

**Гастродуоденотомия с
прошиванием язвы или
трещины**



**Антрумэктомия или
иссечение язвы с ваготомией**



- Хронические язвы 12-перстной кишки

- При острых язвах
- При синдроме Меллори-Вейсса
- При тяжелом состоянии больного

Клиника и диагностика пилородуоденального стеноза

■ Жалобы:

- Ощущение переполнения в эпигастрии
- Тошнота, рвота съеденной накануне пищей, приносящая облегчение
- Боли
- Слабость, вялость, судороги

■ Осмотр:

- Признаки алиментарной дистрофии вплоть до истощения, снижение тургора кожи, слабый пульс, тахикардия, гипотония
- «Шум плеска» в эпигастрии натоща

При лабор.иссл. – водно-электролит.
нарушения

Классификация ПД стеноза

- **I стадия – компенсированный стеноз:**
 - Тошнота, чувство тяжести в эпигастрии, отрыжка воздухом
 - Умеренное расширение желудка, сужение ПД канала более 1 см, задержка эвакуации бария до 6-12 часов
- **II стадия – субкомпенсированный стеноз:**
 - Отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне
 - Похудание, обезвоживание, бледность кож.покp.
 - «Шум плеска» в эпигастрии натошак
 - Значительное расширение желудка, сужение пилородуоденального канала до 1-0,5 см
 - Задержка эвакуации бария до 12-24 часов
- **III стадия – декомпенсированный стеноз:**
 - Нарастающая слабость
 - Зловонная рвота (иногда несколько раз в день)
 - Выраженные водно-электролитные нарушения
 - Симптоматика полиорганной недостаточности
 - Резкое расширение желудка, сужение ПД канала до 0,1 см, задержка эвакуации бария более 24 часов, тонус, моторика и секреция желудка резко снижены

Рентгенд-ка ПД стеноза

- Расширение желудка
- Ослабление перистальтики
- Сужение привратника
- Задержка эвакуации из желудка



Эндоскопическая диагностика стеноза

- Значительное увеличение желудка
- Натощак содержит застойное содержимое, слизь
- Сужение и деформация пилородуоденального канала
- Снижение тонуса и моторики желудка
- Атрофия слизистой оболочки желудка

Лечение пилородуоденального стеноза

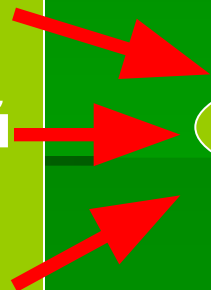
Суб- и декомпенсированный стеноз – абсолютное показание к операции

Цели операции:

- устранение нарушений эвакуации
- удаление стенозирующей язвы
- стойкое подавление кислото- и пепсинпродуц. функции желудка

Предоперационная подготовка

Резекция 2/3 желудка



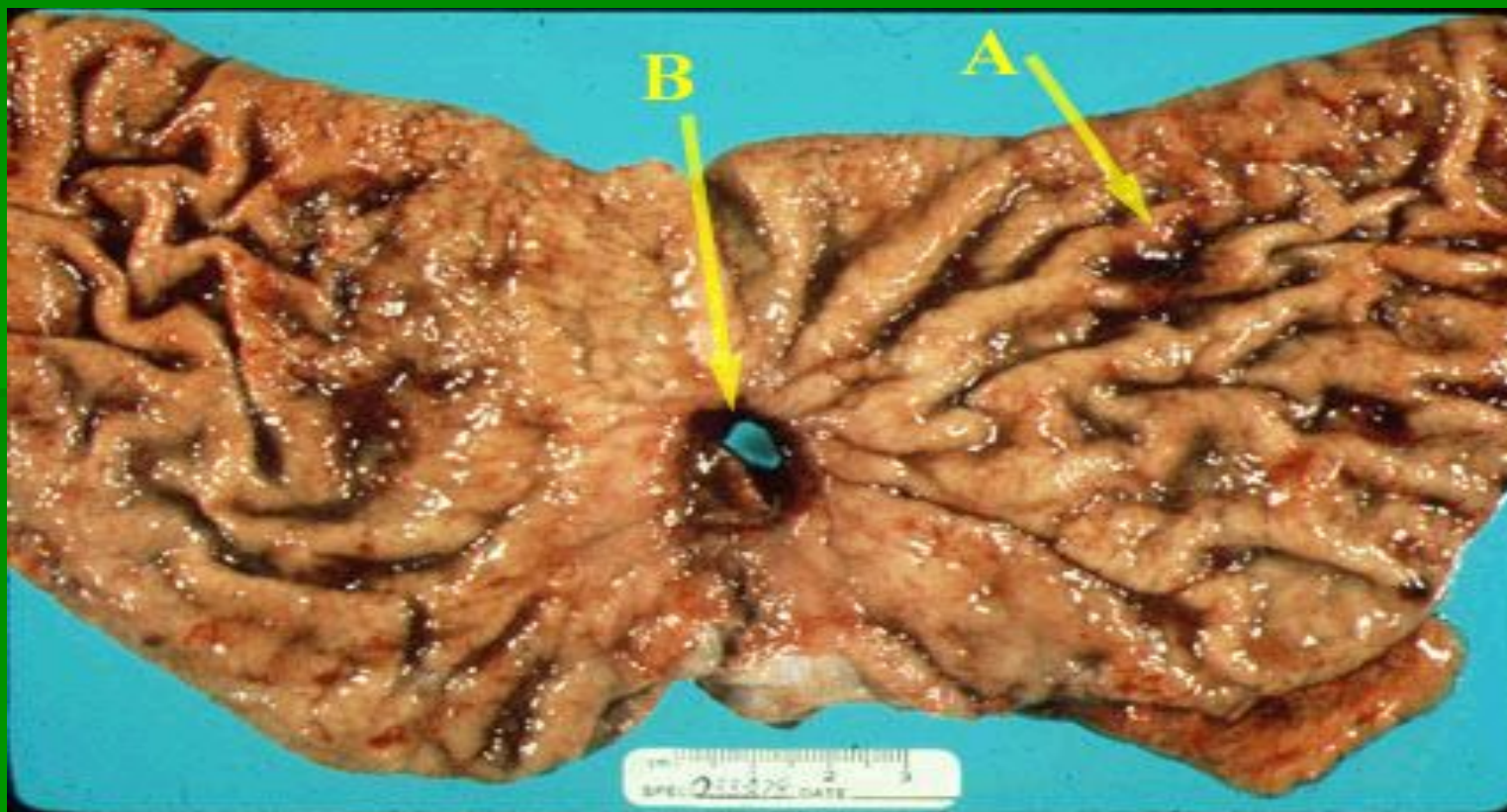
Предоперационная подготовка

- промывание желудка через толстый зонд 2 раза в день до чистой воды;
- установка при ФГДС тонкого катетера за зону стеноза для зондового питания;
- коррекция водно-электролитных расстройств, белкового баланса, волемических нарушений, авитаминоза, анемии.

Продолжительность, объем и характер предоперационной подготовки зависят от стадии стеноза и возникших вследствие этого нарушений гомеостаза

Пенетрация язвы

- распространение язвы за пределы стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани и органы



Стадии формирования пенетрации

- I - стадия проникновения язвы (некроза) через все слои стенки желудка или двенадцатиперстной кишки
- II - стадия фиброзного сращения с прилежащим органом
- III - стадия завершённой перфорации и проникновения в ткань подлежащего органа

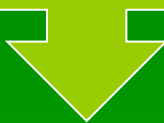
Особенности клиники при пенетрации язвы

- Тяжелое течение болезни
- Постоянный болевой синдром
- Исчезновение связи болевого синдрома с приемом пищи, антацидов
- Появление иррадиации болей
- Появление симптомов, свойственных заболеваниям смежных органов, вовлеченных в пенетрацию
- В случае пенетрации в полый орган (желчный пузырь, толстая кишка, холедох) – формирование свища

Лечение пенетрации язвы

Оперативное:

**абсолютное показание к плановой
операции**



**Резекция 2/3 желудка
в различных
модификациях**

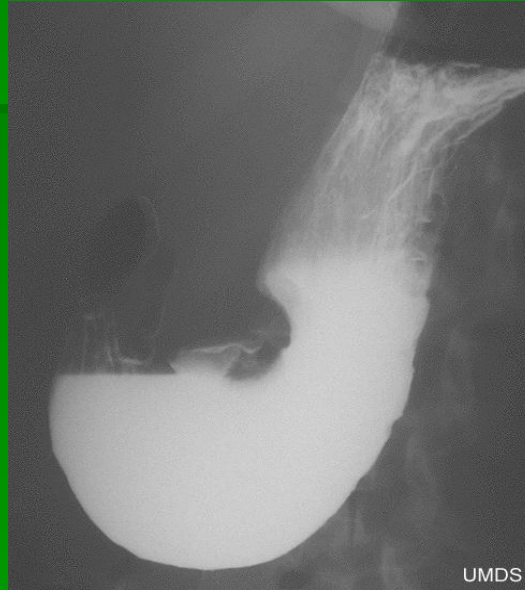
Малигнизация язвы

- Изменение характера болевого синдрома
 - уменьшение интенсивности болей, исчезновение их периодичности и зависимости от приема пищи
 - появление симптомов, свойственных раку желудка

Малигнизация язвы

- Rg:

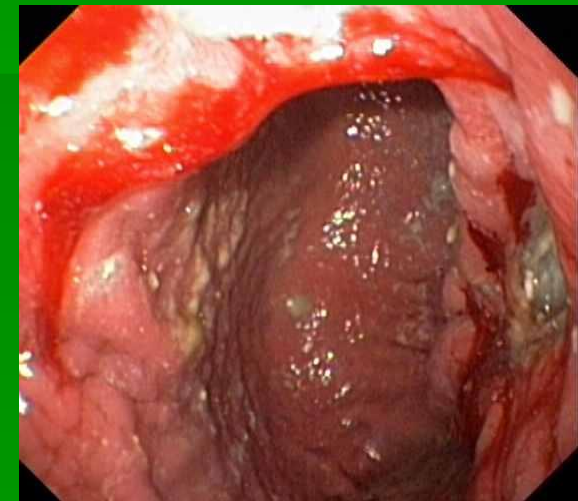
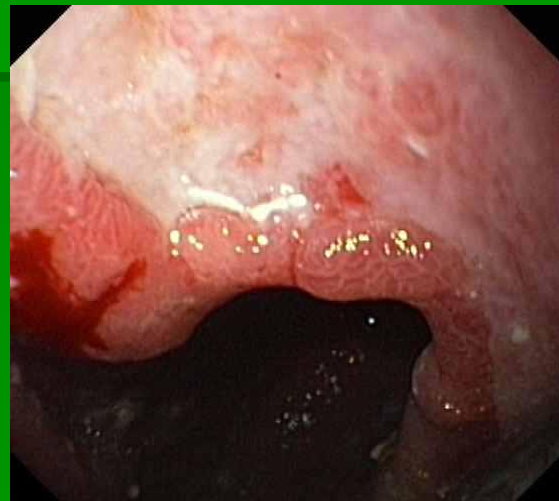
- появление дефекта наполнения («плюс-ткань»)
- увеличение размеров язвенного дефекта



Абсолютное показание к операции по онкологическим принципам

- ФГДС:

- инфильтрация краев язвы
- бугристая слизистая, легкая ранимость



Контрольные вопросы

- 1) При подозрении на перфорацию язвы необходимо в первую очередь выполнить: а) ан. крови и мочи; б) УЗИ орг. брюш. полости; в) ФГДС; г) обз. Rg-графию брюш. полости; д) все ответы правильные.
- 2) Объем операции при перфоративной язве зависит от: а) характера язвы ; б) выраж-ти перитонита ; в) тяжести сопутствующей патологии; г) наличия внешних условий (опытного хирурга, анестезиолога и т.д.); д) все ответы правильные.
- 3) Наиболее частой причиной ЖК кровотечения является: а) варик. расширение вен пищевода; б) острая язва желудка и ДПК ; в) хронич. язва желудка и ДПК; г) синдром Меллори-Вейсса; д) все ответы правильные.
- 4) Об интенсивности кровотечения в первые часы можно судить по: а) цвету кожных покровов; б) уровню Hb крови; в) характеру стула; г) содержанию эритроцитов в крови; д) все ответы правильные.
- 5) При субкомпенсированном пилородуоденальном стенозе отмечается задержка эвакуации бария из желудка : а) до 5-6 часов; б) до 6-12 часов; в) до 12-24 часов; г) более 24 часов; д) все ответы правильные.