

оперированного желудка

Коган Татьяна Владимировна



роль в процессе пищеварения:

- Механическая и химическая ферментативная обработка пищи.
- Первая фаза расщепления белков, всасывание и усвоение витамина В12.
- Высокая кислая среда желудочного сока обезвреживает микроорганизмы, попавшие из внешней среды.
- Эвакуация пищи и рефлекссы из 12 перстной кишки на основные пищеварительные железы.

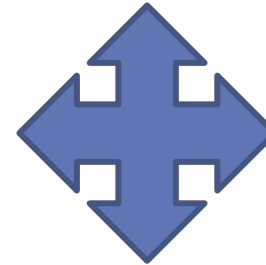
Операция резекции желудка:

Разрушение механизмов взаиморегуляции органов пищеварения

Создание новых анатомо-топографических взаимоотношений в верхнем этаже ЖКТ

Глубокие функционально-морфологические изменения в других системах организма

Компенсаторные возможности организма-насколько велика будет эта потеря?



Виды операции на желудке:

Дистальная простая – удаление 2\3 желудка.

Дистальная субтотальная –удаление всей малой кривизны 1,5-2 см ниже пищевода с оставлением части дна желудка.

Резекция желудка

Проксимальная -анастомоз между культёй желудка и пищеводом. Культя – в виде трубки. Сохранена функция привратника

Формируется анастомоз, чаще

гастрэктомия

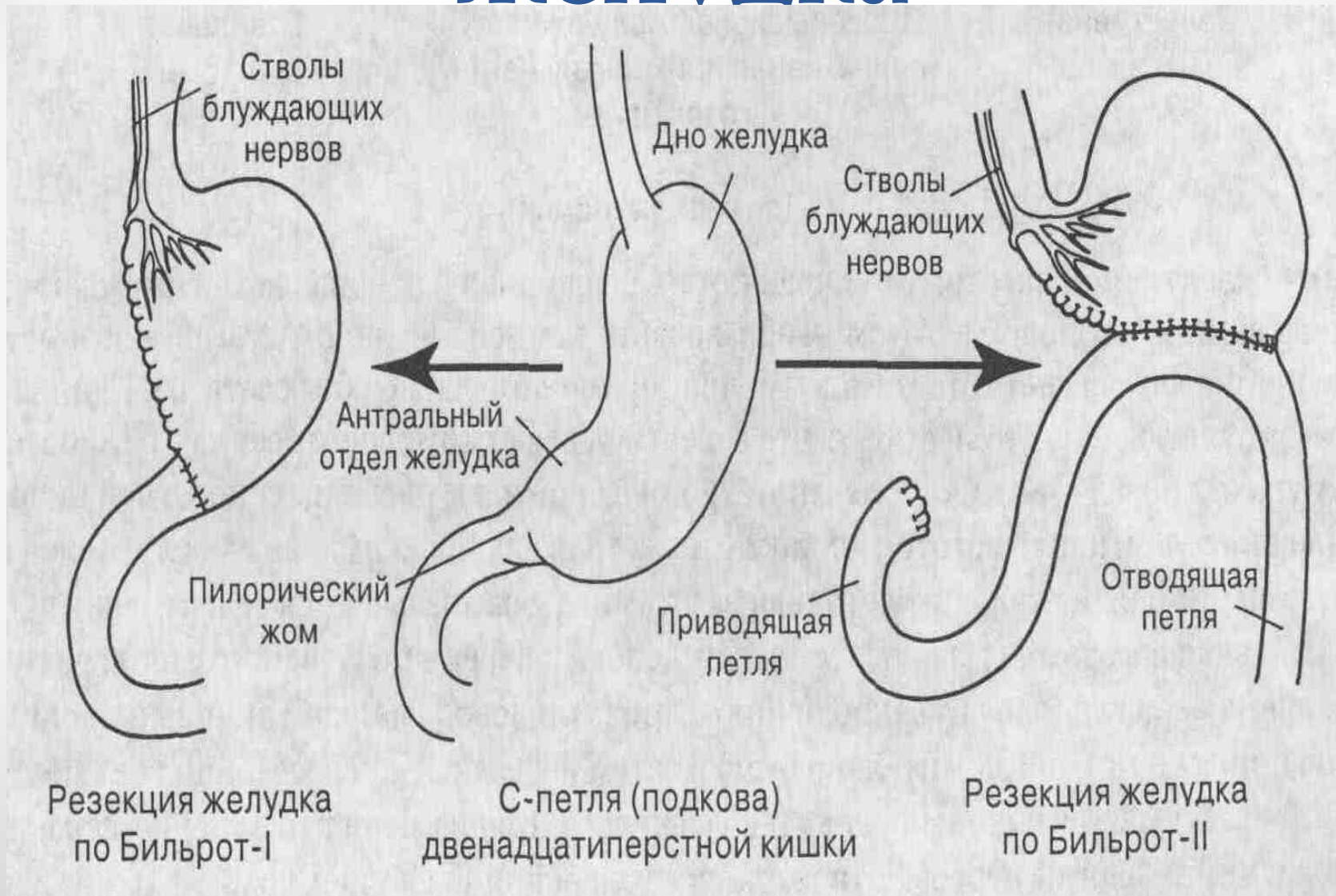
горизонтальный эзофагоюнальный с межкишечным соустьем по Брауну

Анастомоз бок в бок создается между задней или передней стенкой желудка и тощей кишкой

Гастрэнтеростомия

- Ваготомия – при язвенной болезни. В первые недели желудок увеличивается, снижается тонус, ослабевают перистальтика, замедляется эвакуация. Развивается дуоденостаз. Через 1 год – функция и размеры нормализуются.

Дистальная резекция желудка



Дистальная резекция желудка

Бильрот 1

- Наложение анастомоза между

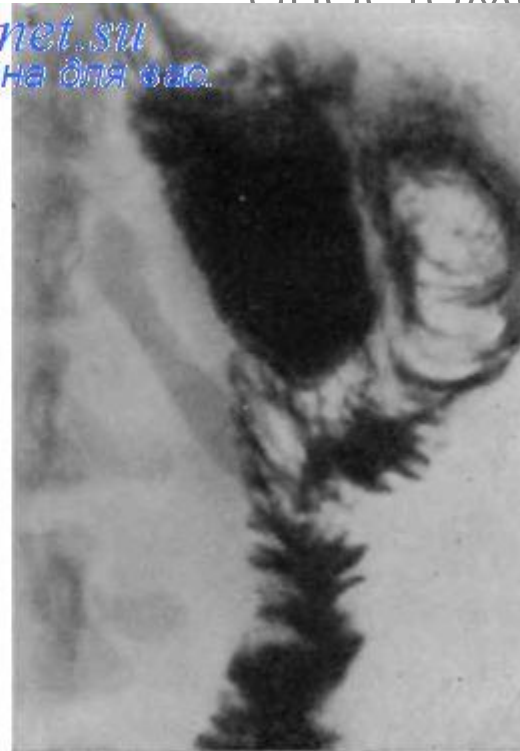
кул
кул
пр
кон
вор
ово
кон



Бильрот 2

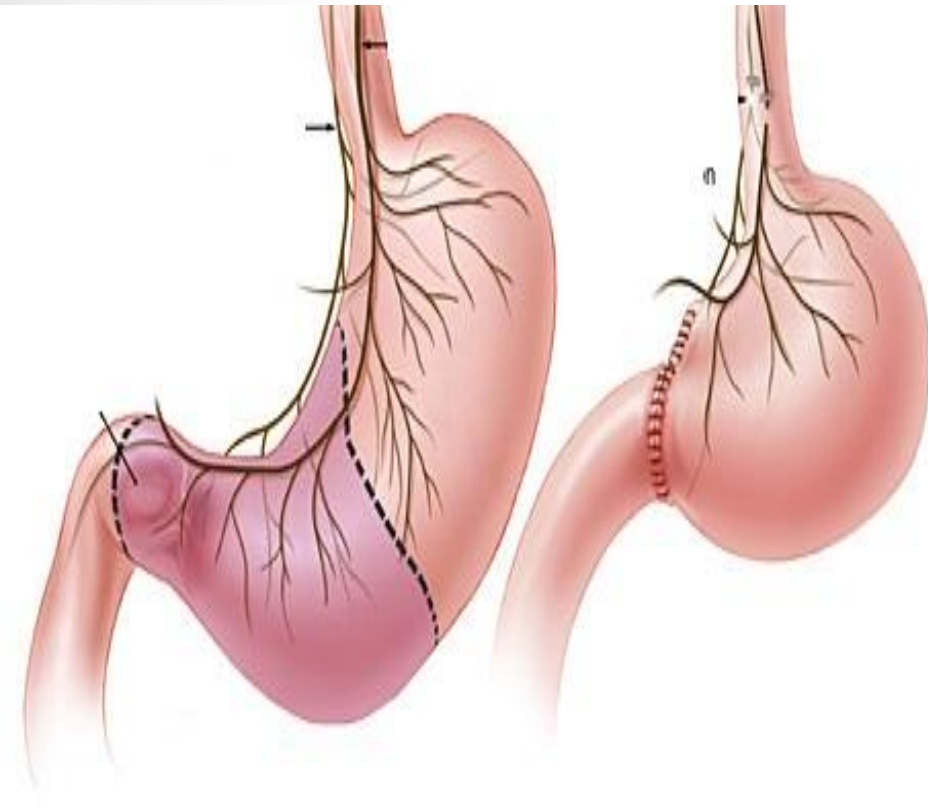
- Создается желудочно-тонкокишечный анастомоз «конец в

отводящая петля
шки
ся к малой
отводящая – к
кривизне.
лудка
й формы –
ой,
ической,
дной,

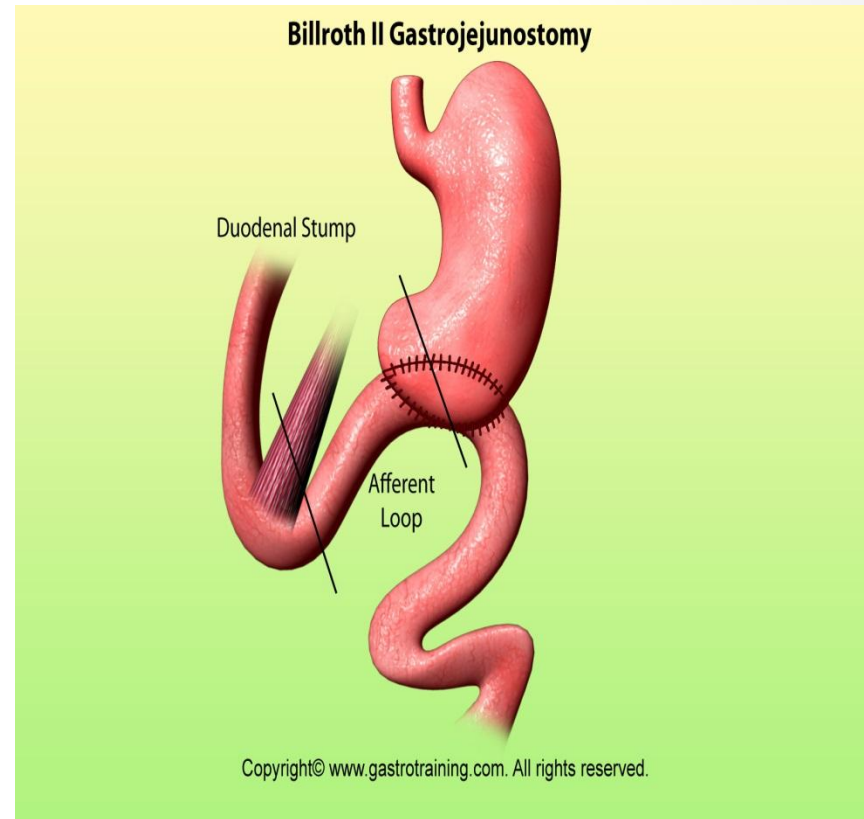


Дистальная резекция желудка

Бильрот -1



Бильрот - 2



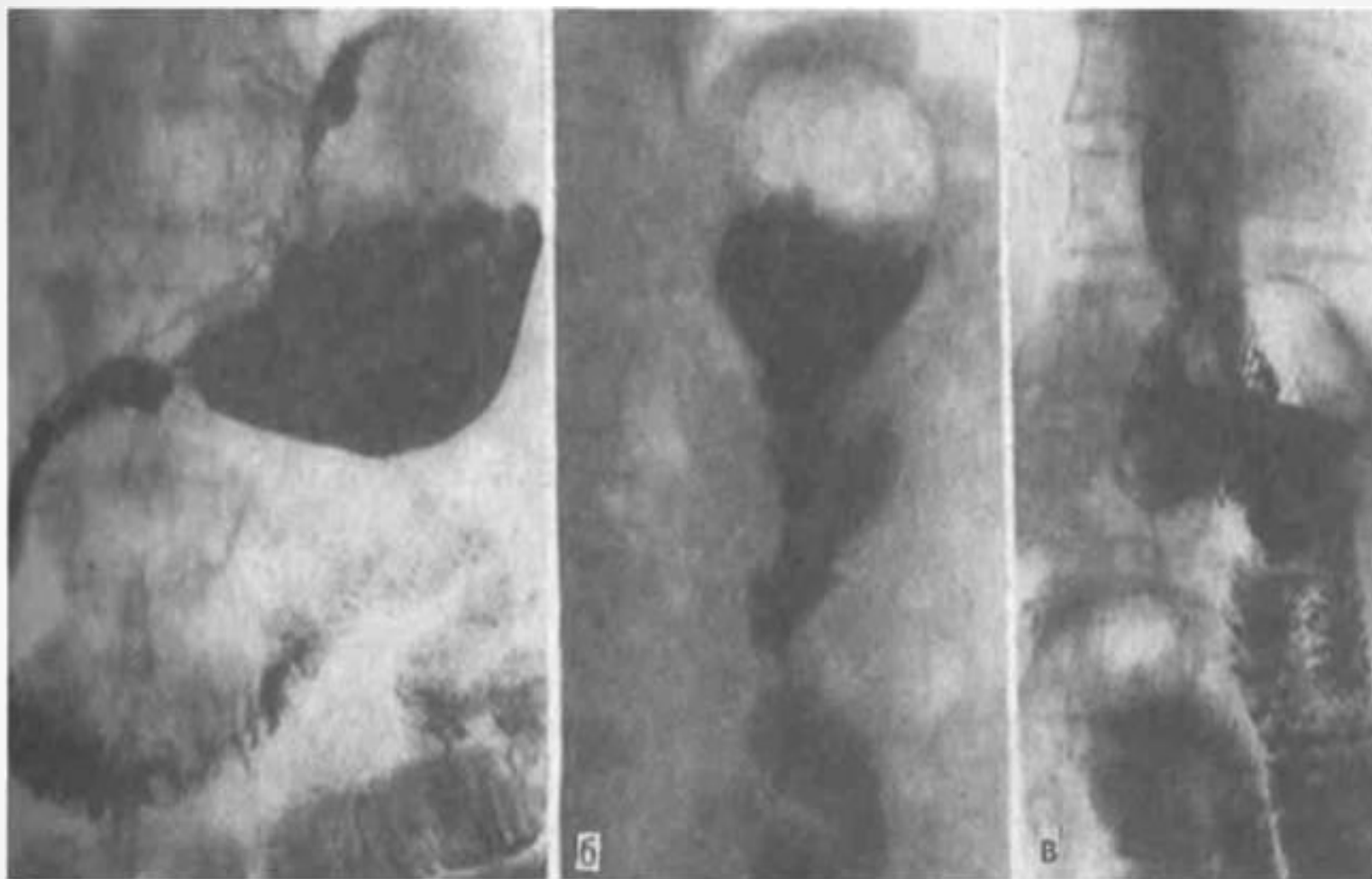


Рис 55 Рентгенологическая картина оперированного желудка
а — после резекции по Бильрот I, б — по Бильрот II в — после гастрэктомии

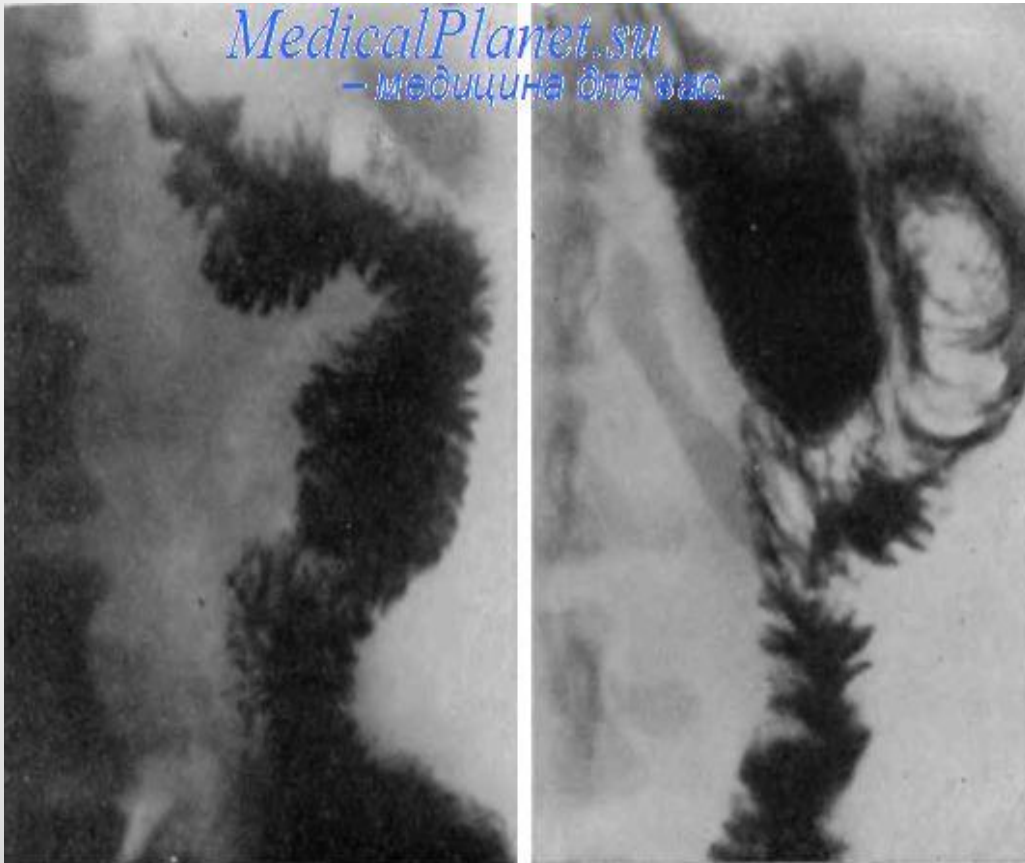
Бильрот 1.



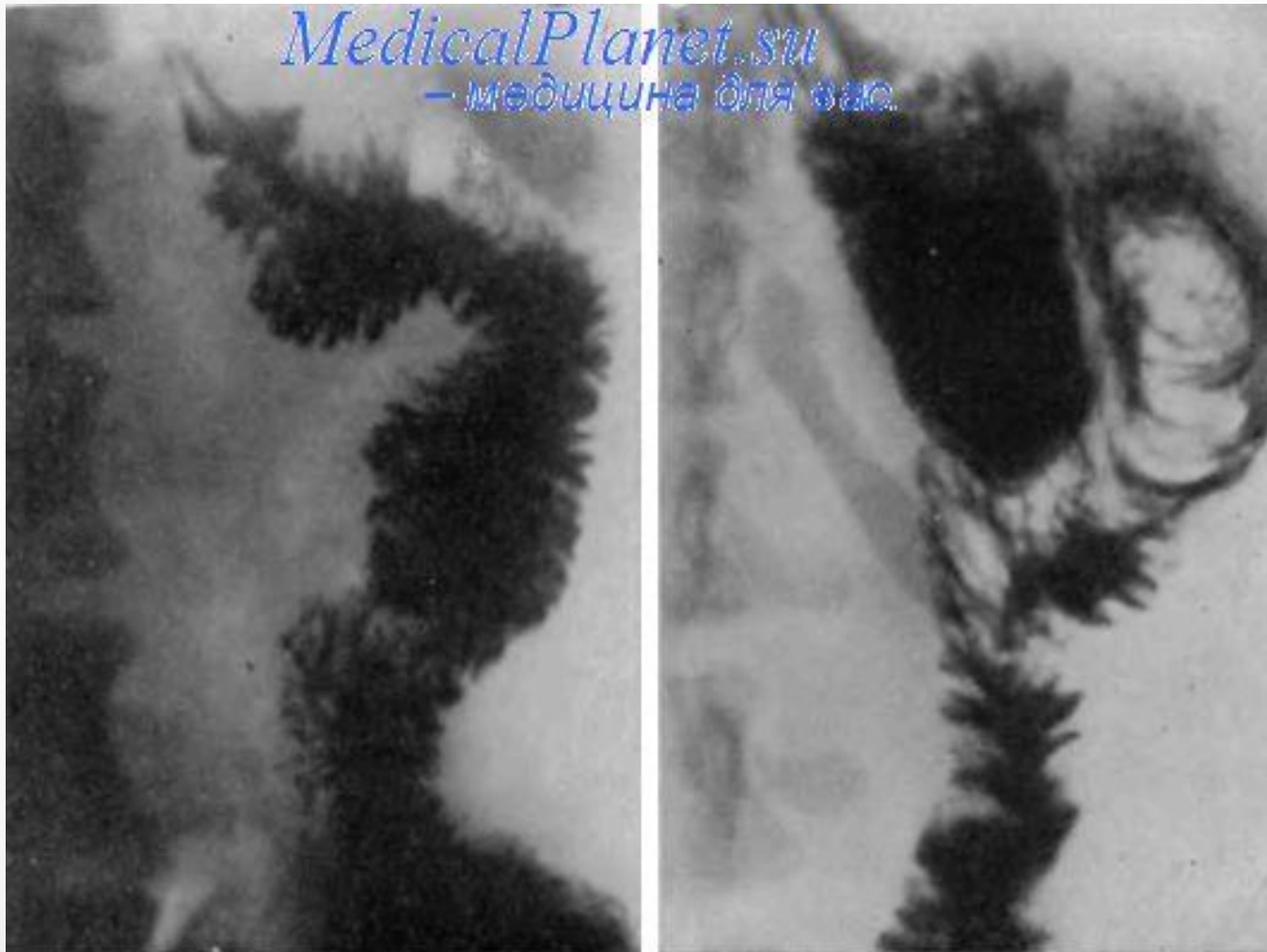
Гастроэктомия.

- Формируется анастомоз, чаще-горизонтальный эзофагоеюнальный с межкишечным соустьем по Брауну.

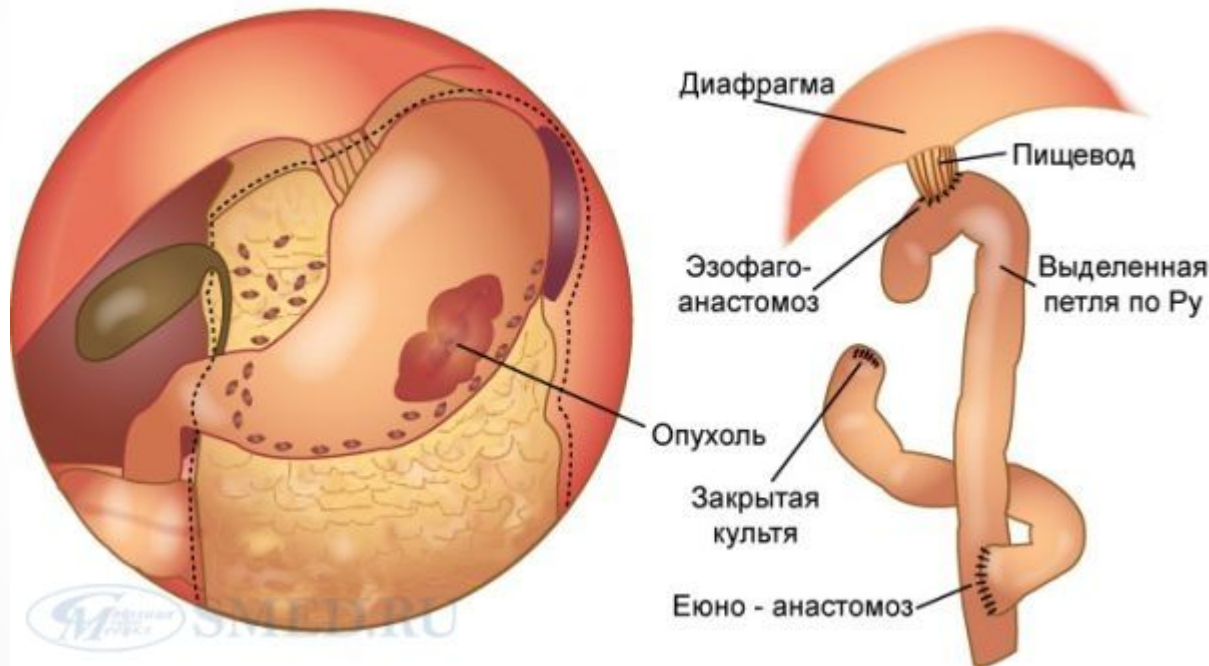
MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.



гастоЭКТОМИЯ



гастроэктомия



Гастроэнтеростомия.

задняя

- Позадиободочная - к задней стенке желудка подводится петля тощей кишки и между ними формируется анастомоз «бок в бок».

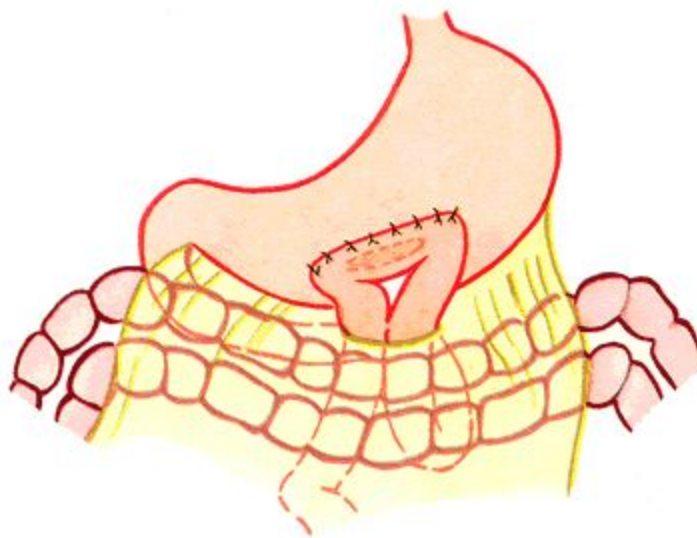
передняя

- Впередиободочная – к передней стенке желудка подводится петля тощей кишки и между ними формируется анастомоз «бок в бок».

гастроэнтеростомия



a



б



- Дифференциальная диагностика пострезекционных патологических синдромов, объединённых под рубрикой «болезни оперированного желудка», представляет сложную задачу, т. к. патогенез их остается неясным, и они часто сочетаются друг с другом, создавая сложный пестрый симптомокомплекс.

Классификация Б. О. Ж.

Органические:

- Пептическая болезнь оперированного желудка.
- Рак культи желудка.
- Рубцовое сужение гастроэнтероанастомоза.
- Желудочнокишечные, желудочнобилиарные, еюнобилиарные свищи.
- Синдром приводящей петли.
- Порочный круг.
- Каскадная деформация желудка.

Функциональные.

- Демпинг-синдром.
- Гипо- и гипергликемический синдром.
- Энтерогенный синдром.
- Постгастрорезекционная анемия, астения.
- Гастростаз.
- Диарея, дисфагия.

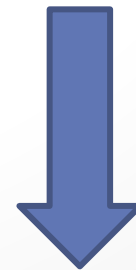
С чего начинаем?

- Изучить историю болезни, анамнез, тип операции, жалобы.



R-исследование:

- Обзорная рентгеноскопия грудной клетки – высота стояния диафрагмы, контуры и подвижность её, лёгочные поля, плевра, синусы.
- Обзорная рентгеноскопия брюшной полости – состояние газового пузыря, наличие жидкости в культе (это говорит о нарушении эвакуации, при большом количестве жидкости – откачивают с помощью зонда)



Контрастное исследование.

- Прохождение первых 1-2 глотков контраста по глотке и пищеводу, через культию желудка. Оценить –смыкание кардия – исключить недостаточность и ГПОД. Оценить тонус культи по характеру развертывания, расположению и эластичности складок.

R-скопию –

ПОЛИПОЗИЦИОННО:

- В вертикальном положении – оцениваем моторноэвакуационную функцию.
- В горизонтальном положении – выбирая оптимальное положение, изучаем пищеводножелудочный и желудочнокишечный переходы, приводящую петлю.

При тугом заполнении:


- Определяем положение, форму, размеры, подвижность, состояние контуров культы, заброс бария в приводящую петлю (её длину, ширину просвета, смещаемость и длительность нахождения бария в ней).
- После эвакуации из культы – изучаем рельеф слизистой, лучше – в горизонтальном положении.

Осложнения раннего периода.

- Нарушение эвакуации из культи. В культе натоштак много жидкости, она увеличена, гипотонична, складки отёчны, резко нарушена эвакуация контраста – замедлена и мелкими порциями.
- Анастомозит-острый воспалительный отёк тканей области анастомоза в результате операционной травмы и повреждения нервномышечного аппарата стенки желудка.



Несостоятельность швов анастомоза и культы 12-п. к.

- Клиника – боли в животе, рвота, интоксикация или бессимптомно.
- R-исследование - в области анастомоза дополнительная тень на фоне газового пузыря – инфильтрат.
- Основной признак – внутренний неполный свищ, отверстие которого в области анастомоза. Т.Е. – видим затек контраста за контуры культы
- Формирование абсцессов (подпеченочный, поддиафрагмальный, межкишечный)-полость, содержащая жидкость. 
- Разлитой перитонит (парез кишечника, утолщение стенок, складок, жидкость в брюшной полости).
- В лёгких – дисковидные ателектазы, выпот в плевральной полости, фокусы инфильтрации.

В раннем послеоперационном периоде



- Исследования с водорастворимым контрастом!!!!!!!
- Тем более, при подозрении на несостоятельность швов!!!!!!

Пептическая язва анастомоза и тощей кишки.

- В основе – пептическая активность желудочного сока и снижение резистентности слизистой.
- В клинике – боль, но м. б. бессимптомно и неожиданно осложниться кровотечением или перфорацией.
- Диагностика трудна. Только прямой симптом язвенной ниши-доказательство язвы, но в оперированном желудке язвенную нишу трудно отличить от карманов и дивертикулов, образующихся вследствие перипроцесса.



Что делать?

- Полипозиционное изучение рельефа. Язва чаще в области анастомоза или вблизи его в тощей кишке – на рельефе или на контуре.
- В отличие от карманов и затеков вследствие деформации стенки из-за перипроцесса, язвенная ниша окружена воспалительным валом, присутствуют вторичные признаки – спазм, гиперсекреция, утолщение складок, нарушение двигательной функции культи и тощей кишки, локальная болезненность при пальпации.

- Форма и размеры карманообразных выпячиваний меняются в процессе исследования, пальпации, изменении положения, они легко отжимаются, быстро опорожняются.
- DDS с дивертикулом – наличие ножки и складок слизистой в ней.
- Заподозрили – ФГДС.



Рак в культе желудка

- Рецидивирующий – при нерадикальной операции по поводу рака.
- Первичный – после операции по поводу язвы и доброкачественных образований.
- Диагностика – отличается от неоперированного желудка – основные симптомы рака - дефект наполнения, аперистальтическая зона, изменения рельефа – не всегда видны в культе.
- Контуры культи часто неровные, трудно применить пальпацию и компрессию.

Что делать?

При раке культи желудка

- Первичное двойное контрастирование – даем пациенту барий и соду с лимонной кислотой .
- Краевой дефект наполнения на какой-либо стенке с неровными контурами, дефект на рельефе – дополнительная тень чаще с неровными контурами.

При раке пищеводнокишечного анастомоза

- Тугое заполнение и изучение рельефа.
- Сужение с бугристыми контурами, обрыв складок слизистой.

Демпинг-синдром

- Характеризуется быстрым продвижением содержимого из культи в кишечник. Это сопровождается выраженными вегетативными и сосудистыми реакциями.
- Клиника – резкая слабость, похудание, головокружение, холодный пот.

В основе Д. С.

- Отсутствие резервуара для пищи, быстрая эвакуация и заполнение тонкой кишки, её раздражение, неполноценное смешивание пищевых масс с ферментами, нарушение пищеварения, приводящее к недостаточному усвоению питательных веществ.
- Причина – выключение 12-п. к. и функции привратника.

Что видим при R- исследовании:

- Быстрая эвакуация из культи как бариевой, так и пищевой взвеси.
- Быстрое продвижение по петлям тощей кишки, иногда – по всей тонкой кишке.
- Петли заполняются неравномерно, в них м. б. жидкость и газ. Часто – дистонические и дискинетические расстройства тощей кишки (бурная перистальтика или гипотония, сменяющаяся глубокими волнами перистальтики), неравномерное продвижение пищи.

Синдром приводящей петли.

- Тугое длительное заполнение приводящего отрезка тонкой кишки.
- ПРИЧИНЫ:
- Широкое отверстие анастомоза, через которое барий свободно поступает в обе петли.
- Спаечный процесс в начальной части отводящей петли.
- КЛИНИКА:
- Рвота с желчью, горечь во рту, боли, слабость, похудание.

Что видим при R- исследовании:

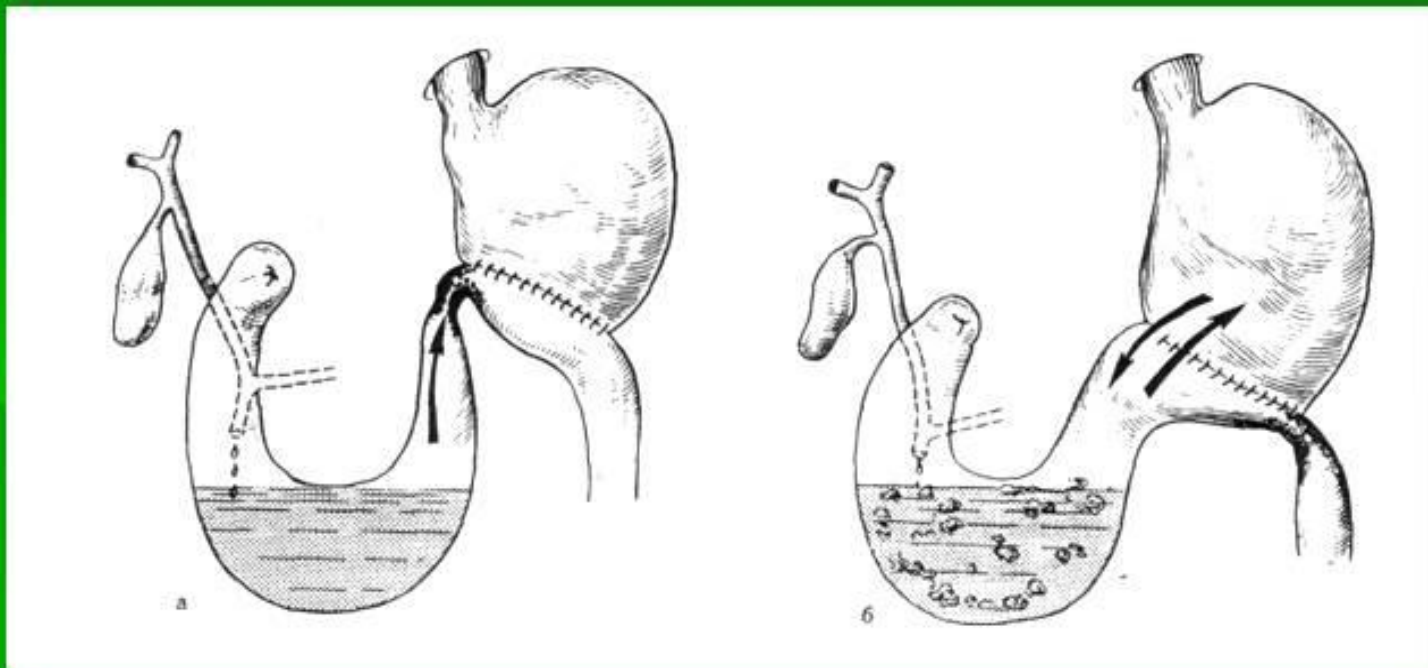
- С самого начала исследования контраст свободно проникает в приводящую петлю, туго заполняет её на всём протяжении.
- Просвет петли расширен, тонус снижен, складки широкие, контуры сглажены.
- Опорожнение петли длительно задерживается – стаз – брожение и гниение – воспаление – еюнит, холецистит, гепатит.

Что видим при R-исследовании:

- Наличие жидкости и газа в приводящей петле.
- Скорость опорожнения культи желудка.
- Степень и протяженность заброса бария в приводящую петлю (на какое расстояние от соустья).
- Форму и величину приводящего отдела, длительность задержки бария в ней.
- Наличие дискинезии, тонус, смещаемость приводящей петли, состояние рельефа.

СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

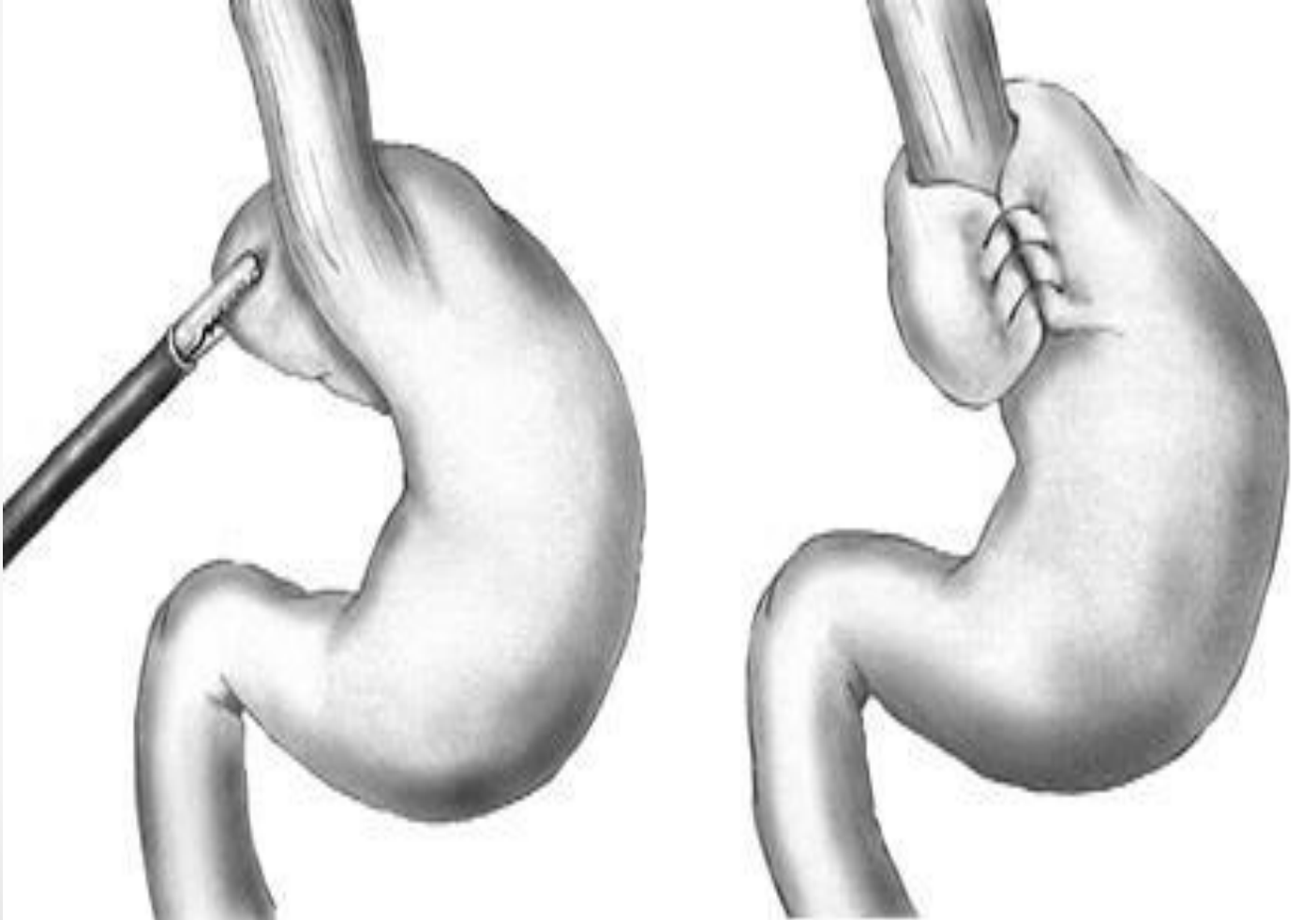
- может развиваться после резекции желудка по Бильрот-2, сопровождается нарушением эвакуации кишечного содержимого из приводящей петли, встречается в 0,8-14% случаев



Рубцовое сужение анастомоза.

- Определяется стойкая деформация и сужение соустья, не исчезающее под воздействием спазмолитиков.
- Расширение культи желудка, длительная задержка в ней содержимого.

Операция эзофагофундопликации



Состояние после эзофагофундопликации



Не навреди!

