

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

**Кафедра хирургических болезней
№3**

**Зав. кафедрой профессор
Кульчиев А.А.**

Болезни оперированного желудка

**Выполнил: ординатор 1 года
обучения**

**кафедры хирургических болезней
№3**

Мусаев Руслан Асифович

ПЛАН ДОКЛАДА:

- Классификация
- Демпинг-синдром
- Гипогликемический синдром
- Синдром приводящей петли
- Синдром отводящей петли
- Пептическая язва анастомоза и тощей кишки

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА - ЭТО

- заболевания, к которым относятся патологические изменения в организме, развивающиеся после операций на желудке в различные по длительности периоды времени.

КЛАССИФИКАЦИЯ А.А. ШАЛИМОВА И В.Ф. САЕНКО:

I. Постгастррезекционные заболевания

1. Функциональные расстройства:

- - демпинг-синдром;
- - гипогликемический синдром;
- - постгастррезекционная астения;
- - синдром малого желудка;
- - синдром приводящей петли (функционального генеза);
- - пищевая (нутритивная) аллергия;
- - гастроэзофагальный и еюно- или дуоденогастральный рефлюксы;
- - **постваготомная диарея.**

3. Смешанные расстройства, главным образом в сочетании с демпинг-синдромом.

2. Органические поражения:

- - рецидив язвы, в том числе пептической, и язвы на почве синдрома Золлингера-Эллисона;
- - желудочно-кишечный свищ;
- - синдром приводящей петли (механического генеза);
- - анастомозит;
- - рубцовые деформации и сужения анастомоза;
- - рак культи желудка;
- - пептический дистальный эзофагит, пищевод Баррета;
- - постгастррезекционные сопутствующие заболевания (панкреатит, гепатит).

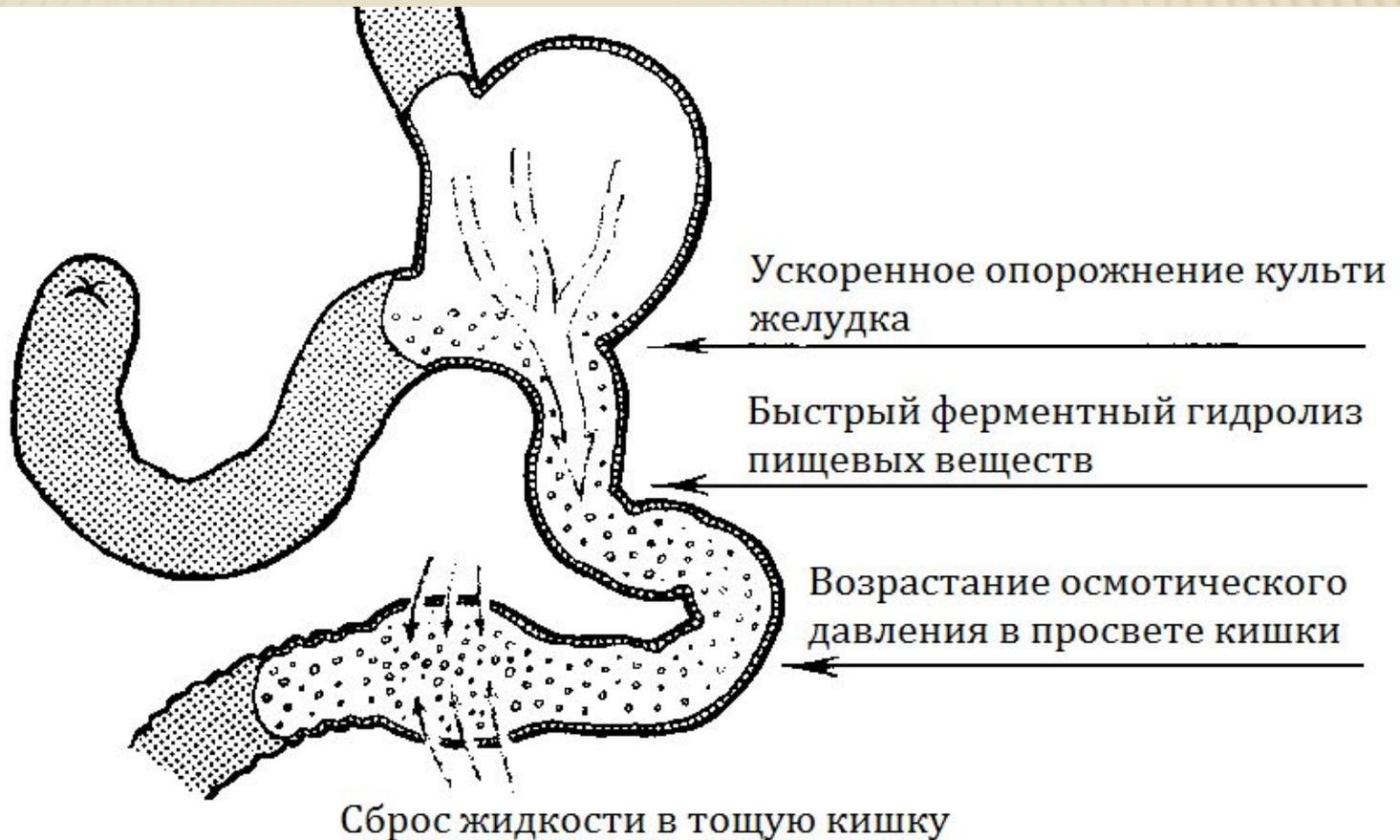
II. Постваготомические

- рецидив язвы,
- диарея,
- нарушения функции кардиальной части желудка с развитием ГЭРБ и пептического эзофагита,
- нарушение эвакуаторной функции – гастростаз или демпинг синдром,
- щелочной рефлюкс гастрит,
- желчно-каменная болезнь,
- панкреатит.

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

- Dumping (англ.) – сброс
- Это комплекс сосудистых и нейровегетативных и кишечных расстройств возникающий после приема пищи у больных, перенесших резекцию желудка, в виде ускоренного продвижения пищевых масс по кишечнику.
- Встречается у 24,4% больных, перенесших операцию на желудке.
- Операции: резекция желудка, пилоропластика, гастроэнтероанастомоз + ваготомия
- По МКБ-10: K00-K93/K90-K93/K.91/**K91.1**

ПАТОГЕНЕЗ



Выделение вазоактивных
аминов

Ранние вазомоторные
симптомы: тошнота, диарея.

Уменьшение объёма
плазмы

Тахикардия, снижение
артериального давления,
изменения ЭКГ, общая
слабость.

Гипергликемия

Увеличение концентрации
инсулина в крови,
последующая
гипогликемия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- В клинической картине демпинг-синдрома доминирующими являются приступы резкой слабости с сосудистыми и нейровегетативными расстройствами. Обычно они возникают через 15-20 минут после еды, особенно сладких и молочных блюд. Тяжесть приступов колеблется от кратковременной общей слабости до пароксизмов полного физического бессилия. Длительность их может быть от 20-25 минут до нескольких часов, и находится в прямой зависимости от тяжести заболевания.
- Характер жалоб делят на 5 категорий:

1. Сосудистые и нейровегетативные: приступы слабости, сердцебиение, побледнение или чувство жара с покраснением лица, дрожание пальцев и кисти, головокружение, потемнение в глазах, холодный пот, неприятное ощущение в верхней части туловища, чувство прилива жара, гиперемия лица. Эти жалобы непосредственно связаны с приемом пищи и наблюдаются исключительно во время приступа демпинг – приступа.

2. Диспептические и абдоминального дискомфорта: отсутствие аппетита, тошнота, урчание в животе, жидкий неустойчивый стул, запоры. Данная категория жалоб связана с нарушением моторно-эвакуаторной деятельности ЖКТ и расстройствами внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

3. Жалобы, связанные с нарушениями метаболического порядка: похудание, малокровие, общее ослабление организма, понижение трудоспособности, физическое бессилие, импотенция.

4. Различные болевые ощущения, обусловленные чаще всего воспалительным процессом в гепато-панкрео-дуоденальной системе, дуоденостазом и спаечным процессом в брюшной полости. Для демпинг-синдрома «в чистом виде» болевой синдром не характерен.

5. Психо-неврологические нарушения и астенизация личности: раздражительность, плаксивость, бессонница, головные боли, неуравновешенность, фиксационная неврастения.

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

степень	Время приступа	Симптомы	Дефицит массы	ЧСС/САД	Эвакуация бария из желудка
1 легкая	10-15 минут	приступами слабости или недомогания после сладкой пищи и молока	3-5 кг	+10 уд/мин, - 5 мм рт ст.	15-20 минут
2 средняя	30-40 минут	более выраженный характер. Стул неустойчивый. Трудоспособность снижена.	8-10 кг	+10-15 уд/мин, -5-10 мм.рт.ст.	10-15 минут
3 Тяжелая	1,5-2 часа	после каждого приема пищи. при попытке встать наступает обморок. Истощение. Изнуряющий понос. инвалидность 2 группы.	13-15 кг	+15-20 уд/мин, -10-15 мм.рт.ст.	5-7 минут

ДИАГНОСТИКА

Диагностика демпинг-синдрома при наличии характерной симптоматики не вызывает затруднений.

Быстрая эвакуация бариевой взвеси («сброс») из культи желудка и ускоренный пассаж по тонкой кишке, выявленные при рентгенологическом исследовании, характерная гликемическая кривая после углеводной нагрузки подтверждают диагноз.

РЕНТГЕНОСКОПИЯ С БАРИЕВОЙ ВЗВЕСЬЮ

**ГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ
(ПОСЛЕ УГЛЕВОДНОЙ НАГРУЗКИ)**

ЛЕЧЕНИЕ

□ При легкой степени:

1. Частое дробное питание небольшими порциями (5-7 раз в день);
2. Ограничение продуктов и блюд, наиболее часто вызывающих демпинг-синдром: сладостей (сахар, мёд, варенье), очень горячих и очень холодных блюд, жидких сладких молочных каш и др.;
3. Недопустимость приёма жидкости вместе с остальными блюдами, т.е. чай, молоко, кефир (через 20-30 минут после основного приёма пищи). Количество жидкости за один приём не должно превышать 1 стакана.
4. По возможности ложиться на 15-20 мин после еды, особенно после обеда.

□ При средней тяжести кроме диетотерапии целесообразно принимать

1. средства, замедляющие эвакуацию из желудка и снижающие перистальтику тонкой кишки (препараты атропина, ганглиоблокаторы),
2. проводить общеукрепляющую терапию (инфузии растворов глюкозы с инсулином, парентеральную витаминотерапию),
3. больным с выраженными психоневрологическими нарушениями показаны нейролептические средства

- **Тяжелый** демпинг-синдром является показанием к хирургическому лечению.

Основной смысл реконструктивных операций состоит в замедлении опорожнения оперированного желудка.

1. уменьшение размеров желудочно-кишечного соустья при операции Бильрот-2;
2. наложение добавочного межкишечного аперистолитического соустья приводящей и отводящей петлей по Брауну;
3. образование дополнительного кишечного резервуара из спаренных между собой кишечных петель (операция Пота);
4. фиксация приводящей петли к малой кривизне желудка;
5. реконструкция желудочно-кишечного соустья типа Бильрот-2 в Бильрот-1;



6. реконструкция с изоперистальтическим кишечным трансплантантом между культей желудка и 12 перстной кишкой (операция Захарова-Генлея);
7. реконструкция с антиперистальтическим сегментом тощей кишки между культей желудка и 12-перстной кишкой (операция Геррингтона);
8. реконструкция с толстокишечной пластикой;
9. сужение гастродуоденального анастомоза после резекции желудка по Бильрот-1 (операция Макаренко);



ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Или поздний демпинг-синдром и является, по существу, его продолжением. ГС встречается у 5–10 % больных.
- В результате ускоренного опорожнения культи желудка в тощую кишку попадает сразу большое количество готовых к всасыванию углеводов. В крови быстро и резко повышается уровень сахара, гипергликемия вызывает ответную реакцию системы гуморальной регуляции с избыточным выделением инсулина. Увеличение количества инсулина приводит к падению концентрации сахара и развитию гипогликемии.

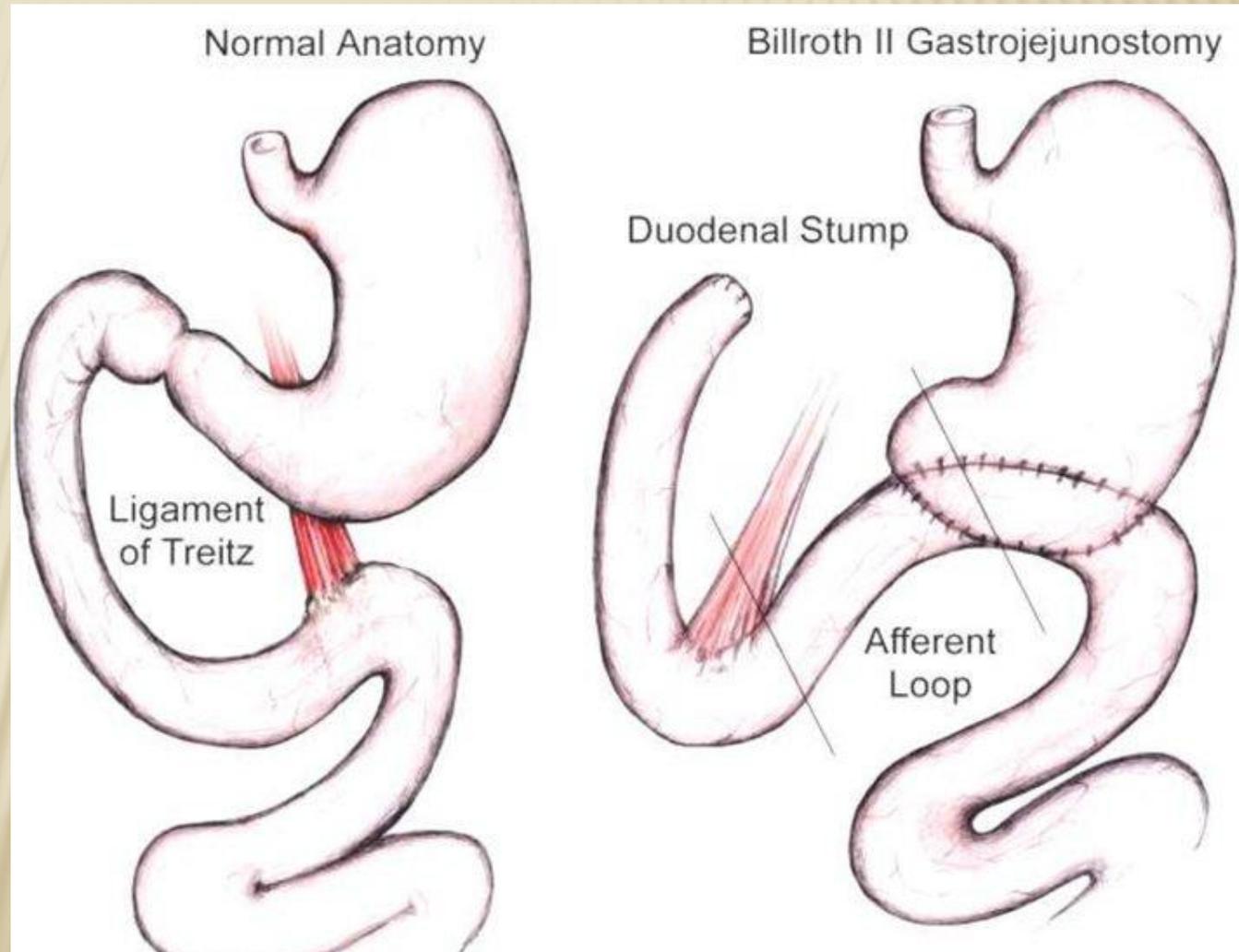
-
- Диагностика ГС основывается на характерной клинической картине. Синдром проявляется мучительным чувством голода, спастической болью в эпигастрии, слабостью, усиленным потоотделением, чувством жара, сердцебиением, головокружением, потемнением в глазах, дрожанием всего тела, иногда потерей сознания.
 - Приступ возникает через 2–3 ч после еды и длится от нескольких минут до 1,5–2 ч.
 - Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой у большинства больных отличается быстрым и крутым подъемом и столь же резким падением концентрации сахара в крови ниже исходного уровня.
 - ГС часто сочетается с демпинг-синдромом, но может наблюдаться и изолированно.

ЛЕЧЕНИЕ

- На высоте приступа — назначение легко усваиваемых углеводов в небольших количествах. С целью профилактики синдрома — частое, дробное питание (шестиразовое).
- Если гипогликемия носит отчетливый реактивный характер после предшествующей ей гипергликемии, необходимо ограничить углеводы до 150—200 г и полностью исключить легко всасываемые углеводы.
- В дальнейшем постепенное увеличение количества углеводов до 200—350 г
- Помимо диетотерапии, рекомендуются средства, воздействующие на нервную систему, — препараты брома, электро-, гидропроцедуры и пр.

СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

это нарушение, которое возникает после резекции желудка по Бильрот II вследствие нарушения эвакуации дуоденального содержимого и попадания части съеденной пищи не в отводящую, а в приводящую петлю тощей кишки.



ПРИЧИНЫ

- нарушен (замедлен) пассаж дуоденального содержимого (приводящей петли) в отводящую петлю;
- эвакуация желудочного содержимого происходит активнее в приводящую петлю, нежели в отводящую.

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

степень	Симптомы	Частота	трудоспособность
1 (легкая)	срыгивания, рвота желчью (связанные с приемом молока)	1-2 раза в месяц	сохранена
2 (средняя)	Рвота с желчью (200-300 мл), чувство полноты в правом подреберье и эпигастрии после еды. Рвота приносит облегчение.	2-3 раза в неделю	снижение, потеря в весе
3 (тяжелая)	Рвота (400-500 мл) , После еды появляются распирающие боли в правом подреберье и подложечной области.	раз в день	Снижение, Истощение Вызывают рвоту самостоятельно
4 (тяжелая)	безбелковые отеки, резкое истощение, гипопропротеинемия, малокровие, Дистрофия органов		

Рентгенологическое исследование больных с синдромом приводящей петли с помощью $BaSO_4$ показало, что он вызван в большей степени не рефлюксом в приводящую петлю, а застоем дуоденального содержимого (стрелка на Р-грамме) по разным функциональным и механическим причинам.



ЛЕЧЕНИЕ

- Консервативное лечение СПП малоэффективно, может применяться лишь при его легкой степени и сводится к щадящей диете, противовоспалительной терапии, повторным промываниям желудка. Устраняют гипопротеинемию и анемию. Назначают переливание крови и плазмы, спазмолитические средства и витамины.
- Существует несколько видов оперативных вмешательств при СПП:
 1. Реконструктивная гастроеюнодуоденопластика, которая наряду с синдромом приводящей петли излечивает демпинг-синдром, в сочетании с которым он часто встречается:

Операции дренирующие приводящую петлю



Дуоденоеюностомия:

Операция Хога - Штейнберга

Операции дренирующие приводящую петлю



Дуоденоеюностомия по Брауну

Дуоденоеюностомия по Ру

2. Реконструктивный У-образный анастомоз по Ру;

3. Дуоденоэюноанастомоз;

4. Энтеро-энтероанастомоз по Брауну;

5. Резекция 12-перстной кишки;

6. Подшивание приводящей петли к малой кривизне желудка;

7. Перевод резекции желудка по Бильрот-2 в Бильрот-1;

8. Подшивание приводящей и отводящей петель к задней поверхности брюшины;



ПРОФИЛАКТИКА

- Не использовать длинные петли
- Ушивать все окна брыжейки
- Анастомоз по большой кривизне желудка, с фиксацией петли по малой кривизне
- Антиперистальтичность анастомоза
- Энтеро-энтероанастомоз по Брауну

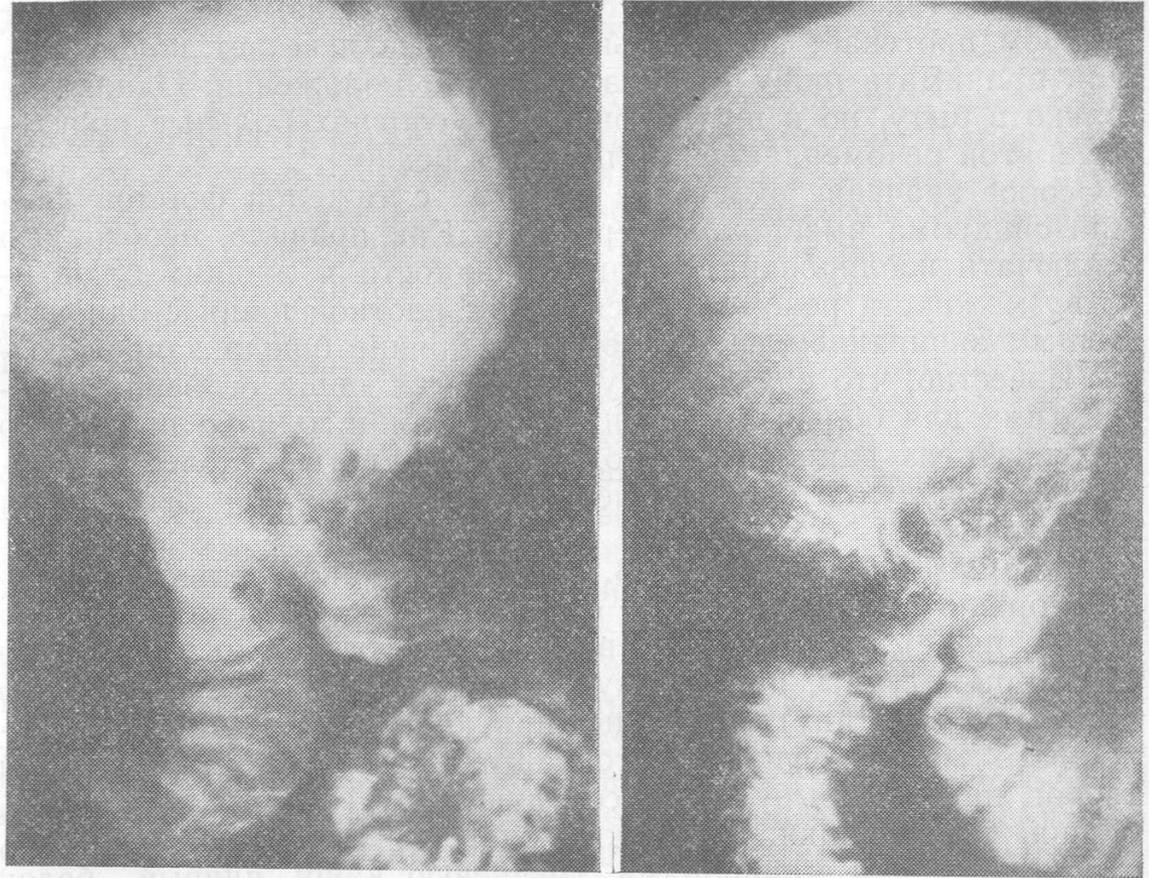
СИНДРОМ ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

- Редкое позднее осложнение резекции желудка или гастроэнтеростомии, обусловленное нарушением проходимости отводящей кишечной петли и проявляющееся возникновением тошноты и рвоты после еды, спастическими болями.
- Причины: формирование ретроанастомотической грыжи, спайки, фиброз и еюногастральная инвагинация.
- Лечение: рассечение спаек, реконструкция из Бильрот-2 в Бильрот-1 или Ру.

ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗОСА И ТОЩЕЙ КИШКИ

- предпосылкой появления пептической язвы после резекции желудка является наличие свободной соляной кислоты в желудочном соке, которая становится патогенетическим фактором в развитии язвы на соустье либо анастомозированной петле.

Подавляющее большая часть язв анастомоза и тощей кишки появляются через 6-12 месяцев после операции.



21. Большая язвенная «ниша» в области анастомоза, возникшая после резекции желудка по способу Бильрот II. Расширение культи желудка, явления анастомозита.

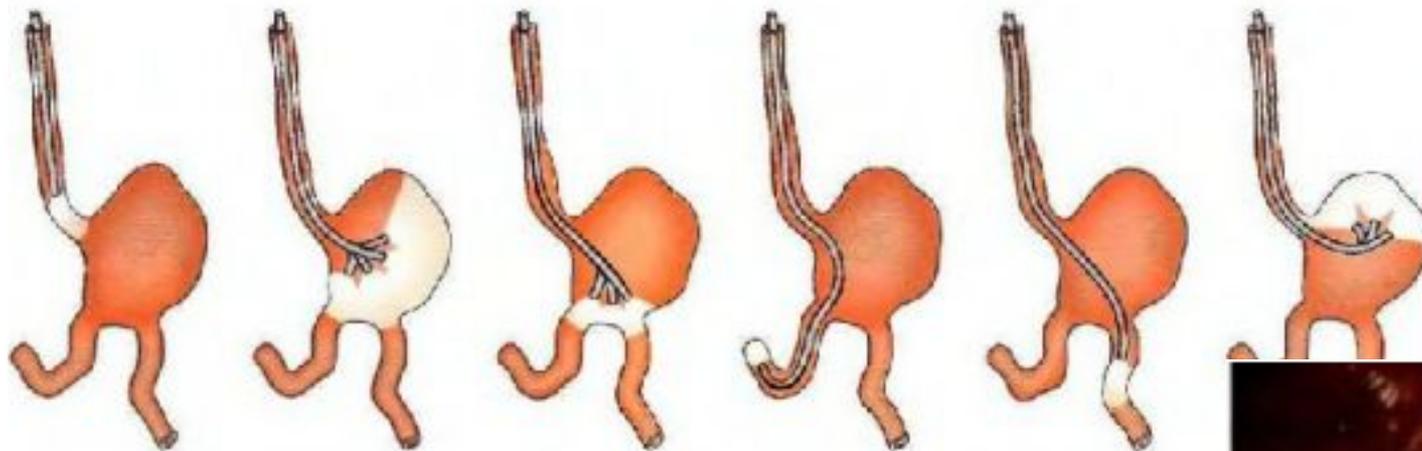
-
- Источником соляной кислоты могут быть оставленные в итоге экономной резекции желудочные железы тела и дна, продуцирующие соляную кислоту и пепсин.
 - На втором месте стоит технически неправильно выполненная операция, когда оставляется пилорический отдел желудка совместно со слизистой оболочкой, которая выделяет гормон гастрин, являющийся мощным возбудителем кислотопродуцирующих желудочных желез.
 - Третьей предпосылкой появления свободной соляной кислоты является синдром Золлингера-Эллисона (триада: пептическая язва после резекции желудка, высокая желудочная секреция, опухоль поджелудочной железы из островковой ткани)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Жалобы при пептической язве имеют ряд особенностей, отличающих их от жалоб при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной области воспалительного характера. Если при хроническом панкреатите, холецистопанкреатите боль практически постоянно связана с приемом пищи, то для пептической язвы типично то, что боль успокаивается либо совсем проходит после приема пищи.
- Прием острой и кислой пищи увеличивает болевой синдром.
- Интенсивность боли при пептической язве, в особенности при её пенетрации, существенно выше, чем при язвенной болезни.
- Локализация боли при пептической язве также имеет свои особенности. Она локализована в подложечной области, слева от срединной линии и несколько ближе к пупку, то есть соответствует проекции желудочно-кишечного анастомоза.
- При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области больше слева. При наличии воспалительного инфильтрата либо пенетрации язвы в переднюю брюшную стенку пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование.

ДИАГНОСТИКА

Для диагностики пептической язвы удачно используют фиброгастроскопию, позволяющую обеспечить хороший обзор внутренней поверхности желудка. Благодаря собственной гибкости и мобильности дистального конца 25 фиброгастроскоп просто вводится в отводящую и приводящую петли, конструкция его позволяет создавать фотоснимки, прицельную биопсию.



- Консервативная терапия при пептических язвах является по сути предоперационной подготовкой перед дальнейшей операцией.
- Способы хирургического исцеления пептических язв состоят в следующем.

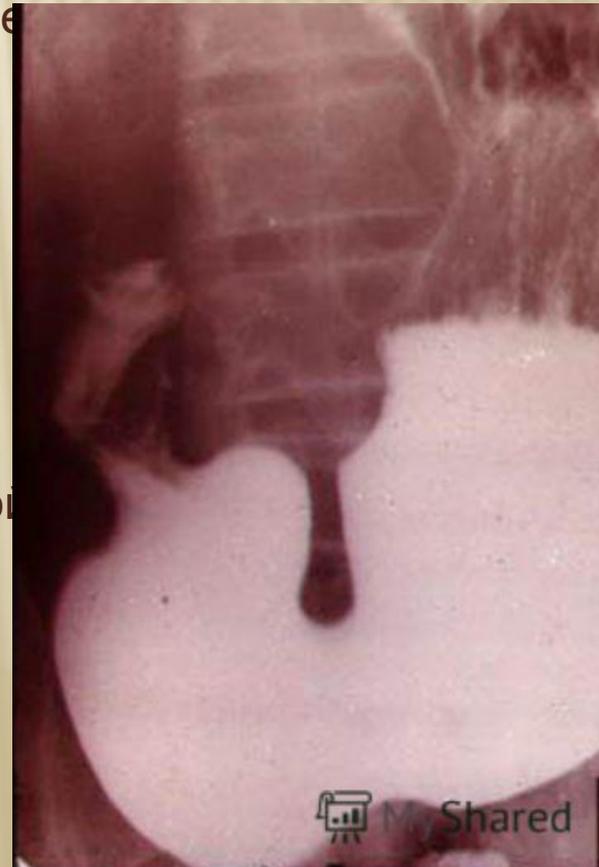
Если язва маленьких размеров, свободна от пенетрации, то делается её иссечение с сохранением второй полуокружности кишки и ушиванием дефекта поперечно с дальнейшей резекцией желудка и стволовой ваготомией.

Так как чаще всего пептические язвы имеют значительную величину, измененные каллезные края и пенетрируют близлежащие органы, то у большинства больных выполняется резекция желудка совместно с анастомозированной петлей узкой кишки, несущей язву. В этом случае применяется анастомоз по Гофмейстеру-Финстереру, при котором щелочно-дуоденальный сок постоянно орошает его, и имеется меньшая возможность рецидива пептической язвы.



ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ❑ **Постваготомическая дисфагия**, как правило, легкой степени наблюдается обычно в раннем послеоперационном периоде (7-14 день). Больные жалуются на затрудненное глотание, которое самостоятельно исчезает. С помощью рентгенологического и эндоскопического методов исследования обнаруживают затрудненное прохождение бариевой массы в желудок.
- ❑ Лечение дисфагии легкой степени состоит в назначении диеты, антиспастических и антихолинергических средств. При тяжелой постваготомической дисфагии показана пневмодилатация пищеводно-желудочного пере
- ❑ **Гастростаз** встречается редко, в результате угнетения моторики желудка, в раннем послеоперационном периоде. Клинически проявляется жалобами на чувство тяжести, дискомфорта и полноты в эпигастрии, рвота пищей.
- ❑ С помощью рентгенологического исследования и эндоскопии исключают механическую природу гастростаза: рубцовое сужение или образование пептической язвы в области пилоропластики.
- ❑ Лечение гастростаза функциональной природы консервативное: аспирация содержимого желудка назогастральным зондом, инфузионная терапия, бензогексоний, метоклопрамид (церукал, реглан).



□ **Поставаготомическая диарея.** Чаще встречается при стволовой ваготомии, редко — после селективной проксимальной ваготомии. Предполагают, что в развитии этого синдрома участвуют многие факторы: желудочный стаз, редукция желудочной секреции, нарушение моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки, экзокринной функции печени и поджелудочной железы, изменение бактериальной флоры в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, а также нарушение обмена желчных кислот.

□ Диагноз основывается на клинической картине.

□ Лечение комплексное: диета с ограничением жидкой пищи, углеводов, молока; препараты, нормализующие моторику кишечника (атропин, бензогексоний, церукал, реглан), связывающие желчные кислоты (холестирамин). Хирургические методы применяют редко.

□ **Рефлюкс-гастрит** В патогенезе синдрома ведущую роль играют нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающиеся выраженным дуоденогастральным рефлюксом.

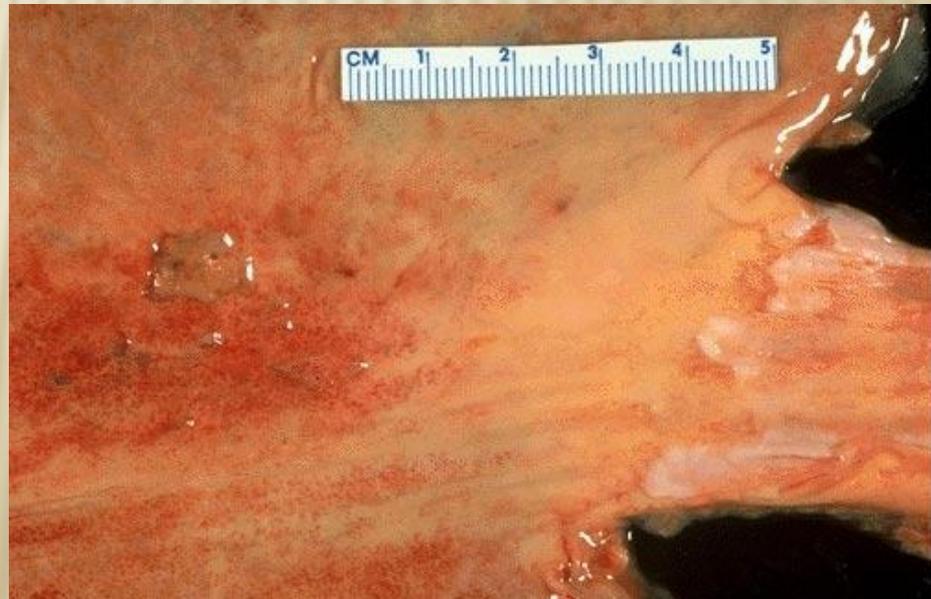
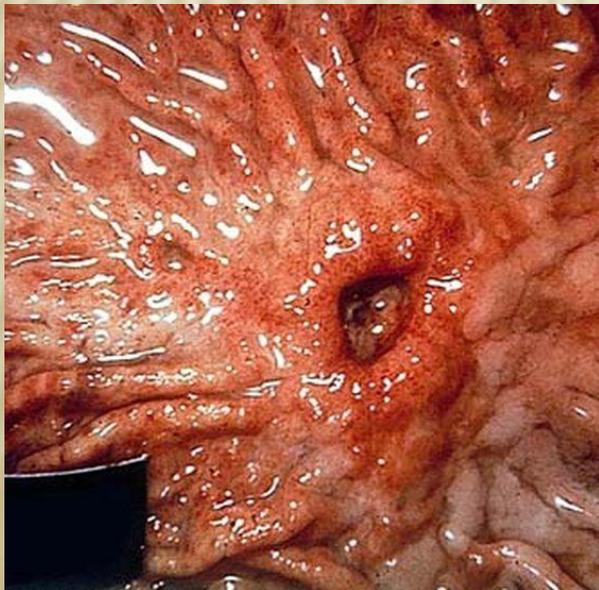
□ Симптомы: боль в эпигастрии, постоянная, жгучая и усиливающаяся после приема пищи; горечь во рту, срыгивание и рвота желчью, потеря массы тела. Диагноз основывается на клинической картине, лабораторных данных (признаки анемии, гипо- и ахлоргидрия, повышенное содержание желчных кислот в желудочном соке) и результатах эндоскопического исследования с гастробиопсией.

□ Лечение консервативное: щадящую диету, вяжущие и обволакивающие средств, препаратов, нормализующих моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (бензогексония, церукала, реглана), холестирамина, витаминов (парентерально). При крайней выраженности симптомов, упорном течении и развитии осложнений (повторяющиеся кровотечения из эрозированной слизистой оболочки желудка, анемия) показано хирургическое лечение, и частности резекция желудка с формированием У-образного желудочно-кишечного соустья по методу Ру.

□ **Рецидивные пептические язвы.** Локализуются язвы преимущественно в области дренирующей операции (пилоропластики, гастроеюноанастомоза).

□ Особенности клиники: более мягкое и нередко бессимптомное течение, меньшее число осложнений и эффективность противоязвенной терапии. В диагностике большее значение имеет исследование желудочной секреции (неадекватное снижение базальной и максимальной продукции соляной кислоты, положительные тесты на полноту ваготомии), а также повышение уровня гастрина в сыворотке крови, что может свидетельствовать об антральной гастринклеточной гиперплазии.

□ Лечение пептических язв обычно консервативное (комплексная противоязвенная терапия). Только у 10—20% больных при упорном течении и частых рецидивах язв, и случаях развития осложнений (стеноз выходного отдела желудка, кровотечение), а также если доказана эндокринная природа рецидивной язвы (антральная гастринклеточная гиперплазия) показано хирургическое лечение.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Акимов В.П. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА В.П.Акимов, Л.Г.Дваладзе, А.В.Шубин, Т.Д. Шенгелия, Ю.Е.Веселов// Вопросы общей и частной хирургии том 167, № 6, 2008 г.
- Волков Сергей Владимирович, Игонин Ювеналий Александрович Актуальные вопросы патогенеза и диагностики постгастрэктомического демпинг-синдрома и его сочетанных форм // Вестник ЧГУ. 2014. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-patogeneza-i-dagnostiki-ostgastrektomicheskogo-demping-sindroma-i-ego-sochetannyh-form>
- Дудченко М. А. Болезнь оперированного желудка или постгастрорезекционный синдром, их лечение // СМБ. 2012. №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/bolezni-operirovannogo-zheludka-ili-postgastrorezektsionnyy-sindrom-ih-lechenie>.
- Литтман И. Оперативная хирургия под редакцией проф. И. Литтмана. – Будапешт, 1985. – 1136 с.
- Соколова Светлана Викторовна, Щербатых Андрей Викторович, Кузнецов Сергей Миронович, Большешапов Андрей А. Закономерности функционально-морфологических изменений оперированного желудка // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2004. №7. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/zakonomernosti-funktsionalno-morfologicheskikh-izmeneniyoperirovannogo-zheludka>.
- Федоров И.В. ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ ХИРУРГИИ// Поволжский онкологический вестник, 2015. Режим доступа: <http://oncovestnik.ru/index.php/arkhiv/item/1041-pozdnie-oslozhneniya-zheludochnoj-khirurgii>
Янова В.В. Методическое пособие: болезни оперированного желудка// Благовещенск, 2012
- Рычагов Г. П. Прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений в хирургии язвенной болезни. – Душанбе, 1991.
- Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., КурбановФ.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. –М.: Медицина, 1996.
- Маркова Г.Ф. Клиника и лечение последствий удаления желудка /Г.Ф. Маркова. – М. «Медицина», 1989. – 160с.