

Болезни оперированного желудка

Бычков М.А. 408 группа

Основные причины БОЖ:

- 1. Ошибки в показаниях к применению того или иного хирургического пособия
- 2. Недостаточный объём операции.
- 3. Дефекты оперативной техники при её выполнении

БОЖ подразделяют на:

- **Постгастрорезекционные синдромы (ПГРС)**
- **Постваготомические синдромы (ПВС)**

Обе группы послеоперационных нарушений пищеварения классифицируются с учётом клинического течения, происхождения и сроков возникновения

По характеру клинического течения ПГРС подразделяются на:

1. Функциональные расстройства:

- 1) Демпинг-синдром (ранний и поздний)
- 2) Синдром приводящей петли функционального происхождения
- 3) Постгастрорезекционная астения
- 4) Синдром малого желудка
- 5) Дуоденогастральный, еюногастральный, гастроэзофагеальный рефлюкс

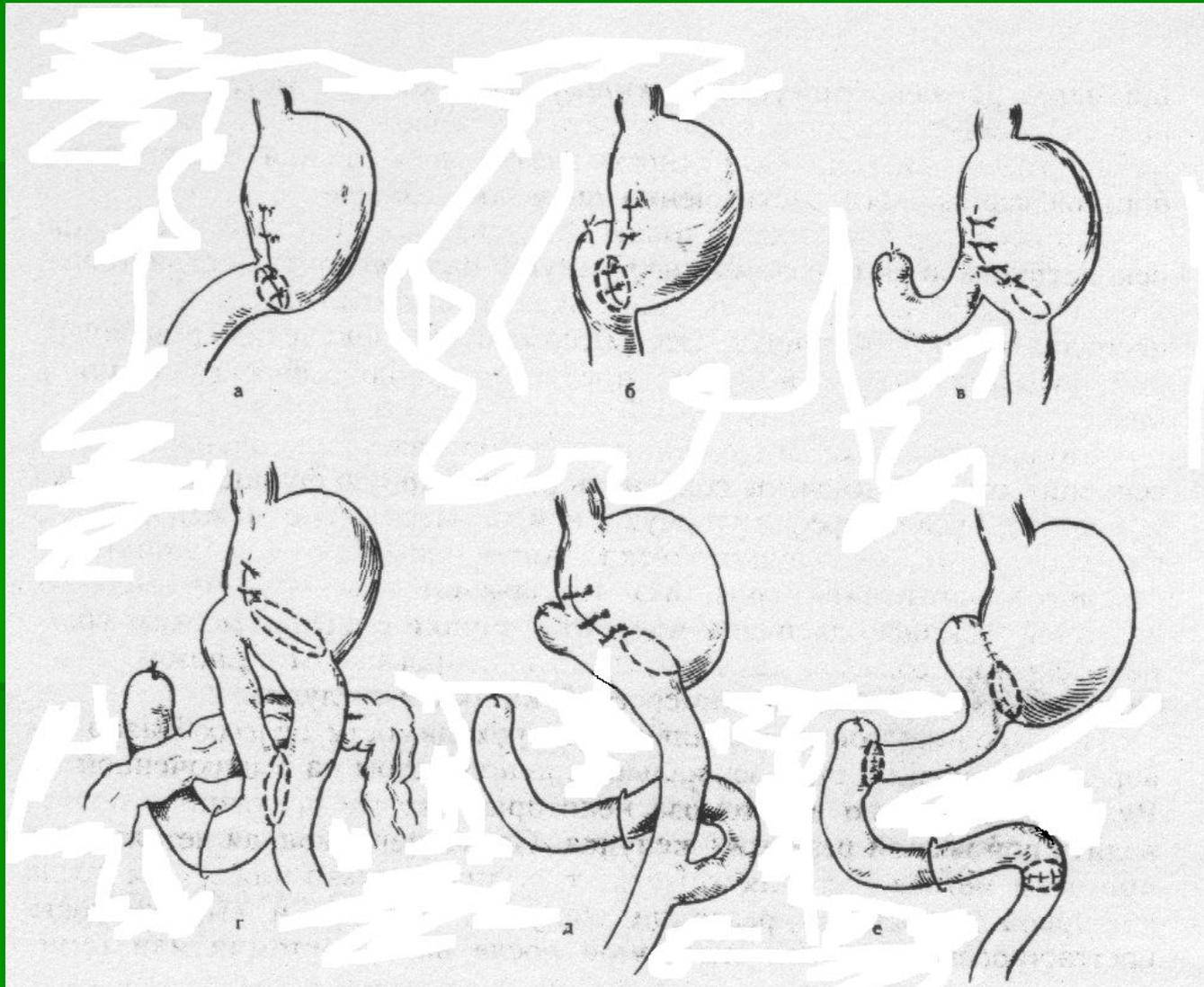
2. Органические нарушения:

- 1) Пептическая язва
желудочно-кишечного
анастомоза
- 2) Синдром приводящей
петли механического
происхождения
- 3) Анастомозит
- 4) Рубцовые
деформации и
сужения анастомоза
- 5) Синдром отводящей
петли
- 6) Острая
еюногастральная
инвагинация
- 7) Желудочно-кишечный
свищ
- 8) Постгастрорезекцион-
ные сопутствующие
заболевания
(панкреатит, энтеро-
колит, гепатит)
- 9) Рак культи желудка

По происхождению различают ПГРС:

- 1. После резекции желудка по Бильрот-2 и её модификаций
- 2. После резекции желудка по Ру
- 3. После резекции желудка по Бильрот-1

Методы дистальной резекции желудка



а- по Бильрот-1; б – по Габереру-Финнею; в – по Гофмейстеру-Финстереру;
г – по Бальфуру; д – по Ру; е – гастроеюнодуоденопластика

Виды ваготомий

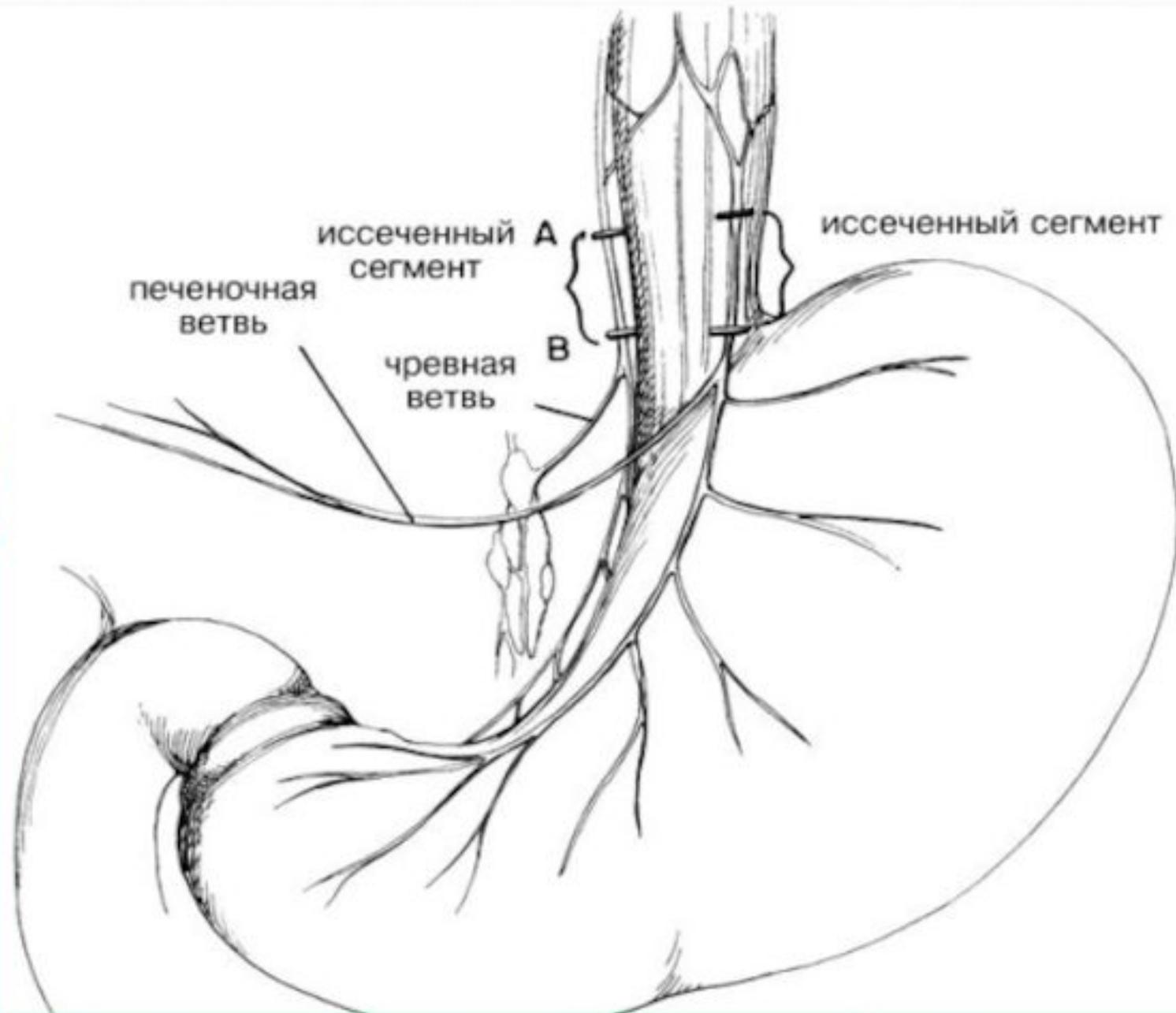
■ Стволовая ваготомия:

- 1) трансторакальная
- 2) трансабдоминальная наддиафрагмальная;
- 3) трансабдоминальная поддиафрагмальная

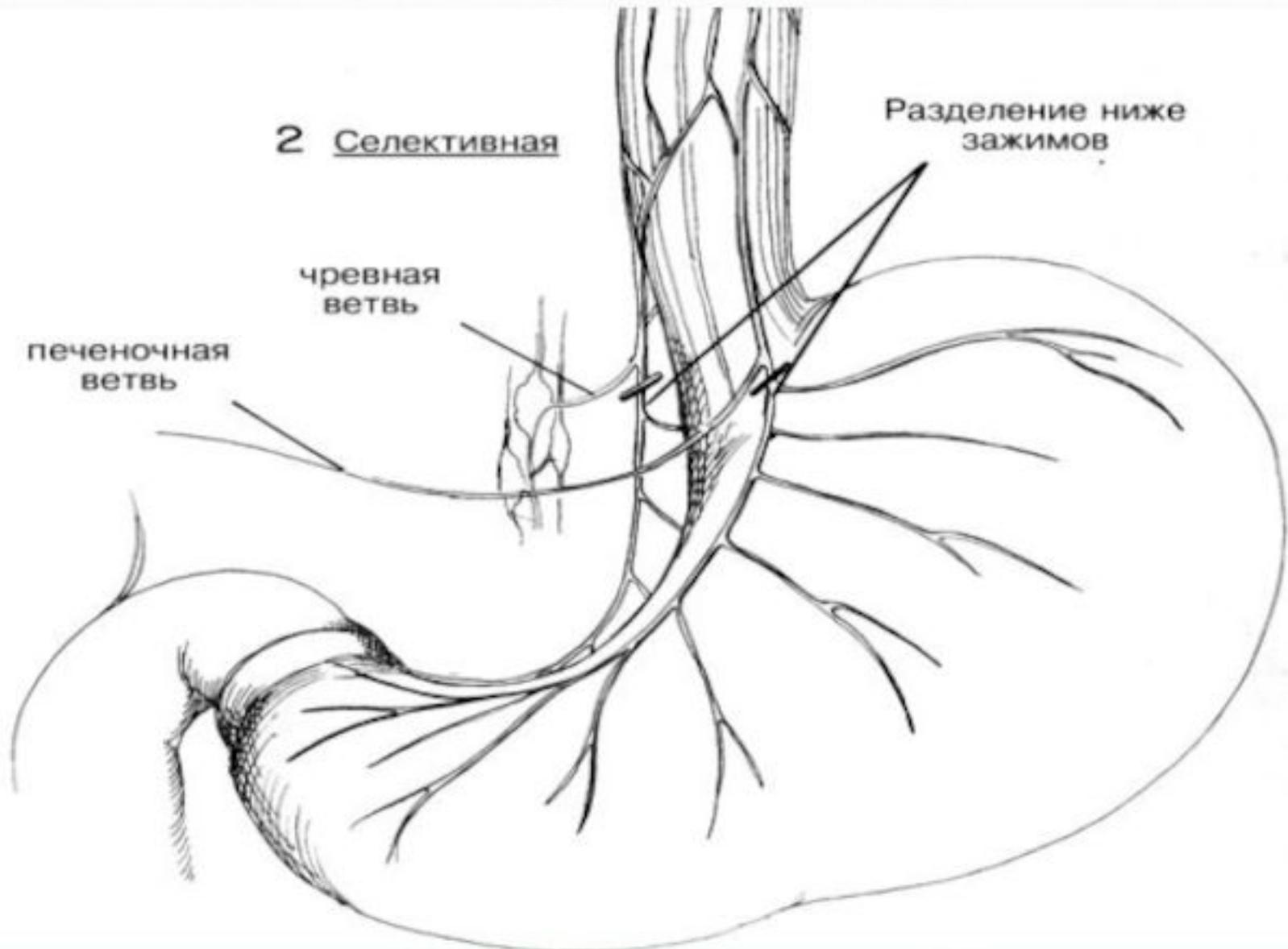
Селективная желудочная ваготомия:

- 1) передняя стволовая, задняя селективная;
- 2) передняя селективная, задняя стволовая;
- 3) двусторонняя селективная.

Двусторонняя стволовая (тотальная)

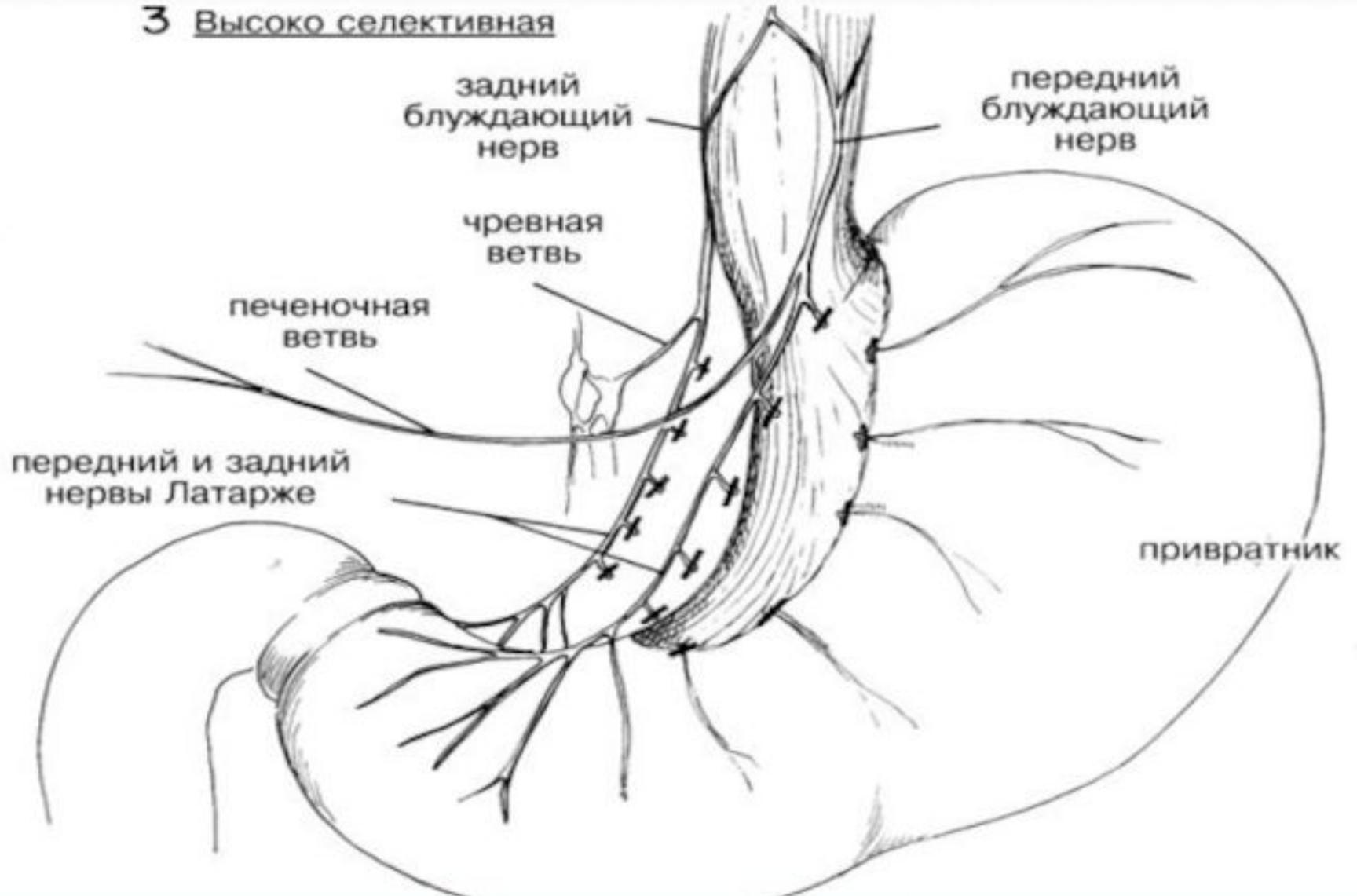


Двусторонняя селективная желудочная ваготомия (ПСЖВ)



Проксимальная селективная желудочная ваготомия (ПСЖВ)

3 Высоко селективная



По срокам возникновения выделяют:

- 1. Ранние синдромы:

- 1) Синдром малого желудка
- 2) Анастомозит
- 3) Ранний демпинг-синдром

- 2. Поздние синдромы:

- 1) Постгастрорезекционная астения
- 2) Рубцовая деформация и сужение анастомоза
- 3) Рак культи желудка
- 4) Рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит
- 5) Поздний демпинг-синдром
- 6) Постгастрорезекционные сопутствующие заболевания.

СИНДРОМ МАЛОГО ЖЕЛУДКА

после обширной его резекции (более 75%)

Клиника:

- чувство тяжести, полноты в подложечной области, отрыжка, тошнота, рвота, потеря массы тела

Лечение:

- **консервативное** (частый приём небольших порций калорийной пищи)
- **операция** - создание «кармана» из тощей кишки или ГЕДП

СИНДРОМ МАЛОГО ЖЕЛУДКА

- Синдром малого желудка возникает чаще всего при субтотальной резекции желудка, когда объем культи не превышает 150-200 мл, а анастомоз и стенка желудка подвергаются рубцовой деформации.

ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННАЯ (АГАСТРАЛЬНАЯ) АСТЕНИЯ

- значительное **уменьшение** размеров желудка (или полное его отсутствие)
- **быстрое** опорожнение желудка от принятой пищи
- поступление в кишечник **неподготовленной** механически и химически к кишечному перевариванию пищи
- нарушение всех видов **обмена веществ**, поливитаминальная недостаточность (В12 и др.)
- нарушение гемоглобинообразования и эритропоэза, появление **анемии**
- развитие **холецистита, гепатита, дуоденита** (снижение бактерицидности кишечного содержимого)
- **атрофия** слизистой оболочки ЖКТ

Клиника:

- Прием пищи приводит к переполнению культи желудка, в связи с чем у больных возникает чувство тяжести, распирания в эпигастрии, появляются отрыжка, тошнота, изжога.
- В тех случаях, когда функция анастомоза нарушена несущественно, все явления быстро проходят. При значительном сужении соустья и нарушении эвакуаторной функции диспептические явления продолжают длительное время, у больных может возникать рвота.

Клиника:

- Снижение аппетита, общая слабость, прогрессирующее похудание, отёки (белковая недостаточность), диарея, кожные изменения
- Вторичная инфекция - абсцессы, флегмоны мягких тканей, рожистое воспаление
- Нарушение половой функции
- Нервно-психические расстройства

Степени тяжести :

- 1 – лёгкая
- 2 – средняя (диарея, отёки, дефицит белков, жиров, анемия)
- 3 – тяжёлая (значительные расстройства обмена веществ с кахексией, авитаминозом, остеопатиями)

Нарушение всасывания (**malabsorption-syndrom**) и потеря массы тела

- В среднем у 5-10% больных после резекции желудка может ожидатьсся потеря массы тела. У некоторых больных наблюдается увеличение массы тела после резекции желудка по поводу язвы. Чаще всего больные чувствуют себя комфортно при умеренно сниженной массе тела и не считают это проблемой. В редких случаях резекцию желудка осложняют серьезные расстройства питания.
- Нарушения всасывания жира могут быть выявлены у большинства больных после резекции желудка по Бильрот-П. В норме не более чем 5% проглоченного жира выделяются с испражнениями, но почти все больные после операции по Бильрот-П экскретируют 10-15% жира. Стеаторея такой степени обычно не сопровождается потерей массы тела или диареей и остается субклинической у большинства больных. Может отмечаться также и нарушение абсорбции углеводов, белков, витаминов и минеральных веществ. Клинически выраженная «мальабсорбция» характеризуется проявлением большой недостаточности всасывания многих ингредиентов пищи. Потеря массы тела и диарея могут быть выраженными и сопровождаться дефицитом жирорастворимых витаминов (А, D, Е, К).

Нарушение всасывания (**malabsorption-syndrom**) и потеря массы тела

- Отмечается астенизация, проявляющаяся повышенной раздражительностью, бессонницей, головной болью, головокружениями. При этом некоторые отечественные авторы рассматривают нарушение процессов переваривания и всасывания, потерю массы тела, астенизацию психической и соматической сферы как пострезекционную (агастральную) астению.

Анемия

- **Постгастрорезекционная анемия развивается постепенно, приблизительно у 30% оперированных больных в течение пяти лет. Она может наблюдаться и после стволовой ваготомии с дренирующей операцией.**
- Для диагностики используют клинический и биохимический анализ крови; рентгенологическое, эндоскопическое и радиологическое исследование для установления возможного источника потери крови. После установления причины назначают соответствующее лечение.
- **При отсутствии осложнений, вызывающих потерю крови, проводится консервативное лечение. Назначают препараты железа, витамины, соляную кислоту, переливание крови (в тяжелых случаях).**
- В целях профилактики всем больным после резекции желудка или ваготомии с гастроэнтероанастомозом рекомендуется прием внутрь 300 мг железа ежедневно.

Агастральная (В₁₂ - дефицитная, фолиеводефицитная, мегалобластическая) анемия)

- обычно возникает в отдаленные сроки после гастрэктомии из-за потери витамина В₁₂ и очень редко из-за дефицита фолиевой кислоты или недостатка того и другого.
- После гастрэктомии нарушение всасывания витамина В₁₂ наступает из-за потери внутреннего фактора, который в нормальных условиях секретруется слизистой оболочкой желудка.
- У таких больных может наблюдаться сочетание железодефицитной анемии и анемии, связанной с дефицитом витамина В₁₂.

Агастральная (В₁₂ - дефицитная, фолиеводефицитная, мегалобластическая) анемия)

Лечение:

Витамин В₁₂ парентерально, фолиевая кислота орально или парентерально.

Костные осложнения

- После операций на желудке могут наблюдаться остеопороз и остеомалация. Эти отдаленные последствия связаны, главным образом, с ограничением приема пищи и нарушением всасывания витамина D и кальция.
- Больные жалуются на генерализованные боли в костях, слабость в связи с миопатией, возникновение патологических переломов.
- В крови определяется гипокальциемия, повышенный уровень щелочной фосфатазы. При рентгенографии выявляется разрежение костной структуры (остеопороз).

Костные осложнения: лечение

Лечение должно состоять в диетотерапии, обязательном назначении витамина D.

Диагностика:

Методы диагностики:

- Контрастная рентгенография (скопия) желудка
- Фиброгастроскопия

Лечение

Консервативное:

- сбалансированное **энтеральное** питание
- **коррекция** белковых, водно-электролитных нарушений, жирового и витаминного обмена
- **анаболические** гормоны (ретаболил, неробол)
- **заместительная** терапия (соляная кислота, панкреатин, фестал, креон и др.)

Оперативное:

включение ДПК в процесс пищеварения, увеличение ёмкости полости культи желудка, снижение скорости её опорожнения.