

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Доктор хабилитат
медицинских наук,
профессор А.Боур**

Осложнения язвенной болезни следующие:

1. перфорация язвы,
2. кровотечение,
3. стеноз,
4. пенетрация,
5. малигнизация.

Перфорация язвы –
возникновение сквозного
дефекта в стенке желудка
или кишки с выходом
содержимого в свободную
брюшную полость.

Различают перфорацию язвы
в свободную брюшную
полость и прикрытую
перфорацию, когда отверстие
прикрывают плёнки фибрина,
соседний орган (большой
сальник, печень), закрывает
изнутри складка слизистой
оболочки или кусочек пищи.

Перфорируют чаще язвы передней стенки 12-перстной кишки (2/3 случаев) и препилорической зоны.

Перфорация язв, расположенных на большой кривизне желудка, бывает редко. Язвы задней стенки желудка могут перфорировать в сальниковую сумку.

Клиническая картина и
диагностика перфорированной язвы в
свободной брюшной полости.

В клиническом течении
перфорации условно выделяют
3 периода:

1. период внезапных острых болей;
2. период «мнимого благополучия»;
3. период диффузного перитонита.

Первый период длится 3-6 часов. При перфорации язвы в эпигастральной области внезапно возникает чрезвычайно резкая постоянная «кинжальная боль». Больные характеризуют боль как «удар ножом». Боль может сопровождаться явлениями шока.

Первоначально возникнув в эпигастральной области или правом подреберье, боль распространяется на правую половину живота в нижний квадрант (при язве 12-перстной кишки), затем захватывает весь живот, следуя распространению излившейся жидкости и экссудата из подпечёночного пространства по правому боковому каналу брюшины в правую подвздошную ямку и другие отделы брюшной полости.

Рвота может предшествовать перфорации язвы. Внешний вид больного в первые часы заболевания: лицо бледное, выражает испуг, покрыто холодным потом. Больной принимает вынужденное положение на спине или чаще на правом боку с приведенными к резко напряженному животу бедрами.

Малейшее движение больного усиливает боль в животе.

Температура тела понижена или нормальная.

Пульс хорошего наполнения, замедлен до 50-60 в 1 мин., или умеренно учащен (80 в 1'),

АД снижено.

Дыхание грудное,
поверхностное, учащенное.

Живот втянут, имеет
ладьевидную (доскообразную)
форму из-за резкого напряжения
мышц брюшной стенки.

Пальпация и перкуссия
живота резко болезненны.

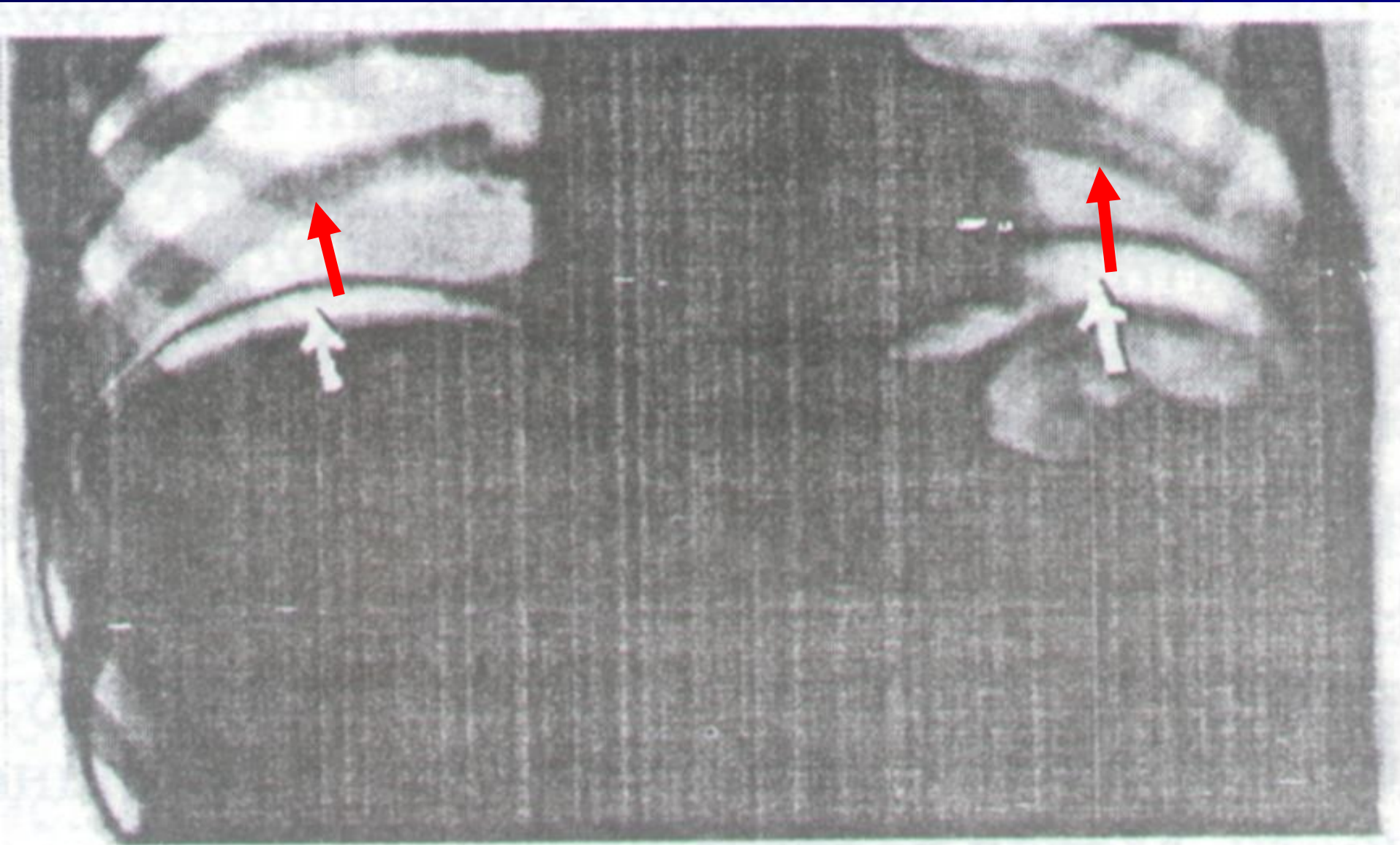
Симптом Щеткина-Блюмберга
положительный.

Вместо обычного притупления перкуторного звука над областью печени выявляют тимпанит , что свидетельствует о наличии свободного газа в брюшной полости (пневмоперитонеум).

При рентгенологическом исследовании больного в положении стоя определяют свободный газ под диафрагмой в виде серповидной полосы просветления (у 75-80% больных).

Обзорная рентгенограмма живота

Свободный газ под диафрагмой



Второй период – «мнимого благополучия» наступает через 6 часов от начала заболевания. В этот период резко выраженные симптомы сглаживаются, самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе. Улучшение состояния больного может ввести в заблуждение как самого больного, так и врача.

Третий период – период перитонита наступает после 12 часов. Состояние больного тяжелое, боль в животе умеренная, развивается многократная рвота. Пульс 110-120 в минуту слабого наполнения, АД понижено. Живот вздут вследствие пареза кишечника.

Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный.

Перистальтика отсутствует.

Имеется свободная жидкость в брюшной полости, брюшная стенка растянута и напряжена, болезненна при пальпации и перкуссии.

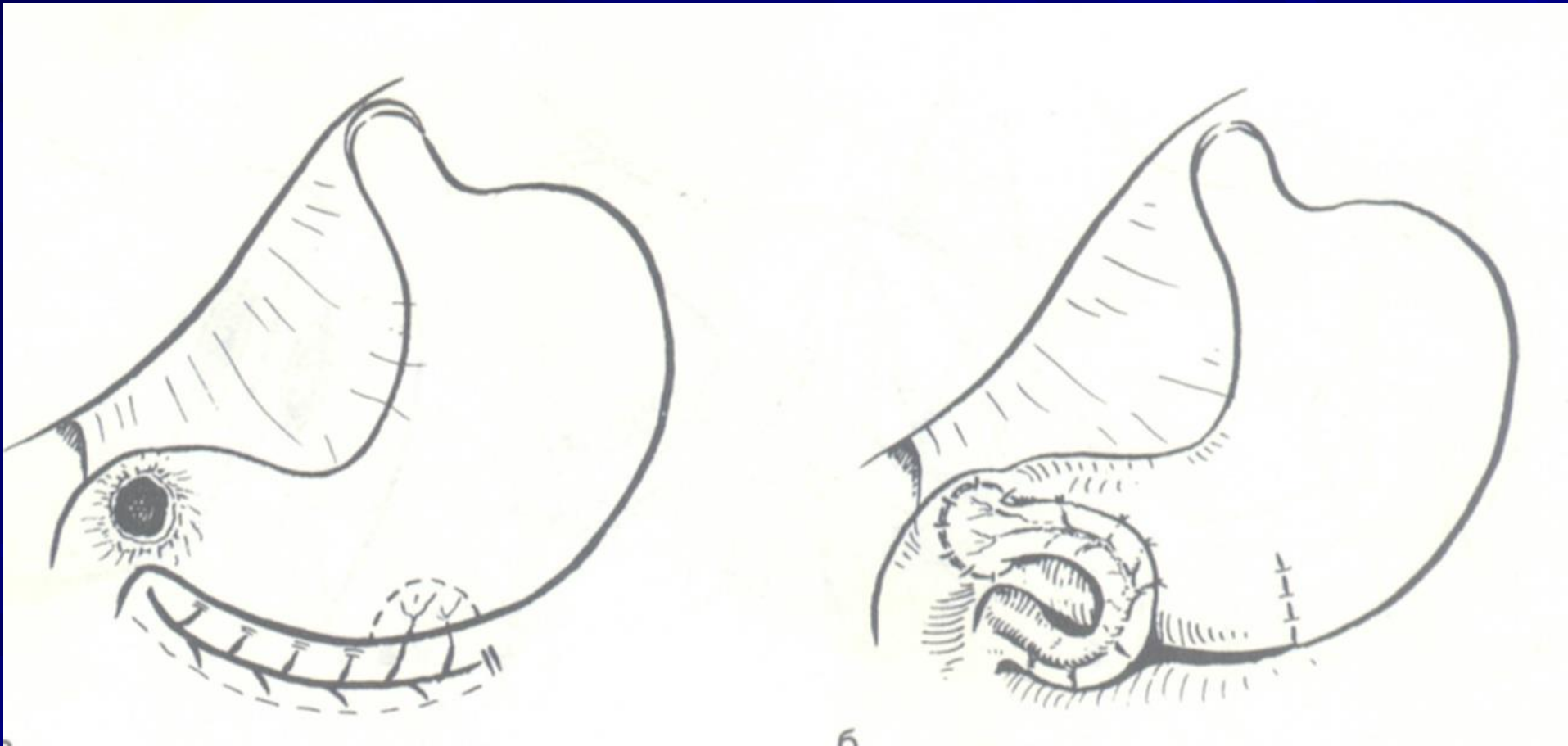
Данные лабораторных исследований выявляют высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение показателей гемоглобина и гематокрита в результате обезвоживания, гиперкалиемию, метаболический ацидоз.

Лечение: перфорация язвы в свободную брюшную полость является абсолютным показанием к экстренной операции.

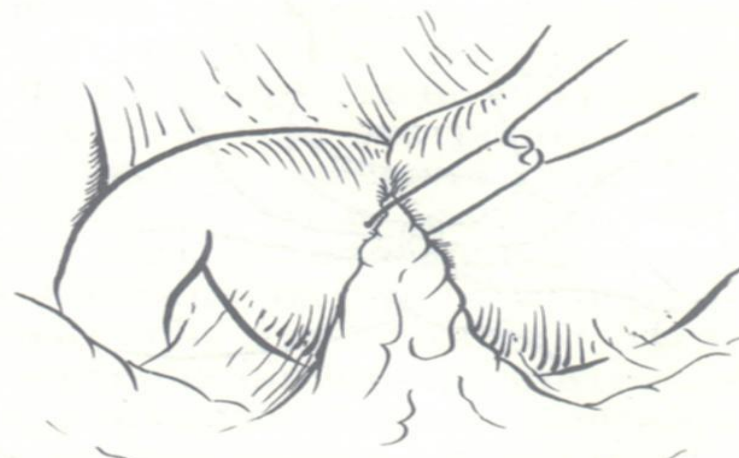
Основной целью оперативного лечения является спасение ЖИЗНИ больного !!!

Ушивание язвы
выполняют при общем
перитоните, высокой
степени операционного
риска, при перфорации
стрессовых и
лекарственных язв.

Ушивание прободной язвы по Микуличу

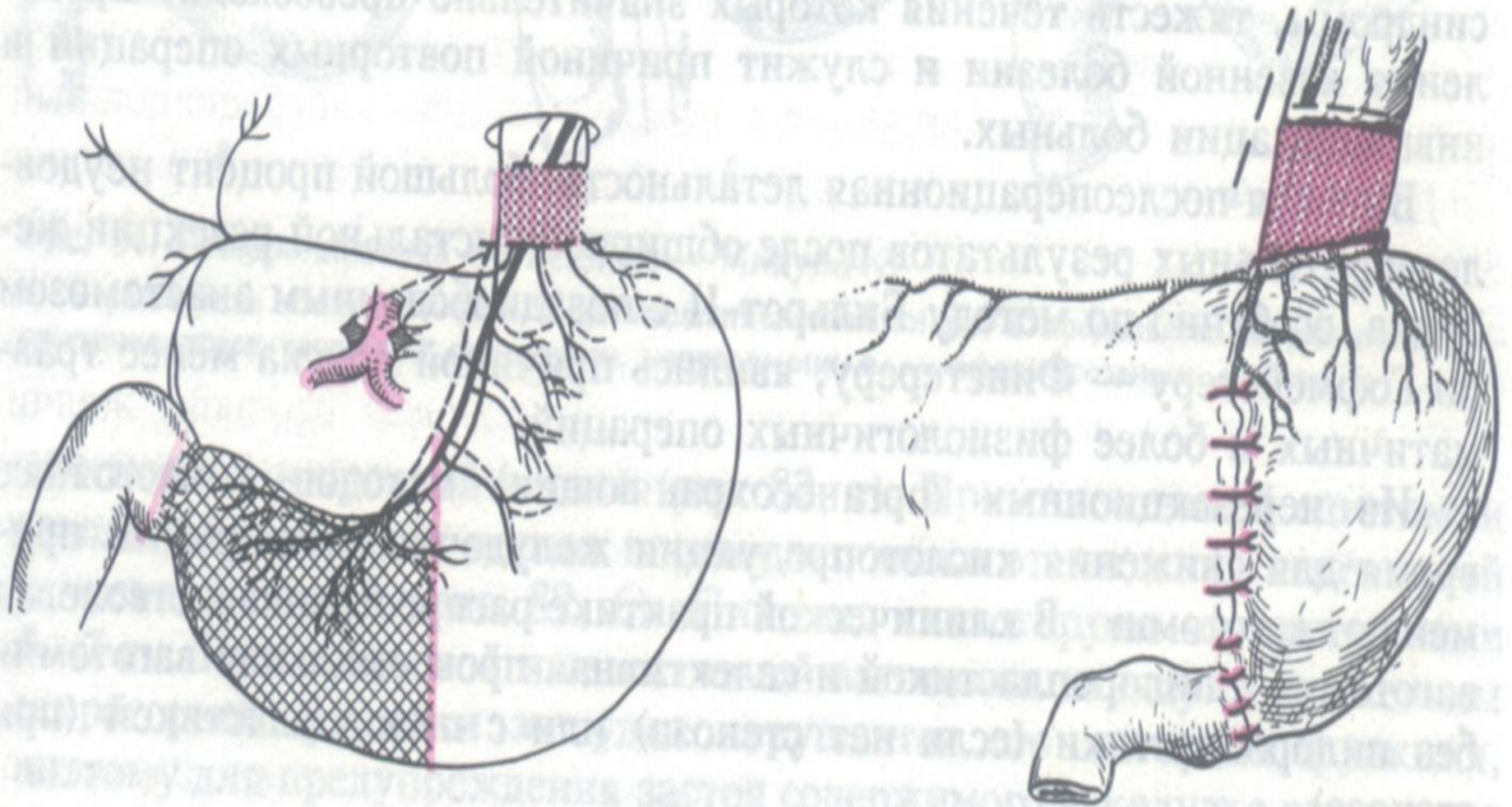


Ушивание прободной язвы по Опелю-Поликарпову

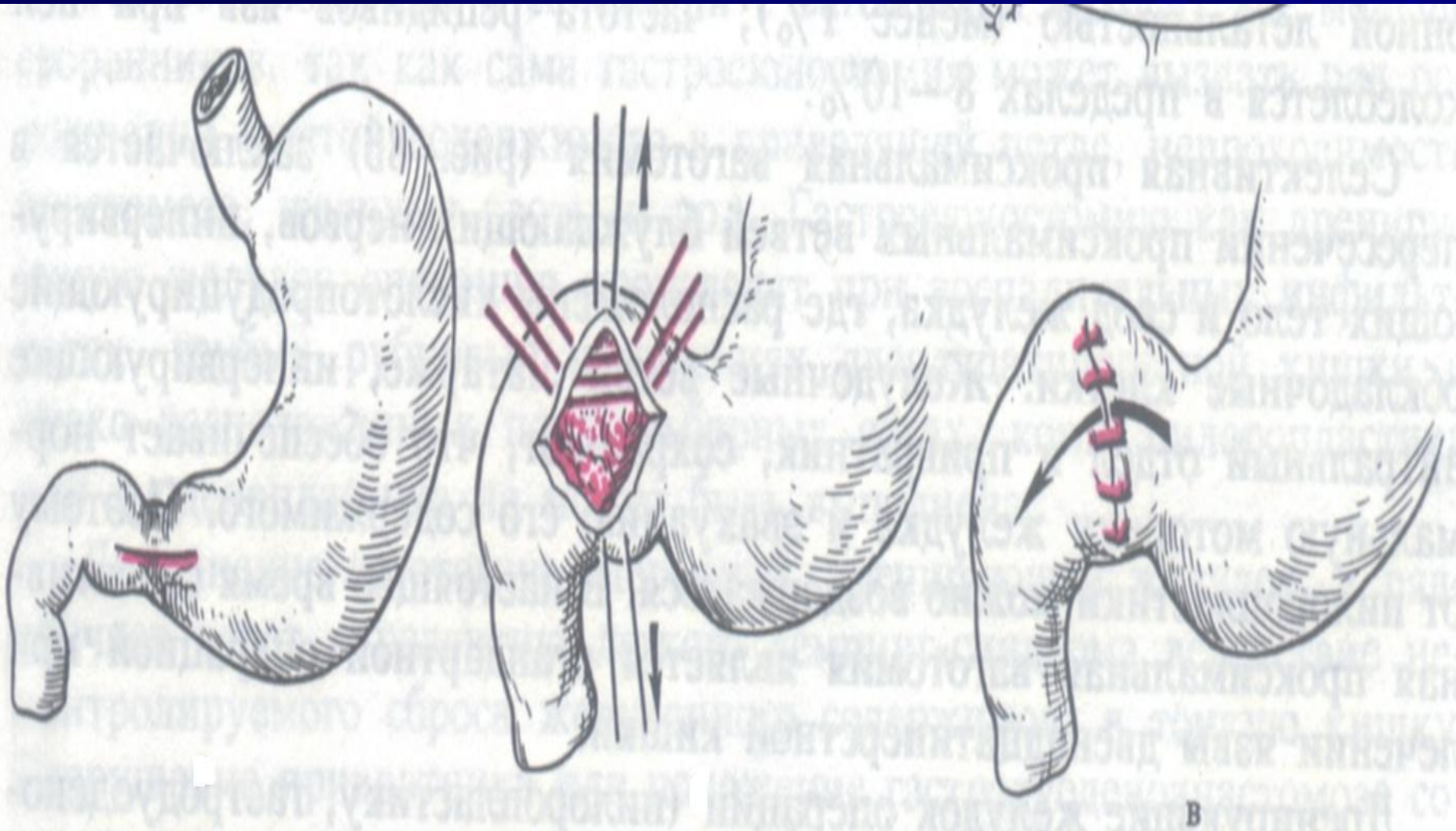


Ваготомия трункулярная с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой показана при локализации язвы на передней стенке луковицы 12-перстной кишки или пилорического отдела желудка при отсутствии большого инфильтрата и резкой рубцовой деформации выходного отдела желудка. Отверстие ушивается в поперечном направлении.

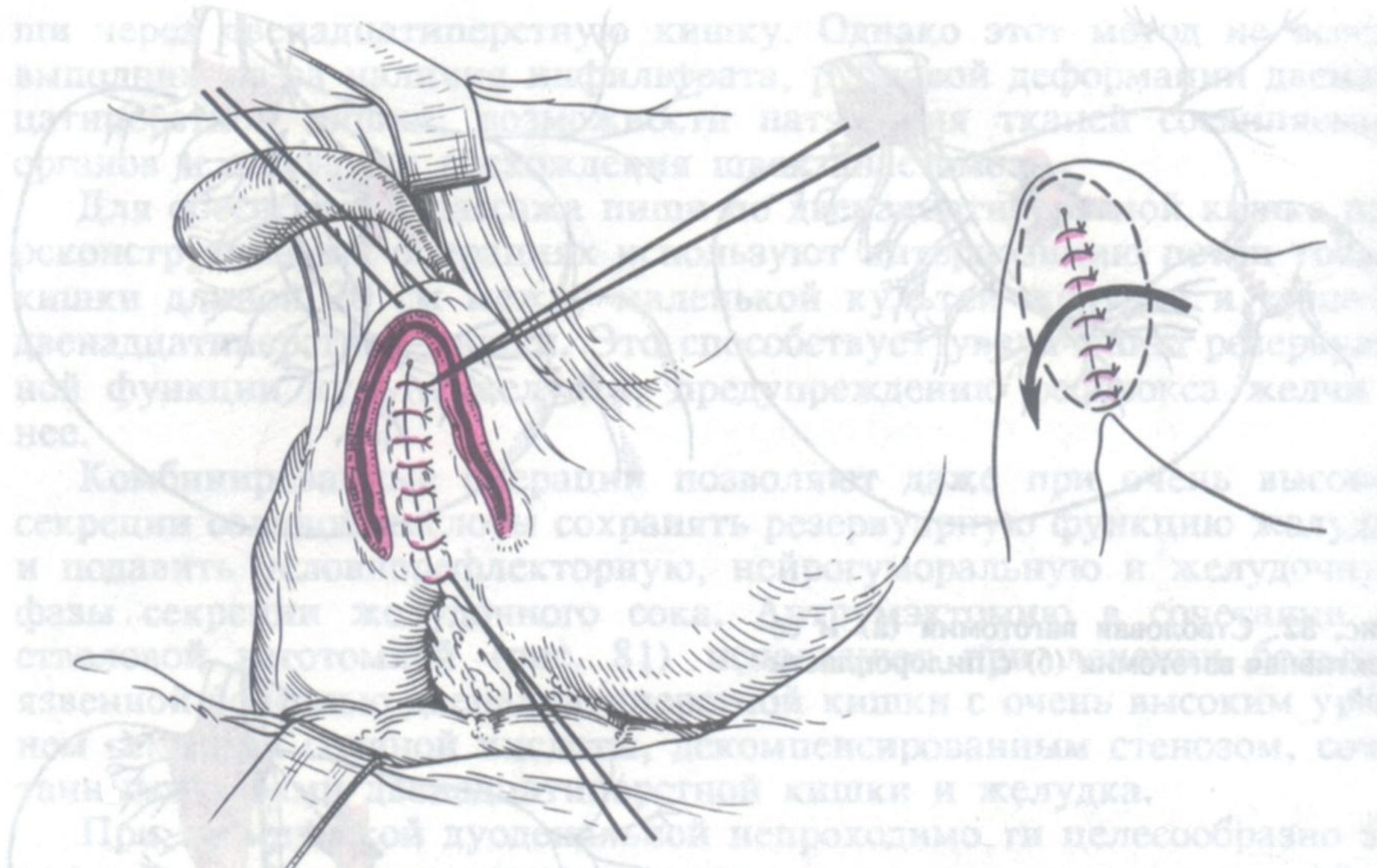
Трункулярная ваготомия



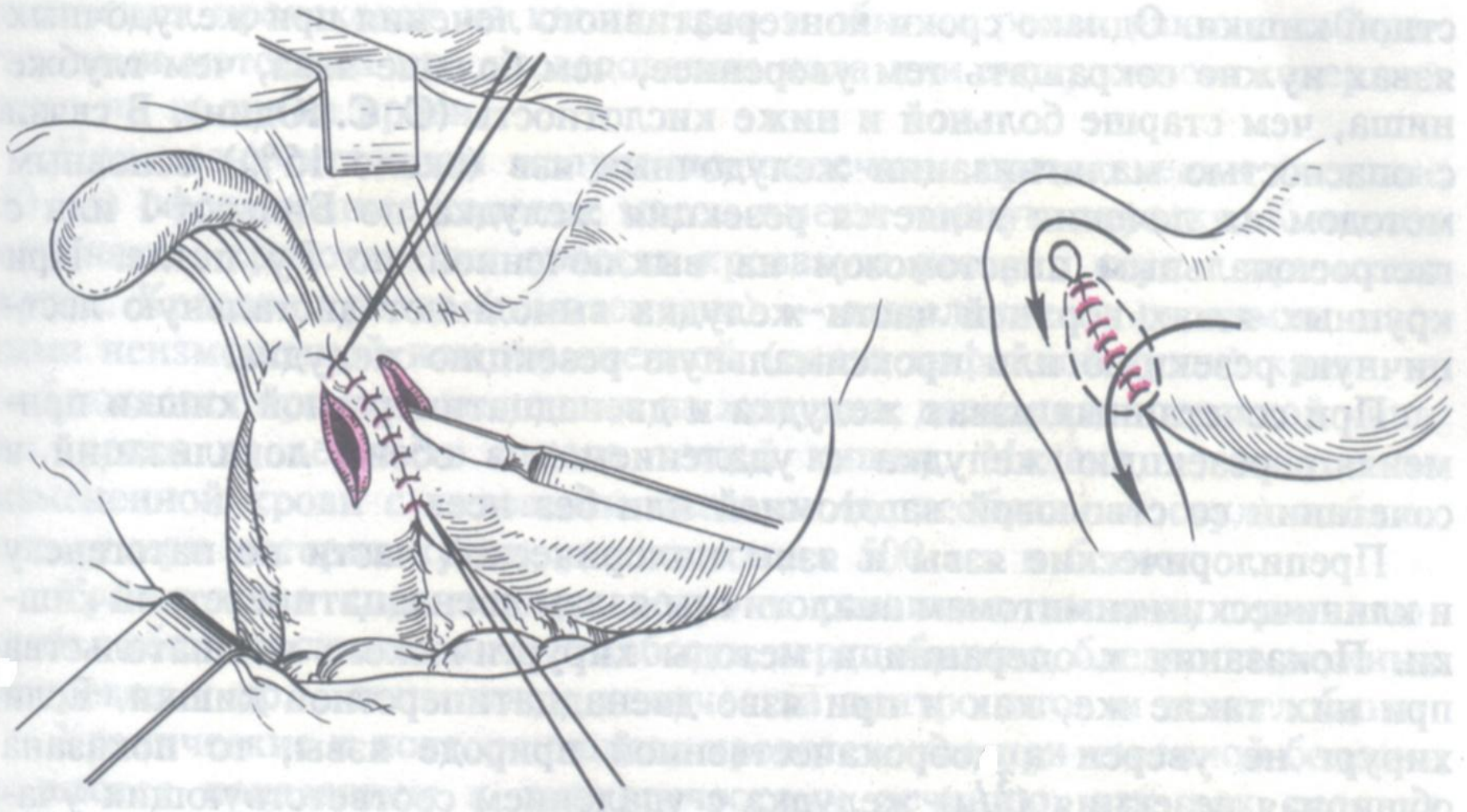
Иссечение язвы с пилоропластикой по Микуличу



Пилоропластика по Финнею



Пилоропластика по Джабулею



Резекция желудка
показана в случае прободения
хронической язвы желудка
при отсутствии перитонита и
повышенного операционного
риска.

Пилородуоденальный стеноз

Причиной стеноза чаще являются язвы 12-перстной кишки.

Сужение просвета с формированием непроходимости той или иной степени происходит в результате рубцевания язвы.

В клиническом течении стеноза различают 3 стадии:

I стадия- компенсации,

II стадия – субкомпенсации,

III стадия – декомпенсации

В I стадии больные отмечают чувство тяжести и полноты в эпигастральной области после приёма пищи, изжога, периодически бывает рвота, которая приносит облегчение больному. При рентгенологическом исследовании выявляют несколько расширенный желудок, сужение пилородуоденальной зоны. Полная эвакуация контрастной массы из желудка замедлена на срок до 6-12 часов. Причины и степень сужения определяются с помощью ФГДС.

В стадии субкомпенсации у
больных усиливается чувство тяжести
и полноты в эпигастрии, появляется
отрыжка с неприятным запахом тухлых
яиц вследствие длительной задержки
пищи в желудке. Почти ежедневно
возникает обильная рвота,
приносящая облегчение. Натошак
определяется «шум плеска» в
желудке.

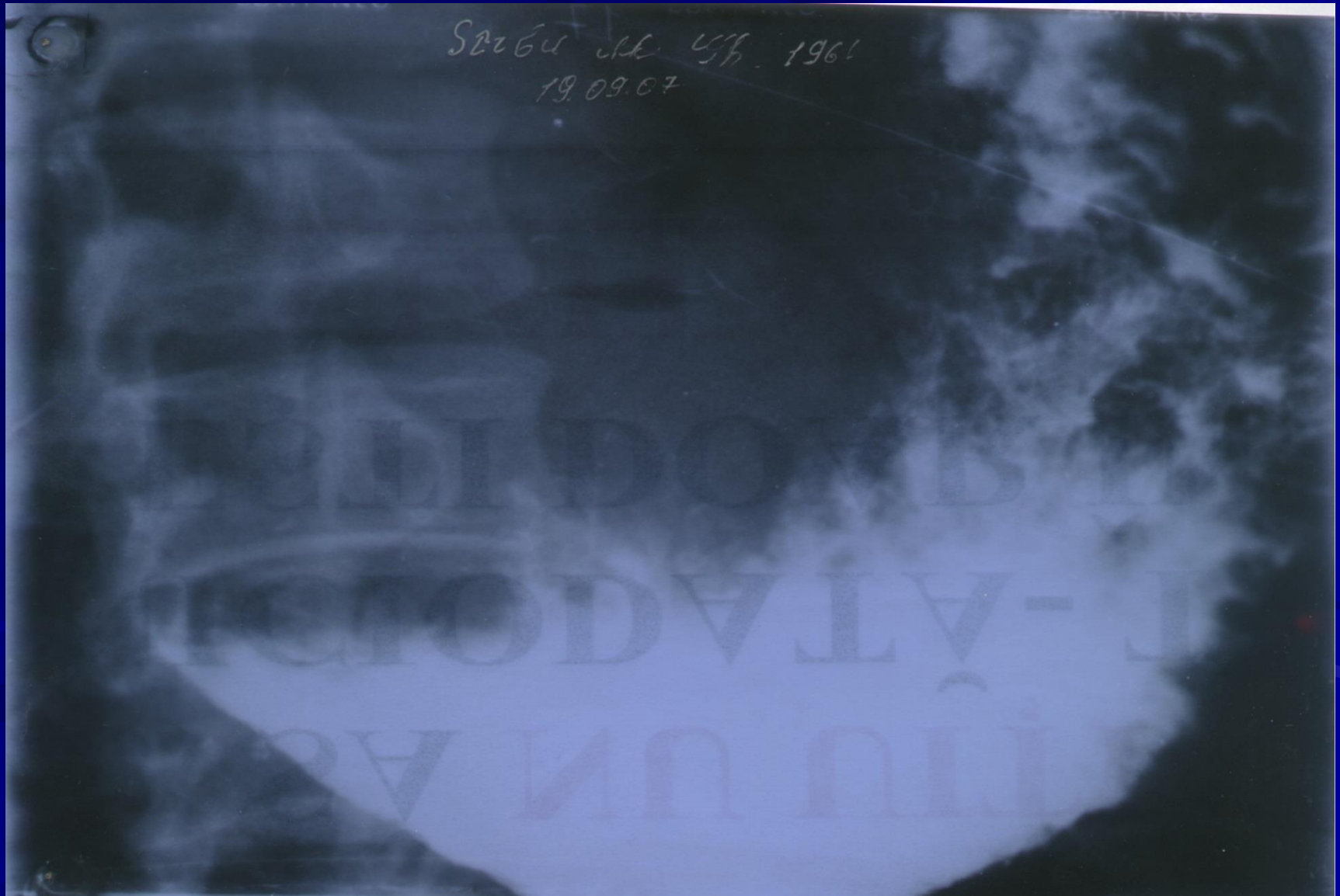
При рентгенологическом исследовании во II стадии желудок расширен, натощак содержит жидкость, перистальтика его ослаблена.

Через 12-24 часа полностью эвакуируется контрастное вещество из желудка.

В III стадии прогрессируют гастростаз, атония желудка. Состояние больного значительно ухудшается, пациенты вызывают рвоту искусственно.

Рвотные массы (несколько литров) содержат зловонные разлагающиеся многодневной давности остатки пищи. Эвакуация контрастной массы из желудка задержана более чем на 24 часа.

Задержка контрастной массы (бария) более чем на 24 часа



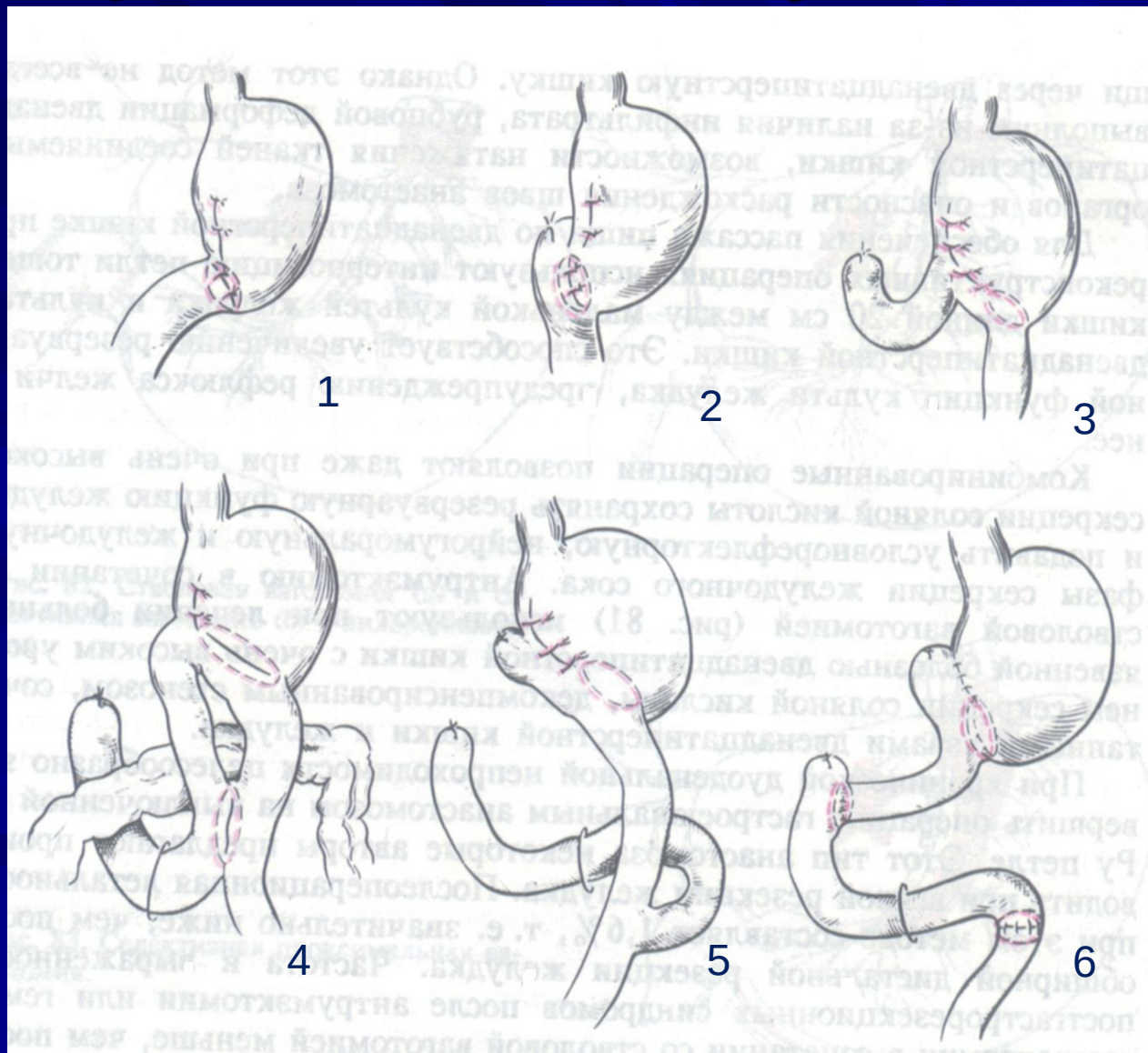
Лечение: Больные с компенсированным стенозом могут быть оперированы после короткого (5-7 дней) периода противоязвенного лечения.

Больные с
субкомпенсированным и
декомпенсированным стенозом
имеющие выраженные
растройства водно-
электролитного баланса и
кисотно-основного состояния,
нуждаются в более тщательной
комплексной предоперационной
подготовке.

Выполняются резекция желудка у больных в стадии компенсации и субкомпенсации. У ослабленных больных со стенозом III стадии (декомпенсированным) выполняют гастроентеро-анастомоз.

Способы резекции желудка

1. Billroth I в модификации Pean
2. Billroth I в модификации Haberer-Finney
3. Billroth II в модификации Hoffmeister-Finsterer
4. Billroth II в модификации Balfour
5. Billroth II в модификации Roux
6. Гастроэюно-дуоденопластика



Другим грозным
осложнением язвенной
болезни является
кровоотечение.

Выделяют 4 степени тяжести кровопотери.

I степень – хроническое оккультное (скрытое) кровотечение: содержание гемоглобина в крови незначительно снижено, признаки нарушения гемодинамики отсутствуют.

II степень – острое небольшое кровотечение: АД стабильно, содержит Нв – 100 г/л,

III степень – острая кровопотеря средней тяжести: тахикардия, небольшое снижение АД, шоковый индекс более 1.0, содержит Нв менее 100 г/л.

IV степень – массивное тяжелое кровотечение: АД ниже 80 мм рт.ст. ЧСС выше 120 в 1'; шоковый индекс около 1.5, содержание гемоглобина менее 80 г/л, гематокрит менее 30%, олигурия (менее 40 мл/ч).

При незначительном
желудочно-кишечном
кровотечении (меньше 50 мл)
оформленные калловые массы
имеют черную окраску.

К явным признакам
кровотечения относят кровавую
рвоту и стул с примесью крови.

Кровавая рвота (гематемезис) – выделение со рвотными массами неизменённой или изменённой (цвета кофейной гущи) крови –наблюдается при кровотечениях из желудка, 12-перстной кишки.

Мелена – выделение изменённой крови с калловыми массами (дёгтеобразный стул), наблюдается при потерях крови, достигающих 500 мл и более.

Обследование и лечение больных с острым кровотечением осуществляют в отделении реанимации, где проводят следующие мероприятия:

1. Катетеризация подключичной вены для восполнения дефицита ОЦК;

2. Зондирование желудка для его промывания и контроля за возможным возобновлением кровотечения;
3. Экстренная ЭГДС;
4. Определение степени кровопотери;
5. Постоянная катетеризация мочевого пузыря для контроля за диурезом (не менее 50-60 мл/ч);

6. Кислородная терапия;
7. Гемостатическая терапия;
8. Очистительные клизмы для удаления крови, излившейся в кишечник;
9. Аутоотрансфузия (бинтование ног).

Зондирование желудка и промывание его холодной водой (3-4 л) производят с диагностической целью, а также для остановки кровотечения.

Введение зонда в желудок и аспирация содержимого позволяют определить количество крови, излившейся в желудок, следить за динамикой кровотока. Промывание желудка до чистой воды создаёт необходимые условия для тщательного осмотра всех его отделов во время эндоскопического исследования.

Эндоскопия (ЭГДС) является наиболее информативным методом диагностики кровотечения. По данным эндоскопии различают три стадии кровотечения имеющие значение как для диагностики, так и для выбора метода лечения (по Форрест, 1974):

F Ia – продолжающееся струйное кровотечение.

F Ib – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания кровотечение.

F IIa – видимый крупный тромбированный сосуд.

F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток.

F IIc – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен.

F III – отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере.

Лечение.

При выборе метода лечения необходимо оценить и учесть данные эндоскопии, интенсивность кровотечения, его длительность, рецидивы, общее состояние и возраст пациента.

Консервативные мероприятия должны быть направлены на профилактику и лечение шока, подавление продукции соляной кислоты и пепсина введением блокаторов H_2 – рецепторов (циметидин и др.), холинолитиков (гастроцепин), антацидных препаратов и др.

При эндоскопии можно остановить кровотечение введением в подслизистую основу вблизи язвы склерозирующих веществ (тромбина), коагулировать кровоточащий сосуд (электрокоагуляция, лазер). В большинстве случаев (около 80%) острое кровотечение можно остановить консервативными мероприятиями, включающими инфузионные методы.

Инфузионная терапия должна начинаться с переливания растворов реологического действия, улучшающих микроциркуляцию.

При лёгкой степени

кровопотери производят
инфузию рефортана,
реополиглюкина, солевых и
глюкозо-содержащих растворов
в объёме 400-600 мл.

При средней степени

кровопотери вводят плазмозаменяющие растворы, донорскую кровь. Общий объем инфузий должен равняться 30-40 мл на 1 кг массы тела больного.

Соотношение растворов и крови 2:1.

Назначают полиглюкин и реополиглюкин до 800 мл, увеличивают дозу солевых и глюкозосодержащих растворов.

При тяжелой степени

кровопотери и геморрагическом шоке соотношение переливаемых растворов и крови 1:1 или 1:2. Общая доза средств для инфузионной терапии должна превышать количество потерянной крови в среднем на 30-50%. Для поддержания онкотического давления крови используют внутривенное введение альбумина, плазмы.

Всем больным выполняется
гемостатическая терапия
(хлористый кальций,
аминокапроновая кислота,
децинон или этамзилат, и др.)

Хирургическое лечение
необходимо проводить в
ранние сроки от начала
кровотечения, так как прогноз
при поздних вмешательствах
резко ухудшается.

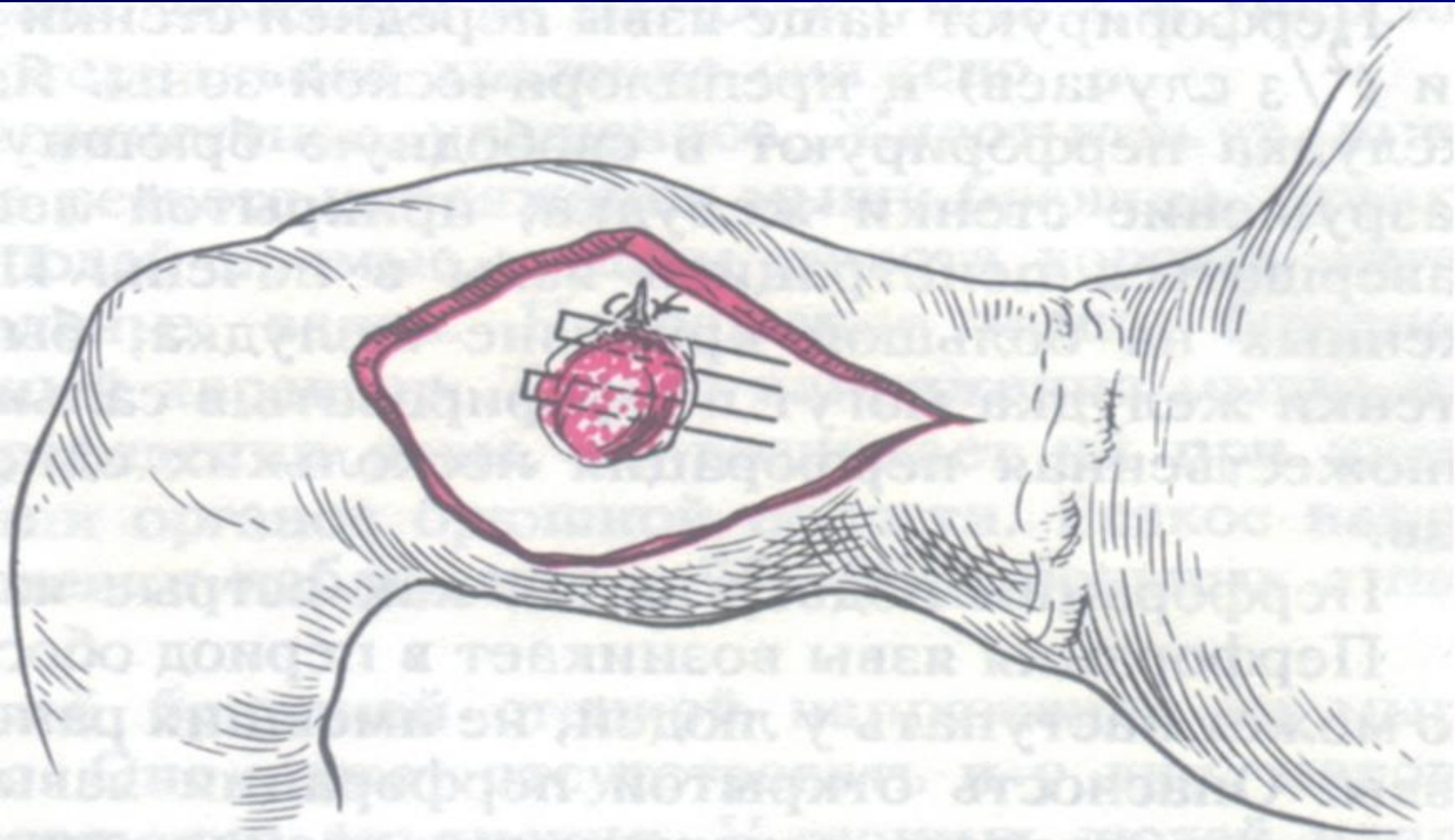
Экстренная операция показана больным с активным кровотечением, которое **НЕ** удаётся остановить эндоскопическими и другими методами. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении операцию проводят на фоне массивного переливания крови, плазмозамещающих растворов и других противошоковых мероприятий.

Срочная операция показана
больным у которых
консервативные мероприятия и
переливание крови не позволили
стабилизировать состояние
больного. Операция показана
больным с рецидивом
кровотечения, длительным
язвенным анамнезом.

При кровоточащей язве и тяжелом общем состоянии больного выполняют – гастротомию или дуоденотомию с прошиванием кровоточащего сосуда.

При стабильном состоянии больного выполняют резекцию желудка или ваготомию с иссечением язвы с пилоропластикой.

Гастротомия с ушиванием кровоотчащего сосуда



Пенетрация язвы – осложнение язвенной болезни в виде распространения деструктивного процесса из стенки желудка или 12-перстной кишки в толщу соседнего органа – печени, поджелудочной железы, сальника.

Клиническая характеристика и диагностика.

Появление болей в спине или болей
опоясывающего характера
наблюдается при пенетрации язвы в
поджелудочную железу. Для
пенетрирующей язвы тела желудка
характерны иррадиация болей в
левую половину грудной клетки,
область сердца.

Рентгенологическим признаком
пенетрации язвы является
наличие глубокой ниши в
желудке или 12-перстной
кишке, выходящей за пределы
органа.

Лечение.

Консервативное противоязвенное лечение при пенетрирующих язвах неэффективно.

Пенетрирующая язва является показанием к хирургическому лечению — резекции желудка с удалением язвы или с оставлением её дна на органе, в который она пенетрировала.

Малигнизация язвы.

Известно, что малигнизируется только язва желудка. Современная литература, не знает случаев малигнизации язвы 12 перстной кишки, хотя теоретически это возможно. Ранними признаками малигнизации язвы являются: исчезновение периодичности боли (как в течении дня, так и в течении года весной – осенью).

Боль становится постоянной включая и ночь. Исчезает аппетит, больной теряет в весе, появляется анемия. Одним из значимых признаков малигнизации язвы является чувство непереносимости мяса, на фоне пониженной свободной соляной кислоты при сохранённой общей кислотности желудка и появлении молочной кислоты а также скрытом кровотечении (реакция Адлер-Греггерсен положительная).

Для постановки заключительного диагноза следует провести ФЭГДС с прицельной биопсией из тканей язвенной ниши.

При первых подозрениях на малигнизацию язвы, следует провести радикальную операцию с гистологическим исследованием.

Хроническая язва желудка с малигнизацией



Хроническая язва желудка с малигнизацией



Хроническая язва желудка с малигнизацией



Хроническая язва желудка с малигнизацией



Хроническая язва желудка с малигнизацией

