



ЛЕКЦИЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ

ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И

ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ

©, БГМУ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Лечебный факультет, 4 курс

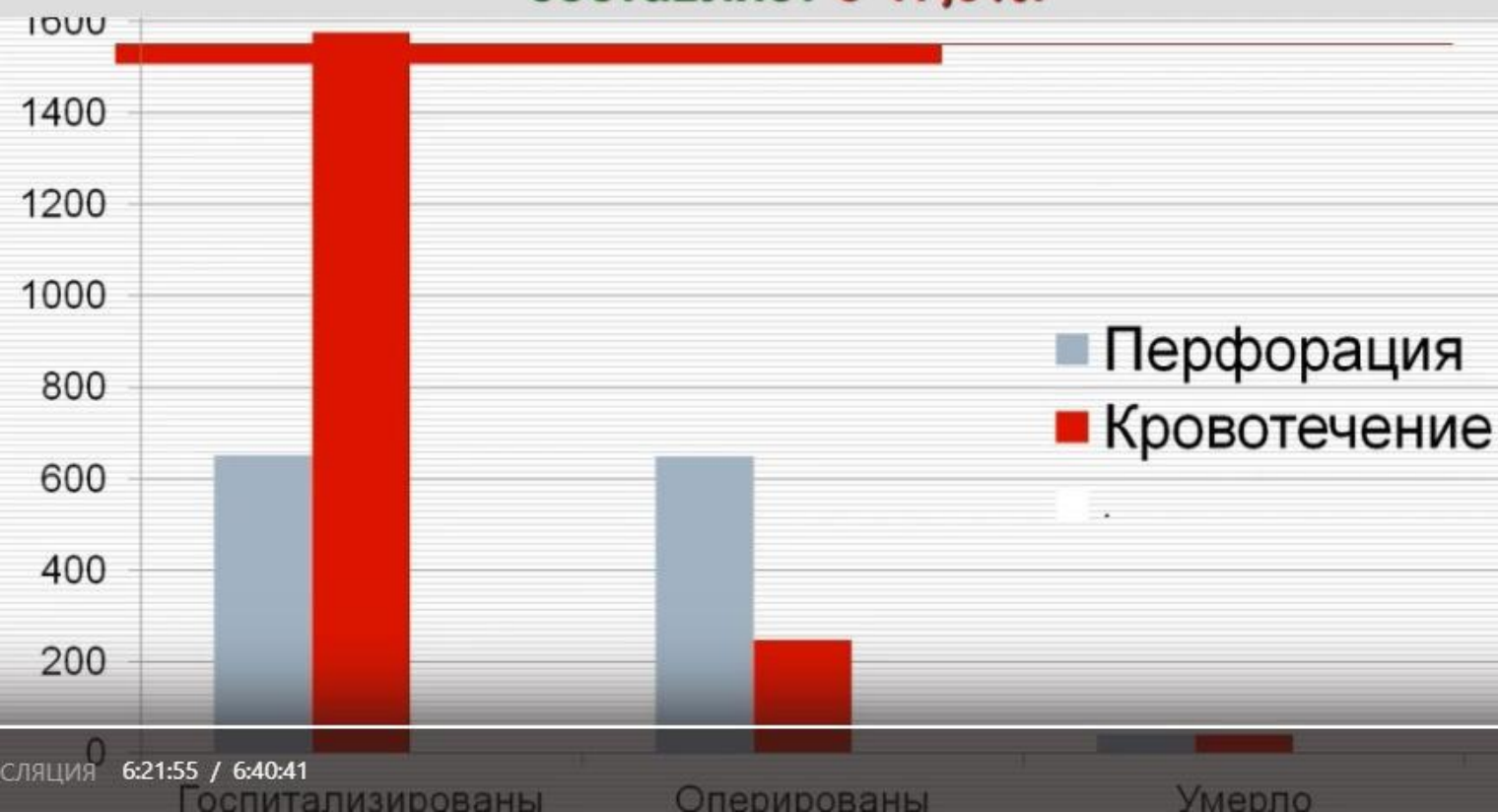
Нужна помощь?

**Перфоративная (общепринятое
русское название –
прободная) язва**

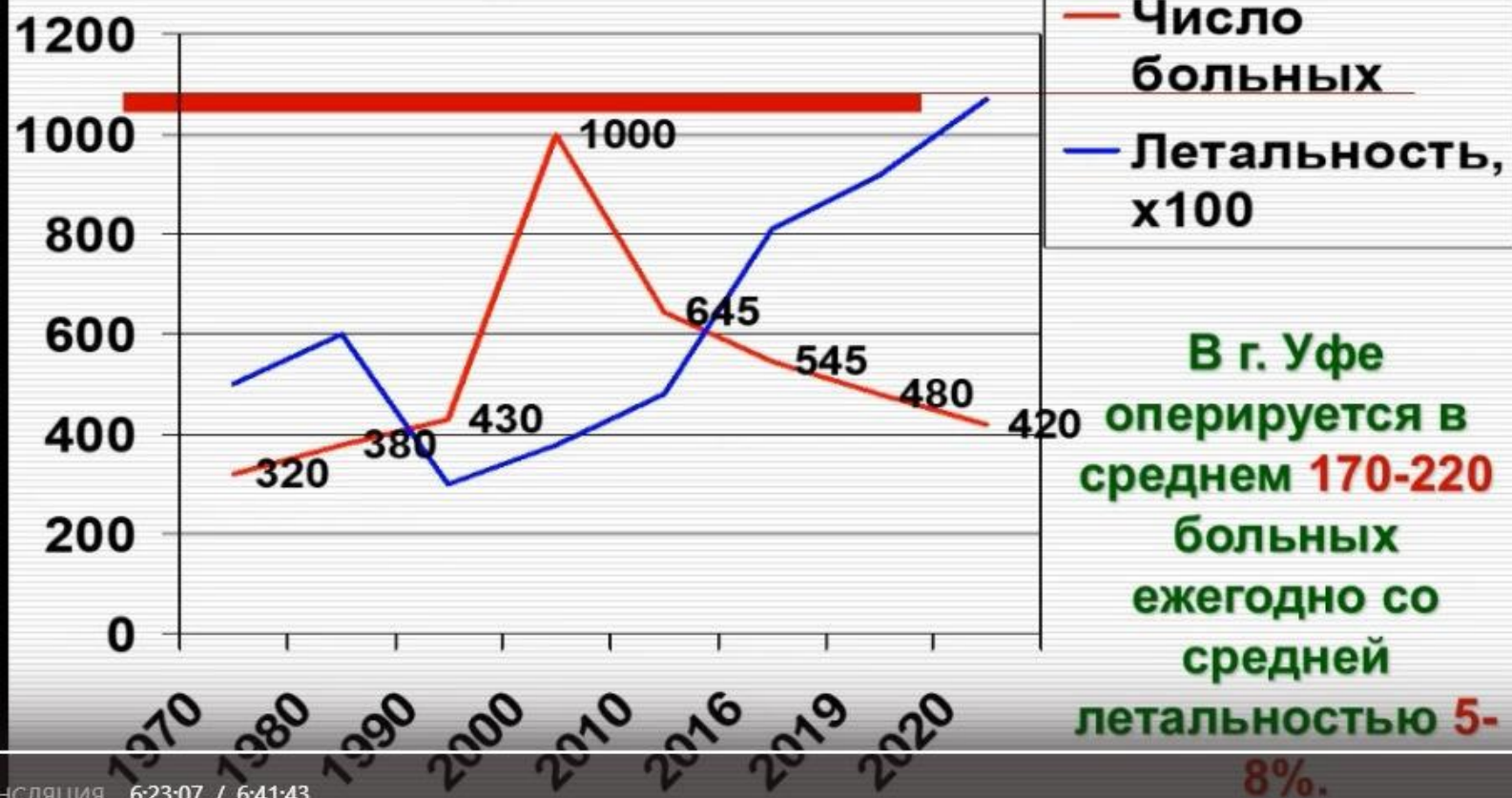
Перфорация – возникновение
сквозного отверстия на дне язвы, в
результате чего происходит
поступление желудочного и/или
дуоденального содержимого в
свободную брюшную полость.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯБ В РБ В 2012 ГОДУ

**Количество операций - 7,5-13,0 на 100 000 человек,
летальность, снизившаяся к 50-м годам XX века, сейчас
составляет 5-17,9%.**



КОЛИЧЕСТВО ЗАБОЛЕВШИХ ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В РБ



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

medfish.ru

Встречается у мужчин 4-6 : 1 ↑ ЖЕНЩИН

Чаще в возрасте 20-40 лет (↑ ВОЗРАСТА НА 10-20 ЛЕТ)

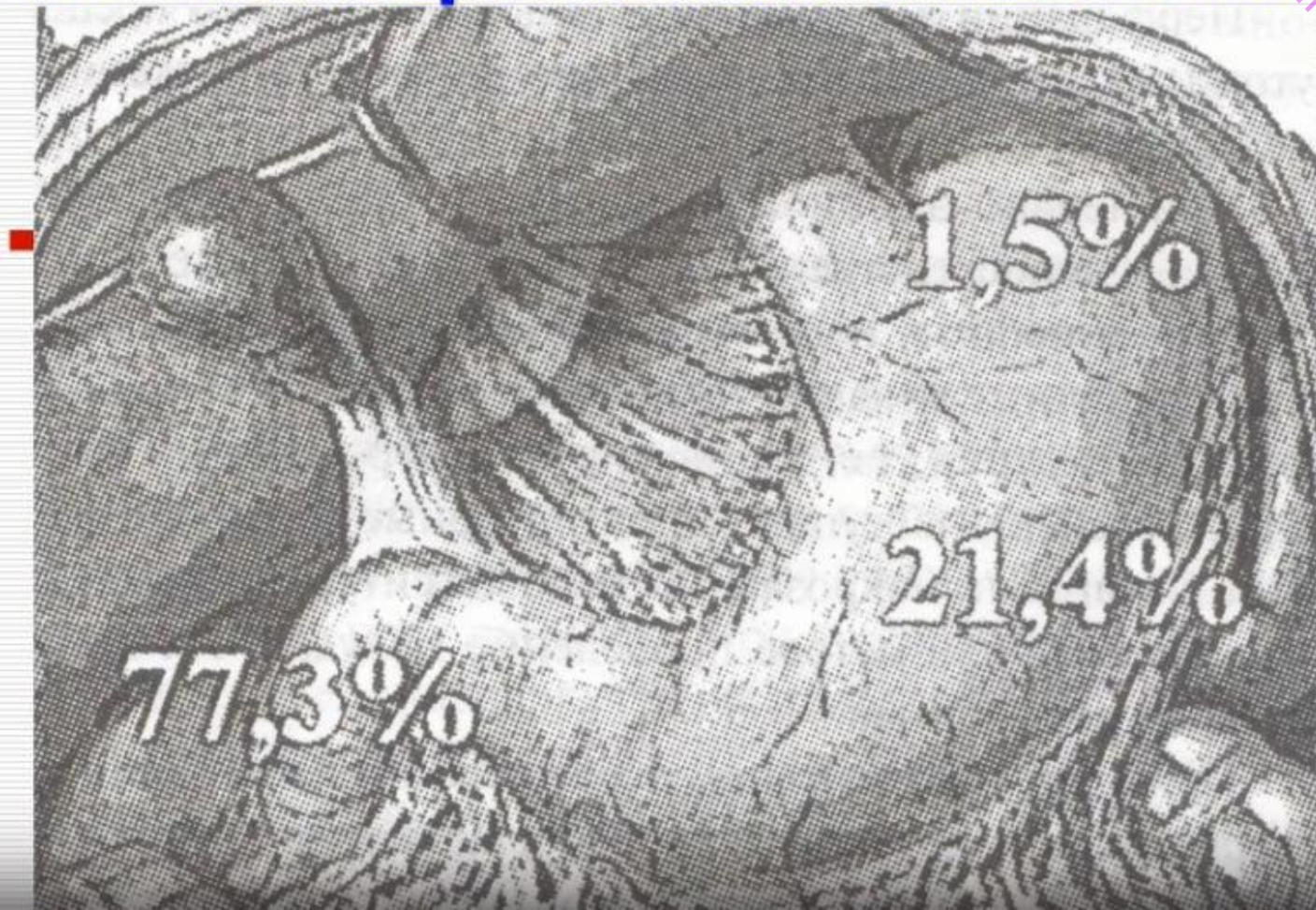
Язвенный анамнез у больных составляет около 2-3 лет

У лиц моложе 30 лет оно нередко возникает среди полного благополучия (бессимптомное, «немое» течение язвенной болезни - 20%).

Сезонность - увеличение числа перфораций язв в осенне-весенний период

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

ПЕРФОРАЦИОННЫХ ОТВЕРСТИЙ



Предрасполагающие факторы :

Лечебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

medfish.ru

нервно-психическое потрясение (стресс),
критическом состоянии физическая нагрузка,
нарушение ритма питания (резкое переполнение
желудка грубой пищей, алкогольповаренная соль
голодание), *Helicobacter pylori*, НПВС, курение.
наркотики Синдром Золлингера-Эллисона (гастринома)

Патогенез. 1) Под воздействием этих факторов
стимулируются вегетативные центры, гормоны
гипоталамуса, гипофиза, надпочечников
активизируется кислотно-пептический фактор
язвообразования, возникают циркуляторные
расстройства в стенке желудка, приводящие к
очаговым некрозам.

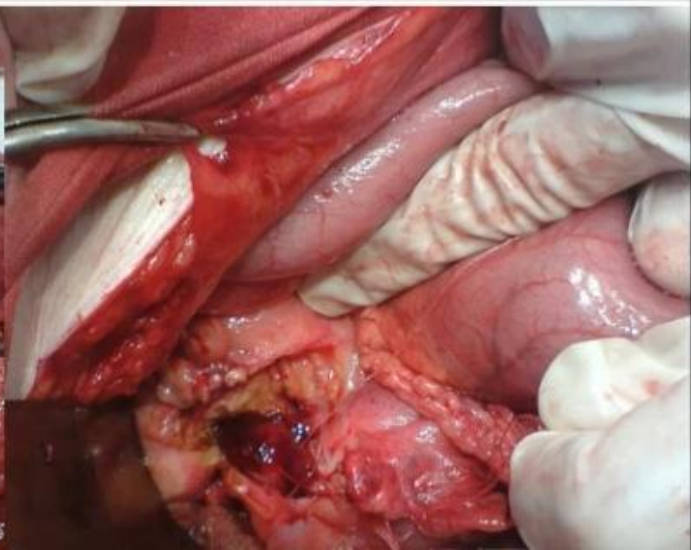
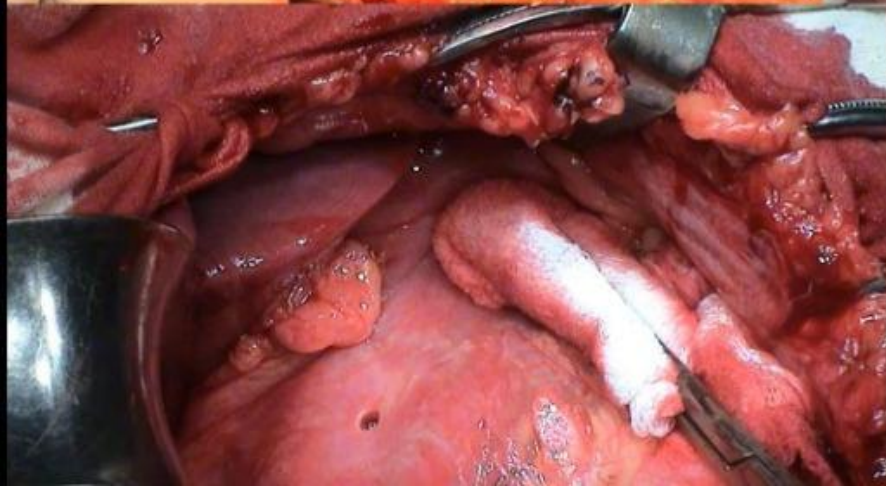
2) Нарушения кровообращения – тромбозы,
приводящие к ишемии и некрозу и в последующем к
перфорации при атеросклерозе, особенно у пожилых.

ПАТОГЕНЕЗ ПЕРФОРАЦИЙ

Постоянное истечение желудочного или дуоденального содержимого в свободную брюшную полость в первые 6 часов заболевания вызывает физико-химическое раздражение брюшины вследствие воздействия соляной кислоты, которое в тоже время обладает бактерицидным действием. Затем присоединяется инфекционное воспаление с



Перфорация язвы чаще
результат прогрессирования
деструктивного
воспалительного процесса в
язве в период обострения
болезни. При «немых» язвах –
причина острые
нейродистрофические
изменения в стенке органа.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ

1. **По этиологии:** язвенные, гормональные.
2. **По локализации:**
 - а) язвы желудка:
~~малой кривизны~~ (кардиальные,
 антральные, препилорические,
 пилорические); передней стенки
 (антральные, препилорические,
 пилорические); задней стенки
 (антральные, препилорические,
 пилорические);
 - б) язвы двенадцатиперстной кишки:
 передней стенки, задней стенки.

3. По течению (по В.В. Орнатскому, 1952):

Лечебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

edfish.ru

прободение в свободную брюшную полость (96%), прободение прикрытое и прободение атипичное.

Г. Мондор в 1939 г. по клинике разделил перфоративную язву на 5 клинических форм: 1) типичная перфорация; 2) латентная перфорация; 3) перфорация со стертой симптоматикой; 4) прикрытые перфорации; 5) задние перфорации.

ТРИ КЛИНИЧЕСКИХ ПЕРИОДА:

**1. ПЕРВИЧНОГО
АБДОМИНАЛЬНОГО ШОКА
(до 6 ч).**

**2. «МНИМОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ»
(6-12 ч).**

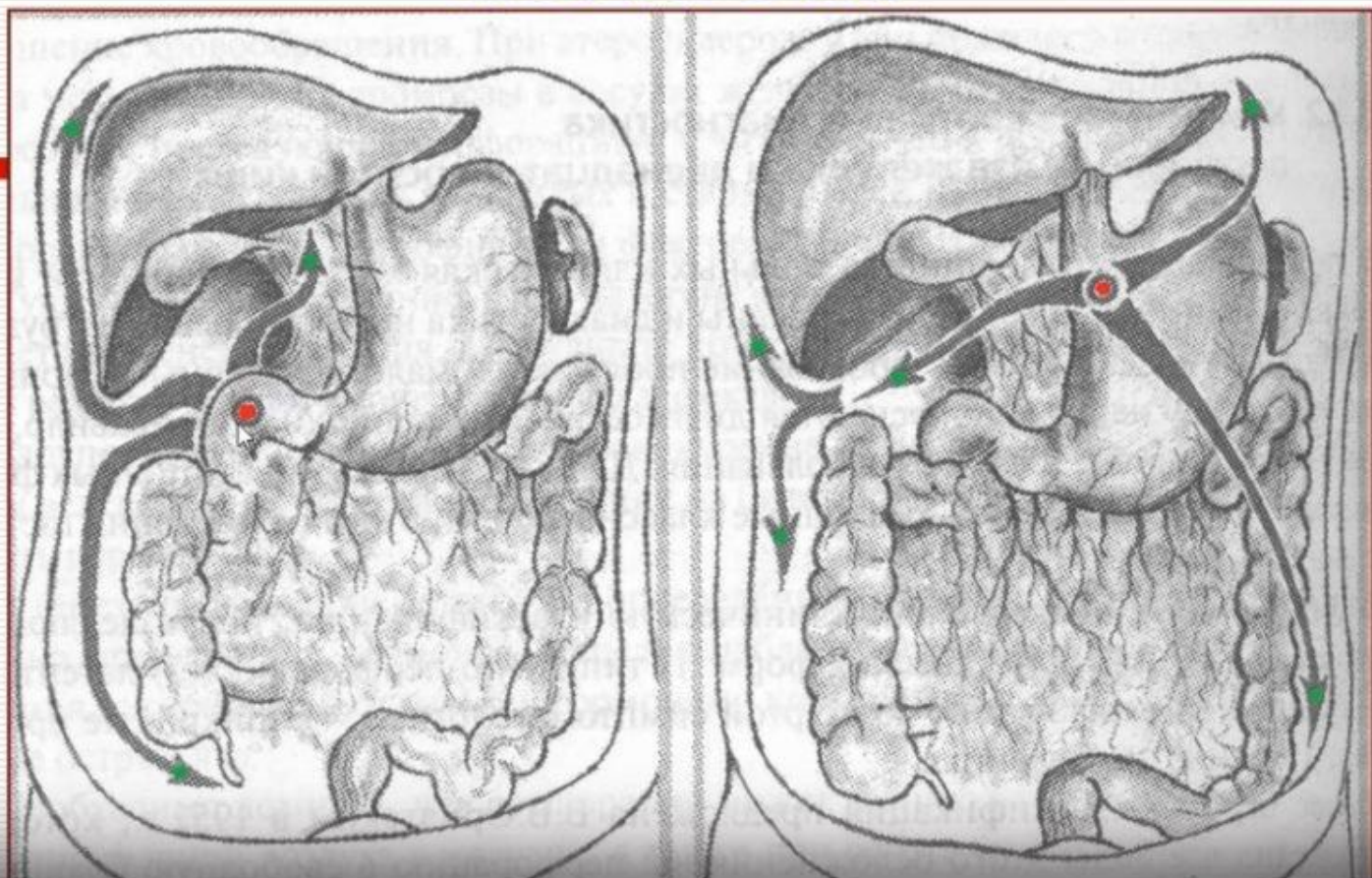
**3. РАСПРОСТРАНЕННОГО
(РАЗЛИТОГО) ПЕРИТОНИТА
(12 и более ч).**

СИМПТОМЫ ПЕРВОГО ПЕРИОДА

Чрезвычайно резкая боль в эпигастральной области – «КИНЖАЛЬНАЯ БОЛЬ» (симптом Дьелафуа), ожог кипятком.

Иррадиация боли под правую или левую лопатку, в надключичной области в результате раздражения окончаний диафрагмального нерва (симптом Элекера)

ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭКССУДАТА ПО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



- ☐ Рвоты и позывы на рвоту
- ☐ Характерный внешний вид больного
- ☐ Положение больного вынужденное
- ☐ Симптом типа «ваньки-встаньки»
- ☐ Тахикардия, снижение АД
- ☐ Доскообразный живот 95-98 % (defans musculaire)
- ☐ Симптом Щеткина-Блюмберга
- ☐ Исчезновение «печеночной тупости»
(Симптом Спигарного 65-70%)
- ☐ Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота

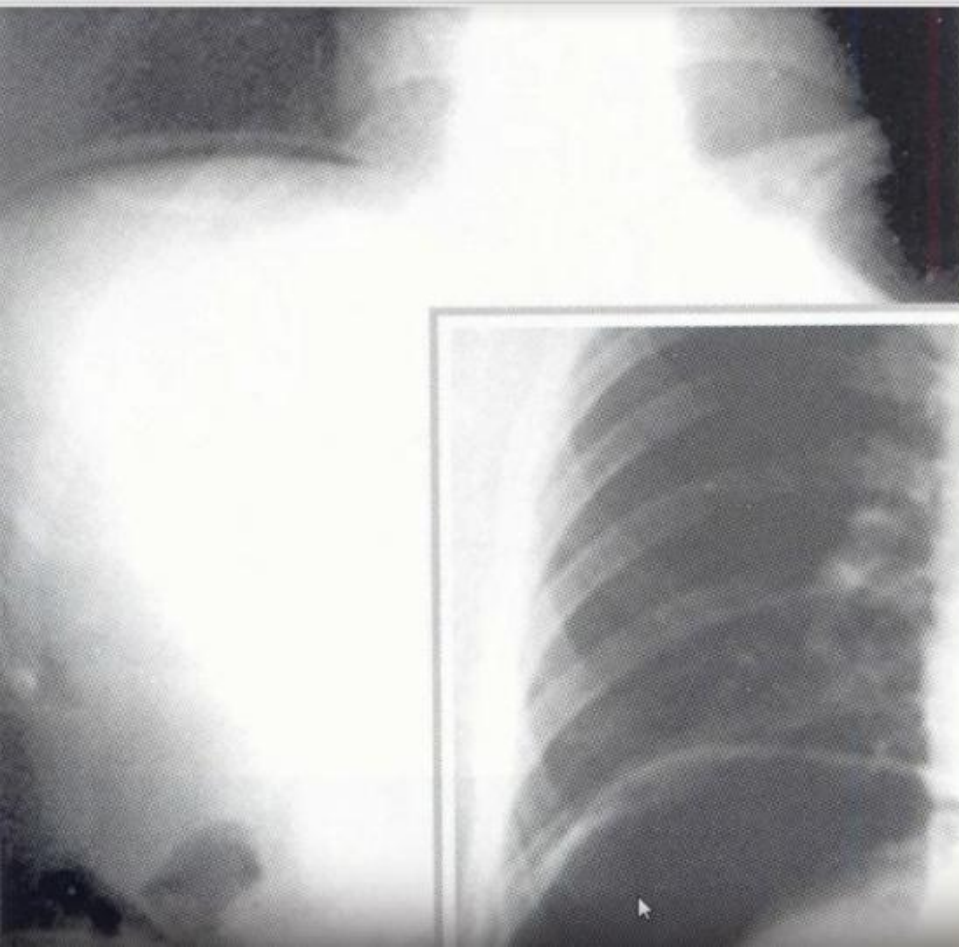
ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ (75-80%)

Лечебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

medfish.ru

СИМПТОМ «СЕРПА»



ВТОРОЙ ПЕРИОД «мнимого благополучия»

- ☐ самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе
- ☐ нарастание интоксикации и признаков развивающегося перитонита

ТРЕТИЙ ПЕРИОД

medfish.ru

- ☐ Состояние больного тяжелое
- ☐ Боль в животе умеренная
- ☐ Многократная рвота
- ☐ «Лицо Гиппократата»
- ☐ Коллапс, тахикардия, тахипноэ.
- ☐ Живот вздут, брюшная стенка натянута и напряжена, болезненна.
- ☐ Лейкоцитоз со сдвигом влево
- ☐ Повышение гемоглобина и гематокрита
- ☐ Гиперкалиемия
- ☐ Метаболический ацидоз

ПРИКРЫТАЯ ПЕРФОРАЦИЯ

medfish.ru

-
- ❑ ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ
 - ❑ ВОЗНИКШИЕ ПЕРВИЧНО СИМПТОМЫ СТИХАЮТ В СВЯЗИ С ОТГРАНИЧЕНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
 - ❑ ПРИКРЫТИЕ ОТВЕРСТИЯ ПИЩЕЙ, ДРУГИМ ОРГАНОМ, ФИБРИНОМ
 - ❑ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ *defens muscularie*
 - ❑ СИМПТОМ «СЕРПА» НА РГ ИССЛЕДОВАНИИ

ВАРИАНТЫ ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ

- 1) прободное отверстие может вновь открываться, повторно вызывая клинику прободения;**
- 2) при хорошем отграничении от других отделов брюшной полости может развиваться подпеченочный или поддиафрагмальный абсцесс;**
- 3) окончательное закрытие дефекта и выздоровление.**

ПЕРФОРАЦИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ

- ❑ СОДЕРЖИМОЕ ИЗЛИВАЕТСЯ В САЛЬНИКОВУЮ СУМКУ
- ❑ БОЛЬ В ЭПИГАСТРИИ МЕНЕЕ ИНТЕНСИВНАЯ, НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ defens muscularie
- ❑ СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕТ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СОХРАНЕНА
- ❑ ПРИ РГ СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НЕТ
- ❑ В САЛЬНИКОВОЙ СУМКЕ ФОРМИРУЕТСЯ

ДРУГИЕ АТИПИЧНЫЕ ПЕРФОРАЦИИ

в забрюшинную клетчатку,
малый сальник.

наблюдается атипичная клиническая картина, а диагностика становится чрезвычайно трудной.

В сложных случаях применяется весь арсенал инструментальных методов исследования – УЗИ, лапароскопия.

МЕТОД ТЕЙЛОРА

medfish.ru

(условие – отсутствие признаков перитонита – менее 6 ч с момента заболевания)

- ☐ **Постоянная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд**
- ☐ **Дезинтоксикационная и массивная антибактериальная терапия**
- ☐ **Отказ от энтерального питания**
- ☐ **Эффективная противоязвенная терапия**

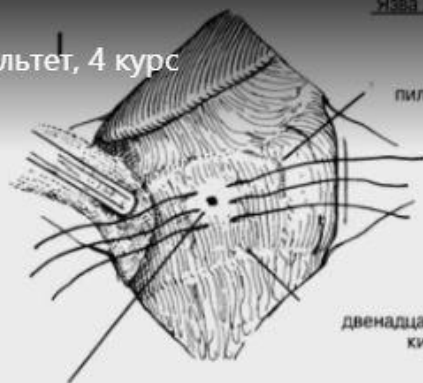
ВСЕ БОЛЬНЫЕ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ

«ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА»
ОПЕРИРУЮТСЯ В
ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ ПО
АБСОЛЮТНЫМ
(ЖИЗНЕННЫМ) ПОКАЗАНИЯМ

МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

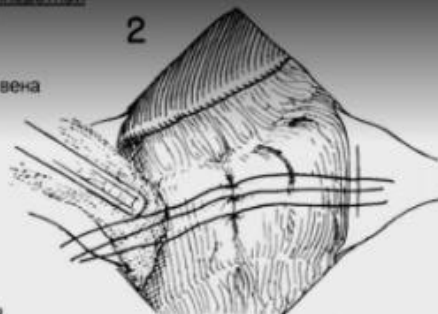
- ☐ ушивание или иссечение язвы в сочетании с санацией и дренированием брюшной полости в т.ч.
лапароскопическое ушивание
- ☐ резекции желудка
- ☐ стволовая, реже селективная проксимальная ваготомия, операция Тейлора в сочетании с иссечением язвы, ушиванием перфоративного отверстия с дренирующими операциями (гастродуоденостомия по Джабулею, пилоропластика по Гейнеке - Микуличу).

Язва двенадцатиперстной кишки

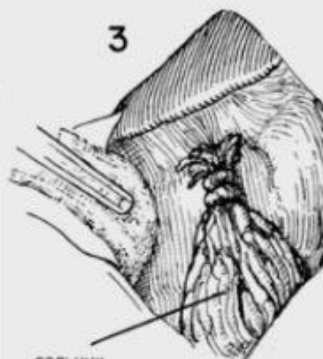


перфорация

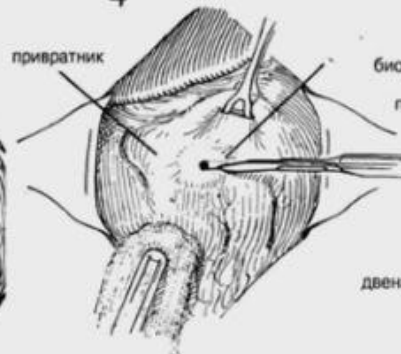
2



3



4



Препилорическая язва

5

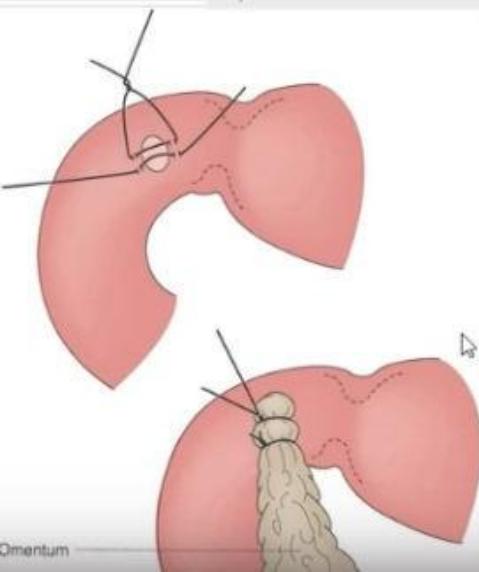
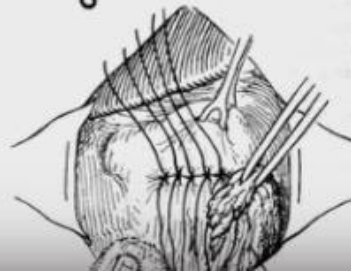
биопсия язвы

пилорическая вена

двенадцатиперстная кишка

желудок

6



Нужна помощь?

medfish.ru

ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ

medfish.ru

- ☐ менее чем 6-часов с момента заболевания и отсутствие других признаков перитонита,
- ☐ длительный язвенный анамнез на фоне сохранного состояния больного,
- ☐ технические возможности клиники
- ☐ множественные перфорации, сочетание с другими осложнениями (профузное кровотечение, стеноз, малигнизация),
- ☐ большие размеры перфорационного отверстия (>2 см), воспаленных и инфильтрированных тканях.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (ГДК)

Лечебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

medfish.ru

- ❑ Хронические ГДК являются причиной желудочно-кишечных кровотечений начального отдела желудочно-кишечного тракта в 39%, острые язвы – 12%.
- ❑ Осложняют течение ЯБЖДПК в 10-15%
- ❑ Сопровождаются высокой летальностью $\approx 10\%$)
- ❑ Наблюдаются чаще всего в с/3 желудка по малой кривизне и на задней стенке 12 п.к.
- ❑ 90-103 на 100 000 взрослого населения в год. Чаще у мужчин, обычно в возрасте 30-50 лет.
- ❑ РБ – в 2012 г. в стационар доставлено 1575 больных с летальностью 2,6%. Оперировано 247 больных с летальностью 8,5%.

- 1) нарушение циркуляторного гомеостаза;
- 2) нарушение микроциркуляции;
- 3) ~~дыхательные расстройства;~~
- 4) нарушения в системе крови;
- 5) нарушения метаболического гомеостаза;
- 6) снижение защитных функций организма;

Кровотечение возникает в результате аррозии сосудов в язве, венозного стаза и тромбоза вен.

Провоцирующие факторы: нервные потрясения, физическая нагрузка, нарушение режима питания.

Кардинальные клинические проявления

- ❑ Рвота алой (свежей) кровью или цвета «кофейной гущи».
- ❑ выделение крови через прямую кишку в виде дегтеобразного стула (melena)

Симптомы кровопотери

- ❑ слабость, головокружение, холодный липкий пот, шум в ушах, »мушки» перед глазами, сердцебиение, жажда.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ (по И.А. Горбашко, 1982):

Показатели кровопотери	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Эритроциты	$>3,5 \times 10^{12} / \text{л}$	$3,5 \times 10^{12} / \text{л}$	$<2,5 \times 10^{12} / \text{л}$
Гемоглобин, г/л	> 100	83-100	< 83
Пульс, /мин	до 80	80-100	Выше 100
Систолическое АД	> 110	110-90	< 90
Гематокрит, %	> 30	25-30	> 30
Дефицит глобулярного объема, %	до 20	20-30	< 30

Для решения тактических задач в зависимости от тяжести кровопотери и нарушения общего состояния выделяют 4 группы больных:

1. Общее состояние больных удовлетворительное – кровопотеря легкой степени (стадия клинического благополучия);
2. Общее состояние больных средней тяжести – кровопотеря средней тяжести – геморрагический шок (I стадия – компенсированной кровопотери);
3. Общее состояние больных тяжелое – кровопотеря тяжелой степени – геморрагический шок (II стадия – тяжелых гемодинамических нарушений);
4. Терминальное состояние – массивное профузное кровотечение, часто продолжающееся, геморрагический шок (III стадия необратимого шока).

Специальные методы диагностики язвенных гастродуоденальных кровотечений.

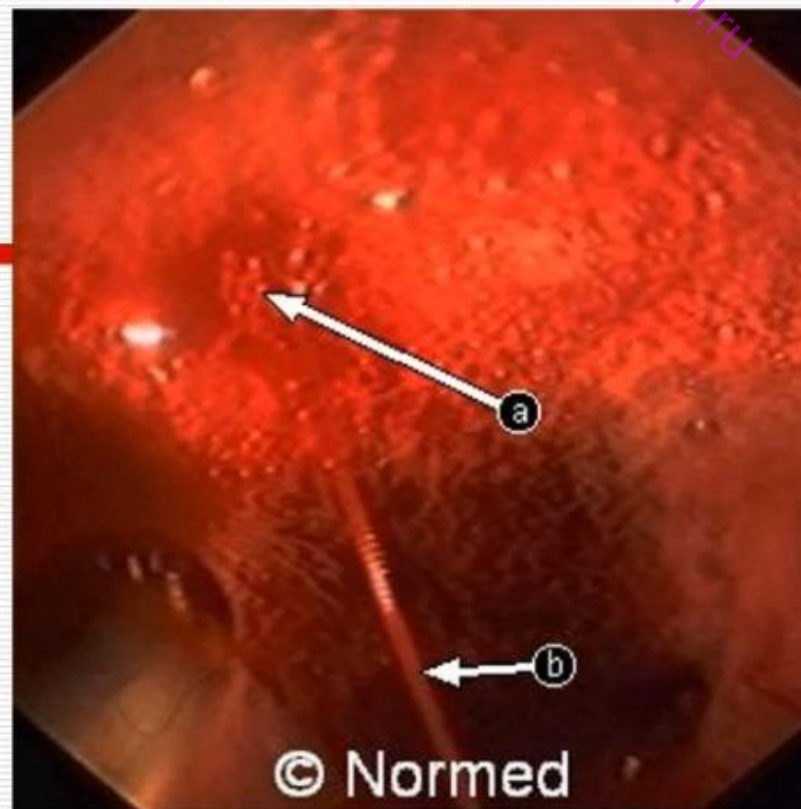
Лечебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

Лабораторные исследования

Рентгенологические исследования
(контрастная рентгенография, ангиография)

Эзофагогастродуоденоскопия



Классификация кровотечений (на основе классификации Forrest)

Лечебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

pdfsh.ru

II. Состоявшееся кровотечение:

- а)** наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, с большим количеством измененной крови со сгустками или содержимого типа "кофейной гущи"
- б)** видимый сосуд с тромбом коричневого или серого цвета, при этом сосуд может выступать над уровнем дна, умеренное количество содержимого типа "кофейной гущи".
- с)** наличие мелких точечных тромбированных капилляров коричневого цвета, не выступающих над уровнем дна, следы содержимого типа "кофейной гущи" на стенках органа.

III. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков бывшего кровотечения.

Критерии для прогнозирования вероятности рецидива кровотечения

- тяжесть кровопотери и состояния больного;
- детальная эндоскопическая характеристика источника кровотечения (размер, множественность поражений, калибр кровоточащего сосуда);
- закономерности течения заболевания (наличие патогенетических факторов, поддерживающих прогрессирование заболевания;
- возможности эффективной консервативной терапии или хирургического лечения);
- возможности эндоскопического гемостаза и его эффективности;

Возможности осуществления локального гемостаза



Инфильтрационный гемостаз



Электро-, термо-, лазерокоагуляция



Аргонплазменная коагуляция



Эндоклипирование

- ❑ Немедленная госпитализация (покой, холод на живот, запрет физической активности, промывание холодным изотоническим хлорида натрия, постоянная асирация желудочного содержимого)
- ❑ Антацидные, противоязвенные препараты
- ❑ При анемии – переливание препаратов крови и кровезаменителей, гемостатические препараты (аминокапроновая кислота внутривенно и энтерально, этамзилат (дицинон), викасол, витамины)

МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- ☐ Резекции желудка
- ☐ Экономная резек-
ция с ваготомией
- ☐ Ваготомия с прошиванием или
иссечением язвы и
пилоропластикой
- ☐ Прошивание магистральных
артерий желудка
(деартериализация желудка)



Оперативное лечение применяется при неэффективности консервативного лечения.

- ❑ оперативные вмешательства различают по экстренным, неотложным, срочным и плановым показаниям.
- ❑ Объем операции определяется: тяжестью состояния больного, степенью кровопотери, наличием сопутствующих заболеваний, техническими возможностями клиники.

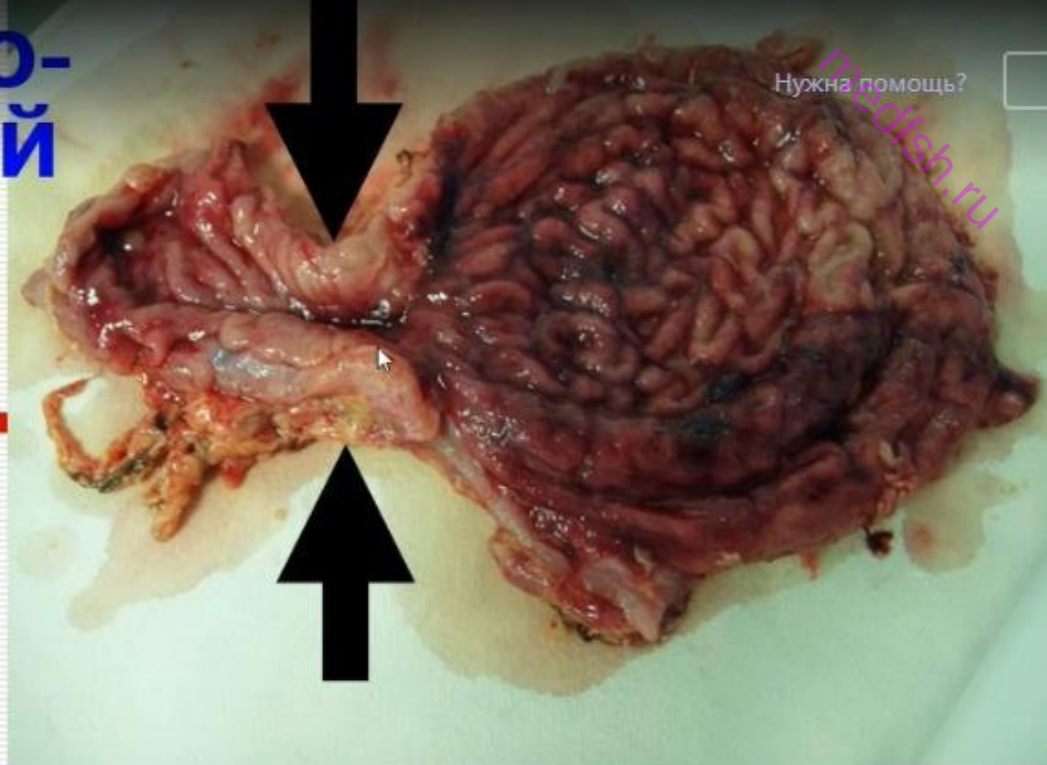
ПИЛОРОДУО- ДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

учебный факультет, 4 курс

Нужна помощь?

medfish.ru

постепенное
формирование сужения
в результате развития
рубцовой
соединительной ткани в
области закрывшейся
язвы выходного отдела
желудка или 12 п.кишки
и периязвенного
воспалительного
инфильтрата.



Различают (по Ю.М. Панцыреву и др., 1977)
формирующийся, частичный (**компенсированный** и
субкомпенсированный - диаметр стенотического
участка не менее 5 мм) и полный (**декомпенсиро-**
ванный, когда просвет менее 5 мм.

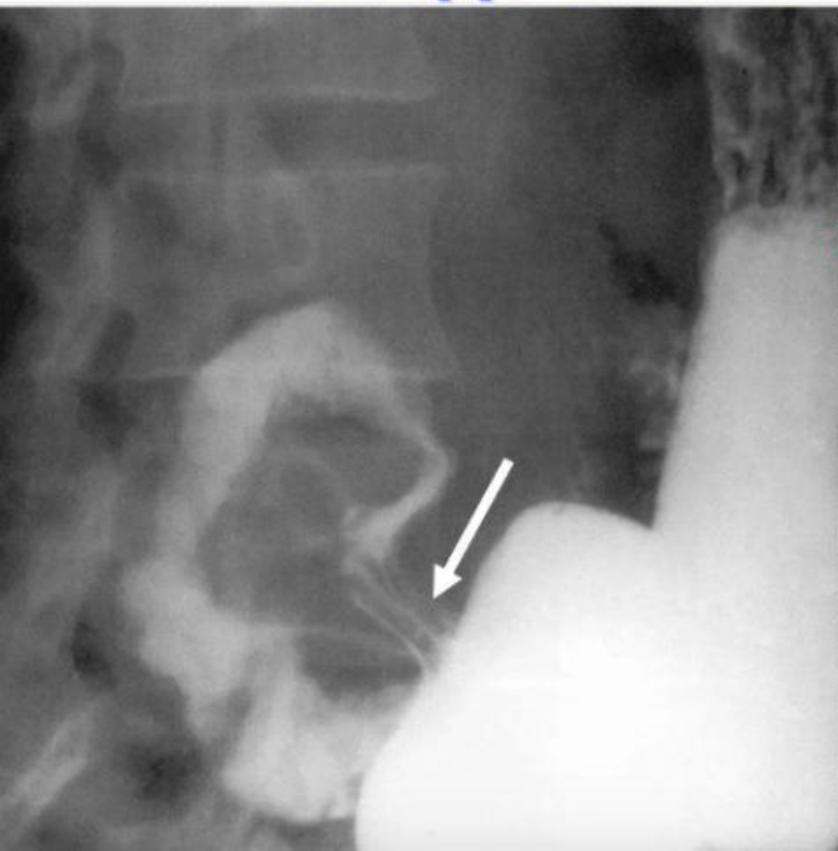
ПАТОГЕНЕЗ

- наличие препятствия для перехода содержимого желудка в 12 п.кишку вследствие сужения, ригидности и нарушения сократительной деятельности привратника.
- гипертрофия и усиленная перистальтика
- атрофия и патологическое расширение желудка
- застой желудочного содержимого, процессы брожения и гниения, появляется частая рвота, теряется большое количество жидкости и электролитов, снижается масса тела, происходит обезвоживание организма
- гипопротеинемия, гипокалиемия, азотемия, алкалоз. В поздних стадиях вследствие прогрессирования нарушений водно-электролитного баланса происходит гипохлор- и кальциемия, развивается судорожный синдром (желудочная тетания).

- ☐ **чувство полноты и тяжести в эпигастральной области после еды, периодическую рвоту**
- ☐ **Отрыжка**
- ☐ **Рвота с признаками гнилостного брожения**
- ☐ **«шум плеска» в эпигастрии**
- ☐ **кожные покровы сухие, землистой окраски**
- ☐ **Диурез снижен, тахикардия**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Лечебный факультет, 4 курс

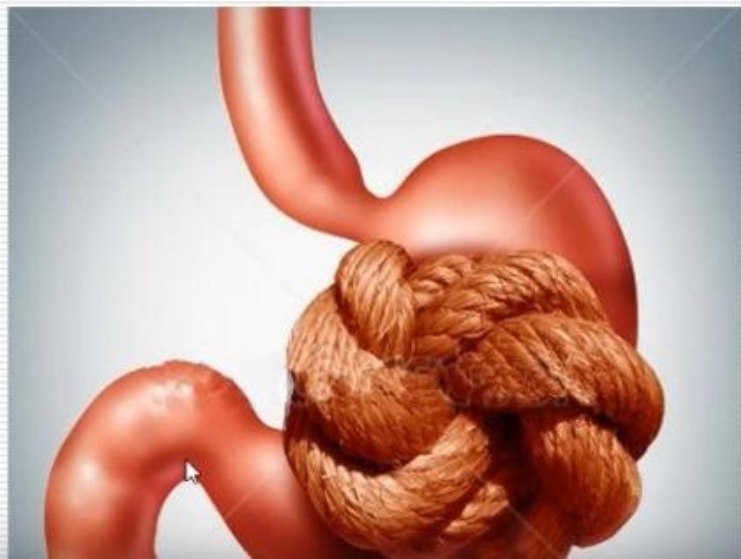


Нужна помощь?

medish.ru

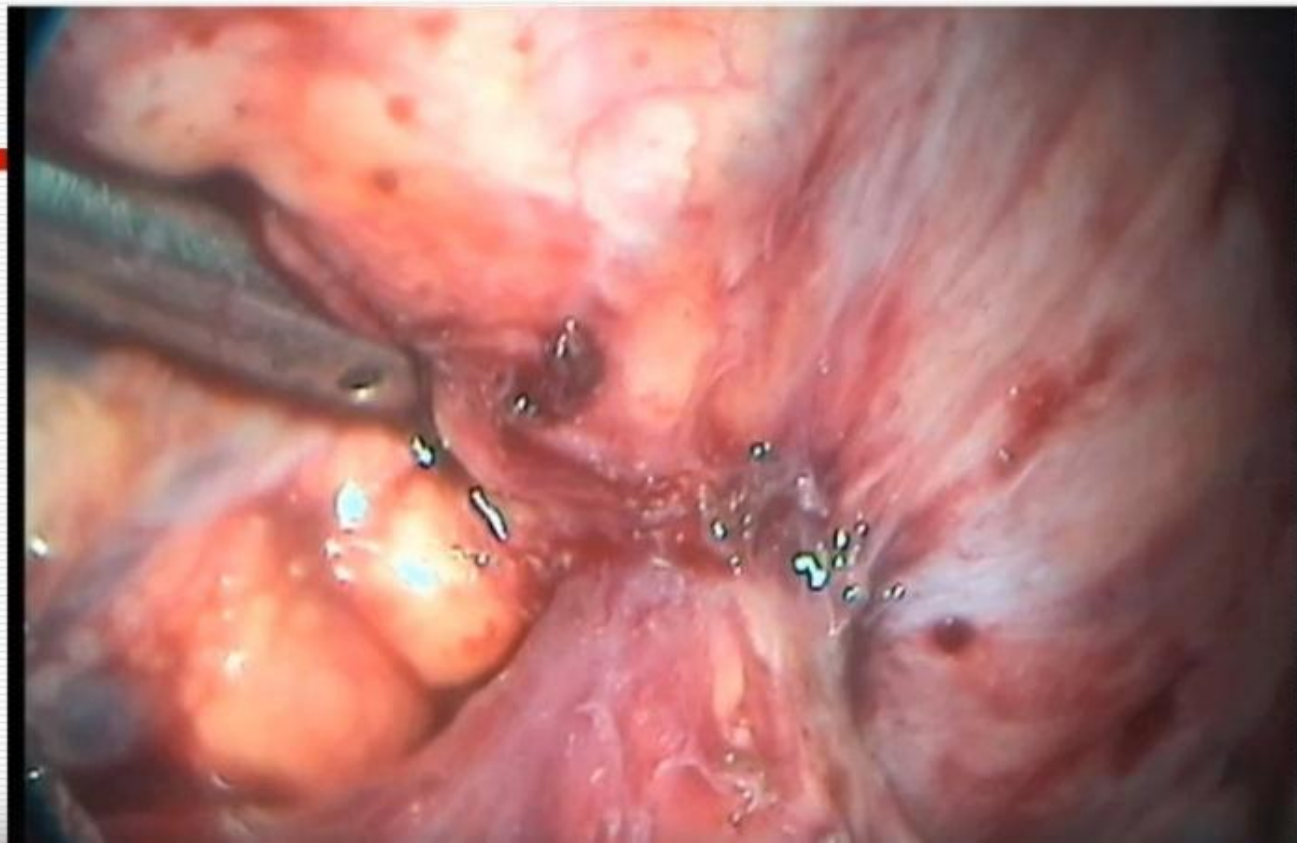


- ☐ Резекции желудка
- ☐ Экономная резекция с ваготомией
- ☐ Гастроэнтероанастомоз с ваготомией или без нее



ПЕНЕТРАЦИЯ

вовлечение в патологический процесс
язвой близлежащих внутренних органов.



- ☐ значительное усиление болей, которые становятся постоянными и иррадируют в зависимости от места пенетрации.
- ☐ присоединяются симптомы заболеваний органов брюшной полости, в которые пенетрирует язва
- ☐ каловые рвоты
- ☐ примесь желчи в рвотных массах
- ☐ зловонная отрыжка, понос, прогрессирующее похудение больных.