

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА  
В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

**РЕФЕРАТ:**

**Язвенная болезнь желудка и ДПК, её осложнения.**

Выполнил: ординатор 2 го

года: Кокозов А. Э.

Проверил: д.м.н., профессор кафедры

и клиники хирургических болезней

им. проф. Ю.М.Лубенского

Здзитовецкий Д.Э.

Красноярск 2020

## Содержание

1. Введение
2. Определение, классификация
3. Кровотечение, тактика лечения
4. Перфорация
5. Стеноз привратника
6. Список использованной литературы

## **Введение.**

Актуальность проблемы обусловливается сохраняющейся в настоящее время высокой частотой и распространенностью ЯБ, ее длительным течением с возможным формированием часто рецидивирующих и труднорубцующихся язв, риском развития серьезных осложнений, требующих во многих случаях проведения оперативных вмешательств, значительными расходами, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких больных. Не всегда удовлетворительные результаты обследования и лечения больных ЯБ являются нередко следствием ошибок, допускаемых врачами в диагностике (в частности, инфекции *H.pylori*) и лечении таких пациентов. Большое клиническое значение имеет растущая устойчивость НР к антибиотикам. Все это ставит на повестку дня необходимость подготовки рекомендаций, которые помогут врачу выбрать для каждого конкретного больного наиболее оптимальный план диагностики и лечения.

## **Определение, классификация**

Определение: Язвенная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и ДПК.

Основные осложнения язвенной болезни:

1. кровотечение,
2. перфорация язвы,
3. пенетрация,
4. стеноз привратника.
5. малигнизация,
6. рубцовая деформация желудка и ДПК,
7. перивисцерит

## Кровотечение. Тактика лечения.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

#### ПО ЭТИОЛОГИИ

1. Кровотечение из хронической язвы.
2. Кровотечение из острой язвы.

#### ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

##### I. Язвы желудка

1. Кадиальные
2. Тела желудка
3. Антрального отдела
4. Пилорического отдела

(малая кривизна, большая кривизна, передняя стенка, задняя стенка).

##### II. Язвы 12-перстной кишки

1. Луковичные
2. Постбульбарные
3. Нисходящего отдела

(стенки: передняя, задняя, верхняя и нижняя, переходные и сочетанные варианты).

#### ПО ХАРАКТЕРУ КРОВОТЕЧЕНИЯ

##### I. Продолжающееся кровотечение

1. Струйное (профузное)
2. Ламинарное
3. Капиллярное

##### II. Рецидивное кровотечение

##### III. Состоявшееся кровотечение

##### 1. Нестабильный гемостаз:

а) Язва прикрыта плотным, темным сгустком крови, в желудке "кофейная гуща", свежей крови нет;

б) В кратере язвы сосуд, закрытый тромбом красного или коричневого цвета;

в) В кратере язвы виден пульсирующий сосуд;

г) Язва прикрыта рыхлым сгустком красного цвета.

##### 2. Стабильный гемостаз:

а) Дно язвы покрыто фибрином;

б) Мелкие тромбированные сосуды (в виде черных точек) на дне или по краю язвы;

в) Дно язвы покрыто гемосидерином (черный цвет дна язвы), в желудке крови нет;

##### 3. Постгеморрагическая анемия.

#### ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ

1. Легкая степень - до 20% ОЦК (до 1000 мл)
2. Средняя степень - до 30% ОЦК (до 1500 мл)
3. Тяжелая степень - свыше 30% ОЦК (более 1500 мл)

Самое тяжелое осложнение и встречается у 15-20% больных язвенной болезнью. Около одной трети больных оперированных по поводу язвенной болезни, оперируются по поводу кровотечения, которое является причиной 50% летальных исходов при язвенной болезни. Непосредственной причиной кровотечения является разрыв крупного сосуда на дне язвы. Чаще профузное кровотечение дают симптоматические язвы, возникающие в результате терапии НПВС и глюкокортикостероидами, поскольку, особенно последние, повышая пептическую активность желудочного сока, вместе с тем подавляют разрастание соединительной ткани как защитной реакции, тормозящей углубление язвы. К сожалению, нередко бывает, что больные до кровотечения не знают о том, что у них язва. Кровотечения при язвенной болезни желудка и ДПК характеризуются следующими основными проявлениями:

- симптомы острой кровопотери;
- кровавая рвота (гематомезисом);
- мелена (дегтеобразным стулом).

Симптомы острой кровопотери.

При обильной кровопотере появляются симптомы острой постгеморрагической анемии: резкая слабость, тошнота, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, боли в области сердца, сердцебиение, жажда, холодный липкий пот, осиплость голоса, адинамия, обморочное состояние, олигурия. Появляется возбуждение, чувство страха, смерти, удушье, эйфория. Нередко после начала кровотечения «язвенные» боли исчезают (симптом Бергмана). Симптомы острой кровопотери зависят от ее объема. Кровотечение с потерей крови, не превышающей 400-500 мл (10% ОЦК), обычно не вызывает ярких симптомов. При легком кровотечении с потерей крови до 400 мл субъективных ощущений или вовсе не бывает, или они ограничены легкой преходящей тошнотой, сухостью во рту, внезапной слабостью, зевотой, познабливанием. Потеря крови около 15-25% ОЦК (700- 1300 мл) приводит к развитию I стадии геморрагического шока – компенсированный, обратимый (кожные покровы бледные, конечности холодные, подкожные вены на руках спавшиеся; пульс учащен до 90-100 уд в 1 мин, слабого наполнения; АД слегка снижено). При острой массивной кровопотере, составляющей

25-45% ОЦК (1300-1800 мл) развивается декомпенсированный обратимый геморрагический шок (II стадия): сознание сохранено, но имеется возбуждение, беспокойство; кожные покровы выражено бледные; цианоз видимых слизистых оболочек; одышка (т.к. ухудшается кровоток головного мозга); тахикардия до 120-140 в 1 мин, глухие тоны сердца; пульс слабого наполнения; САД ниже 100 мм.рт.ст., низкое пульсовое давление; олигурия (диурез менее 20 мл/час). При кровопотере 50% ОЦК (2000-2500 мл) и более развивается III стадия – декомпенсированный необратимый шок (отсутствие сознания; кожные покровы покрыты холодным липким потом; одышка; тахикардия более 140 в 1 мин; пульс нитевидный; АД может не определяться; олигоанурия).

Симптом кровавой рвоты.

Кровавая рвота обычно отмечается при объеме кровопотери более 500 мл, чаще имеет место при язве желудка, чем при язве ДПК. Желудочное содержимое обычно имеет вид «кофейной гущи», что обусловлено превращением гемоглобина крови под воздействием соляной кислоты в хлорид гематина, имеющий черный цвет. При обильном и быстром кровотоке соляная кислота не успевает вступать в реакцию с гемоглобином, и рвота в этих случаях бывает алой кровью. При локализации язвы в ДПК рвота может отсутствовать.

Симптом мелены.

Дегтеобразный стул наблюдается не ранее чем через 8 час при потере более 500 мл крови. В результате чего стул приобретает черный цвет. Оформленный кал черного цвета отмечается при легкой и средней степени кровотока. При обильном кровотоке стул становится жидким и напоминает вид дегтя. В случае ускоренного продвижения по кишечнику и кровопотере свыше 1000 мл кровь выделяется вместе с калом и имеет алый или темно-красный цвет. Следует помнить, что черная окраска кала (псевдомелена) может наблюдаться после приема препаратов железа; антацидов, содержащих висмут, карболена, черники и др.

Немедикаментозное лечение.

Диета больных ЯБ должна обладать слабым сокогонным действием: питьевая вода, щелочные воды, лишенные углекислоты, жирное молоко, сливки, яичный

белок, отварное мясо, отварная рыба, овощное пюре, супы из разных круп. Из диеты исключаются продукты и блюда, обладающие сильным сокогонным действием: бульоны, крепкие навары из овощей, спиртные напитки, жареные и копченые блюда, соленья, алкогольные напитки и др. Диетотерапия язвенной болезни состоит из трех циклов (диеты №1а, №1б, и №1 продолжительностью 10—12 дней каждый в период обострения. В дальнейшем, при отсутствии резкого обострения и проведении противорецидивной терапии, может быть назначен непротертый вариант диеты № 1. Противоязвенная диета должна содержать соки сырых овощей и фруктов, богатых витаминами (особенно сок капусты), отвар шиповника. Питание при ЯБ, осложненной кровотечением, больному не дают пищу в течение 1- 3 дней, и он находится на парентеральном питании. После остановки или значительного уменьшения кровотечения дают жидкую и полужидкую охлажденную пищу столовыми ложками через каждые 2 ч до 1,5-2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, кисель, фруктовые соки, отвар шиповника стол Мейленграхта). Затем количество пищи постепенно увеличивают за счет яиц всмятку, мясного и рыбного суфле, сливочного масла, жидкой манной каши, тщательно протертых плодов и овощей. Режим питания - через каждые 2 ч малыми порциями. В дальнейшем больного переводят сначала на диету № 1а, а затем на № 1б с увеличением в них содержания животных белков (мясные, рыбные и творожные паровые блюда, белковые омлеты). Целесообразно использование энпитов, в частности белкового и противоязвенного.

На диете № 1а больной находится до полного прекращения кровотечения, на диете № 1б - 10-12 дней. Далее на 2-3 месяца назначают протертую диету № 1.

Медикаментозное лечение ИТТ при кровопотере:

- Кровопотеря 10-15% ОЦК (500-700 мл): внутривенное переливание кристаллоидов (декстроза, натрия ацетат, натрия лактат, натрия хлорида 0,9%) в объеме 200% от объема кровопотери (1-1,4 л);
- Кровопотеря 15-30% ОЦК (750-1500 мл): в/в кристаллоидов (декстроза, натрия хлорида 0,9%, натрия ацетат, натрия лактат) и коллоидов (сукцинированный желатин, раствор декстрана, гидроксипропилкрахмал,

аминоплазмаль, повидон, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 3:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (2,5-4,5 литров);

- При кровопотере 30-40% ОЦК (1500-2000 мл): в/в кристаллоидов (декстроза, натрия хлорида 0,9%, натрия ацетат, натрия лактат) и коллоидов (сукцинированный желатин, раствор декстрана, гидроксипропилкрахмал, аминоплазмаль, повидон, комплекс аминокислот для парентерального питания) в соотношении 2:1 с общим объемом 300% от объема кровопотери (3-6 литров). Показано переливание компонентов крови (эритроцитарная масса 20%, СЗП 30% от перелитого объема, тромбоконцентрата при уровне содержания тромбоцитов  $50 \times 10^9$  и ниже, альбумин);

Критическим уровнем показателей гемоглобина является 65-70 г/л, гематокрит 25-28%. (придерживаться приказа № 501 от 2012 г. по переливанию компонентов крови);

- Критерии адекватности проводимой ИТТ:
- Повышение ЦВД (10-12 см.вод.ст.);
- Почасовой диурез (не менее 30 мл/час);
- Пока ЦВД не достигнет 10-12 см.вод.ст. и почасовой диурез 30 мл/час ИТТ необходимо продолжать.
- При быстром увеличении ЦВД выше 15 см.вод.ст. необходимо снизить темп переливания и пересмотреть объем инфузии
- Клинические критерии восстановления ОЦК (устранение гиповолемии):
- Повышение АД;
- Уменьшение ЧСС;
- Увеличение пульсового давления;
- Потепление и изменение окраски кожных покровов (с бледной до розового);

В ИТТ необходимо включить исходя из патогенеза кровопотери антигипоксанты:

- Перфторан в дозе 10-15 мл на 1 кг веса пациента, скорость введения – 100-120 капель в мин. Но необходимо помнить, что перфторан не заменяет гемоплазмотрансфузию; Антиоксиданты: • Аскорбиновая кислота однократно в/в

1000-1500 мг, курс 3-5 дней. Препараты для парентерального питания: • Жировая эмульсия для парентерального питания 250—500 мг в/в капельно медленно однократно. Противоязвенная терапия (УД-В): По рекомендации IV Маастрихтского совещания в регионах с низкой распространенностью штаммов *H.pylori* резистентных к кларитромицину (менее 15- 20%) рекомендуется: ИПП, кларитромицина 500 мгх2 раза в сутки и второй антибиотик: амоксициллин 1000 мгх2 раза в сутки, метронидазол 500 мгх2 раза в сутки или левофлоксацин. Длительность терапии 10-14 дней. В схеме «квадротерапии»: тетрациклин по 500 мг 4 раза в сутки, метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки. В регионах с резистентностью >20% в качестве альтернативы квадротерапии в терапии первой линии для преодоления резистентности к кларитромицину рекомендуется последовательная терапия: ИПП + амоксициллин (5 дней), далее ИПП + кларитромицин + метронидазол (5 дней).

## ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Выбор метода операции зависит от особенностей клинической ситуации, определяющей степень операционного риска: объем кровопотери, сопутствующие заболевания, возраст больного, интраоперационные технические условия и личный опыт хирурга (хирургической бригады).

### ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

#### I. Радикальные операции:

1. Резекция желудка (у больных с относительно небольшой степенью операционного риска)
2. Иссечение язвы в сочетании с пилоропластикой и ваготомией (у пожилых больных с высокой степенью операционного риска)

#### II. Паллиативные операции:

1. Гастротомия с прошиванием кровотока, клиновидное иссечение язвы, перевязка сосудов на протяжении (тяжелая клиническая ситуация с операцией на высоте кровотечения и выраженной сопутствующей патологией (выбор должен быть обоснован документально))

### ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

#### I. Радикальные операции:

1. Резекция желудка и органосберегающие операции (антрумэктомия с ваготомией): при сочетании кровотечения с другими осложнениями и невысокой степени операционного риска

2. Ваготомии с прошиванием (иссечением) язвы и пилоро- или дуоденопластикой: при отсутствии выраженных морфологических изменений со стороны пилоробульбарного отдела.

## II. Паллиативные операции:

1. Иссечение язвы или прошивание кровоточащего сосуда в язве: тяжелая клиническая ситуация с операцией на высоте кровотечения и выраженной сопутствующей патологией (выбор должен быть обоснован документально)

## **Перфорация язвы.**

### **КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ**

#### ПО ЭТИОЛОГИИ

- I. Перфорация хронической язвы.
- II. Перфорация острой(симптоматической) язвы.

#### ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

- I. Язвы желудка.
- II. Язвы 12-перстной кишки.

#### ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ

- I. Перфорация в свободную брюшную полость.
- II. Перфорация атипичная.
  1. Прикрытая перфорация.
  2. Перфорация в сальниковую сумку.
  3. Перфорация в полость, ограниченную спайками.
  4. Перфорация в забрюшинную клетчатку.
- III. Сочетание перфорации с кровотечением (при "целующихся" язвах).

#### КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ (ПЕРИОДЫ)

- I. Период шока.
- II. Период мнимого благополучия.
- III. Период прогрессирующего перитонита.

Перфорация язвы желудка или язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречается в каждом пятом случае среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Показатели летальности при этом осложнении язвенной болезни (ЯБ) достигают 6—8%. В 10% случаев перфорация язвы сопровождается острым кровотечением.

Прободение ГДЯ может также сочетаться с пенетрацией язвы в соседние органы и с формированием пилородуоденальной stenоза. При желудочной локализации перфоративных язвенных дефектов велика вероятность их малигнизации.

Перфорируют не только хронические, но и острые гастродуоденальные язвы. Острые ГДЯ нередко наблюдаются у людей, подвергшихся обширным хирургическим вмешательствам и травмам или пребывающих в состоянии сепсиса и выраженной интоксикации. Острые язвы верхних отделов ЖКТ развиваются в чрезвычайно короткие сроки и быстро заживают при благоприятном течении основного заболевания. Тем не менее перфорация острой ГДЯ нередко оказывается непосредственной причиной смерти.

Перфорация язвы ДПК обычно происходит при ее локализации на передней стенке луковицы органа (рис. 12.1 на цветной вкладке).

Клиническая картина перфорации ГДЯ бывает:

- типичной, когда прободение язвы происходит в полость брюшины;
- атипичной — при поступлении содержимого желудочно-кишечного тракта в сальниковую сумку, между листками сальника и в другие отграниченные пространства полости брюшины, а также в случае прикрытия язвы соседними органами или ее пенетрации в них.

Прободению язв часто предшествует *предперфоративный период* (от нескольких дней до 2—3 недель), характеризующийся признаками обострения ЯБ.

Клиническая картина перфорации ГДЯ зависит от срока, прошедшего с момента прободения, и характеризуется тремя периодами:

- а) болевой шок (3—6 ч после перфорации);
- б) мнимое благополучие (6—12 ч после перфорации);
- в) разлитой перитонит (более 12 ч после перфорации).

Наиболее выражены симптомы прободения ГДЯ в периоде *болевого шока* и проявляются внезапной интенсивной «кинжальной» болью, локализующейся в

верхних отделах живота, выраженной болезненностью в эпигастральной области, напряжением передней брюшной стенки («доскообразный живот»), симптомами раздражения брюшины вынужденным положением больного на боку с приведенными к животу коленями, так как боль в животе усиливается при минимальной двигательной активности.

Зона болевых ощущений при перфоративной ГДЯ постепенно может меняться из-за распространения содержимого желудка и ДПК по брюшной полости. Чаще всего оно распространяется по правому боковому каналу в правую подвздошную область.

По мере истощения болевой рецепции, торможения в болевом центре головного мозга, увеличения объема экссудата в брюшной полости и нарастания пареза кишечника интенсивность боли в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки и выраженность симптомов раздражения брюшины уменьшаются — наступает так называемый период *мнимого благополучия*.

Заключительный период (*разлитого перитонита*) перфоративной ГДЯ характеризуется развернутой клинической картиной тотального воспалительного процесса в брюшной полости.

В этот период исследование живота почти всегда сопровождается выявлением положительных симптомов раздражения брюшины. Резкое вздутие живота, стертость перитонеальной симптоматики и выраженные явления интоксикации могут отмечаться лишь в поздней стадии течения прободной ГДЯ. В этот период заболевания шумы перистальтики отсутствуют или резко ослаблены. Отмечается бледность кожных покровов, сухость во рту, уменьшение диуреза, энцефалопатия или делирий. Выявляются повышение температуры тела, холодный пот, тахикардия. Частота сердцебиения нарастает по мере увеличения сроков, прошедших со времени перфорации. Отмечается снижение артериального давления (АД).

В клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, который может достигать значительных цифр ( $15\text{—}20 \cdot 10^9$  крови/л и более).

Достоверный признак перфоративной язвы — свободный газ в брюшной полости, что можно выявить при обзорной рентгенографии живота в вертикальном положении больного. В этом случае свободный газ определяется под диафрагмой. Если больной не может принять вертикальное положение в связи с тяжелым состоянием, рентгенологическое исследование живота ему выполняют в положении на левом боку.

Если при клинической картине перфоративной ГДЯ свободный газ в полости брюшины не выявляется, больному выполняется фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). При этом обнаруживается сама язва, уточняются ее характер и локализация, размеры, иногда в дне язвы видна смещающаяся при дыхании стенка соседнего органа, а после эндоскопии на повторных обзорных рентгенограммах живота обнаруживается пневмоперитонеум.

Для дифференциальной диагностики перфоративной ГДЯ с острым холециститом, острым панкреатитом может использоваться ультразвуковое исследование (УЗИ) живота.

В неясных случаях в качестве диагностической процедуры используется лапароскопия, во время которой оказывается возможным осмотр органов брюшной полости, а также оценка характера скопившегося в ней содержимого.

Подозрение на прободение ГДЯ должно быть поводом для незамедлительной доставки больного в хирургический стационар. Обезболивающие средства не вводятся, так как это может изменить клиническую картину заболевания.

## ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

А. Ушивание перфоративной язвы

В. Первично-радикальные оперативные вмешательства

I. Резекция желудка (включая пилорантрумэктомию с ваготомией, экономную резекцию желудка)

1. Язвенная болезнь желудка по онкологическим соображениям

2. Сочетанная форма язвенной болезни (II тип по Johnson)

3. Сочетание перфорации и декомпенсированного пилорoduоденального стеноза

4. Сочетание перфорации и кровотечения

II. Ваготомии с иссечением язвы и пилоро(дуодено)пластикой:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, пилорического и прерилорического отдела желудка при отсутствии большого инфильтрата и выраженной рубцовой деформации выходного отдела желудка.

#### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРВИЧНО-РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ:**

1. Распространенный фибринозно-гнойный перитонит
2. Перфорация симптоматической (острой) язвы
3. Необходимость завершить операцию в кратчайший срок (тяжелое соматическое состояние, преклонный возраст больного)
4. Отсутствие технических условий и достаточного опыта оперирующей бригады.

#### **ПРИМЕЧАНИЯ:**

1. Рецидив язвы после ушивания около 70% больных.
2. В течение 10 лет после ушивания повторно оперируются (в связи со стенозом, кровотечением или реперфорацией) 50-70% больных.
3. Реактивная и токсическая фазы распространенного перитонита не являются противопоказаниями к выполнению первично-радикального оперативного вмешательства.

### **Стеноз привратника**

#### **КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ**

##### **ПО СТЕПЕНИ**

- I степень - компенсированный
- II степень - субкомпенсированный
- III степень – декомпенсированный

##### **ПО СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ**

1. Воспалительно-инфильтративный
2. Рубцово-язвенный
3. Рубцовый

**ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ** -сужение просвета в области пилорического отдела желудка или (и) начального отдела ДПК, являющееся следствием различных заболеваний желудка и ДПК, при котором нарушается эвакуация содержимого из желудка, что приводит к расстройствам гомеостаза, в особенности водно-электролитного баланса и питательного статуса пациента.

**Жалобы и анамнез.** Жалобы на тошноту и рвоту, как правило, без примеси желчи.

Абдоминальная боль мало характерна и чаще связана с наличием язвы или опухоли поджелудочной железы [5]. Наряду с «язвенными» болями в стадии компенсации стеноза возникает чувство переполнения в эпигастрии после приёма пищи.

Возникает отрыжка воздухом, с примесью кислого. Эпизодически возникает рвота, которая на некоторое время приносит больному облегчение. При субкомпенсации больной ощущает постоянное чувство тяжести и переполнения в эпигастральной области, которое сочетается с болью и отрыжкой. Характер отрыжки изменяется с кислого на тухлый. Возникают боли, которые сопровождают ощущение распирания желудка даже при приеме небольшой порции пищи. Несколько раз в день возникает обильная рвота сразу или через 1-2 ч после еды только что принятой и съеденной накануне пищи без признаков гнилостного брожения. Рвота (иногда больной сам её вызывает) приносит временное облегчение. В этой стадии стеноза больной отмечает похудание. Для декомпенсированного стеноза характерна постоянная рвота, не приносящая больному облегчения. Рвотные массы в огромном количестве содержат зловонное разлагающееся содержимое с остатками многодневной пищи. Пациент испытывает жажду, отмечает осиплость голоса, резкое похудание. Недомогание, апатия и вялость подавляют другие симптомы болезни.

#### **Физикальное обследование:**

В стадии компенсации стеноза состояние удовлетворительное, при зондировании желудка эвакуируют около 200-500 мл желудочного содержимого с кислым, слегка неприятным запахом и примесью недавно принятой пищи. При аускультации можно услышать «шум плеска» в проекции желудка. При субкомпенсации состояние средней тяжести. При аускультации «шум плеска» ниже пупочного кольца (признак расширения желудка). Натощак при зондировании в желудке определяют большое количество содержимого с резким неприятным запахом. Отмечается астенизация, потеря в весе. Для декомпенсированного стеноза состояние больного тяжелое с прогрессирующим ухудшением, наблюдаются признаки выраженного истощения и резкого обезвоживания. При осмотре обращает

на себя внимание сухость кожи и языка. Характерна землистая окраска и снижение тургора кожи. Возможно 5 появление судорожного синдрома (хлоропривная тетания). При аускультации выявляют «шум плеска» в проекции желудка.

Зондирование позволяет эвакуировать большое количество застойного желудочного содержимого с признаками брожения и гниения. Опорожнение желудка с помощью зонда в стадии декомпенсации значительно облегчает самочувствие больного. В этой стадии из-за резко выраженных электролитных расстройств нарушается нервно-мышечная возбудимость. Это может проявляться симптомами Труссо («рука акушера») и Хвостека (подергивание мышц лица при поколачивании в области лицевого нерва). Нарастающая гиповолемия сопровождается гипотонией и тахикардией. Гипокалиемия приводит к мышечной слабости, парезам, параличам. При снижении уровня калия менее 1,5 ммоль/л развивается парез межреберных нервов, диафрагмы с остановкой дыхания.

Лабораторные исследования: специфических критериев лабораторной диагностики нет.

#### **Инструментальные исследования:**

- эзофагогастродуоденоскопия - в первой стадии отмечают выраженную рубцовую деформацию пилорoduodenального канала с сужением его просвета до 1,0- 0,5 см. Можно обнаружить гипертрофию слизистой оболочки желудка и усиленную перистальтику. Во второй стадии метод даёт точные представления о значительном сужении пилорoduodenального канала, задержке эвакуации желудочного содержимого, увеличении размеров желудка. В третьей — резкое сужение пилорoduodenального канала, истончение слизистой оболочки желудка, отсутствие перистальтики желудочной стенки и чрезмерное расширение просвета желудка.

- рентгенография брюшной полости - в стадии компенсации отмечают некоторое увеличение размеров желудка, деформацию пилорoduodenальной зоны, возможно наличие язв (симптом «ниши») или признаки сдавления опухолью извне. Отмечают замедление желудочной эвакуации до 12 ч. При субкомпенсированном стенозе обнаруживают признаки начинающейся декомпенсации моторики желудка: его увеличение, ослабление перистальтической

активности. В этой стадии появляется симптом «трехслойного желудка» (трехслойное содержимое - контрастное вещество, слизь, воздух). Задержка эвакуации - 12-24 ч. Стадия декомпенсации характеризуется значительным увеличением размеров желудка, снижением перистальтики, резким сужением пилородуоденального канала и выраженными нарушениями желудочной эвакуации. Бариевая взвесь остается в желудке более 24 ч. Выполнение УЗИ брюшной полости натощак в поздних стадиях стеноза позволяет визуализировать наполненный жидкостью желудок. Метод неточен для определения стадии стеноза, но может быть полезным для экспресс-диагностики.

### ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ

1. Наличие стеноза (независимо от степени) является абсолютным показанием к оперативному лечению.
2. При клиническом дебюте стеноза в предоперационном периоде целесообразно интенсивное противовоспалительное лечение для уменьшения воспалительно-инфильтративного компонента, а следовательно и степени стеноза.
3. При компенсированном и субкомпенсированном стенозах применяются органосохраняющие вмешательства с одним из видов дренирующих операций.
4. При декомпенсированном стенозе показано, как правило, применение резецирующих или органосберегающих вмешательств.
5. При декомпенсированном стенозе, осложненном гипо- или ахлоргидрической комой, больной нуждается в проведении интенсивной терапии в реанимационном отделении с последующей операцией по жизненным показаниям. Как правило, выполняется минимальное вмешательство - гастроэнтеростомия.

Список используемой литературы:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., ред. Гастроэнтерология: национальное руководство – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 700с. 616.3 Г22 б.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Охлобыстин А.В., Буеверов А.О.. Наиболее распространенные заболевания желудочно-кишечного тракта и печени: справ. для практикующих врачей – М.: Литтерра, 2008. – 170с. 616.3 Н20. 5. Рациональная фармакотерапия в гепатологии: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. В.Т. Ивашкина, А.О. Буеверова. – М.: Литтерра, 2009. – 624с. 615.2 Р27.
3. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №11, 2010, с.76-78.