ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

 ИСТОРИЯ:1810г.-Мереман удалил привратник желудка.

 1879г.-Пеан,1881г.-Ридигер-резекция желудка по поводу

 рака/смерть.

 1882г.-Китаевский,Экк-в России выполнена резекция желудка

 1881г.-Бильрот выполнил 1 успешную резекцию желудка.

 Спасокукоцкий,Юдин,Берёзов,Петров,Мельников,Розанов.

 Физиологическое обоснование операций при Я/Б:

 1.устранение морфологического субстрата язвы;

 2.подавление желудочной секреции;

 3.восстановление пассажа пищи;

 4.сохранение функциижелудка.

 Осложнение резекции желудка :

 Ранение:-кровотечение из линии шва или в брюшную полость;

 -несостоятельность культи 12п.кишки;

 -перетонит;

 -послеоперационный панкреатит.

 Поздние (пострезекционный синдром):

 -демпинг-синдром приводящей петли;

 -пептическая язва гастроэнтероанастомоза;

 -желудочноободочная фистула;

 -синдром малого желудка;

 -пострезекционная анемия;

 -анастомозиты.

 Демпинг-синдром:-патологические растройства возникающие через

 5-20минут после еды.

 Причина:утеря резервуарной функции желудка и регулирующей функции

 привратника,выключение 12п.кишки,нарушение иннервации.

 После Б-1-10-15%,Б-2-20-30% Ж>М.

 Клиника:приступ слабости через 15-20минут после еды,сонливость,

 головлкружение.

 Лёгкая степень:симптомы слабовыражены;после сладкой пищи и молоч-

 ной;пргодолжаются 15-20минут.

 Средняя степень:ок. 1ч после любой пищи.Больной ложится в постель

 Тяжёлая степень:после каждого приёма пищи,продолжается 3часа.

 Симптомы выражены,ложится в постель,вес снижен.

 Лечение:консервативная,реконструктивная операция,цель-задержать

 пищу в желудке;стволовые ваготоники.

 Синдром приводящей петли:-нарушение эвакуации из приводящей пет-

 ли и повышение давления в ней 0-8-17,1%

 Э:функциональные-гипотония и дискенезия 12п.к.,спазм ГЭА.

 механические-дефекты техники операции,спайки,перегибы.

 К:боли в правом подреберье,рвота желчью,эластическое образование

 в эпигастрии,исчезающее после рвоты.

 Л:консервативное и оперативное - устранение механических препят-

 ствий,реконструктивные операции.

 Пептические язвы анастомоза:(1-3%)

 Э:экономная резекция желудка(менее 2/3),оставление части пилори-

 ческо отдела,гормональноактивные опухоли(с. Золлингера-Элисона)

 К:боль,изжога,отрыжка,рвота,пенетрация в органы,кровотечение,

 фистула,гастроколика.

 Л:консервативное-малоэффективно.

 хирургическое:стволовая ваготомия,резекция желудка,гастроэктомия.

 Оргоносохраняющие операции при язве желудка и 12п. кишки.

 1886г.Вельфлер-успешная гастроэнтеростомия.

 1887г.Монастырский-повторил в России.

 1906г.Коронлейн назвал гастроэнтеротомиоперацией выбора при л.Я/Б.

 ОБОСНОВАНИЕ:низкая летальность,создание покоя язвы за счёт уско-

 ренияэвакуации пищи из желудка,нейтролизация кислого

 желудочного содержимого.

 ВАГОТОМИЯ:

 Показания:дуденальная язва,желудочная гипер секреция(1-я фаза),

 возраст,повышенный операционный риск.

 Противопоказания:язва желудка,черезмерно высокая желудочная сек-

 реция (2 фаза),грубые анастомотические изменения

 в пилородуоденальной зоне,стеноз превратника,

 2 и 3ст.дуоденостеноз.

 -пилоропластика,антрумэктомия.

 Виды ваготомии:1.Стволовая(тотальная)-поддиафрагмальное пересе-

 чение стволов блуждающего нерва;

 2.Селективная-пересечение всех желудочных ветвей

 (н.Ляторже)переднего и заднего стволов блуждаю-

 щего нерва;

 Селективная проксимальная желудочная ваготомия(СПВ)

 -пересечение нервных веточек переднего и заднего блуждающих

 нервов в области тела дна желудка и сохранение иннервации

 антрального отдела (сохраняется моторная функция).Нерв Ля-

 торже-моторная функция и секреторная.

 Преимущества ваготомии:

 -низкая летальность;

 -меньшее количество послеоперационнх осложнений;

 -понижение уровня желудочной секреции;

 -сохранение функций желудка;

 - расширение возможностей лечения я/б в ранней стадии.

 Недостатки ваготомии:

 -рецидив язвы после ваготомии-8-11%

 -недостаточная эффективность при очень высокой желудочной

 секреции и при грубых изменениях в пилородуоденальной зоне;

 -субъективное улучшение при функционирующей язве;

 -нарушение функций печени на длительное время после стволо-

 вой ваготомии;

 -демпинг-синдром.

 Факторы определяющие,метод лечения.

 -возраст,пол; -осложнения я/б;

 -локализация язвы; -сопутствующие заболевания;

 -длительность язвенного анамнеза; -расположенность больного

 -состояние желудочной секреции; к развитию пострезекцион-

 ноых расстройств.

 Показания к операции:

 Абсолютные:перфорация,профузное кровотечение,декомпенсирован-

 ный стеноз,малигнизация язвы.

 Относительные:каллёзная,пенетирующая,больших размеров язва,

 множественные язвы,повторяющееся кровотечение,

 безуспешность консервативного лечения, компенси-

 рованный стеноз.

 Операция:Желудок-резекция по Б-1,Б-2;12п.к.-Б-1,Б-2,ваготомия

 селективная и стволовая с дренированием и без.

 Прободная язва желудка-резекция,ушивание,тампонада

 язвы сальником.

 Язва 12п.к.-резекция через жел.,Б-1,Б-2,СВП+иссечение

 язвы+пилоропластика,стволовая ваготгомипя+ушивание

 прободной язвы.

 Показания к срочной операции:-1 и 2 кл.группы кровотечения;

 -переход 3 во 2;

 -4 кл.гр.продолжается неск. дней;

 -нет противопоказаний;

 -отсутствие эффекта от местного

 гемостаза.

 Выбор при кровотечении тот же,

 что и при перфорации.

 Стеноз привратника:

 1.ст.-резекция желудка по Б-2 или Б-1,СПВ;

 2.ст.-резекция Б-1,Б-2,СПВ,пилоропластика или антрумэктомия;

 3.ст.>24часов - резекция желудка по Б-1,Б-2,ГЭА.

 Малигнизация:

 -резекция 3/4 желудка по Б-2 с удалением большого и малого

 сальника.

 Статистика:-в СССР около 1мил. страдает я/б;

 -ежегодно 60-80 тыс. резекций желудка;

 -соотношение плановых операций к экстренным 1:15;

 -летальность при плановых операциях - 1-3%

 -при экстренных - 9,7-2,9%

 ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Я/Б - КАЖДОМУ БОЛЬНОМУ

 СВОЯ ОПЕРАЦИЯ!!!