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!!!