Л N 7 ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

 ПРОБОДЕНИЕ ЯЗВЫ

 Статистика: 3-10 % по всем язвам, М : Ж = 15 : 1,

 85 % в возрасте 21-59 лет, 55 % язва 12п кишки,

 25 % - язва малой кривизны, Летальность 3-10 %

 20 % - язва пилорической части.

 История: Гроссиус 1695 - сообщил

 Ф. Удей 1816 - подробно описал

 Микулич 1880 - ушил с летальным исходом.

 Причины: - прогрессирование

 - деструкция, разрушение стенки

 - переваривание тканей

 Патогенез: Поступление содержимого -> выработка HCl -> раздра-

жение нервных окончаний (h. vagus). Перитонит ( асептич. + микроб-

ный). Интоксикация. Поражение органов и систем. Нарушение обмена.

 Смерть наступает от перитонита, интоксикации, наруш. сердечной

деятельности.

 Периоды: 1. болевой шок; 3. перитонит;

 2. мнимого благополучия; 4. терминальный.

 Клиника:

 1. Язвенный анамнез, предшествовавшее обострение

 2. Внезапная сильная боль

 3. Диспептич. расстройства, задержка стула, газов

 4. Тошнота, рвота жажда

 5. Вынужденное положение, страдальческое лицо

 6. Негативизм, бледность, сухой язык

 7. Редкий пульс, поверхностное дыхание.

 Живот: втянутая форма, не участвует в дыхании, подкожная эмфи-

зема вокруг пупка.

 1. Симптом Дзбановского - поперечная складка брюшной стенки вы-

ше пупка.

 2. Симптом Спижарного-Кларка - отсутствие печеночной тупости.

 3. Симптом Брунера - жидкость в бр.полости, металлический звук.

 4. Симптом Кулинкампфа - резкая боль в области Дуглосова прост-

ранства при пальпации per rektum.

 5. Симптом Винтера - живот не участвует в акте дыхания.

 6. Симптом контрактуры мышц бр. стенки.

 По краю реберной дуги - тимпанит.

 7. Симптом Щеткина-Блюмберга.

 Клиника в зависимости от периода

|---------|----|--------|--------|---------|-----|------|----|-----|

| периоды |боль| лицо |пульс/АД| форма |пери-|пневм.|киш.|восп.|

| | | | | живоота |тонит|пери- |непр| |

| | | | | | |тонит | | |

|---------|----|--------|--------|---------|-----|------|----|-----|

|1. 1-6 ч |++++|бледное |редкий/ |ладьевид-|++++ | ++ | - | + |

| | |страдал.|снижен. |ная | | | | |

|---------|----|--------|--------|---------|-----|------|----|-----|

|2. 6-12 ч| + | N | N | N | + | ++ | - | + |

| -эйфории| | | | | | | | |

|---------|----|--------|--------|---------|-----|------|----|-----|

|3. 0,5-3 | ++ | лицо |частый/N| вздут |++++ | + | ++ | +++ |

| суток- | |Гиппокра| | | | | | |

|интоксик.| |та | | | | | | |

|---------|----|--------|--------|---------|-----|------|----|-----|

|4. >3сут.| + |эйфорич.|частый/ | вздут |++++ | + |+++ | +++ |

| | | |снижен. | | | | | |

|---------|----|--------|--------|---------|-----|------|----|-----|

 ПРИКРЫТОЕ ПРОБОДЕНИЕ

 5 - 8 % ко всем перфорациям.

Признаки и особенности:

 1. язвенный анамнез

 2. предшествующее обострение

 3. типичное прободение (начало) - симптомы 1 периода

 4. быстрое убывание симптомов

 5. пневмоперитонеум

 6. исследования: пневмогастрография, ФГДС.

Дифференциальная диагностика:

 - обострение язвы, пенетрация

 - прободение опухоли

 - панкреатит, холецистит

 - кишечная непроходимость

 - аппендицит, перитонит

 - инфаркт миокарда

 - ущемление диафрагмальной грыжи.

Операция: (ушивание по Поликарпову)

 Срочно: смертельные осложнения, самоизлечение редко, другого

лечения нет.

 Летальность: от срока операции до 8 час. - 0 %

 12-24 часа - 10 %; более 2 суток - 30 %

 1. эндотрахеальный наркоз с ИВЛ

 2. разрез, ревизия

 3. резекция, ушивание с гастроэнтероанастомозом, ваготомия

 4. туалет брюшной полости

 5. дренаж брюшной полости

 6. шов

 + консервативное лечение: голод, антибиотикотерапия.

 ПИЛОРОСТЕНОЗ

 Стенозирование 3 - 10 %

 Причины: - рубцевание |

 - спазм | сочетание

 - инфильтрация |

 - деформация

Патогенез:

 - сужение - препятствие

 - гипертрофия мышц

 - усиление перистальтики

 - расширение, атония желудка

 - нарушение питания

 - нарушение электролитного баланса, обезвоживание -> смерть.

Стадии: 1. компенсации

 2. субкомпенсации

 3. декомпенсации

 Клиника пилоростеноза:

|----|-----------|----|-----------|------|------|--------|----------|

|ста-| общее |боль| рвота |перис-|желуд.|электрол|эвакуация |

|дии | состояние | | |тальт.|секр. |нарушен.|из желудка|

|----|-----------|----|-----------|------|------|--------|----------|

| 1. | N | + | + |увел. |увел. | - | до 6-8 ч |

|----|-----------|----|-----------|------|------|--------|----------|

| 2. | мало | + |давно съед.|увел. |увел. |незнач. | до 24 ч |

| | страдает | - |пищей | | | | |

|----|-----------|----|-----------|------|------|--------|----------|

| 3. |похуд.обезв| + |пищей съед.|уменш.|уменш.|выражены| > 1 сут. |

| |умен.Na+,K+| - |за 2-3 дня | | | | |

|----|-----------|----|-----------|------|------|--------|----------|

 /

 Нарушение нерв. проводимости -> судороги -> желудочная титания.

Диагностика: - рентгеноскопия, ФГДС,

 - лечебно-диагностический прием.

 Место стеноза - рентген, ФГДДС.

 Стадия - клиника, R, ФГДС.

Дифф. диагностика: - спазм; - опухоль;

 - обострение я/б; - кишечная непроходимость;

 - эпилепсия.

Правила R-исследования:

 - после лечебно-диагностического приема;

 - осмотр с утра;

 - наблюдение до полной эвакуации;

 - в день исследования не промывать желудок.

Лечение: 1 стадия - медикаментозное лечение.

 Лечебно-диагностический прием:

 - паранефральная новокаиновая блокада;

 - атропин 3 дня;

 - промывание желудка;

 - провотивовоспалительное лечение, папаверин, противоязвенное

лечение, нормализация обмена.

 2 - 3 стадии - операция, резекция желудка, ГЭА.

Предоперационный период:

 - тонизирование желудка;

 - устранение обезвоживания;

 - нормализация питания;

 - нормализация электролитного обмена;

 - подготовка легких, сердца.

Результаты хир. лечения: 4-8 % - лет. исход, 93 % - успешная резек-

 ция, 30 % - с ГЭА.

 ПЕНЕТРАЦИЯ

 желудок

 Клиника: защитная язва

 - сильная боль; клеточная

 - симптомы поражения органа; реакция

 - неэффективность лечения;

 - изменение крови, увел. температуры; спайки

 - кровь в кале;

 - увел. желудочной секреции;

 - пальпаторная болезненность в зоне пенетрации;

 - R-скопия желудка, ФГДС.

 КАЛЛЕЗНАЯ ЯЗВА - выраженное развитие соединительной ткани вок-

руг язвы.

 - упорное течение;

 - неэффективность лечения;

 - увел. желудочной секреции;

 - R, ФГДС.

 МАГИЛИЗАЦИЯ

 - постоянные убывающие боли; - пальпируемая опухоль;

 - синдром малых признаков; - анемия, увел. температуры;

 - умен. желудочной секреции; - умен. перистальтики;

 - опухолевые клетки в жел. соке; - уплощение язвы;

 - нет воспалительного процесса вокруг язвы;

 - R-данные, ФГДС, биопсия.

 Лечение: субтотальная резекция желудка, удаление сальника.

 !! - чем раньше, тем лучше.