Л N 6 ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

 - заболевание, в основе которого лежит образование и долгое не-

заживание дефекта слизистой и других слоев желудка и 12 п. кишки.

 Статистика: терапевт - 1900 - 0,04 %, 1970 - 2-5 %

 вскрытие - 1850 - 10 %, 1950 - 19 %

 В СССР на 1000 чел. - 4-5 больных

 В США: 1956 - 2,6 млн, 1963 - 3,5 млн

 Возраст: 30 - 60 лет, М : Ж = 10 : 1

 Летальность: на 100 тыс населения - 3-8 человек.

 10 % больных нуждаются в операции, 11 % после операции продол-

жают болеть.

Хирургическое лечение необходимо из-за:

 - развития смертельных осложнений,

 - неэффективности медикаментозного лечения,

 - страданий больного,

 - превращений язвы в рак,

 - нарушений пищеварения и функций других органов.

Требуют хир. лечения:

 - прободение, - каллезная язва,

 - кровотечение, - малигнизация язвы,

 - стеноз пилоруса, кардии, - язва не поддающаяся медикамент.,

 - пенетрация, - осложнения после операции.

История:

 Пеан 1879 - 1 резекция - смерть.

 Ридигер 1880 операция Пеана - смерть.

 Бильрот 1881 успешная резекция (Б-I, Б-II).

 Китаевский 1881 1 резекция в России - смерть.

 Монастырский 1882 1 успешная резекция.

 Хейнеке \

 1886 - 1887 пилоропластика.

 Микулич /

 Коннор 1884 1 гастрэктомия - смерть.

 Микулич 1898 1 проксимальная резекция желудка.

 Федоров 1902 1 успешная гастрэктомия.

 Спасокукоцкий - пионер развития хирургии; метод резекции желуд-

ка; жом для пережимания желудка.

 Сапожков - предложил анастомоз желудка с тонкой кишкой.

 Юдин С.С. - виртуоз жел. хирургии: резекция + ушивания культи

12 перстной кишки методом улитки.

 Успенский - отстаивал позиции гастроэнтероанастомотоза при яз-

венной болезни.

 Сабиных - разработал абдоминальный доступ ч/з срединную лапаро-

томию.

 Березов - монография, показания к хир. лечению я/б, совер-

шенствование хирургической техники.

 Мельников - монография о я/б, разработал метод поэтапного пог-

ружения культи 12 перстной кишки кисетным швом.

 Петровский - при стенозе кардии - метод эзофагокардиофреникоп-

ластики.

 Розанов - о кровотечениях.

 Олешкевич - о дуоденальных стенозах.

 Петров, Маслов, Стельмашонок.

 ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ :

 1. Функция желудка

 Фазы желудочной секреции:

 1) нервно-рефлекторная

 2) гуморальная

 3) кишечная (энтерогастрин).

 Метод фракционного забора желудочного содержимого тонким зондом.

 1. Гипогликемический эффект (инсулин)

 2. Гуморальный (гистамин, пентагастрин)

 3. Тормозной (атропин) - базальная секреция.

 -------------------------------------------------------

 | | | | |

 | | | | |

 -------------------------------------------------------

 | базальная | 20 | 20 | 30 |

 | H-рефлекторная | 40 | 30 | 40-50 (инсулин) |

 | гуморальная | 50-80 | 40 | 60 (гистамин) |

 | тормозная | 20 | 10-20 | 20-30 (атропин) |

 -------------------------------------------------------

 Нарушение желудочной секреции:

 \_\_\_\_

 \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_| |

 N | |\_\_\_ 1 | |\_\_\_ 2 \_\_\_| | 3 | | |

 \_\_\_| | | | | | \_\_\_| | | \_\_\_| | |

 | | | | \_\_\_| | | | |Г | | | | |Т |

 | | | | | | | | | | | | | | | |

 ---------- HP---------- ---------- ----------

 2. Радиотелеметрический метод. Больно проглатывает радиокапсу-

лу: излучаются все показатели (l=3 см a=1).

 3. Желудочная pH-метрия (излучаются все фазы)

 4. Электрогастрография (изучают моторику желудка)

 5. Гастродуоденоскопия (ФГДС): изучение внутреннего рельефа,

биопсия, взятие мазков, для лечебных мероприятий.

 6. Метод цитологического исследования промывных вод желудка (на

атипичные клетки)

 7. Ренгенологическое исследование:

 - ниша;

 - симптом указательного пальца;

 - болезненная точка;

 - стенозирование.

 8. Лапароскопия.

 9. Компьтерная томография.

 СУТЬ НЕРВНО - РЕФЛЕКТОРНОЙ ТЕОРИИ

Причины: экстеро-

 интеро- Изменение моторики,

 рецепторы секреции, питания.

 Патологические

 импульсы -> Образование язвы,

 нарушение двига- которая сама явля-

 тельной, сосудистой, ется источником

 трофической патологических

 иннервации. импульсов.

 Порочный круг

 Язвенный анамнез:

1. боль зависит - от характера пищи;

 - от времени приема пищи.

2. тошнота, рвота, изжога.

3. сезонность (чаще - весной, осенью).

4. периодичность.

 Осложнения язвы:

- кровотечения - 4-11% всех больных

- из осложненных - 20-40 %

- кровотечения не из язвы - 30 %

- летальность - 8-12 %

 Кровотечения:

- протекают скрыто

- трудно распознать

- трудно лечить

- срочность мероприятий

- нет единой тактики.

 В основе кровотечения:

- прогрессирование язвенного процесса

- разрушение сосудов

- некроз. деструкции в язве

- интенсивность кровотечения

- зависит от размера сосуда

 КЛИНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ:

 1.язвенный анамнез

 2.обострение язвенной болезни

 вторичные признаки:

 -слабость

 -бледность

 -головокружение,обморок

 -тахикардия

 -снижение АД

 -"рыбье дыхание" (обескровливание)

 -восковая окраска (тяжелое обескровливание)

 выделение крови

 из ЖКТ -рвота свежей кровью (обильное кровотечение)

 -рвота "кофейной гущей" (образование соляно-

 кислого гематина при небольшом кровотечении)

 -"дегтеобразный"стул (соединение крови и кишеч-

 ного содержимого + остатки НСl)

 При исследовании живота: -болезненность

 -усилена перистальтика

 Анализ крови: Еr -сниж.;Нb -сниж.;Нt -сниж.;Тr -сниж.;L -по-

 через 12-24ч выш.;сдвиг лейкоцитарной формулы влево;снижение

 протромбина;сниж.свертывающей способности крови.

 В первые 8ч от начала кровотечения Еr,Нb,Нt в N

 С-м жгута (Штенден-Генок) -поражение капилляров.

 С-м Бергмана -прекращение болей при начале кровотечения.

 Температурная р-ция на высоте кровотечения -повыш.t.

 ДИАГНОСТИКА:

 1.объем кровопотери

 2.источник кровотечения

 3.продолжительность кровотечения

 ОК=ДОЦК-ОЦК -формула не подходит,т.к. идет разведение крови.

 Источник:R-скопия,ФГДС.

 Продолжительность: зондирование,ФГДС.

 !! При профузном

 кровотечении: повторная рвота,частый малый пульс,выраженная

 бледность,падение АД -> сразу операция

 Ht1

 ОЦК= --------- \* 200 мл удельный вес,Ht,Нb% определяются по

 Ht1-Ht2 специальной таблице Барашкова-Дья-

 чени

 Метод разведения крови,красочный,номограмма Староверова.

 Дифференциальная диагностика:

 -от кровотечений из легких;

 - -"- из пищевода;

 - -"- из желудка (рак,травма,эрозивный гастрит,с-м Меллори-

 Вейса,аневризма сосуда,ущемление грыжи);

 - от заболеваний ССС ( гипертония, атеросклероз, аневризма

 аорты);

 - от заболеваний печени и селезенки (цирроз,спленомегалия);

 - от заболеваний крови (гемофилия);

 - от медикаментозных кровотечений (резерпин,гормоны,анти-

 коагулянты);

 - от кишечных кровотечений.

 Тактика в зависимости от вида кровотечения

 1.Профузное (обильное) или умеренное продолжающееся кровотече-

 ние -> срочная операция

 2.Профузное или умеренное повторяющееся кровотечение -> сроч-

 ная операция

 3.Профузное или умеренное остановившееся кровотечение -> меди-

 каментозное лечение,наблюдение,обследование

 4.Незначительное продолжающееся,остановившееся,повторяющееся

 кровотечение -> медикаментозное лечение,наблюдение,обслед.

 5.Микрокровотечение -> лечение,обследование (бензидиновая

 проба)

 ОПЕРАЦИИ

 1.Резекция желудка (Б-1,Гофмейстера-Финстерера)

 2.Местный гемостаз (прошивание язвы вместе с кровоточащими

 сосудами)

 3.Пункт 2 + ваготомия (пересечение нерва Ляторже)

 4.Перевязка сосудов,идущих к язве

 ЛЕЧЕНИЕ

 1.В хирургическом стационаре (гемостаз,наблюдение за гемоди-

 намикой,за общим состоянием,возможность операции)

 2.Постельный режим!

 3.Диета Мейленгахта (протертая пища)

 4.Переливания крови

 5.Гемостаз (вискоза,вит.С,хлорид Nа,тромбин+ ГАКК внутрь,

 Е-аминокапроновая к-та в/венно)

 6.Желудочная гипотермия (монография Шалимова)

 !Эндоскопический гемостаз (врем.)

 Местный гемостаз (повыш.свертываемость)