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)