

Болезнь оперированного желудка

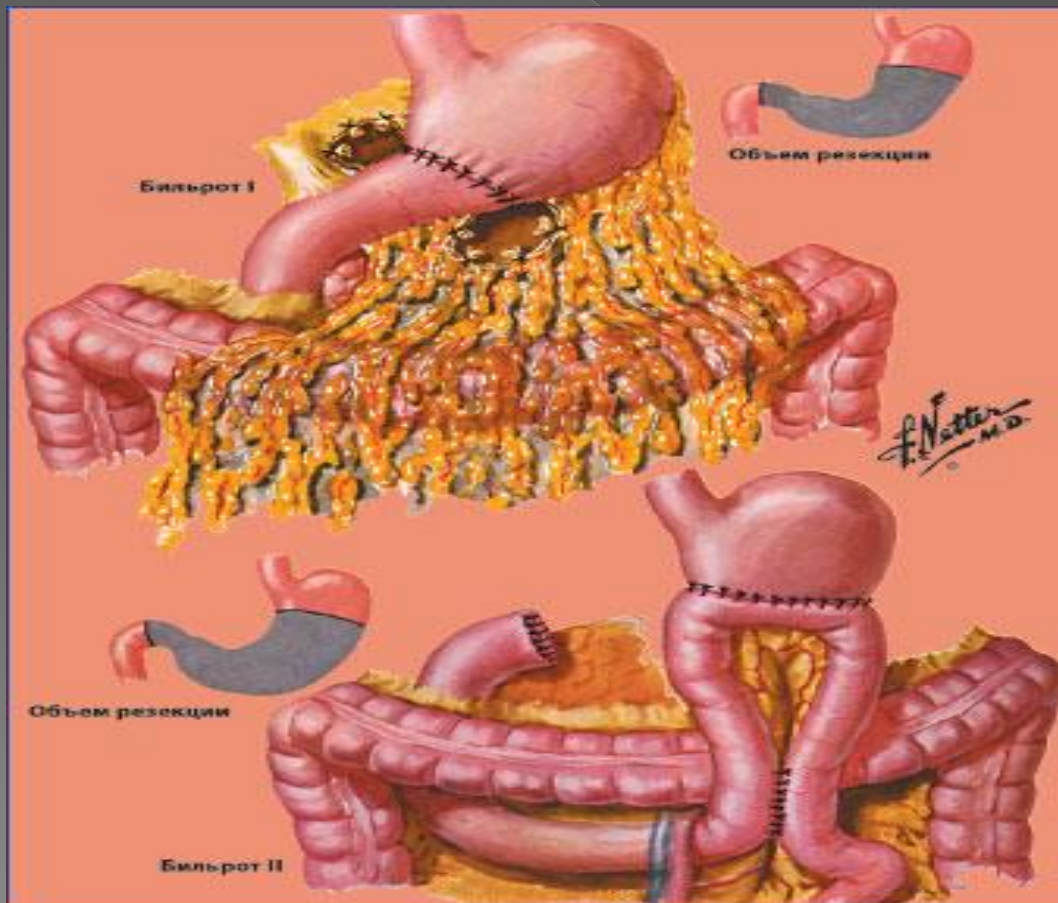


Рисунок 1

Болезнь оперированного желудка

- – функциональные и органические нарушения в гастродуоденальной зоне, гепатобилиарной системе и кишечнике, сопровождающиеся изменением общего состояния и обмена веществ у больных, перенесших резекцию желудка, ваготомию, анастомозы или другие операции на органах гастродуоденальной зоны, и проявляющиеся анстеновегетативным, диспепсическим и нередко болевым синдромом.

Классификация болезней оперированного желудка

○ Органические

1. пептическая болезнь оперированного желудка:
 - пептическая язва анастомоза тощей кишки,
 - рецидивная язва
 - незажившая язва
2. рак культи желудка
3. рубцовое сужение гастроентероанастомоза
4. желудочно-кишечные, желудочно-билиарные, еюно-ободочные свищи
5. синдром приводящей петли
6. осложнения вследствие нарушения методики операции
7. каскадная деформация желудка

○ Функциональные

1. демпинг-синдром

2. гипо-гипергликемический синдром

3. энтерогенный синдром

4. функциональный синдром приводящей
петли 5. постгастрорезекционная анемия

6. постгастрорезекционная астения

7. гастростаз

8. диарея

9. дисфагия

10. щелочной рефлюкс-гастрит

Демпинг-синдром.

- заболевание, которое является частым осложнением хирургических вмешательств на желудке, таких как резекция желудка по Бильрот I или ваготомия с антрумэктомией. Наблюдается у 10-30 % больных.

Пусковой механизм демпинг-синдрома :

- быстрый переход недостаточно переваренной, концентрированной, преимущественно углеводной пищи из желудка в кишечник.

Патогенез дельпинг-синдрома:

Неадекватное химическое, физическое и осмотическое раздражение слизистой тонкой кишки химусом приводит к резкому увеличению кровотока в кишке.

Последнее сопровождается значительным перераспределением крови: уменьшается кровоснабжение мозга, нижних конечностей, увеличивается кровоток в печени.

Возникает гиповолемия, что обуславливает возбуждение симпато-адреналовой системы и поступление в кровь катехоламинов. В ряде случаев возможно возбуждение парасимпатической нервной системы, что сопровождается поступлением в кровоток ацетилхолина, серотонина, кининов в кровоток.

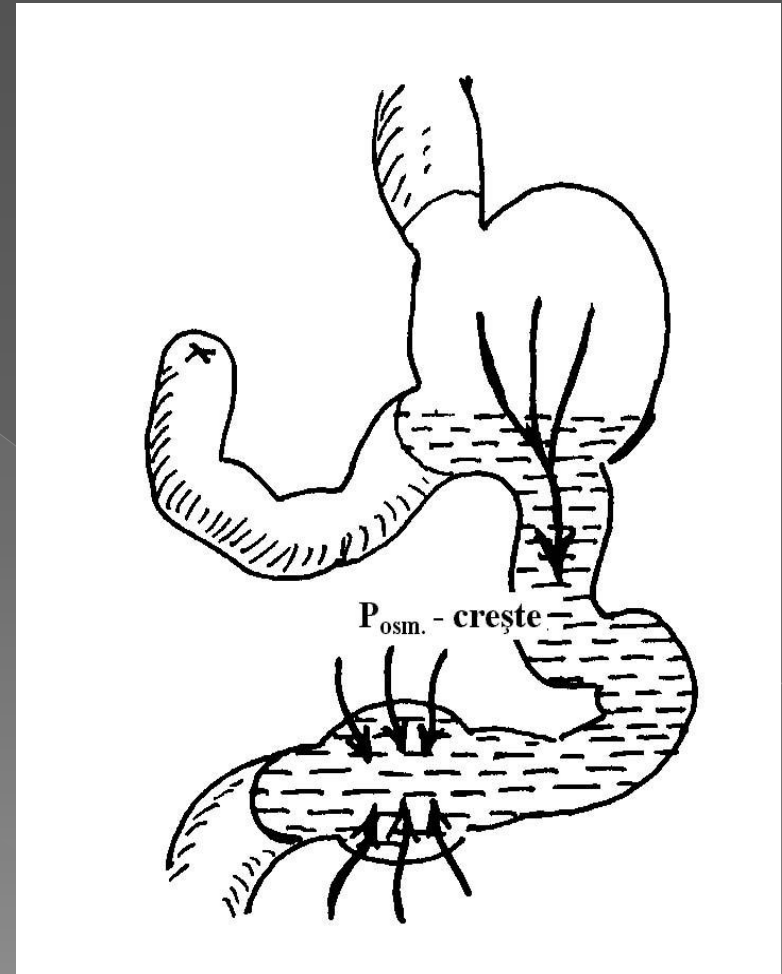
Патогенез дельпинг-синдрома:

В изменениях моторики тонкой кишки при демпинг-синдроме важную роль играют гормоны тонкой кишки.

На высоте демпинг-реакции происходит дегрануляция эндокринных клеток АПУД-системы и освобождение гормонов мотилина, нейротензина и энтероглокагона.

Осмотическая теория в развитии дельпинг- синдрома:

- Согласно этой теории основной причиной возникновения демпинг-синдрома является снижение объёма циркулирующей плазмы вследствие перехода из кровеносного русла и межклеточного пространства в просвет тонкой кишки большого количества жидкости.



Для клинической картины демпинг-синдрома характерно

- возникновение приступов общей слабости во время приема еды или в течение первых 15-20 минут после нее. Приступ начинается с ощущения полноты в эпигастрии и сопровождается ощущением жара, который разливается по верхней половине туловища. Резко увеличивается потоотделение, возникает утомление, сонливость, головокружение, шум в ушах, дрожание конечностей, ухудшение зрения..

Иногда наблюдаются потери сознания, чаще в первые месяцы после операции. Приступы сопровождаются тахикардией, иногда одышкой, головной болью, парестезиями верхних и нижних конечностей, полиурией или вазомоторным ринитом. В конце приступа или через некоторое время после него больные часто отмечают урчание в животе и понос.

Классификация

- **Легкая степень** – приступы 1-2 раза в месяц после нарушения диеты. Длятся 20-30 минут, купируются самостоятельно. Иногда понос.
- **Средняя тяжесть** - приступы 3-4 раза в неделю длительностью от 1 до 1,5 ч; тахикардия, повышенное системное АД, снижение диастолического давления, изменения МОК, поносы, нарушен жировой, белковый, углеводный обмены, снижение работоспособности, появляется канцерофобия. Больные вспыльчивы, агрессивны, плохо спят. На ЭКГ: понижение вольтажа зубцов. Нарушен обмен Na^+ , K^+ , Cl^- , Ca^{2+} потеря веса, анемия.
- **Тяжелая степень** - не могут есть сидя, приступы 2,5-3 часа после любого приема пищи. Может быть потеря сознания, коллаптоидное состояние, нарушение обмена веществ, кахексия.

Лечение дельпинг-синдрома:

Консервативная терапия:

- диетотерапия
- общеукрепляющая терапия
- заместительная терапия
- седативная терапия

Хирургическая терапия

Диетотерапия

прием пищи 6 раз в сутки малыми порциями.

- Раздельное употребление жидкой и твердой пищи.
- Сначала – второе блюдо, через 30 минут – первое. Пища должна быть не горячая (чтобы не ускорять эвакуацию).
- Рекомендуется за 30 минут до приема пищи – стакан томатного сока чтобы возбудить гидрокинетическую фазу секреции (панкреатический сок).
- Снизить количество углеводов, сахар заменить сорбитом.
- Ограничить жирную пищу.
- После еды лечь в постель на 30 минут.

Общеукрепляющая терапия

- ⦿ - ГЛЮКОЗА С ИНСУЛИНОМ
- ⦿ - витамин В1 6% - 1 ml; В12 по 2000 гр/сут;
- ⦿ - витамин В6 5% - 1 ml;
- ⦿ - НИКОТИНОВАЯ КИСЛОТА 1% - мл.
- ⦿ - переливание плазмы, альбуминов, протеина, альбумина, эритромаcсы.

Заместительная терапия

- натуральным желудочным соком до или во время еды (1 столовая ложка на 1/3 стакана воды)
- ферменты - пепсин, панкреатин, панзинорм, креон.

Седативная терапия:

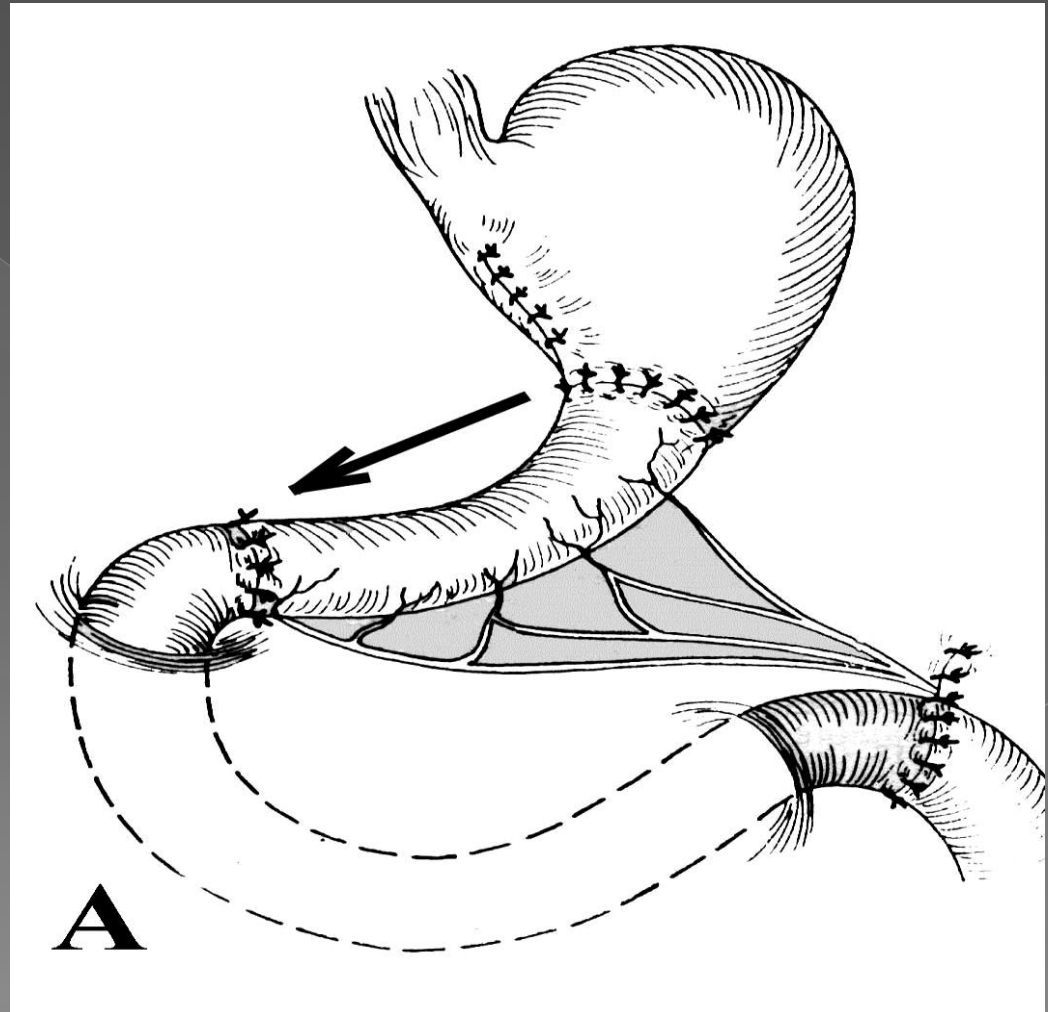
- Элениум
- Реланиум
- седуксен

Замедление моторики 12- ти перстной кишки

- за 30 минут до приема пищи - 0,5 мл. 0,1% раствора атропина подкожно

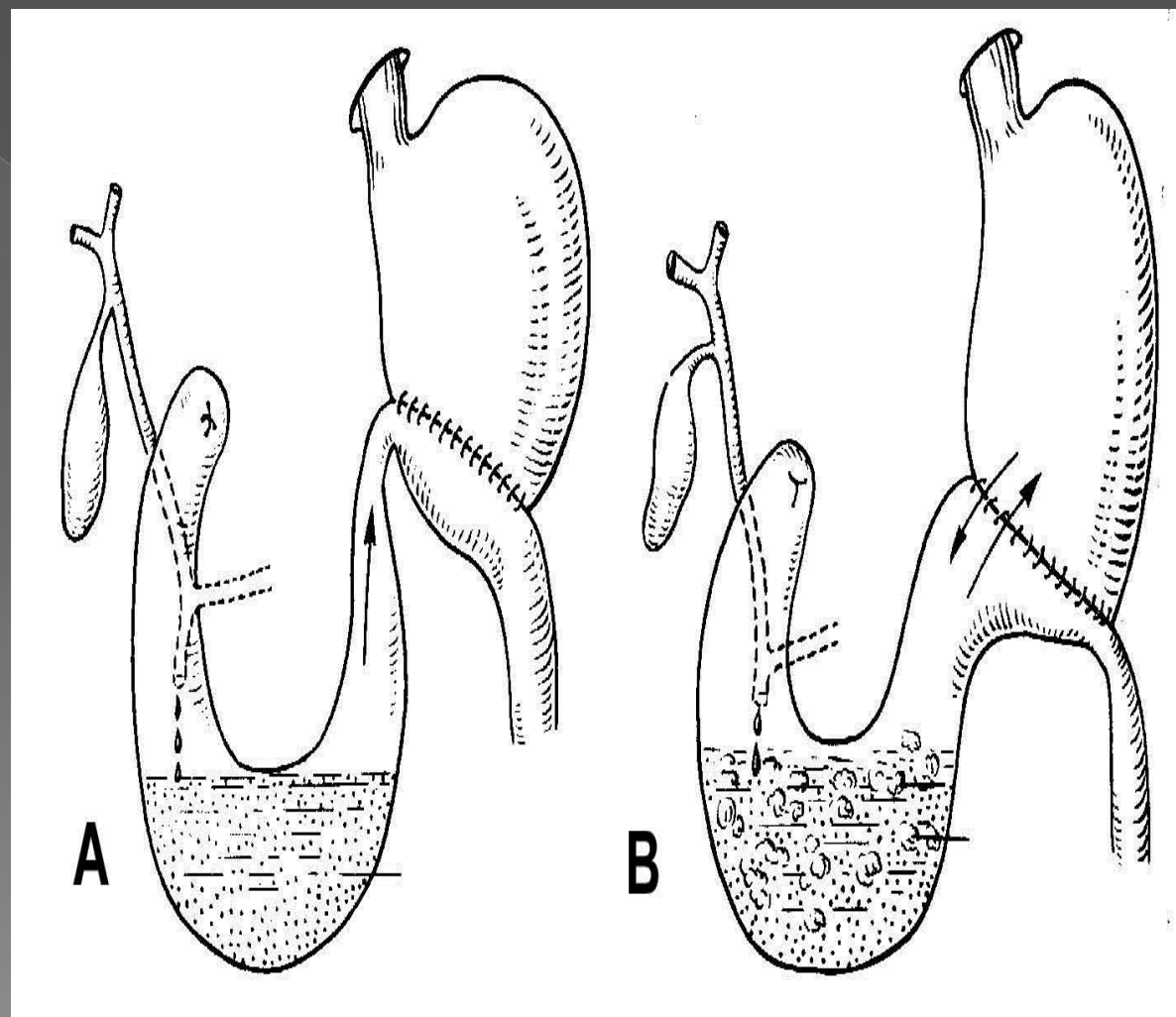
Хирургическое лечение

Оперативное вмешательство заключается в редукции с гастроеюнодуоденопластикой.



Синдром приводящей петли

- после резекции желудка по способу Бильрот II, когда образуется выключенный с одной стороны слепой отдел кишечника



Чем проявляется синдром приводящий кишки

○ Отмечаются жалобы на:

- тяжесть или распирающие боли в эпигастральной области и правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи
- Эти ощущения постепенно нарастают и вскоре завершаются обильной желчной рвотой (иногда с примесью пищи), приносящей заметное облегчение.

Причинами

- ⦿ могут быть как **механические**, так и **функциональные** нарушения проходимости кишечника

механические факторы:

- 1) слишком длинная приводящая петля без брауновского соустья
- 2) слишком короткая приводящая петля, которая в результате дополнительного фиксирования к малой кривизне может создать перегиб кишки
- 3) горизонтальное расположение линий желудочно-кишечного анастомоза, благодаря чему часть пищи поступает в приводящую петлю
- 4) выпадение слизистой приводящей петли в желудок или в отводящую петлю
- 5) ротация приводящей петли вокруг своей продольной оси
- 6) рубцы, спайки, опухоли или язвенный стеноз приводящей или отводящей петель
- 7) антиперистальтическое расположение кишки для анастомоза

Функциональный синдром приводящей петли может быть вызван:

- 1) спазмами приводящей и отводящей петель или сфинктеров 12-перстной кишки;
- 2) нарушением нервной регуляции 12-перстной и тощей кишки в результате перерезки нервных ветвей во время операции
- 3) имевшимся дооперационным дуоденостазом

○ По тяжести клинической картины можно выделить 4 степени заболевания:

-легкая степень тяжести

-средняя степень тяжести

-тяжелая степень тяжести

-очень тяжелая степень тяжести

Легкая степень тяжести:

- есть легкие расстройства типа срыгиваний, рвоты желчью 1-2 раза в месяц, чаще связанные с приемом молока
- Диспептические нарушения и болевые ощущения почти не беспокоят больных
- общее состояние удовлетворительное
- трудоспособность не нарушена.

Средней степени тяжести:

- Рвота с желчью возникает 2-3 раза в неделю, количество рвотных масс достигает 200-300 мл
- Возникновению рвоты предшествует появление чувства полноты в правом подреберье и эпигастрии после еды, особенно после жидкой пищи и молока.
- Рвота приносит облегчение
- У этой категории больных имеет место снижение трудоспособности, потеря в весе

Тяжелая степень тяжести

- рвота возникает почти ежедневно, объем рвотных масс достигает 400-500 мл и более
- После еды возникают распирающие боли в правом подреберье и подложечной области
- Для облегчения состояния больные самостоятельно вызывают рвоту.
- Характерно истощение, значительное снижение трудоспособности.

Очень тяжелая степень тяжести:

- кроме вышеуказанных признаков, резкими расстройствами питания и обмена веществ (безбелковые отеки, резкое истощение, гипопроотеинемия, малокровие)
- а также значительными дистрофическими изменениями со стороны паренхиматозных органов

Объективно:

- можно отметить заметную асимметрию живота за счет выбухания в правом подреберье
- легкую желтушность склер
- падение массы тела

Лечение СПП:

○ легкой степени--- консервативное:

-щадящая диета

-противовоспалительные средства

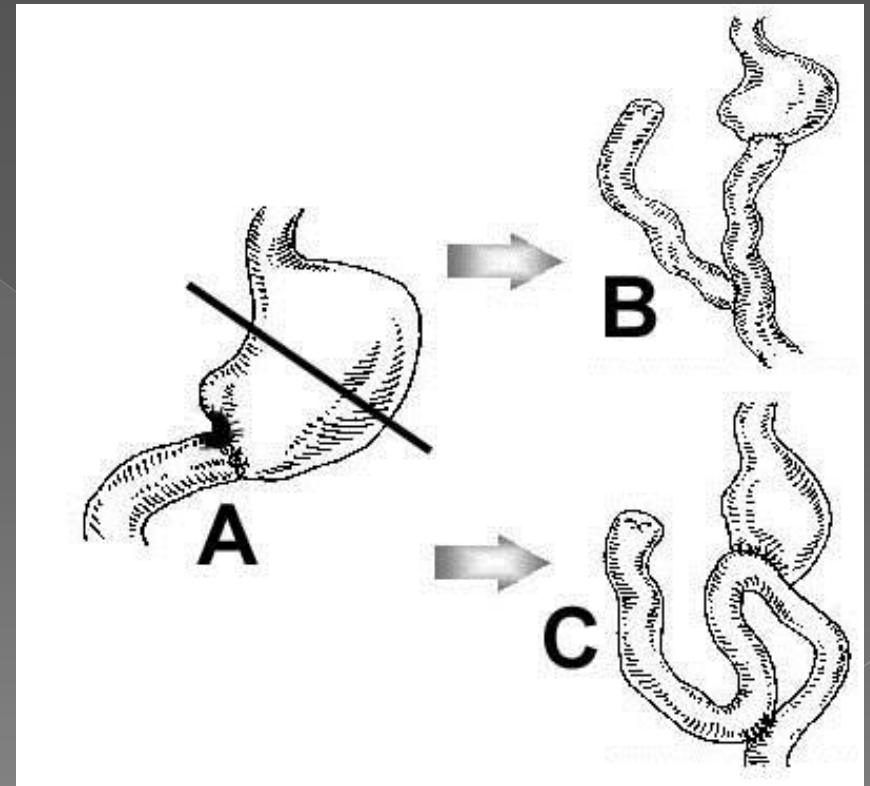
-повторные промывания желудка

Выраженный синдром с частой и обильной рвотой

является показанием к хирургическому лечению.

Хирургическое лечение СПП:

- Субтотальная резекция желудка по Бальфуру (Желудочнокишечный и межкишечный анастомозы)

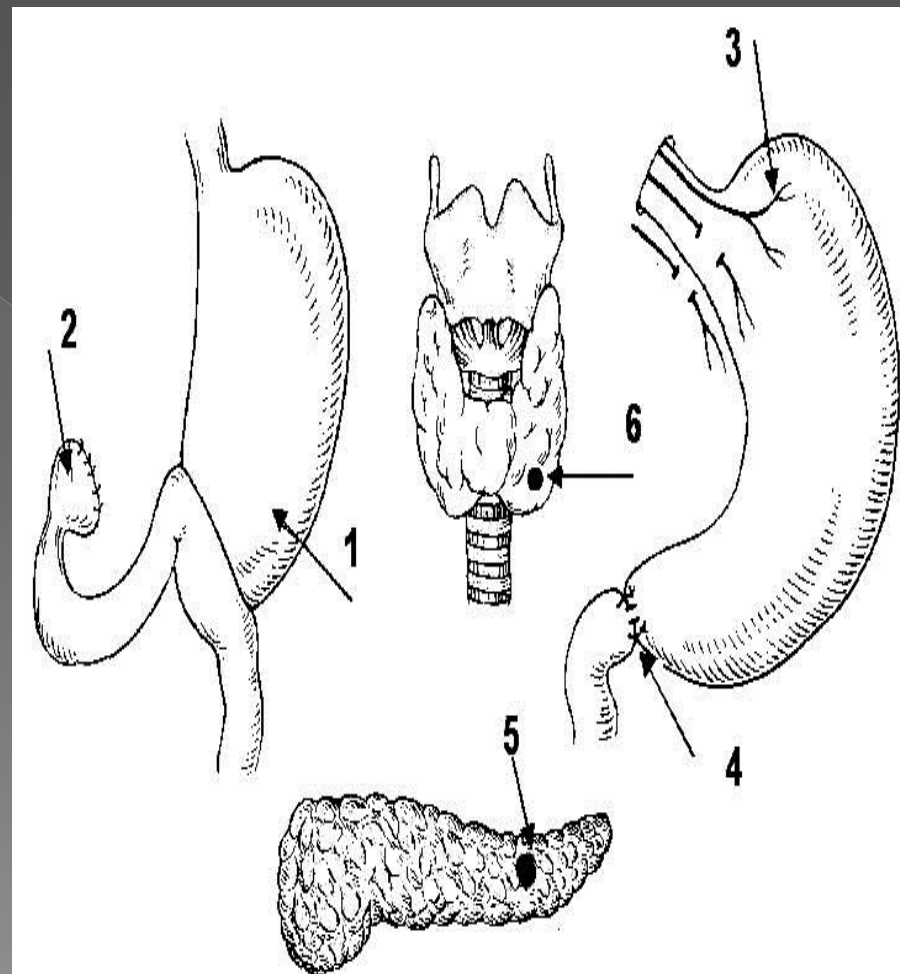


Пептическая язва анастомоза:

- Хроническое воспаление слизистой оболочки части желудка, оставшейся после операции.
- Возникает после:
 - Формирования гастроэнтероанастомоза в 5-10% случаев
 - после резекции желудка - в 0,5-2% наблюдений.

Причины развития пептической язвы анастомоза:

- Повышенное кислото- и пепсинообразование вследствие:
 - экономной резекции;
 - повышенного тонуса п. vagus;
 - синдрома Золлингера-Элиссона
 - дистопии слизистой антрального отдела;
 - гиперпаратиреозизм



Отмечаются:

- снижение аппетита
- ноющие боли
- чувство тяжести под ложечкой после еды
- временами понос
- понижение трудоспособности
- отрыжка.

Локализация болей при пептической язве также имеет свои особенности

- Если для язвы 12-перстной кишки характерно наличие болей в эпигастральной области, правее от средней линии, то при пептической язве боль локализована в подложечной области, слева от срединной линии и несколько ближе к пупку, то есть соответствует проекции желудочно-кишечного анастомоза.
- При пенетрации язвы в поджелудочную железу или брыжейку кишки боль иррадирует в спину.
- Болевой синдром при пептической язве не носит сезонный характер, как при язвенной болезни

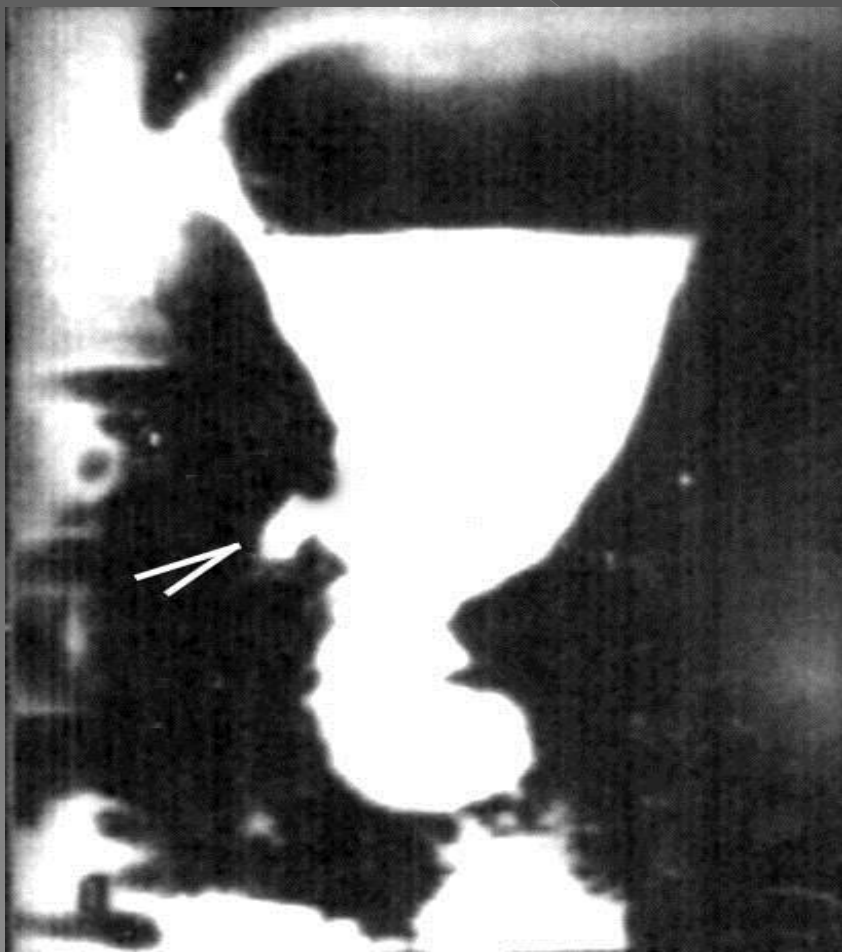
Диагностика:

- Для пептической язвы успешно применяют
- **Фиброгастроскопию** - позволяющую обеспечить хороший обзор внутренней поверхности желудка.
- Благодаря своей гибкости и мобильности дистального конца фиброгастроскоп легко вводится в отводящую и приводящую петли, конструкция его позволяет производить фотоснимки, прицельную биопсию.

Пептические язвы, по сравнению с язвами желудка, имеют большую склонность к

- Пенетрации
- пенетрация в брыжейку поперечно-ободочной или тощей кишки, в поджелудочную железу, в переднюю брюшную стенку
- могут рубцово деформировать отводящую петлю, что является органической причиной синдрома приводящей петли

Пептическая язва:



Осложнения пептической язвы анастомоза:

- профузные кровотечения
- Перфорация
- пенетрация в поджелудочную железу,
- сужение анастомоза
- образование воспалительного инфильтрата вокруг язвы
- возникновение желудочнотонкосткишечного свища

Лечение пептической язвы:

Консервативное лечение:

- снижающих секрецию соляной кислоты (антагонисты H₂-рецепторов)
- подавляющих инфекцию (антибиотики, метронидазол, препараты висмута)
- ускоряющих заживление язвы (сукральфат и др.).
- должны быть прекращены курение и приемы алкоголя.

- У больных, которые не реагируют на антагонисты H.-рецепторов (пожилой возраст) или же страдающих синдромом Цоллингера-Эллисона, следует использовать омепразол (ингибитор протонного насоса — препарат выбора).

- В результате такого лечения заживление язв наступает в большинстве случаев, но возможны рецидивы.

Хирургическое лечение:

- Если язва небольших размеров, свободна от пенетрации-

то производится ее иссечение с сохранением второй полуокружности кишки и ушиванием дефекта поперечно с дальнейшей резекцией желудка и стволовой ваготомией.

Хирургическое лечение:

Если
имеется
Перфорация:

применяется
анастомоз

по

Гофмейстеру-
Финстереру

