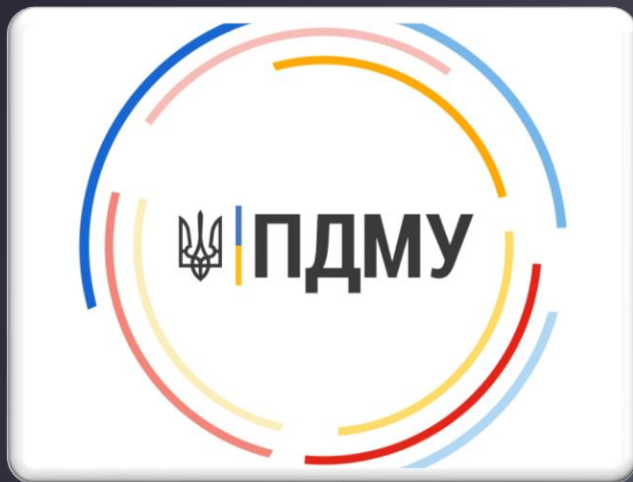




Полтавський державний медичний університет
Кафедра хірургії № 1

Лекція для лікарів-інтернів з фаху «Хірургія»

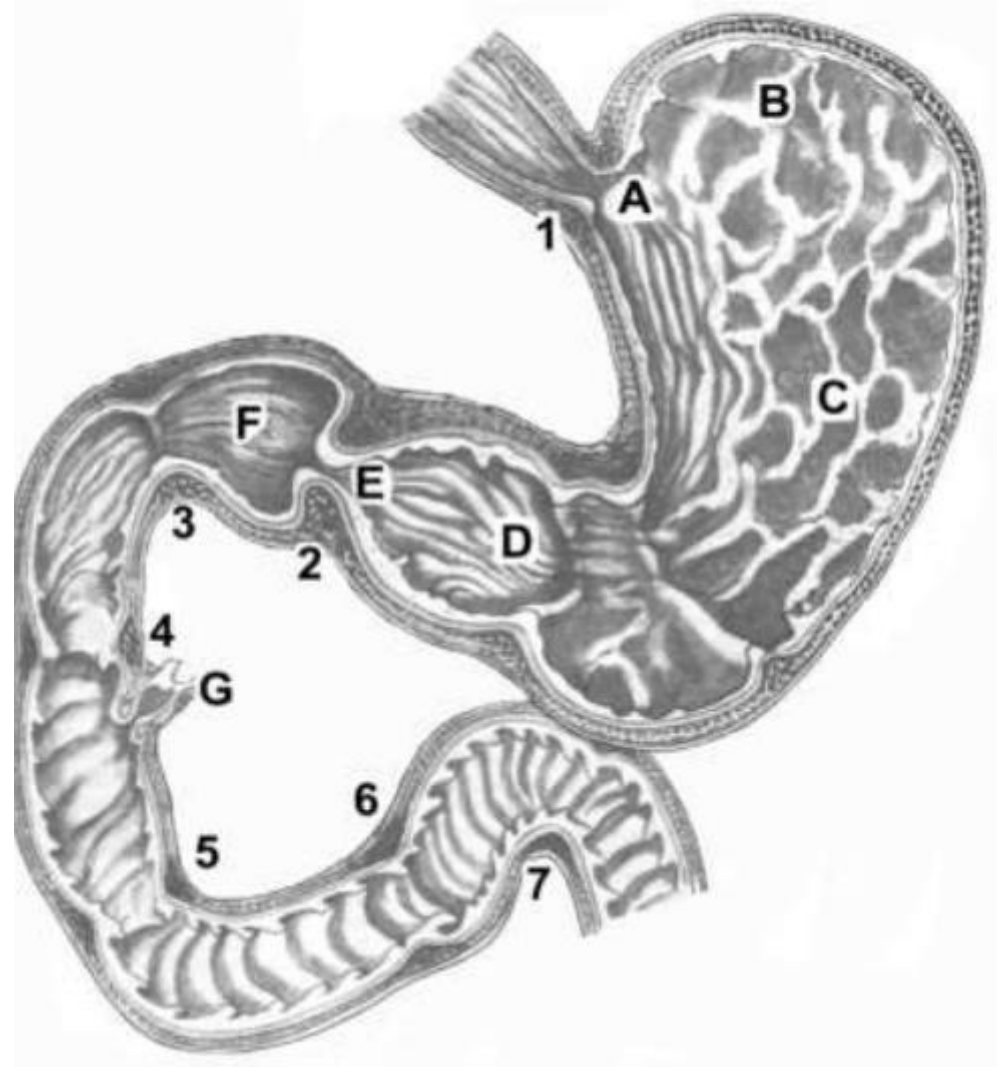
Тема: ускладнена виразкова хвороба шлунка та ДПК

Полтава 2023

Хірургічна анатомія шлунка

- ▶ ☐ Верхній поверх черевної порожнини,
- ▶ ☐ 4/5 його лежать зліва.
- ▶ ☐ Форма і положення залежать від наповнення і тонуса стінок.
- ▶ ☐ В шлунку 4 відділи:
- ▶ ☐ кардія,
- ▶ ☐ дно,
- ▶ ☐ тіло,
- ▶ ☐ антральний і пілоричний.
- ▶ ☐ Межою між шлунком і ДПК являється пілорус (воротар).

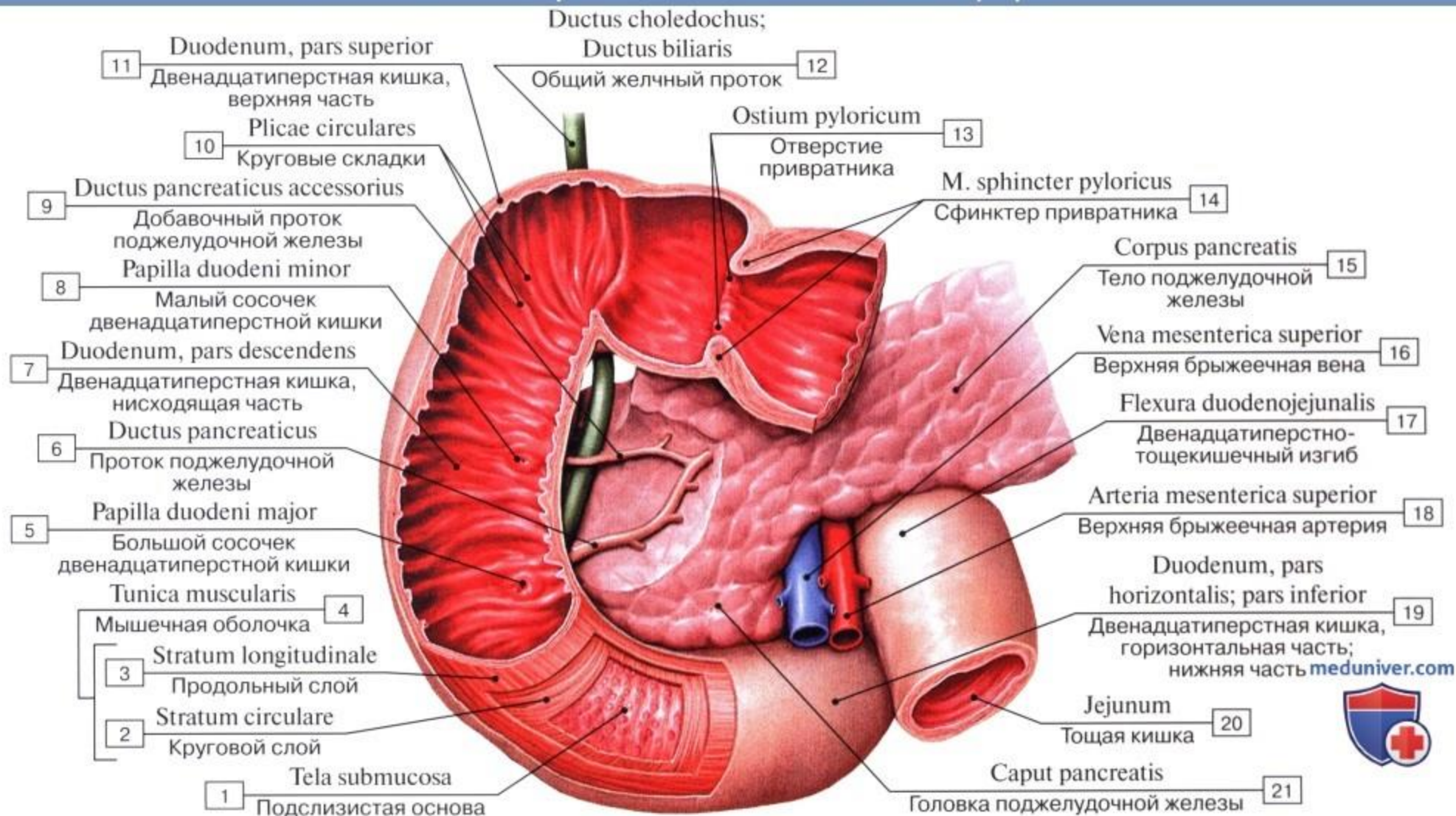




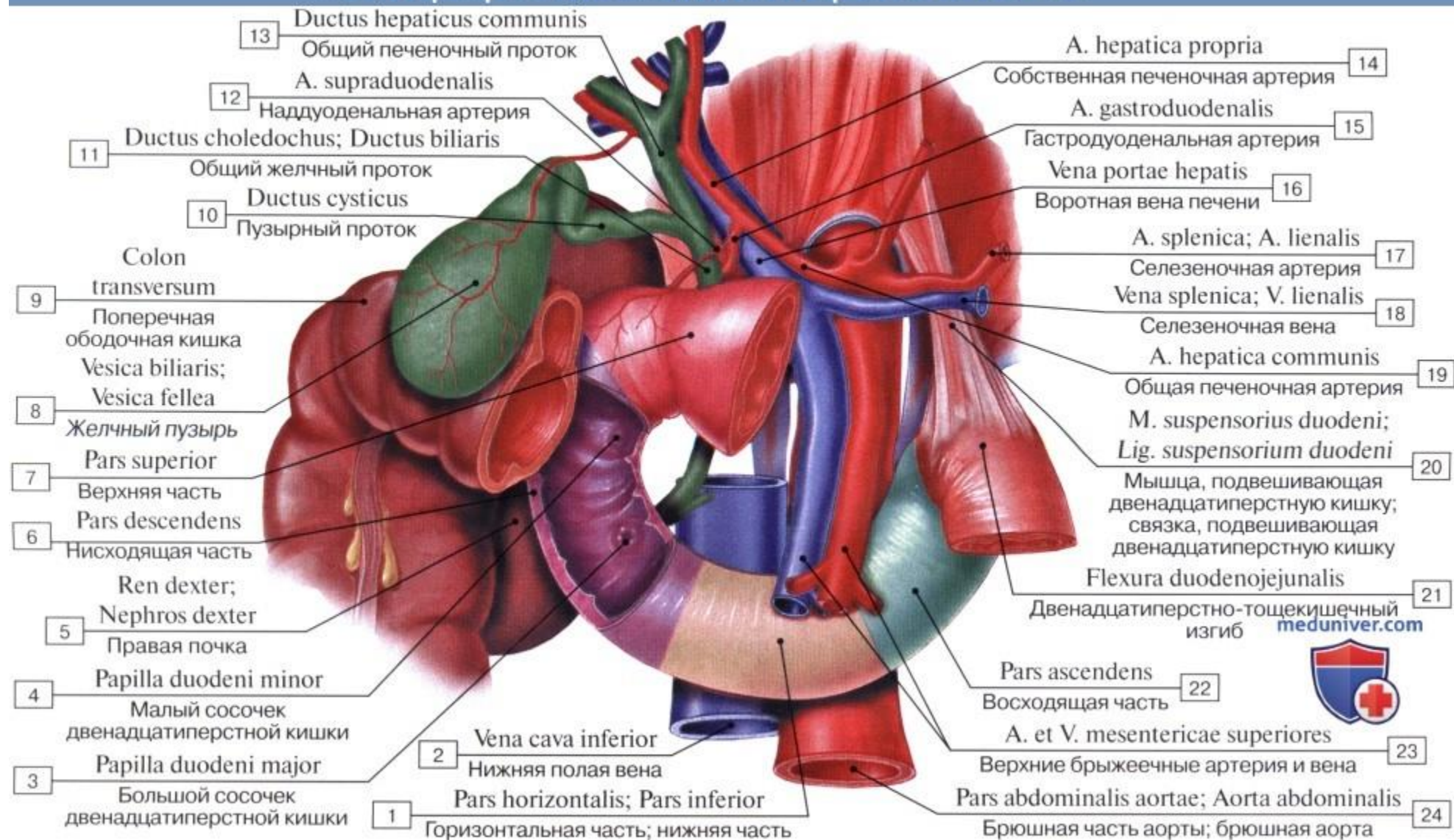
Хірургічна анатомія ДПК

- ☐ ДПК підковоподібно огинає голівку підшлункової залози,
- ☐ розташовуючись позаочеревинно,
- ☐ У зв'язки Трейтца утворює дуодено-єюнальний перегин.
- ☐ В ДПК розрізняють:
- ☐ верхню-горизонтальну,
- ☐ нисхідну
- ☐ нижню-горизонтальну частину.
- ☐ В нисхідному її відділі по задньо-медіальній стінці розташований великий дуоденальний (Фатерів) сосок.

Двенадцатиперстная кишка, вид изнутри

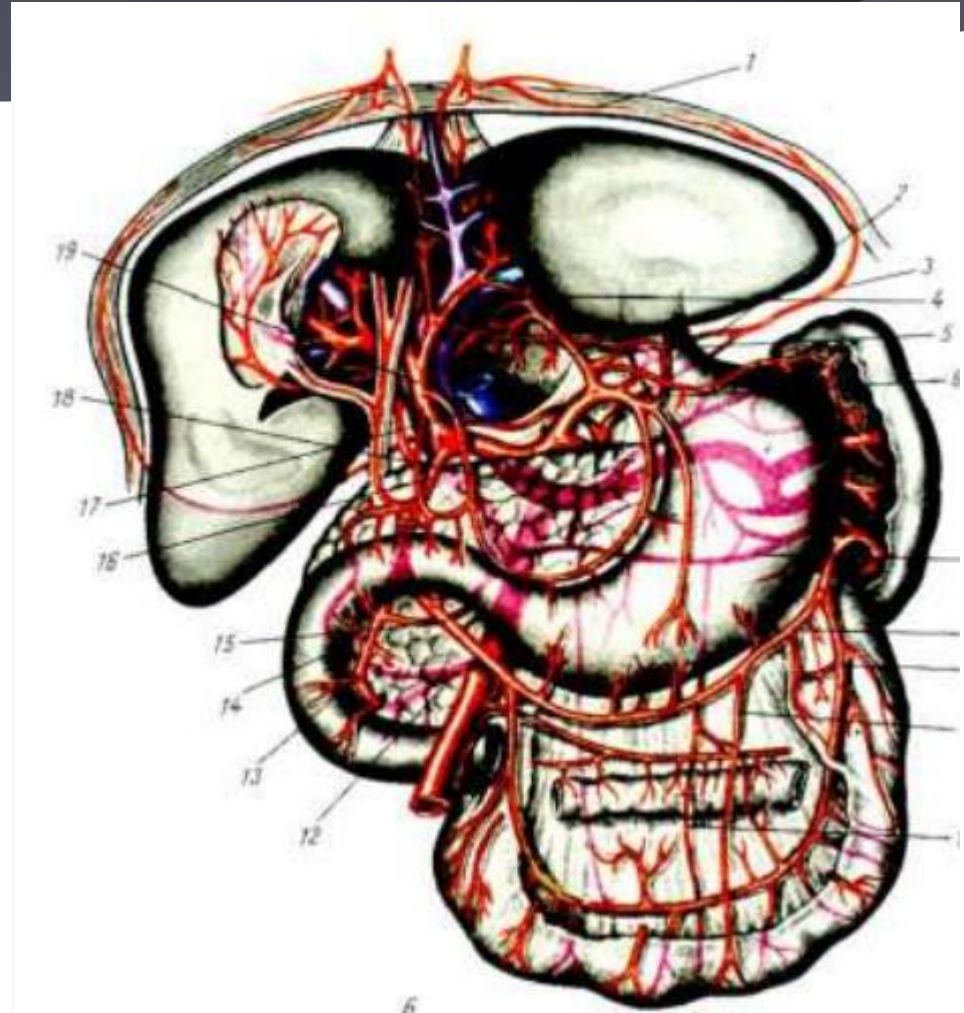


Топография двенадцатиперстной кишки



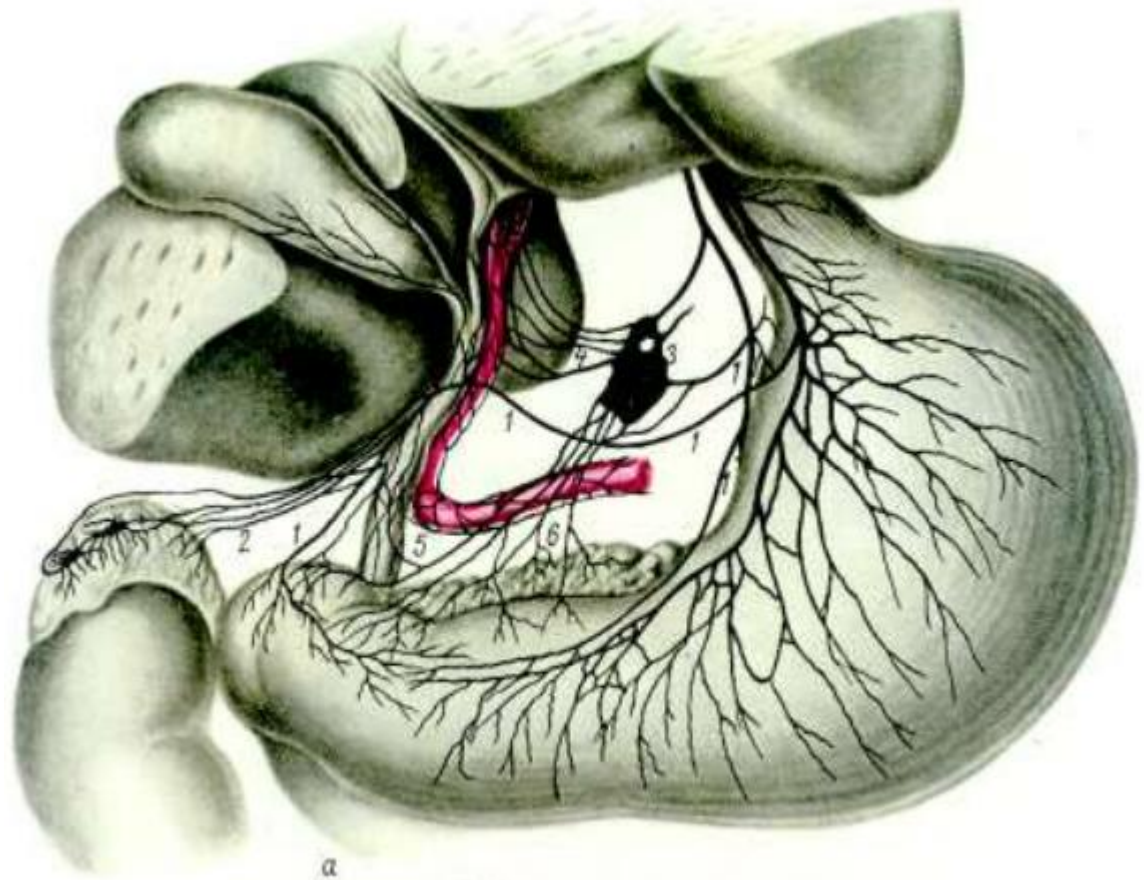
Кровообіг шлунка і ДПК

- Артеріальний кровоток забезпечується з гілок черевного ствола.
- Судини анастомозують між собою та гілками верхне-брижової артерії, утворюючи сітку судинних аркад:
- У великої і малої кривизни шлунка,
- панкреато-дуоденальні аркади.
- Утруднена самотійна зупинка кровотечі з язв і ерозій
- Венозний відтік відбувається в систему ворітної вени,
- Хід вен відповідає розташуванню артерій.



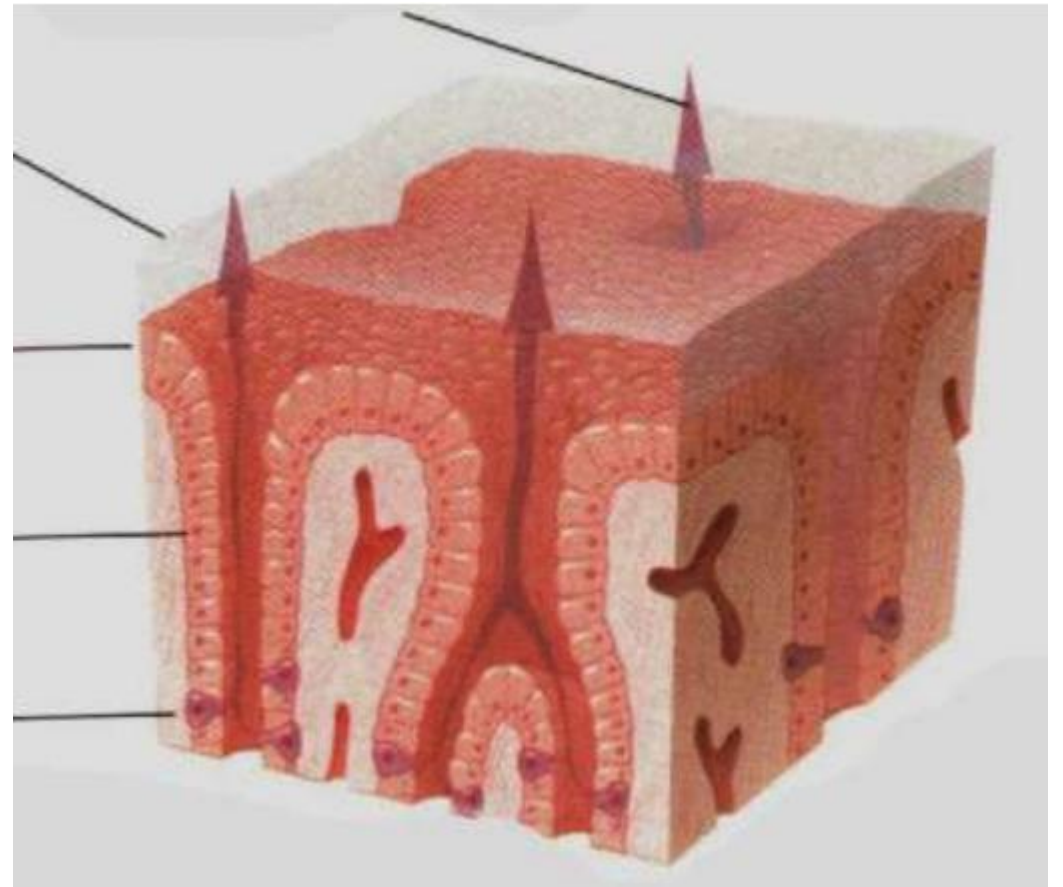
Інервація шлунка і ДПК

- Здійснюється інтрамуральними сплетіннями: аурбаховим (субсерозним і міжмязовим) та мейснеровим (підслизовим).
- Сплетіння утворені блукаючими і симпатичними нервами.
- Блукаючі нерви переднім-лівим і заднім-правим стволами підходять до шлунка по стравоходу.
- передній – утворює печінкову гілку (до воріт печінки) і передній нерв Летарже (до привратника);
- задній – гілку до черевного сплетіння і задній нерв Летарже.
- Обидва нерва Летарже віддають тонкі гілки до малої кривизни шлунка (зоні кислотопродукції).



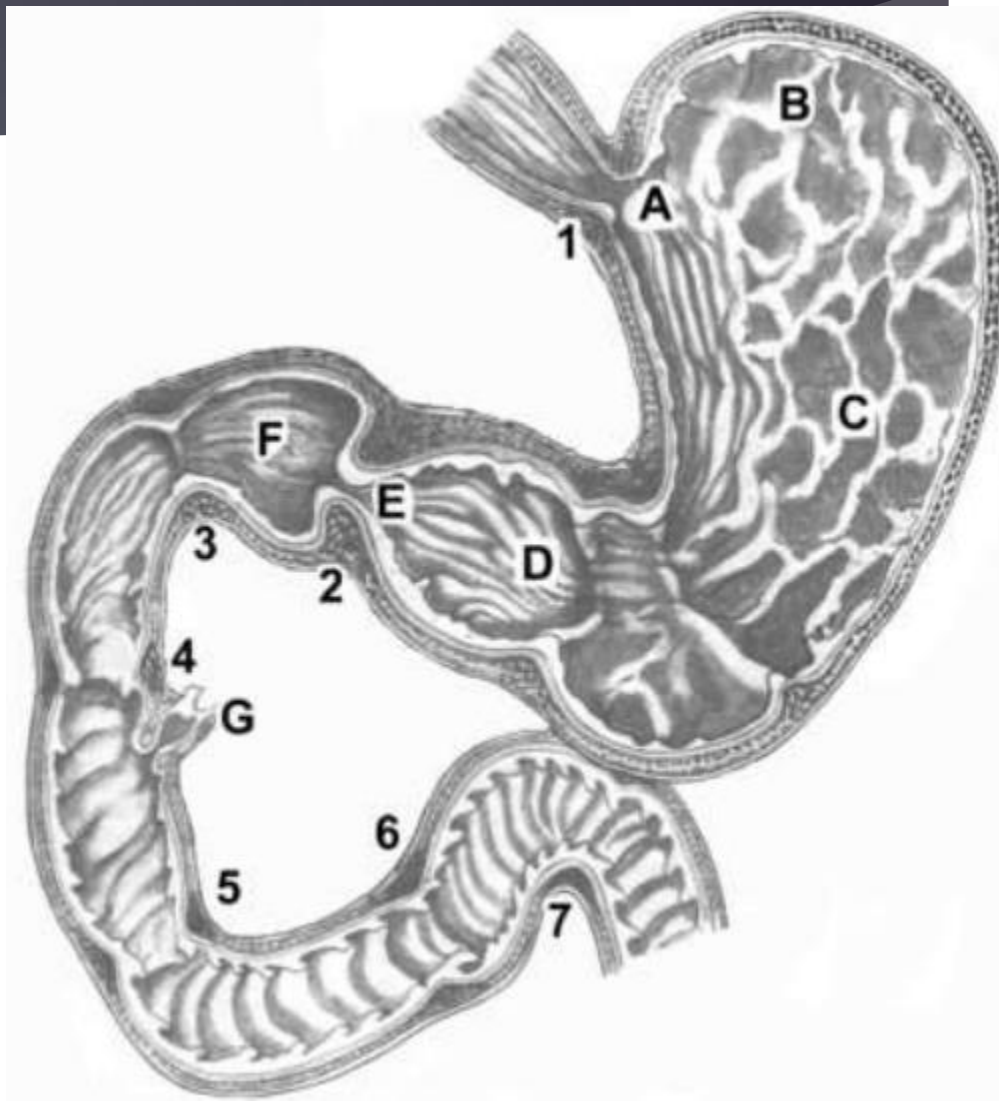
Ексекреторна функція

- В усіх відділах шлунка циліндричний епітелій виділяє слиз.
- В області тіла і дна шлунка розташовується основна маса головних і обкладочних клітин, виробляючих соляну кислоту і пепсин.
- В антральній частині залози виділяють розчинний слиз, продукують гастрин.
- Гастрин - гормон, стимулюючий ексекрецію соляної кислоти паріетальними клітинами.
- Визволення - стимулюється блукаючими нервами, залужненням вмісту шлунка, белковою їжею і механічним подразненням.



Моторна функція

- Рух їжі забезпечується перистальтичними скороченнями мускулатури.
- Сфінктери шлунка і ДПК запобігають безперервному просуванню їжі і її рефлюксу.
- Сфінктерний апарат утворює “функціональні сифони”
– в яких відбувається перемішування їжі з переварюючими агентами.



Перший “сифон” – шлунок:

- Перистальтичні хвилі перемішують і переміщують харчову

суміш в антральний відділ по направленню до воротаря.

- Воротар на висоті перистальтичної хвилі сумісно з антрумом

сильно скорочується, забезпечує порційний рух їжі в ДПК та

повертає їжу в порожнину тіла шлунка.

Другий “сифон” - bulbus duodeni – де відбувається олужнення харчової суміші і її порційна подача в ДПК.

- ДПК має ще три функціональних сфінктера
- 1) на рівні фатерова соска,
- 2) при переході в нижне-горизонтальний відділ,
- 3) у звязки Трейтца.
- Скорочення цих жомів забезпечує рівномірне перемішування їжі з кишковими, панкреатичними ферментами і жовчю, забезпечуючи переварювання всіх харчових інгредієнтів.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ

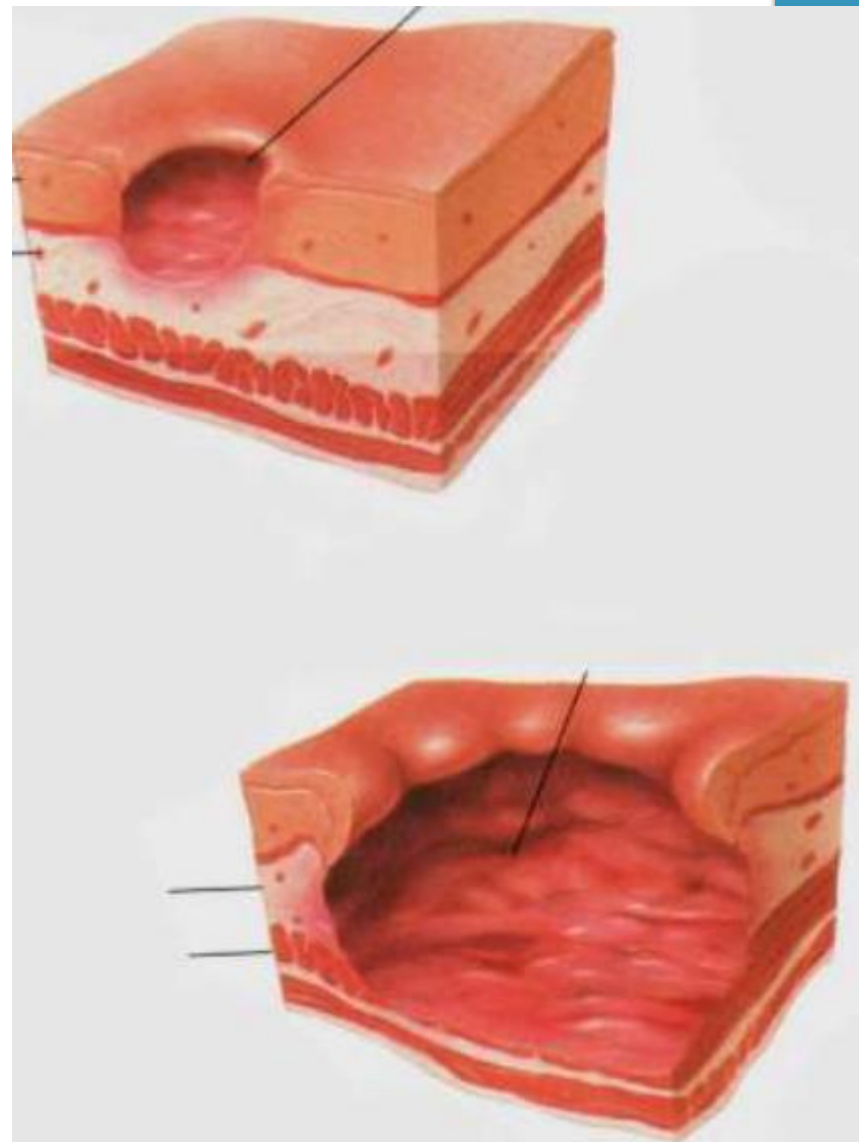
- Пептична виразка – дефект слизової шлунка і ДПК, виникнення якого обумовлено впливом агресивного шлункового вмісту.
- Розрізняють:
 - Прості і кальозні,
 - Неускладнені і ускладнені пептичні виразки.
- Проста виразка – округла, до 1 см, заглиблюється в стінку до мязової оболонки.
- рубцується не деформуючи просвіт шлунка чи ДПК.
- Кальозна (мозолиста) виразка завжди великих розмірів (від 2 до 4-8 см в діаметрі), края уплотнені, формують запальний вал.

Часто зрощена або сусідній орган сам служить дном виразки - пенетрація (печінка, підшлункова залоза),

- деформації стінки і просвіту шлунка і ДПК.

- Проста хронічна виразка може бути як ускладненою так і неускладненою.

- Кальозна виразка завжди ускладнена.



Етіологія і патогенез

Запропоновано багато теорій:

- пептична теорія (Bernard, 1856);
- нейровегетативна теорія (Bergmann, 1913);
- запальна теорія (Konjetzny, 1925);
- судинна теорія (Virchow, 1852);
- механічна теорія (Aschoff, 1912);
- теорія стреса (Selye, 1953);
- теорія слизового бар'єра (Hollander, 1954);
- інфекційна теорія з *Helicobacter pylori* (Логінов А.С., 1987) і багато інших.
- Класичні теорії патогенеза пояснюють окремі сторони утворення виразок
- В теперішній час не існує загальноприйнятої теорії етіопатогенеза ВХ.

Етіологія і патогенез

Однак, завжди

Пептична виразка є продукт невідповідності між:

- переварюючою силою шлункового соку і
- спротивом слизової оболонки.

Helicobacter pylori :

- не викликає ВХ, але
- є фактором, який визначає тяжкий перебіг захворювання.

Традиційна схема патогенеза

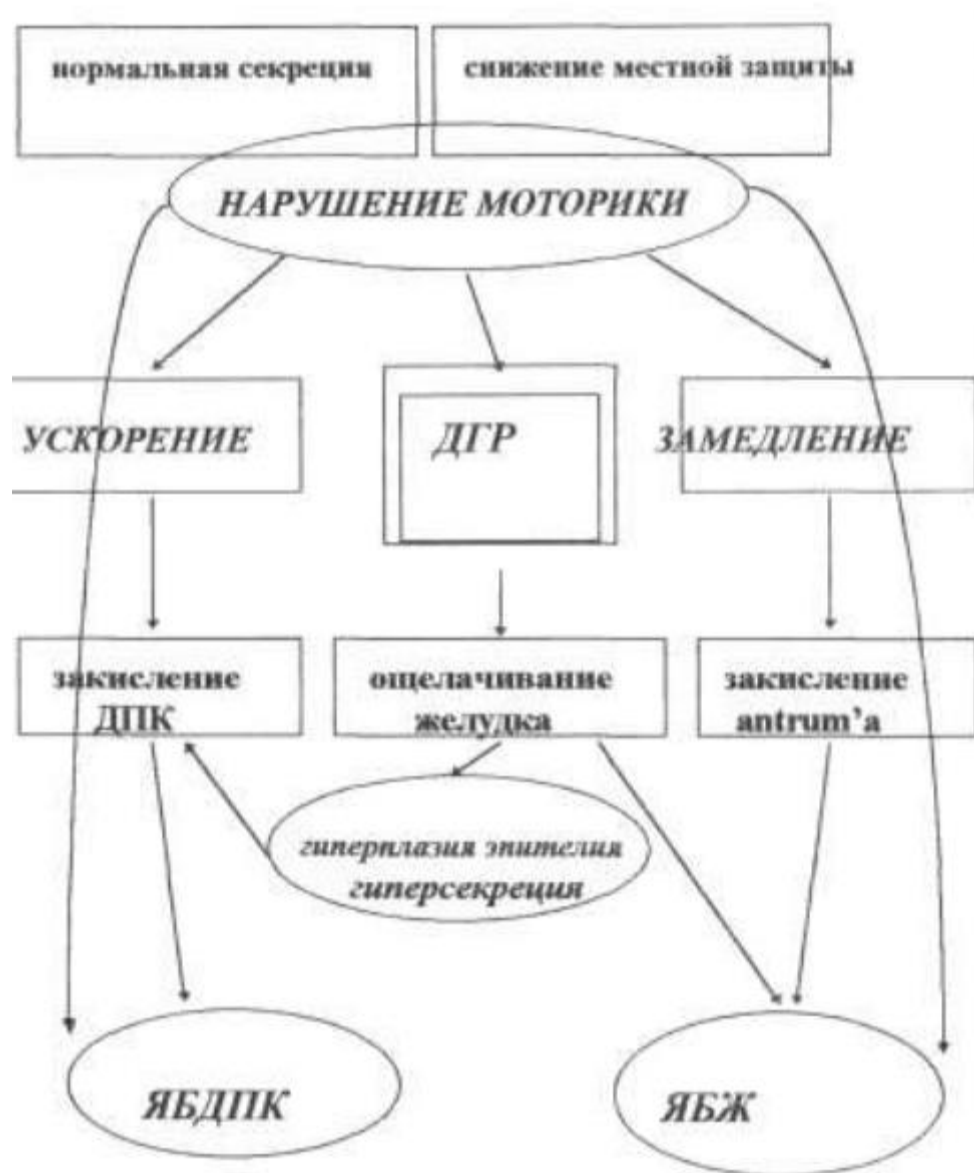
Традиційна схема патогенеза

- Виразка розвивається на фоні підвищеної продукції соляної кислоти та пепсину, порушення захисного бар'єра слизової.
- Сприяють гіперпродукція гастрину і підвищена вагусна стимуляція залоз шлунка.
- Порушення захисного бар'єра слизової:
 - зменшення виділення слизу і бікарбонатів,
 - Ішемія і погіршення мікроциркуляції,
 - уповільнення регенерації клітин.



ВХ і порушення моторно-евакуаторної функції

- Гіпокінезія і дуоденостаз збільшують час закислення ДПК і сприяють виразкоутворенню.
- Пришвидшений пасаж кислого вмісту в ДПК - сприяє закисленню і виразкуванню.
- Закид дуоденального вмісту (дуодено гастральний рефлюкс):
 - антральний гастрит і виразки пілороантральної зони,
 - Залужнення шлунка сприяє гіперплазії і вторинній гіперсекреції:
 - виникають препілоричні шлункові виразки, виразки ДПК, а також їх комбінації.
- Деформація і стеноз ДПК також збільшують час закислення пілоро-антральної зони.



Класифікація виразкової хвороби

1. Форма ВХ: - виразкова хвороба;
- симптоматична виразка – гострі дефекти
(стрес, уремія, медикаментозні, синдром Золінгера-Елісона
и т.д.).

2. Стадії ВХ:

- ☐ I стадія – передвиразковий стан (ерозивний гастрит, дуоденіт).
- ☐ II стадія – неускладнена ВХ.
- ☐ III стадія – ускладнена ВХ.
- ☐ IV стадія – рецидив ВХ після хірургічного лікування.

Класифікація виразкової хвороби

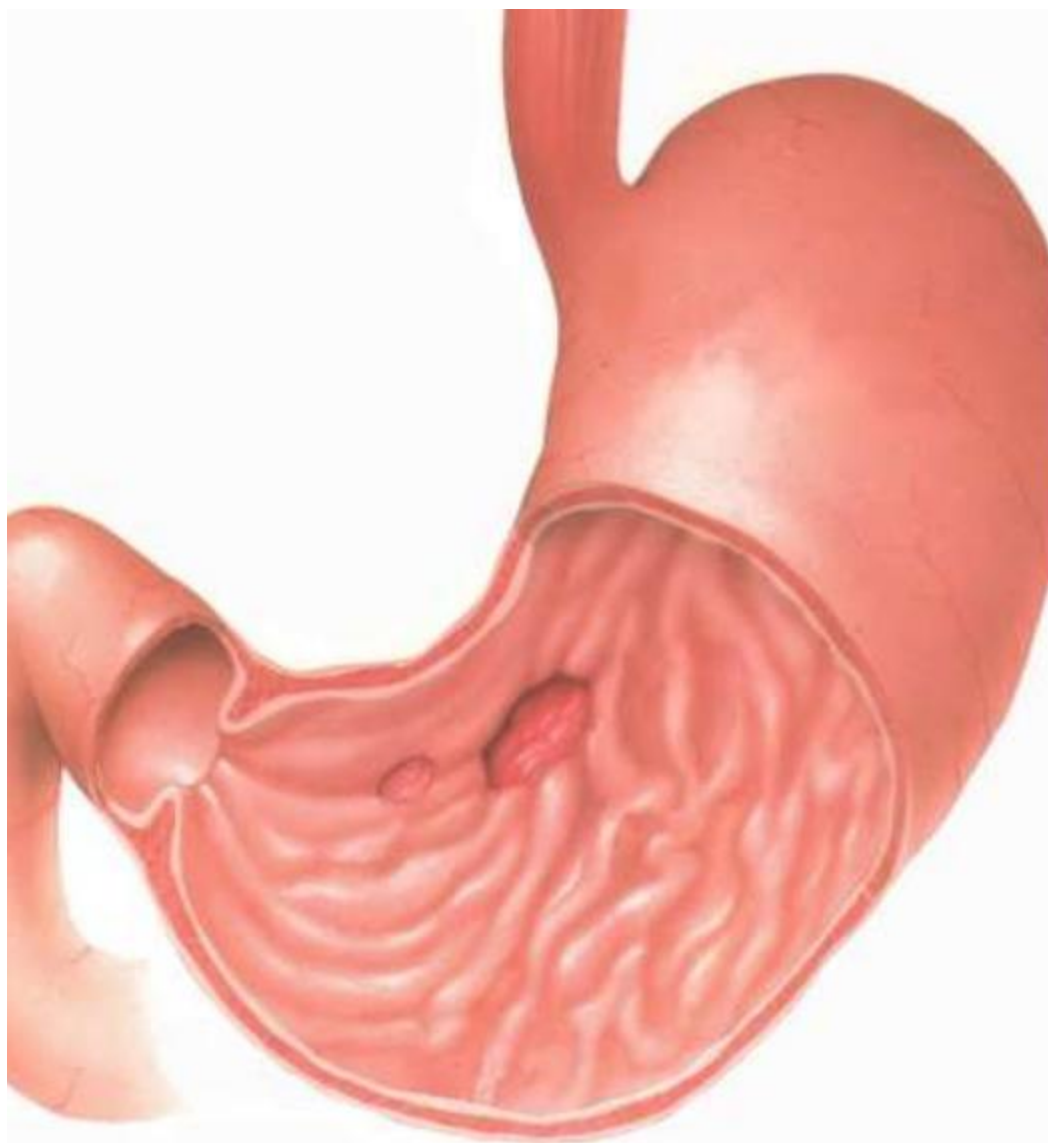
3. Локалізація виразки:

а. Виразка шлунка:

- ☐ I тип – істинні шлункові виразки -виразки малої кривизни (кардія, тіло, антрум);
- ☐ II тип – комбіновані виразки шлунка і ДПК;
- ☐ III тип – препілоричні виразки.
- ☐ Виразки шлунка II і III типів по етіологічним ознакам ближче до дуоденальних.

4. Кількість виразок:

- ☐ - одиничні (прості, кальозні, гігантські);
- ☐ - множинні (поєднані, дзеркальні).



Класифікація виразкової хвороби

3. Локалізація виразки:

б. Виразки ДПК:

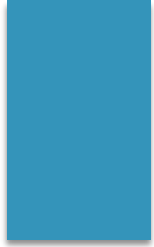
- ☐ виразка луковиці;
- ☐ Залуковичні виразки або низькі виразки ДПК.

в. Виразки стравохода - розвиваються на фоні гастроезофагеального рефлюкса;

г. Виразки гастроентероанастомоза (ГЕА)-пептичні виразки, виникаючі після оперативного лікування.

4. Кількість виразок:

- ☐ одиничні (прості, кальозні, гігантські);
- ☐ множинні (поєднані, дзеркальні).



Класифікація виразкової хвороби

5. Фази ВХ:

- ☐ загострення – характеризується вираженою клінічною картиною з виявленням при ФГДС або Ро-скопії виразковим дефектом;
- ☐ неповної ремісії - суб'єктивно клінічні прояви відсутні, виявлена при ФГДС виразка у фазі рубцювання і епітелізації;
- ☐ ремісії - клінічні, Ро-логічні і ФГДС ознаки ВХ відсутні.

Класифікація виразкової хвороби

6. Тяжкість перебігу залежить від:

- ☐ частоти рецидивів їх тривалості,
- ☐ ефективності консервативного лікування,
- ☐ Втрати працездатності,
- ☐ Наявності ускладнень.

Легка:

- ☐ загострення 1 раз в 1-2 роки,
- ☐ легко піддається лікуванню,
- ☐ Працездатність хворих зберігається;

Середньої тяжкості:

- ☐ загострення 2 рази на рік, ремісії неповні,
- ☐ потрібне регулярне лікування,
- ☐ Працездатність обмежена;

Тяжка

- ☐ тяжкі клінічні прояви, стійкої ремісії немає,
- ☐ Спостерігаються різноманітні ускладнення, нерідко поєднані,
- ☐ консервативне лікування неефективне, показано хірургічне лікування.

Класифікація виразкової хвороби

7. Ускладнення ВХ:

- ☐ перфорація – перфорація виразки у вільну черевну порожнину;
- ☐ Кровотеча із арозованих виразкою судин;
- ☐ стеноз вихода з шлунка з частковою або різко уповільненою евакуацією шлункового вмісту;
- ☐ пенетрація - це роз'їдання виразковим кратером не тільки стінки шлунка чи ДПК, а і прилягаючого органа, коли дном виразки являється сусідній орган.

Клінічна картина

☐ Нерідко ВХ протікає безсимптомно і виявляється раптово перфорацією виразки або кровотечею.

Основний симптом – пептичний біль:

- ☐ Обумовлений
- ☐ Подразненням виразки кислим шлунковим вмістом,
- ☐ спастичними скороченнями мускулатури шлунка.
- ☐ Локалізується в епігастрії по серединній лінії
- ☐ Або дещо вправо чи вліво від неї, в залежності від розташування виразки.
- ☐ при пенетруючих виразках має оперізуючий характер.
- ☐ Груба і гостра їжа посилює біль.
- ☐ Прийом соди чи молока послаблює біль.
- ☐ Час – залежить від локалізації виразки:
- ☐ Звичайно з'являється через 1 – 2 години після прийому їжі:
- ☐ ранні болі – в перший час після прийому їжі,
- ☐ пізні болі – через 3 – 5 годин після прийому їжі.
- ☐ Для дуоденальних виразок характерні пізні, нічні і голодні болі при пустому шлунку.

Клінічна картина

Інші диспептичні ознаки:

- ☐ Блювота:
- ☐ виникає на висоті болю,
- ☐ дуже кисла,
- ☐ приносить полегшення.
- ☐ Нудота,
- ☐ Відрижка,
- ☐ Печія.

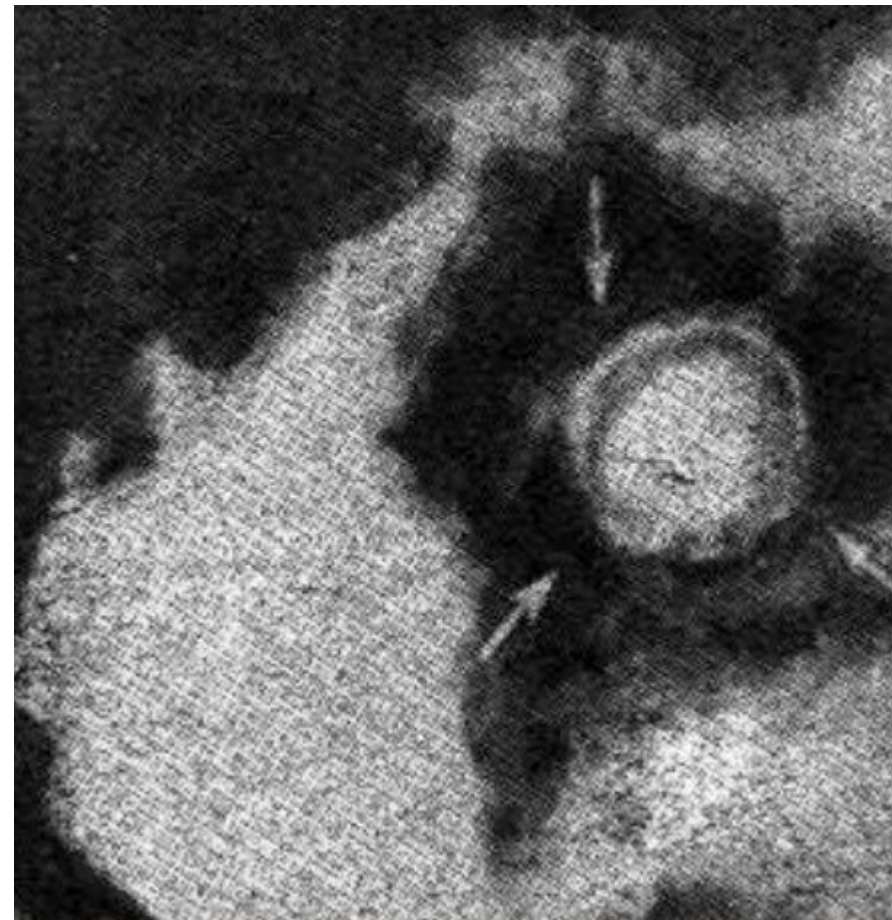
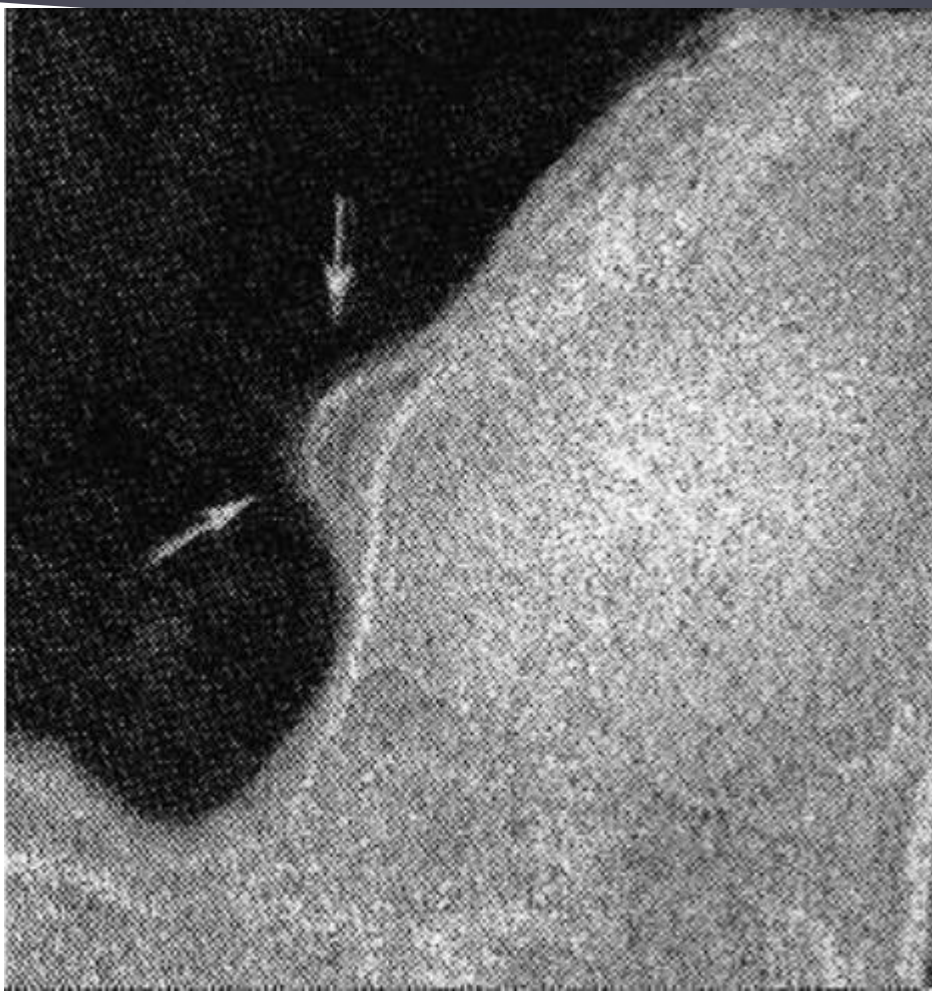
Періодичність перебігу.

- ☐ Період загострення:
- ☐ посилюються всі симптоми ВХ,
- ☐ продовжуються від тижня до 2 - 4 місяців,
- ☐ частіше спостерігаються восени і весною,
- ☐ ініціюють тяжкі психічні переживання.
- ☐ Періоди загострення змінюються ремісією:
- ☐ повне клінічне благополуччя: хворі вважають себе вилікованими.
- ☐ продовжуються кілька місяців і навіть років.

ДІАГНОСТИКА

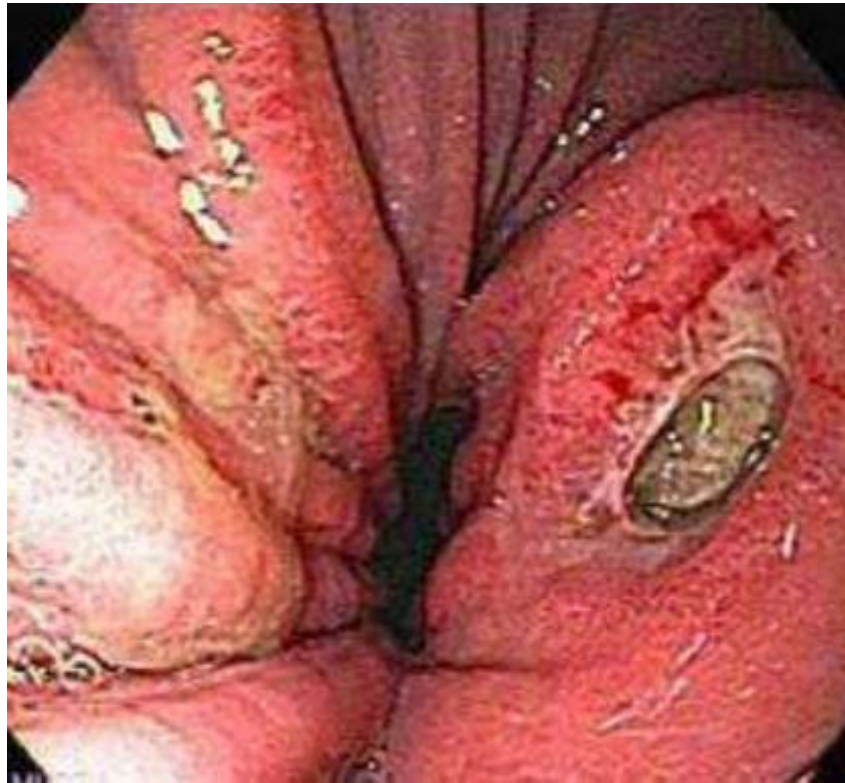
Рентгеноскопія:

□ СИМПТОМИ «НІШІ», «ДЕПО».



ФГДС дозволяє:

- виявити локалізацію виразки,
- провести біопсію країв виразки,
- динамічне спостереження за виразкою



Лікування виразкової хвороби

□ Неускладнені виразки шлунка і ДПК принципово підлягають консервативному лікуванню.

Принципи фармакотерапії:

- однаковий підхід до лікування виразок шлунка і ДПК;
- антисекреторні препарати в суворо визначеній дозі в залежності від строків заживлення виразки;
- ерадикаційна терапія у НР-позитивних хворих;
- ендоскопічний контроль з 2-х тижневим інтервалом.

Эрадикационная терапия 1 линии

1 схема



Блокаторы протонного насоса 2 раза в день



Метронидазол
250 мг x 4 раза



Кларитромицин
250 мг x 2 раза

2 схема



Амоксициллин
1000 мг x 2 раза



Кларитромицин
500 мг x 2 раза

3 схема



Амоксициллин
500 мг x 3 раза



Метронидазол
250 мг x 4 раза

Длительность лечения 7 дней

Лікування виразкової хвороби

Абсолютні показання до оперативного лікування:

- ☐ перфорація виразки,
- ☐ продовжуюча виразкова кровотеча,
- ☐ Рубцевий виразковий стеноз з порушенням евакуації з шлунка.

Відносні показання до оперативного лікування:

- ☐ тяжкий перебіг ВХ при безуспішності адекватної консервативної терапії рецидива на протязі 2-3 місяців,
- ☐ повторно кровоточиві виразки на фоні адекватного консервативного лікування,
- ☐ рецидив виразки після ушивання її перфорації на фоні адекватного консервативного лікування,
- ☐ Рецидив виразки шлунка, як часто малігнізуючогося, після адекватного консервативного лікування.

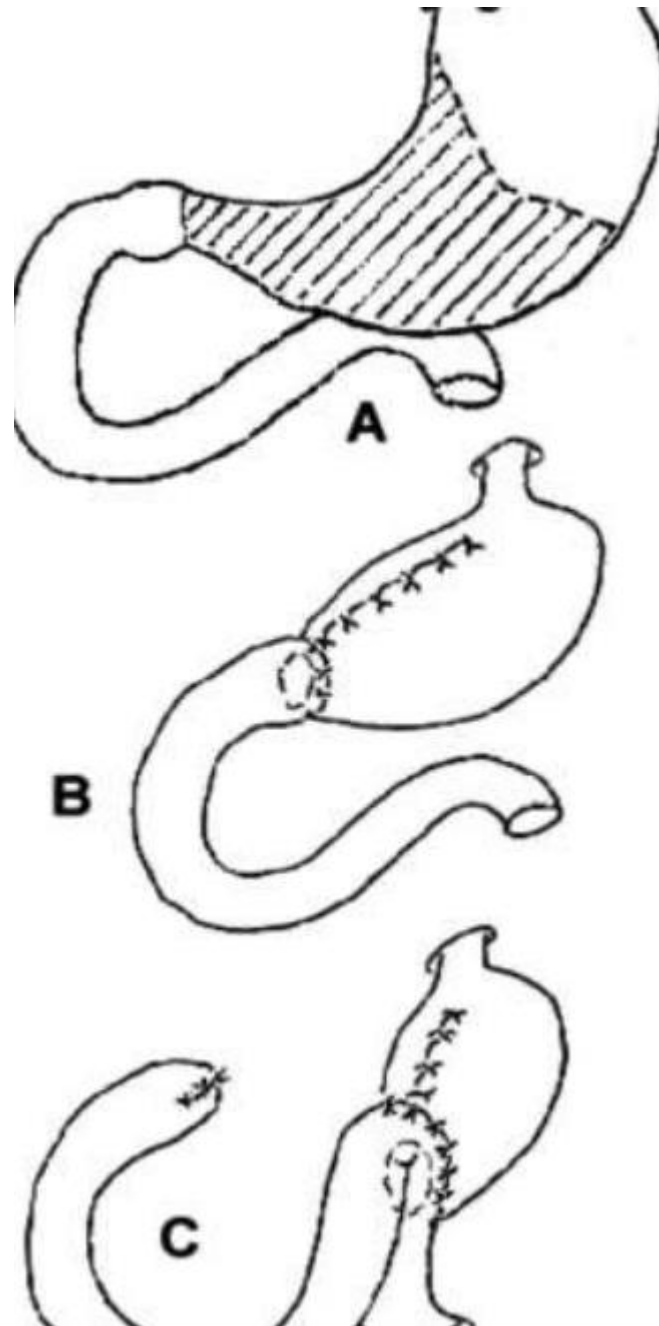
Хірургічне лікування ВХ

Направлене на усунення кислотно-пептичного фактора агресії.

- Цього досягають двома методами операцій:
- Резекції шлунка - □ Видаляють виразку, антральний відділ і значну частину тіла шлунка,
 - чим вище кислотність шлункового соку, тим вище рівень резекції.
- Ваготомії (чи органозберігаючі операції) –
- операції на блукаючих нервах,
- забезпечуючі зниження черезмірної шлункової секреції при збереженому шлунковому резервуарі.
- Залогом успіха хірургічного лікування ВХ є диференційований вибір оперативного втручання по строго обґрунтованим показанням.

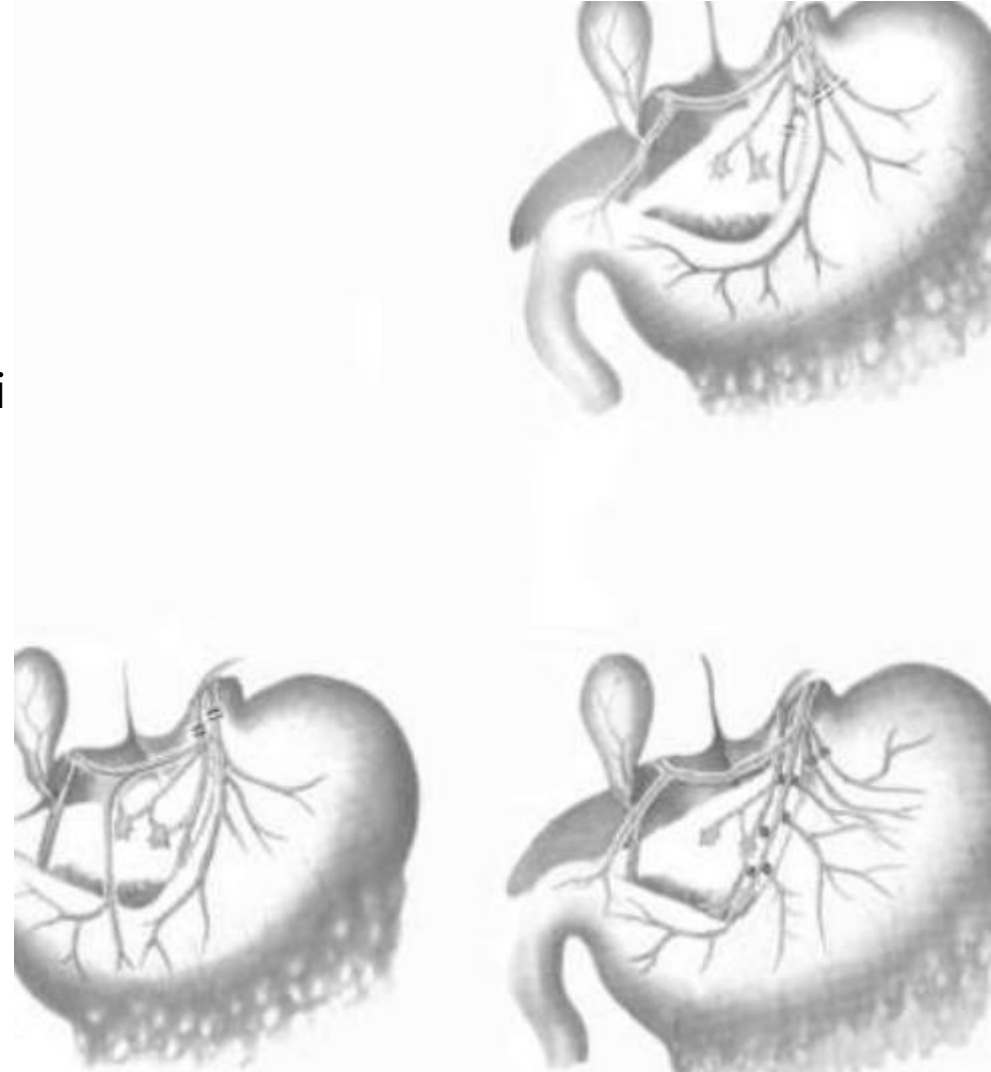
Резекція шлунка

- Два основних методи: Більрот-I (1881) та Більрот-II (1885).
- Існує багато модифікацій.
- При Б-I культю шлунка анастомозують з культею ДПК.
- зберігається проходження їжі через ДПК.
- При Б-II, після резекції $2/3 - 3/4$ його об'єму,
- Пасаж їжі відновлюють через гастроєюнальний анастомоз,
- культю ДПК зашивають наглухо.



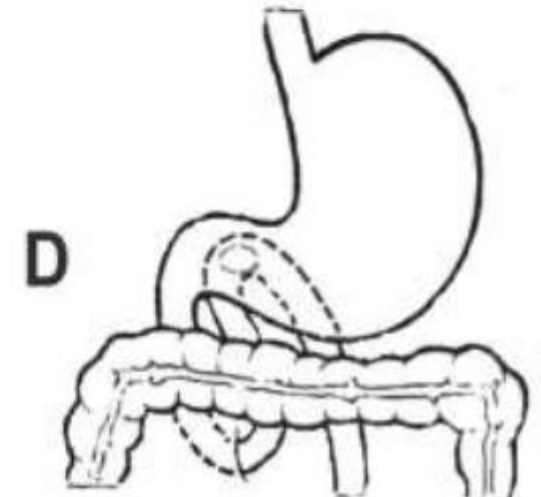
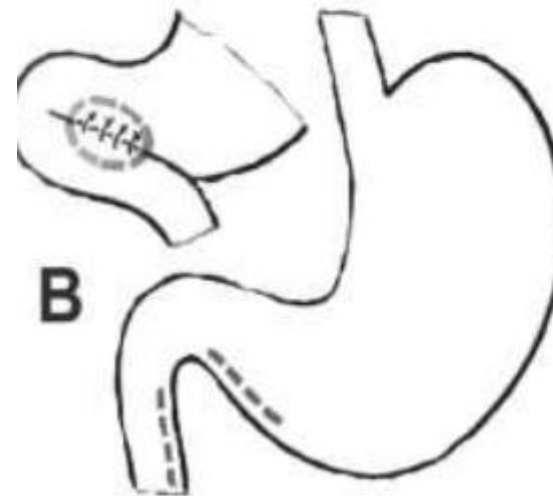
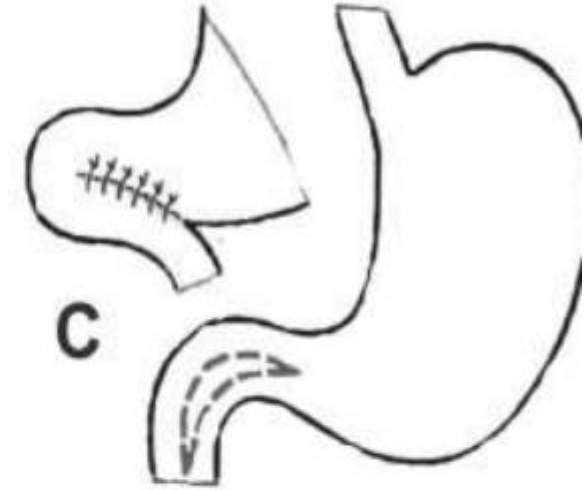
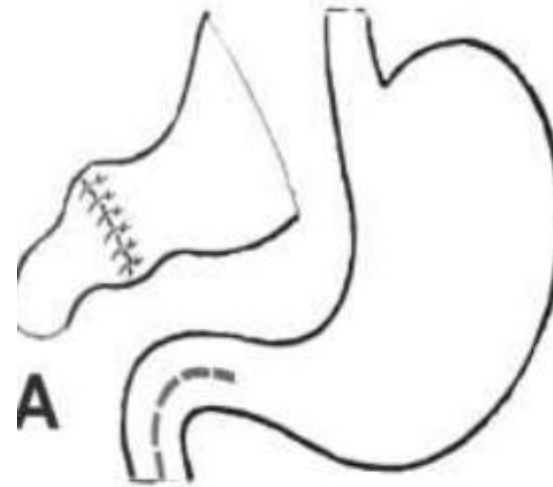
Ваготомії

- Стівбурова - пересічення стовбурів блукаючих нервів вище відходження печінкових і черевних гілок.
- Селективна - блукаючі нерви перетинаються нижче відходження цих гілок.
- Селективна проксимальна ваготомія (СПВ) -перетинаються проксимальні гілки свода, тіла і дна шлунка.



Ваготомії

- Стівбурова і селективна ваготомії супроводжуються порушенням моторно-евакуаторної функції шлунка.
- Їх сполучають з дренуючими шлунок операціями (пілородуоденопластика Гейнеке-Мікулича, Фіннея, Джабулея і т.д., або накладають обхідний ГЕА).



УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Кровотечі – найчастіше ускладнення. Арозивні кровотечі виникають в період загострення виразкової хвороби. Смерть може наступити від гострої постгеморагічної анемії.

Перфорація – утворення в період загострення перфоративного отвору в стінці шлунка, що призводить до дифузного гнійного перитоніту, який може стати причиною смерті.

Пенетрація – розповсюдження (вихід) виразки в інші органи. Частіше всього виразка пенетрує в малий сальник, підшлункову залозу, печінку.

Рубцеві стенози характеризуються різким звуженням вхідного і вихідного відділів шлунка за рахунок розростання рубцевої тканини в період ремісії захворювання.

Запальні ускладнення виникають в період загострення навколо виразки.

Малігнізація (перехід в рак) зустрічаються тільки при виразці шлунка в 3-5%.

Комбіновані ускладнення

Характер ускладнень виразкової хвороби

Характер ускладнень	ЛОКАЛІЗАЦІЯ ВИРАЗКИ		ВСЬОГО
	шлунк	12-пала кишка	
ПЕНЕТРАЦІЯ	149	241	390 (24,5%)
СТЕНОЗ	140	288	428 (26,9 %)
КРОВОТЕЧА	135	263	398 (24,9%)
ПЕРФОРАЦІЯ	104	172	276 (17,3%)
МАЛІГНІЗАЦІЯ	102	—	102 (6,4 %)
ВСЬОГО	630	964	1594

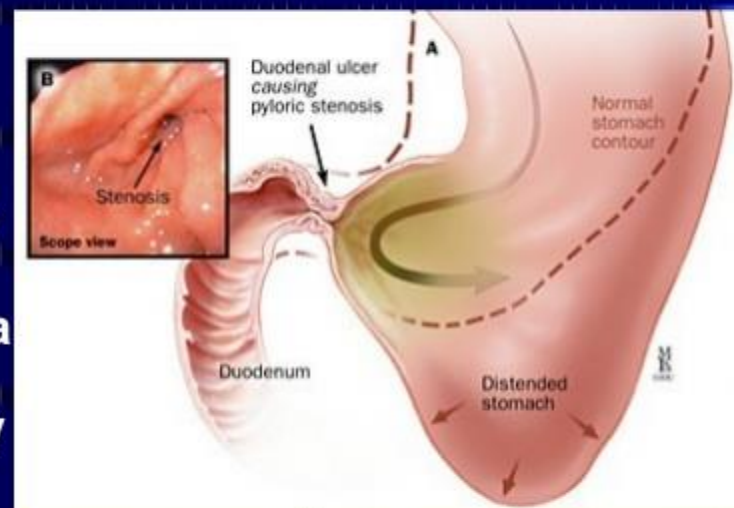
Пілородуоденальний стеноз:

Діагностичні критерії:

- Переповнення, розпирання після їди, відрижка тухлим, блювання вчорашньою їжею, схуднення;
- Шум плескоту ч-з кілька годин після їди, опущена н/межа шлунку

ЕГДФС:

Наявність шлункового вмісту натще



Пілородуоденальний стеноз:

R: розширення шлунку,
залишок контрасту
більше 6 годин



Перфорація або прободіння виразки

Це прорив виразки з виникненням наскрізного виразкового дефекта в стінці шлунка чи ДПК і виходом вмісту у вільну черевну порожнину.

- ☐ тяжке і небезпечне для життя ускладнення ВХ,
- ☐ Практично завжди приводить до смерті, якщо хворий не був своєчасно прооперований.
- ☐ Частота ускладнення при ВХ від 3 до 30%, в середньому 15%.
- ☐ зустрічається в будь-якому віці, найбільш часто від 20 до 50 років,
- ☐ в дитячому і старечому віці рідко - у 2 - 7%.
- ☐ У чоловіків зустрічається в 10 - 20 разів частіше, ніж у жінок.
- ☐ Перфорації виразок ДПК складають 60 - 70%, шлунка – 30-40%,
- ☐ Перфорація виразок ДПК - частіше в молодому віці,
- ☐ Перфорація виразок шлунка – частіше в похилому віці.

Проривна виразка

Під перфорацією (проривом) виразки шлунка та дванадцятипалої кишки розуміють прорив виразки у вільну черевну порожнину з надходженням у неї шлунково-дуоденального вмісту і повітря. Серед інших ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки перфорація виразки займає перше місце за безпосередньою загрозою для хворого в зв'язку зі швидким розвитком розлитого перитоніту.

Ускладнення перфорацією виразкової хвороби зустрічається у 5-10% хворих, а серед інших ускладнень вона складає 20-25% випадків. Перфорація виразок зустрічається частіше у чоловіків, ніж у жінок (10:1). Більшість хворих з перфоративною виразкою припадає на вік 20-40 років. У молодому віці частіше перфорують виразки дванадцятипалої кишки, в середньому та похилому – виразки шлункової локалізації. Перфорація виразок зустрічається частіше весною і восени (56-76%), що пов'язано з загостренням виразкової хвороби в ці періоди, авітамінозом, впливом кліматичних факторів.

Перфорація виразки:

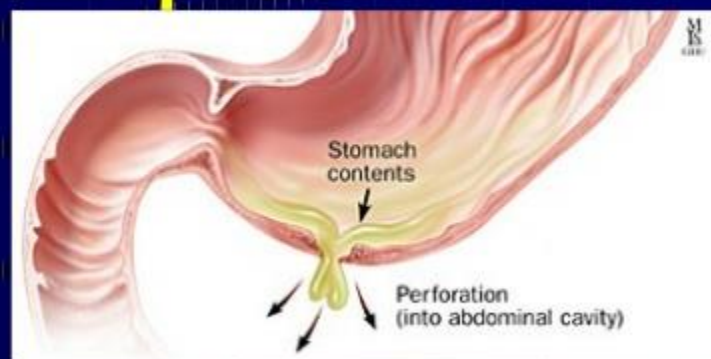
Діагностичні критерії:

- Кинжальний біль;
- Напруження ПЧС;
- + с-м Щоткіна-Блюмберга

ЗАК: Лейкоцитоз, зсув формули вліво, $\uparrow$ ШОЕ.

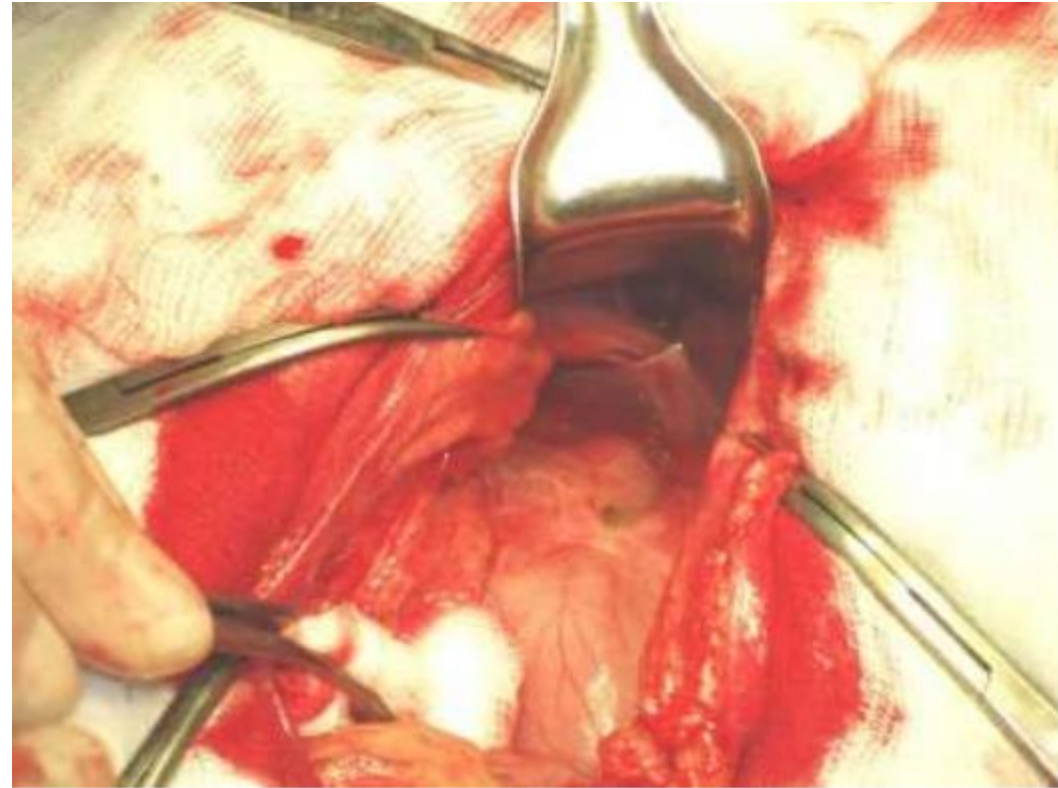
R: наявність газу праворуч під діафрагмою.

УЗД: вільна рідина, запальний інфільтрат у черевній порожнині



Перфорація (прободіння) виразки

- 90% перфорацій спостерігається при хронічних калькозних виразках,
- прободіння “неускладнених” або гострих виразок зустрічається набагато рідше.
- Перфоративний отвір
- розташований в центрі виразки, в області дна,
- розміром 0,5 - 3 см в діаметрі.
- форма кругла або овальна.
- стінки рівні, як би “вибиті пробійником”,
- оmozолілі, легко прорізаються при зашиванні.

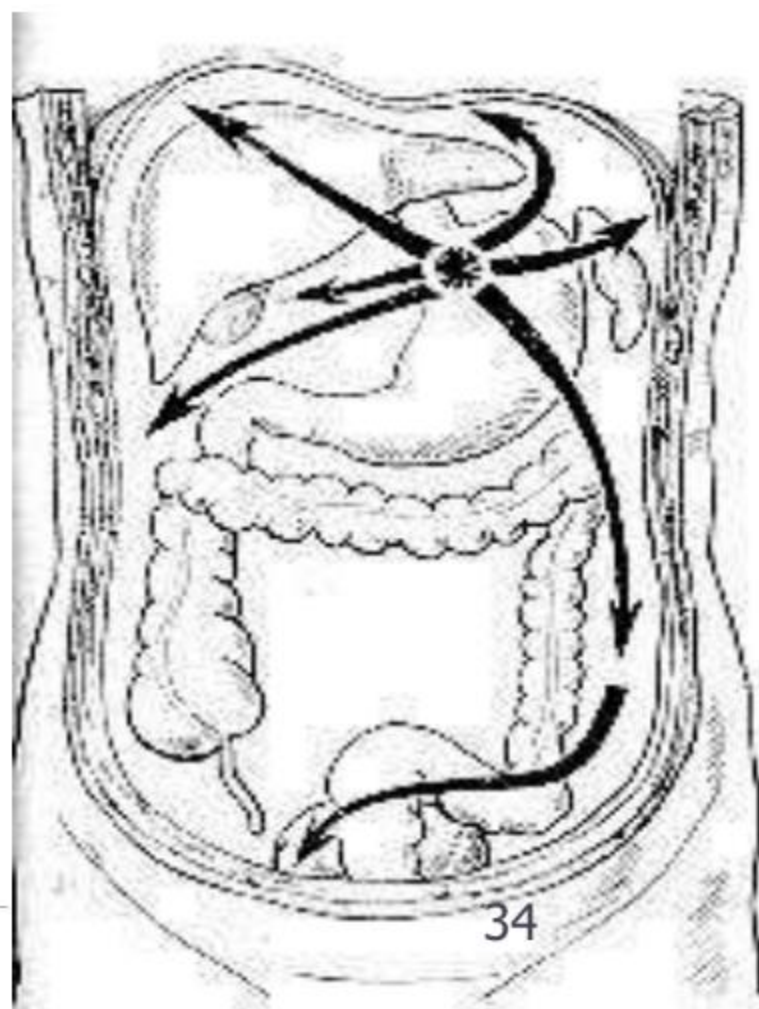
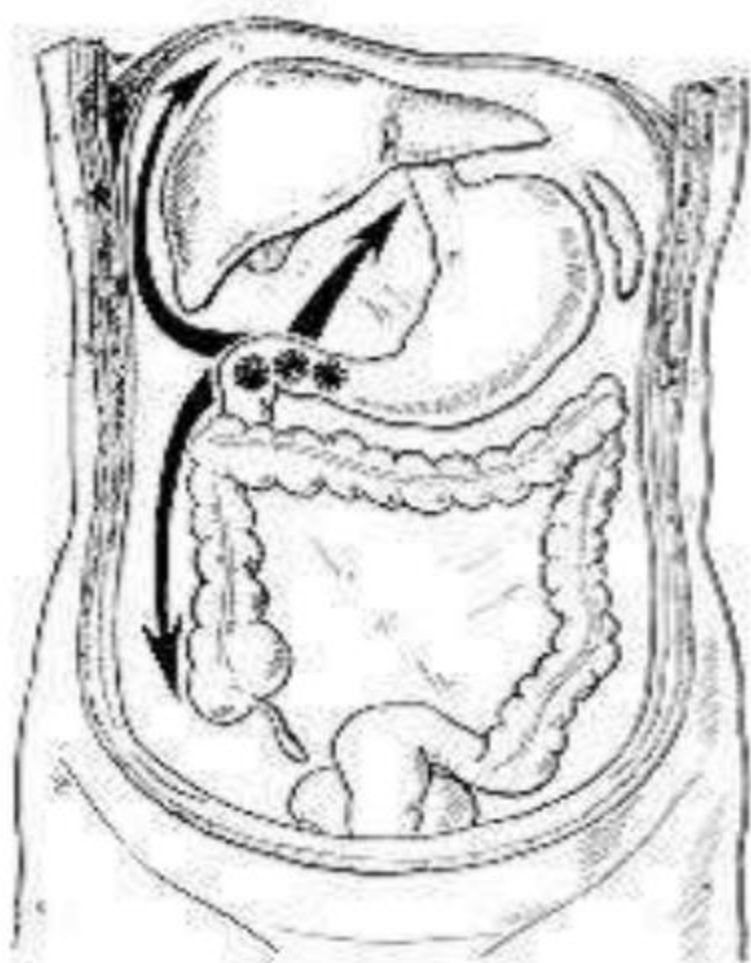


Перфорація (прободіння) виразки

□ Вміст шлунка і ДПК після прободіння поступає в черевну

порожнину та ізливається по визначеному шляху.

□ Газовмісна частина шлункового вмісту, скупчується в піддіафрагмальному просторі, частіше над печінкою.



Перфорація (прободіння) виразки

- ☐ В перші часи вилившийся вміст стерильний,
- ☐ Перитоніт має характер небактеріального – хімічного.
- ☐ Перитонеальний ексудат стає гнійним через 6 годин після прободіння виразки.

Клініка перфоративної виразки

- Характерний зовнішній вигляд хворого в перші години захворювання: обличчя бліде, покрите холодним потом.
- Приймає змушене положення частіше на правому боці з приведеними до живота ногами.
- Самий невеликий рух посилює біль у животі, що зумовлено перетіканням агресивного шлункового вмісту по очеревині (симптом Ваньки-Встаньки).
- Пульс спочатку уповільнений (подразнення блукаючого нерва), потім з прогресуванням перитоніта та інтоксикації наростає тахікардія.
- АТ нормальний.

Клініка перфоративної виразки

- Класична тріада ознак:
 - 1) кінжальний біль в епігастрії,
 - 2) дошкоподібне напруження м'язів живота,
 - 3) виразковий анамнез.
- Проте у 10-20% хворих перфорація являється першою ознакою захворювання

«Кінжальний біль»

«Кінжальний біль»

- Біль надзвичайної сили, який доводить до шокоподібного стану - симптом Делафуа.
- Біль і дошкоподібне напруження м'язів черевної стінки обумовлені хімічним опіком очеревини шлунковим вмістом.
- по мірі розповсюдження вмісту шлунка по черевній порожнині розповсюджується на всю праву половину і весь живіт.
- Ірадіація болю під лопатку, в надключичні області (френікус-синдром) виникає в результаті роздратування діафрагмального нерва.

Періоди клінічного перебігу

- ☐ перший - період шока,
- ☐ триває 3 – 6 годин і залежить від величини отвору і кількості ізлившогося вмісту.
- ☐ другий - період “уявного благополуччя”,
- ☐ триває 2 – 6 годин і залежить від характеру і кількості ізлившогося вмісту,
- ☐ особливо показовий при прикритій перфорації,
- ☐ настає як би деяке покращення,
- ☐ біль регресує,
- ☐ черевна стінка стає м'якішою,
- ☐ симптоми подразнення очеревини зберігаються.
- ☐ третій - період розвитку перитоніта.
- ☐ через 6 – 12 годин з моменту перфорації,
- ☐ стан хворих прогресивно погіршується,
- ☐ наростає тахікардія, падає АТ,
- ☐ виникає вздуття живота і часта блювота - наслідок динамічної ГКН.
- ☐ Загальні і постійні ознаки, вираженість яких в різні періоди відрізняється:
- ☐ болючість живота,
- ☐ напруження м'язів,
- ☐ позитивні перитонеальні знаки: симптоми Менделя, Щоткіна-Блумберга і Воскресенського.
- ☐ може зникати, внаслідок пневмоперитонеума, печінкова тупість (симптом Спіжарного),
- ☐ В загальному аналізі крові швидко наростає лейкоцитоз зі зрухом формули вліво

Діагностика

- Оглядова рентгенографія у вертикальному положенні.
- Виявляють пневмоперитонеум у вигляді серпа газу під куполом діафрагми.
- Однак цю ознаку виявляють лише у 80% хворих.
- Лапароскопія і ФГДС дозволяє уточнити діагноз при неясній клінічній картині.



Прикрита перфоративна виразка

- Описана вперше А.Шніцлером в 1912р.
- Складає від 3 до 16% всіх перфорацій.
- Сутність - через 0,5 – 2 години отвір прикривається близлежачим органом, фібрином або шматочками їжі.
- В клінічній картині розрізняють два періоди:
 - перший - перфорації,
 - Не відрізняється від першого періода при типовій перфорації;
 - другий - згасання клінічних симптомів,
 - коли клінічний перебіг захворювання як би обривається:
 - припиняється поступлення вмісту в черевну порожнину,
 - припиняються гострі болі,
 - покращується загальний стан хворого,
 - зменшується напруження м'язів живота,
 - Характерний симптом Ратнера-Віккера – стійка напруга м'язів в правому підребер'ї при задовільному стані хворого

Лікування перфоративної виразки

Перфоративна виразка – абсолютне показання до екстреної операції.

- Протипоказання – агональний стан хворого.
- При неможливості провести операцію – використовують консервативний метод лікування Вангенстина-Тейлора (1935, 1946):
 - В шлунок вводять постійний зонд для аспирації,
 - холод на живіт, анальгетики, антибіотики.
 - Консервативний метод:
 - не конкурує з оперативним і
 - відноситься до категорії “методів відчаю”.

Хірургічне лікування

Розрізняють:

Паліативні втручання:

- 1) ушивання перфорації,
- 2) висічення виразки.

Радикальні втручання:

- 1) висічення перфоративної виразки з пілоропластикою і ваготомією,
- 2) первинну резекцію шлунка.

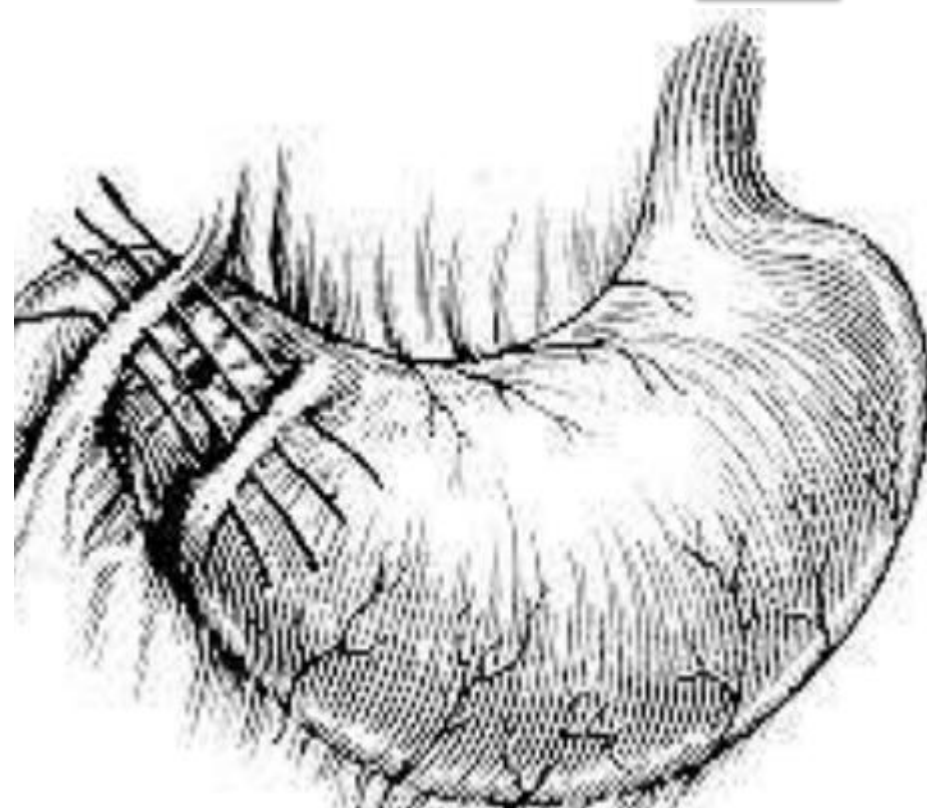
Ушивання перфоративної виразки :

- ☐ при запущеному перитоніті,
- ☐ при тяжкій супутній патології.

Ваготомія з висіченням виразки і пілоропластикою – основний метод лікування при перфорації виразок ДПК.

Первинна резекція шлунка – показана при перфораціях по типу “відрива” шлунка.

- ☐ Операції закінчують лаважем і дренуванням черевної порожнини.



Пенетрація виразки:

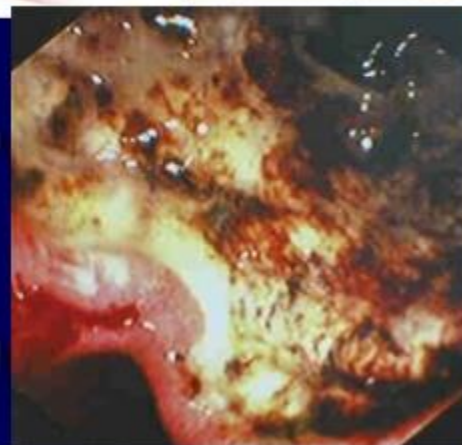
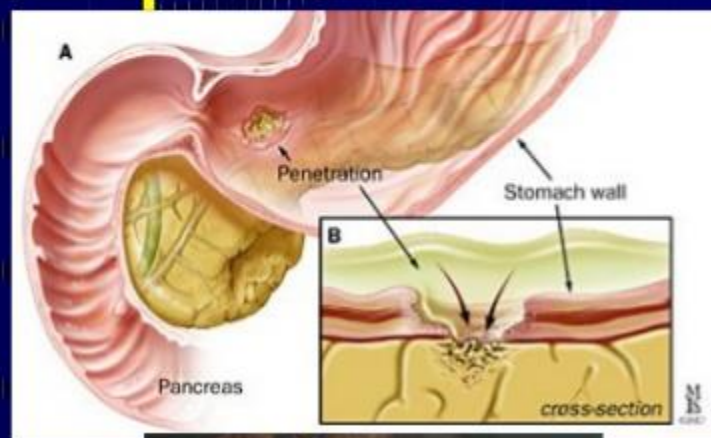
Діагностичні критерії:

- Збільшення інтенсивності та тривалості болю, поява ірадіації болю у бік органа penetрації.

Лапароскопія: Виявляються припаяні органи.

R: значна глибина виразки, відсутність перистальтики у зоні виразки.

УЗД: зміна УЗ картини органа у який пенетрувала виразка



Кривоточива гастродуоденальна виразка

- Часте ускладнення ВХ: 10 – 35%.
- Кривотеча при ВХ: 55 - 85% всіх ГШКК.
- Летальність: 4 – 25%.
- Джерела виразкової кривотечі:
 - крупні судини (типа art. gastrica sin. et pancreatoduodenalis),
 - середні і малі артерії поверхневих виразок.

Клінічна картина

- Кровотеча виникає в період загострення ВХ.
- з початком кровотечі больовий симптом зменшується або зникає (симптом Бергмана).
- Кровотеча може бути першим проявом ВХ.

Клінічна картина

Розрізняють 2 періоди:

- Прихований період – характеризується загальними ознаками кровотечі:
 - слабкість, головокружіння, памороки,
 - блідість шкіри,
 - тахікардія, гіпотензія
- вираженість залежить від інтенсивності кровотечі.
- Період зовнішніх проявів, до яких відносять:
 - кривава блювота зі згустками.
 - блювота “кофейною гущею” (солянокислий гематин).
 - мелена - чорний дегтеподібний, рідкий, як мазут та зловонний кал,
 - кров розкладаючись в кишечнику утворює сернисте залізо чорного кольору.
- тривале перебування крові в кишечнику.
- при масивній кровотечі – кал темно-вишневого кольору.
- чорний оформлений кал – вихід “старої” крові.
- обов'язково виконують пальцеве дослідження прямої кишки.

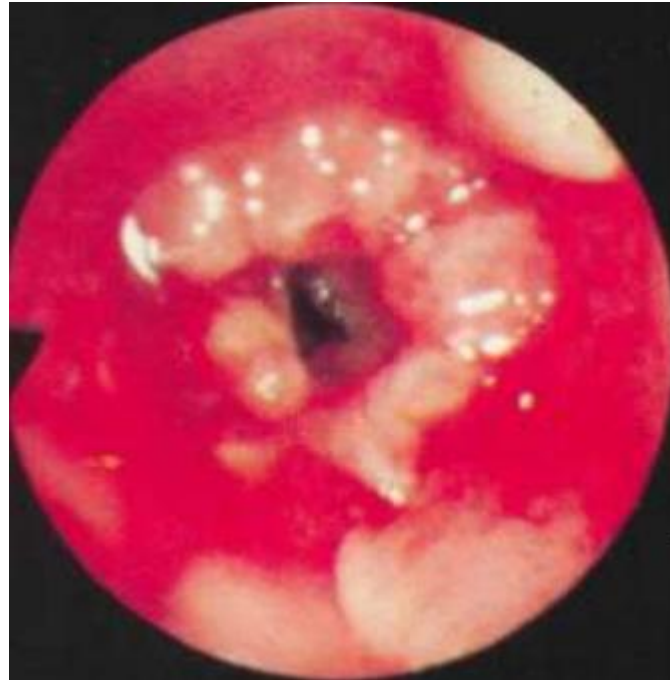
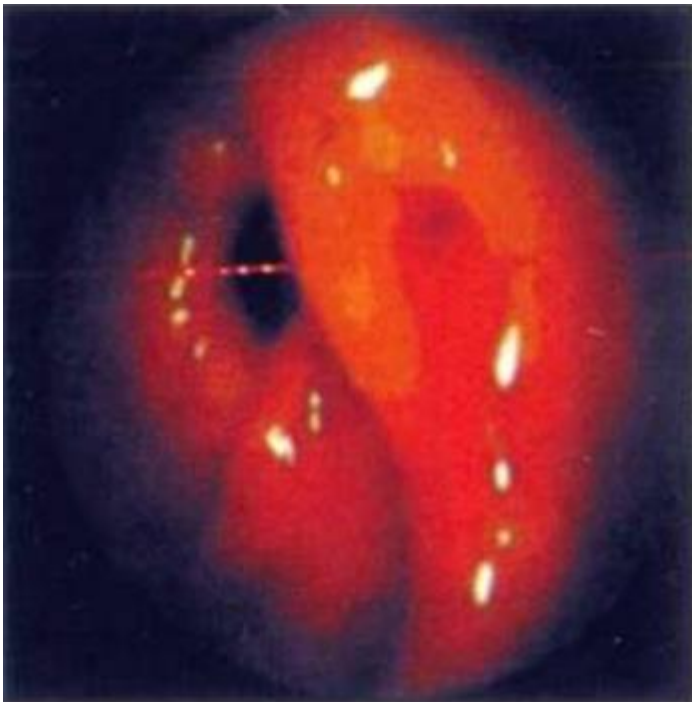
Діагностичні задачі

- ☐ Виявлення джерела кровотечі і його локалізація,
- ☐ Ступінь гемостаза або темп кровотечі,
- ☐ Тяжкість перенесеної кровотечі:
- ☐ дефіцит обсягу циркулюючої крові,
- ☐ дефіцит глобулярного об'єма крові

Ступінь гемостаза при ФГДС

(за J.A.Forrest, 1974 г.)

- F Ia - продовжуюча струминна кровотеча;
- F Ib - продовжуюча капілярна (просочування) кровотеча;
- F IIa - видима крупна тромбована судина;
- F IIb – фіксований до виразкового кратера тромбозгусток;
- F IIc - мілкі тромби у вигляді закрашених плям дна виразки;
- F III – відсутність ознак кровотечі у виразковому кратері.



Дефицит ОЦК	до 15% (до 1 л)	20-25% (≈1–2 л)	30-40% (≈2–3 л)	свыше 40%
Цвет кожи	бледная	бледная	Бледно-серая	мраморная
ЧСС, в мин	Ортостатич. тахикардия – прирост ЧСС на 15- 20/мин	Ортостатич. тахикардия – прирост ЧСС более 20/мин	До 120 /мин	свыше 120 /мин
АД, mm Hg	нормальное	Субнормальное (110-100)	Гипотензия лежа (менее 90)	Гипотензия лежа (менее 60)

Інфузійна терапія при кровотечі

1. Восповнення ОЦК:

- ☐ Струминне введення кристалоїдів:
- ☐ Стандарт – потрібне перевосповнення об'єма.
- ☐ Раннє введення колоїдів – лише при реанімаційних заходах:

- ☐ восповнюють внутрішньосудинний сектор,
- ☐ посилюють венозне повернення до серця.

2. Гемостатична терапія:

- ☐ етамзилат, діцинон,
- ☐ ε-амінокапронова кислота,
- ☐ плазма крові, фібриноген, тромбоцитарна маса.

3. Блокатори протонної помпи (ДМ - А):

- ☐ омепразол (ланзопразол, пантопразол):
- ☐ Первинно – в/в болюсно 80 мг,
- ☐ Потім – 7-12 мг/кг/год на протязі доби.

Дефицит ОЦК, %	15-24%	25-35%	Свыше 35%
Восполнение дефицита	1 : 1 (100%)	1 : 1,5 (до 150%)	1 : 2 (до 200%)
Состав инфузии	Кристаллоиды и коллоиды	Кристаллоиды коллоиды и эр.масса	Кристаллоиды коллоиды и эр.масса
Соотношение инфузионных сред	3 : 1	3 : 1 : 1	3 : 1 : 2

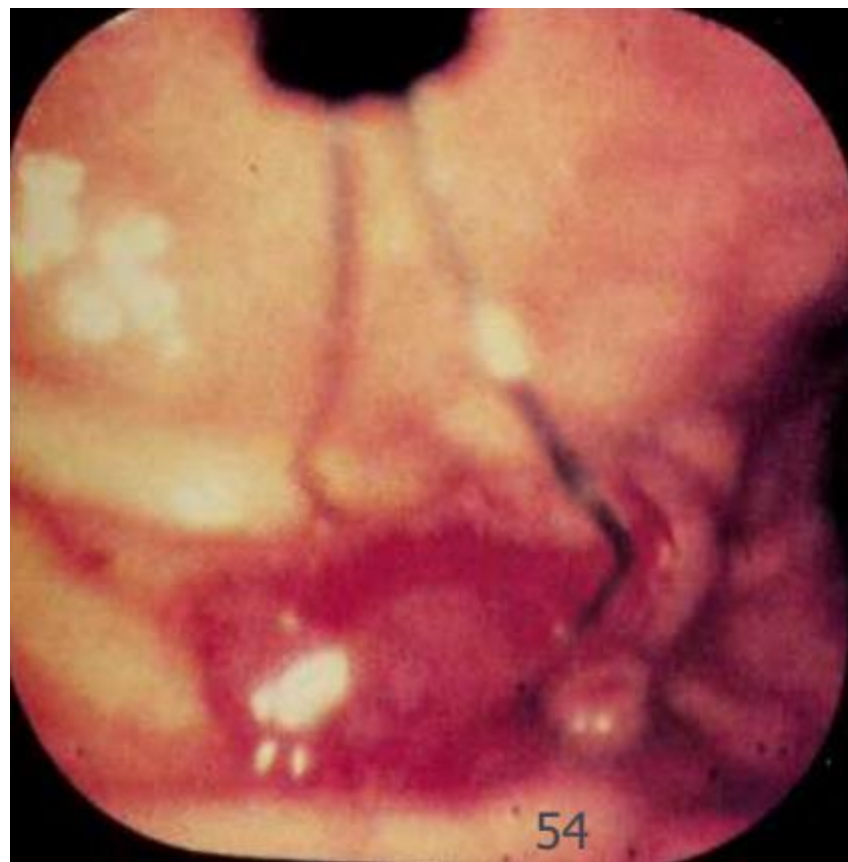
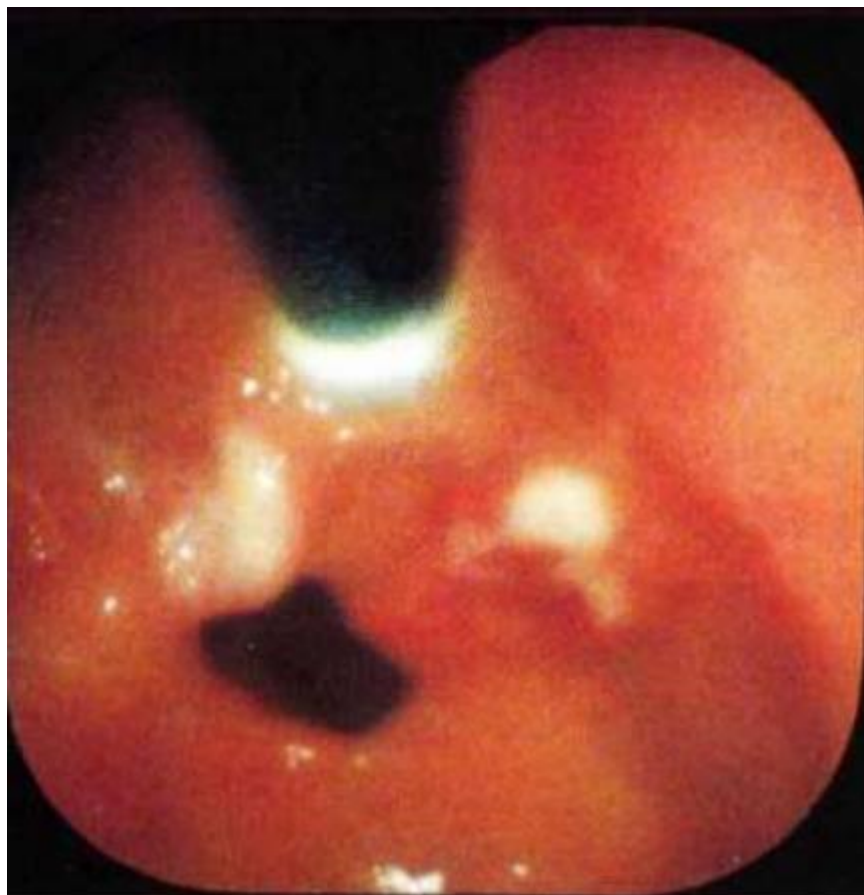
Гемотрансфузія в структурі терапії крововтрати

Показання:

1. продовжуюча кровотеча при гіпотензії менше 80 mm Hg.
2. Вміст Hb на фоні гемодилуції нижче 60 г/л при стабільному гемостазі і нижче 80г/л при нестабільному гемостазі

Методи лікувальної ендоскопії при гастродуоденальних кровотечах

- моноактивна діатермокоагуляція,
- ін'єкції абсолютного етанолу,
- аргонплазмова коагуляція.
- Ефективність – 70-75%



Хірургічна тактика при гострих гастродуоденальних кровотечах

Абсолютні покази до операції:

- ☐ 1) продовжуюча профузна кровотеча,
- ☐ 2) рецидив кровотечі після її зупинки,
- ☐ 3) сполучення кровотечі і перфорації.
- ☐ Паліативні втручання:
- ☐ Прошивання кровоточивої судини у виразці,
- ☐ Висічення виразки, виведення її з просвіту ШКТ.
- ☐ Радикальні втручання:
- ☐ Висічення виразки, виведення її з просвіту ШКТ + ВТ,
- ☐ Резекція шлунка.

СЛАВА УКРАЇНІ!

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

risovach.ru