**Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК**

Хирургическому лечению подлежат, в основном, осложнения язвенной болезни: перфорация, кровотечение, пенетрация, перерождение в рак и рубцовая деформация желудка, чаще всего в виде стеноза привратника. Осложнения наблюдаются примерно у 30% всех больных ЯБ. Различают абсолютные, условно-абсолютные (требующие определенных условий для выполнения) и относительные показания к операции.

К абсолютным показаниям относятся перфорация, раковое перерождение и стеноз привратника. К условно-абсолютным – кровотечение и пенетрация. Относительным показанием является безуспешность консервативного лечения (2-х летнего, 2-х кратного пребывание на курорте, 3 месяца больничного листа в год).

Практически, по данным профессора Гордона (институт питания) где условия лечения язвенных больных оптимальные, в хирургическом лечении нуждались около 30% больных, а если учесть, что часть больных была выписана с минимальным улучшением, то он возрастает до 40%. Консервативному лечению подлежат лишь неосложненные язвы. По частоте инвалидизации ЯБ занимает 2-ое место после сердечно-сосудистых заболеваний (Кузин).

**Анатомо – физиологические сведения**

В желудке различают 3 отдела: I/ кардиальный, прилегающий к пищеводу с дном, 2/- тело – средний отдел, 3/ пилороантральный отдел. Кровоснабжение богатое – из всех 3-х ветвей чревной артерии: I/ левая желудочная – от чревного ствола в желудочно-поджелу-дочной связке 2/ правая желудочная – от собственной печеночной артерии 3/ левая желудочно-сальниковая – от селезеночной, 4/ правая желудочно-сальниковая – от желудочно-двенадцатиперстной, 5/ короткие артерии – от селезеночной.

Иннервация – блуждающие нервы и чревное сплетение. Физиология: I/ Двигательная функция – перистальтика, приводящая к порционной эвакуации в 12-ти перстную кишку пищевых масс, зависит от нервного воздействия блуждающих нервов, механического – объема и характера пищи, физического – воздействие соляной кислоты, гормонального – энтерогастрин и др. II/ Секреторная функция (по Павлову)- 2 периода: 1. внепищевой- базальная секреция (при отсутствии раздражения) 2. пищевой, стимулируемый: а/ неврогенная фаза – условно-рефлекторная, длится первые полчаса, выделяется желудочный сок с большим содержанием соляной кислоты и слизи – воздействие через блуждающие нервы (ваготомия ее снижает), б/ гормональная – под воз действием гастрина, вырабатываемого слизистой оболочной антрального отдела (резекция выключает 2-ую фазу), в/ кишечная фаза – длится относительно недолго; при этом выделяется около 10% желудочного сока.

**Виды оперативных вмешательств**

I. ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ – соустье между желудком и тощей кишкой, впервые выполнена в 1881 г. в клинике Бильрота а Вене. Теоретическое обоснование: I/ нейтрализует кислотность (снимает пептический фактор), 2/ улучшает опорожнение (снимает спазм привратника), 3/ создает покой язве (снимает механический фактор).

Положительные стороны – простота выполнения, легко переносится больными. Отрицательные стороны: 1/ язва остается, возможны все виды осложнения язв, 2/ не создается покоя при высоких язвах, 3/ часто осложняется пептическими язвами гастроэнтероанастомоза!!! По сборной статистике непосредственные результаты при ГЭА хорошие в 75 % случаев, отдаленные – плохие в 50 и более процентах случаев. Виды ГЭА (передний и задний, впереди- и позадиободочный, на длинной петле (с Брауновским анастомозом) и на короткой петле. Чаще всего применяется передний впереди-ободочный на длинной петле или задний, позадиободочный на короткой петле. В настоящее время показания к применению ГЭА ограничены.

II. РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА – удаление части (1/2, 2/3) желудка с язвой с последующим наложением анастомоза культи желудка с 12ти перстной или тощей кишкой. Впервые произведена французом Мерером на собаках еще в 1810 году, в связи с тем, что друг его был болен раком желудка. В прессе операция была запрещена, и названа иронически "грезами молодого Мерера" – этим она была отсрочена на 70 лет. На людях впервые произведена в 1879 году Пеаном при раке желудка, в связи о чем французами резекция желудка часто назы вается операцией Пеана. Больная погибла. С 1881 года резекция начала применяться в клинике Бильрота, где в последующем были разра ботаны обе её модификации – Бильрот-1 и Бильрот-II, но применялась крайне редко, т.к. давала большой процент летальности. При ЯБ резекция была впервые применена в конце 1881 года Ридигером, опубликовавшим работу "Первая резекция желудка при язвенной болезни"; в сноске от редакции ведущим хирургом Зауэрбрухом – "надо надеяться, что и последняя". В России пионером и энтузиастом резекции желудка был С.С. Юдин.

Теоретическое обоснование резекции:

Положительные факторы: I/ удаляется активная часть в смысле выработки желудочного сока – пилорический отдел (снимается пептический фактор – 2-ая фаза секреции, 2/ удаляется сама язва – источник патологической импульсации и возможных осложнений ЯБ, 3/ пересекаются нервные волокна, практи чески производится ваготомия, что улучшает трофику, разрывает "порочный круг", 4/анастомоз, накладываемый в условиях здоровых тканей при пониженной кислотности, не дает пептически язв.

Отрицательные стороны – техническая сложность, особенно при пенетрирующих язвах, тяжелей переносится больными, большая по сравнению с ГЭА летальность, в среднем 2-3% и в настоящее время. Отдаленные результаты хорошие в 92-95% случаях.

Виды резекции: I/ Бильрот-1, Билърот-2, Спасокукоцкого, модификация Сержанина. Резекция выключения (на выключение) – при низких дуоденальных, пенетрирующих язвах.

III. ВАГОТОМИЯ – пересечение блуждающих нервов с целью снять кислотность, уменьшить секрецию (1-ую фазу), начала применяться в 40-х годах, у нас – с 1946 года, особенно в период увлечения нервизмом. С.С. Юдин относился к ней отрицательно, называл эту операцию „шалость Бальзаковского возраста". В 1949 году на конференции в Ленинграде применение ее было признано нецелесообразным, однако в последующем за рубежом, а затем и у нас ее вновь начали применять в виде селективной, суперселективной, селективной проксимальной ваготомии в сочетании с дренирующими операциями – пилоропластикой, антрумэктомией или экономной резекцией. Энтузиастами этой операции были академик М.М. Кузин, В.С. Маят, Ю.М. Панцырев и др. Однако изучение отдаленных результатов показало что очень часто встречается после этой операции диарея, дисфагия, гастростаз, демпинг-синдром, а затем и рецидивы язв. Положительной стороной ваготомии является ее относительная безопасность, процент летальных исходов менее 1.

По мнению большинства хирургов в настоящее время резекция при ЯБ является операцией выбора, особенно при локализации язвы в желудке. При технических сложностях (при пенетрирующих язвах напр.) показано применение резекции на выключение. При высокой степени операционного риска при дуоденальных язвах с высокой кислотностью можно применять ваготомию (стволовую или СПВ)- "когда риск резекции превышает ожидаемый от нее эффект" – П.Н. Напалков).

Необходимо осторожно ставить показания к операции у молодых лиц (до 25 лет), при неосложненных язвах ДПК, ЯБ с невыявленной нишей "без язвы", особенно у неврастеников – именно у них чаще всего отмечаются плохие отдаленные результаты после операции. Подготовка к операции – на практических занятиях. Вид обезболивания – комбинированный наркоз с ИВЛ. Доступы – верхняя срединная лапаротомия. Кормление по Спасокукоцкому – в раннем послеоперационном периоде (в т.ч и во время операции), через назогастральный зонд.

**Послеоперационные осложнения**

I. Ранние 1) Кровотечения; а/ в просвет ЖК тракта – при недостаточном гемостазе из краев соустья или малой кривизны – проявляется кровавой рвотой, истечением крови на назогастральному зонду, дегтеобразным калом. Обычно поддаются консервативной терапии – промывания желудка азотнокислым серебром 1:3000, или аминокапроновой кислотой, эндоскопически – коагуляция, обкалывание, гемостатическая терапии, б/ в свободную брюшную полость – при соскальзывании или плохой перевязке сосудов желудочно – ободочной связки, малого и большого сальника при мобилизации желудка. Проявляется общими признаками кровотечения, перитонеальными симптомами, притуплением в боковых отделах живота. Необходима релапаротомия.

2). Недостаточность культи ДПК (главным образом при пенетрирующих язвах, послеоперационном панкреатите, у ослабленных больных) или швов анастомоза – картина перфорации, иногда стертая с последующим перитонитом и свищами. Необходима релапаротомия.

3). Послеоперационный панкреатит чаще – при пенетрирующих дуоденальных язвах, часто протекает со смазанной клинической картиной, может способствовать несостоятельности культи ДПК.

4). Недостаточность функции анастомоза (отек, инвагинация, ранняя спаечная непроходимость),

II. Поздние осложнения – болезни оперированного желудка.

Чаще развиваются у больных, оперированных без достаточных показаний или технических погрешностях во время операции. Наблюдаются как после резекции, так и после ваготомии.

I) Анастомозит с последующей недостаточностью анастомоза (рубцовой),

2) Рецидивы язвы и пептические язвы анастомоза: а/ при экономных резекциях, б/ оставлении слизистой анорального отдела (при резекциях выключения), в/ неполной ваготомии, г/ ульцерогенной аденоме (болезнь Золлингера-Эллисона), д/ снижении защитных свойств слизистой кишки (Петровский).

3) Синдром приводящей петли – при погрешностях в технике, спайках, часто – при дуоденостазах. Наблюдается чувство тяжести, рвота с желчью, при безуспешности консервативного лечения – реконструктивная операция.

4) Рак культи желудка – в результате снижения кислотности после резекции, частота возрастает через 15 и более лет после операции, необходимо диспансерное наблюдение.

5) Агастральная астения – после очень высоких резекций и гастрэктомий.

6) Демпинг-синдром – не только после резекции, но и после ваготомии, одинаково часто после резекции Б-1 и Б-2 – реакция на пищу, содержащую легкоусвояемые, высокомолекулярные жиры и углеводы, проявляется слабостью, потливостью, отмечается головная боль, головокружение, сердцебиение, чувство жара, дрожь, онемение конечностей, снижение артериального давления, тахикардия, иногда обморочное состояние. Могут быть боли в эпигастрии, понос. Основная причина – быстрое поступление непереваренной пищи в начальный отдел тонкой кишки – неадекватное раздражение ее рецепторов, перемещение внеклеточной жидкости в просвет кишки, перерастяжение ее стенок, нарушение переваривания и всасывания и многообразные вегетативные расстройства. Наблюдается чаще у больных с психоневрологическими и вегетативными расстройствами, у женщин, по мнению Ю.М. Полоус (докторская диссертация), представляет собой симптомокомплекс врожденного генеза.

Лечение . В легких случаях – ограничение сахара, сладостей, высокомолекулярных жиров, б/ пища богатая белками, низкомолекулярными жирами, в/ иногда грубая пища, мясо, рыба, овощи – подбирать индивидуально, г/ питание регулярное, небольшими порциями, в сухомятку, иногда лежа, бинтуя живот, д/ новокаин, анестезин, атропин, пипольфен, резерпин, инсулин, е/ переливание крови, ее компонентов, белковых препаратов, витамины, ж/ соляная кислота, желудочный сок; ферментативные препараты, з/ санаторно-курортное лечение. В тяжелых случаях – операция гастроеюнодуоденопластика – не всегда дает достаточно хороший эффект.

Осложнения после ваготомии – в 8-20% отмечается диарея, дисфагия, гастростаз. При язваж желудка – у 25% больных в отдаленные сроки – рецидив язв. (Кузин, 1985 г.). У лиц до 30 лет – рецидивы язв в течение 10 лет – у 32,2% больных, З0-50 лет – у 12,6%, более 50 лет – только у 1,7%. После СПВ – рецидивы у 9,6% (Панцырев, 1988 г.)

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>