



Волгоградский государственный
медицинский университет



Кафедра госпитальной хирургии

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

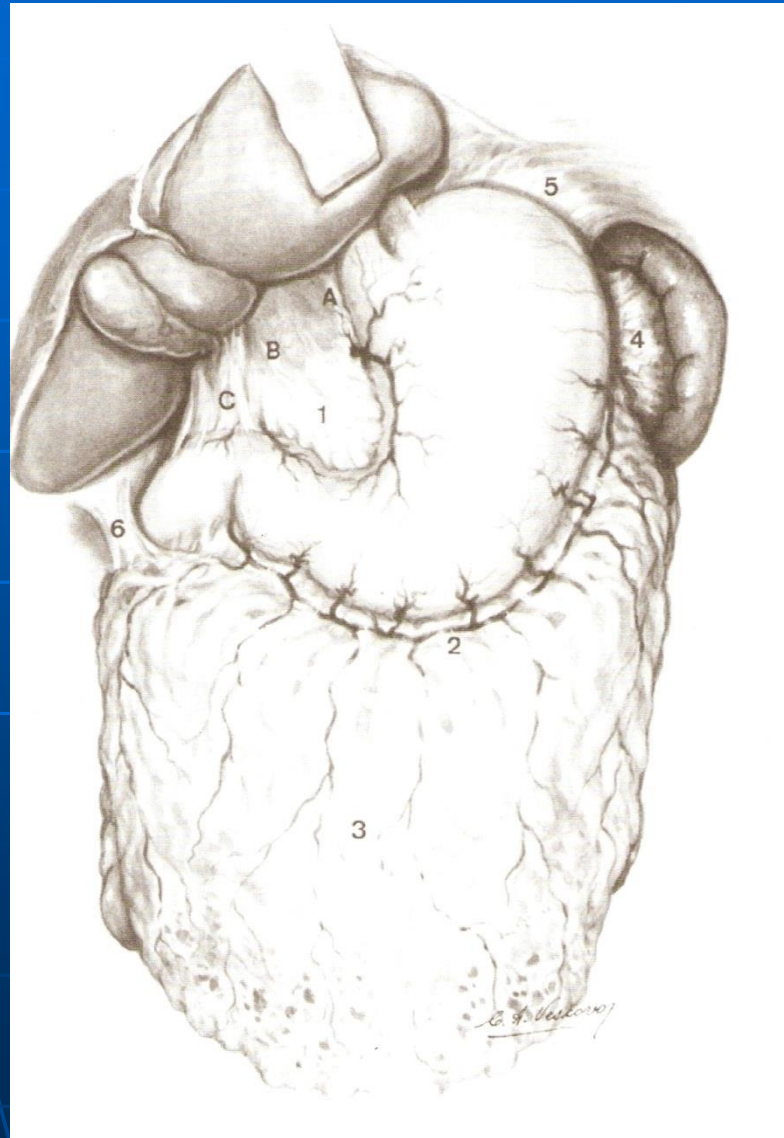
Профессор Гольбрайх В.А.

У части больных (10 – 40%), перенесших операции на желудке, развиваются **новые болезненные состояния**, связанные с декомпенсацией пищеварения, или – **операция не достигает своей цели** или основное заболевание рецидивировует.

Отсюда и термин – « болезни оперированного желудка»

- УМНОЖАЯ СВОИ ЗНАНИЯ, МЫ
УМНОЖАЕМ СВОИ ПРОБЛЕМЫ

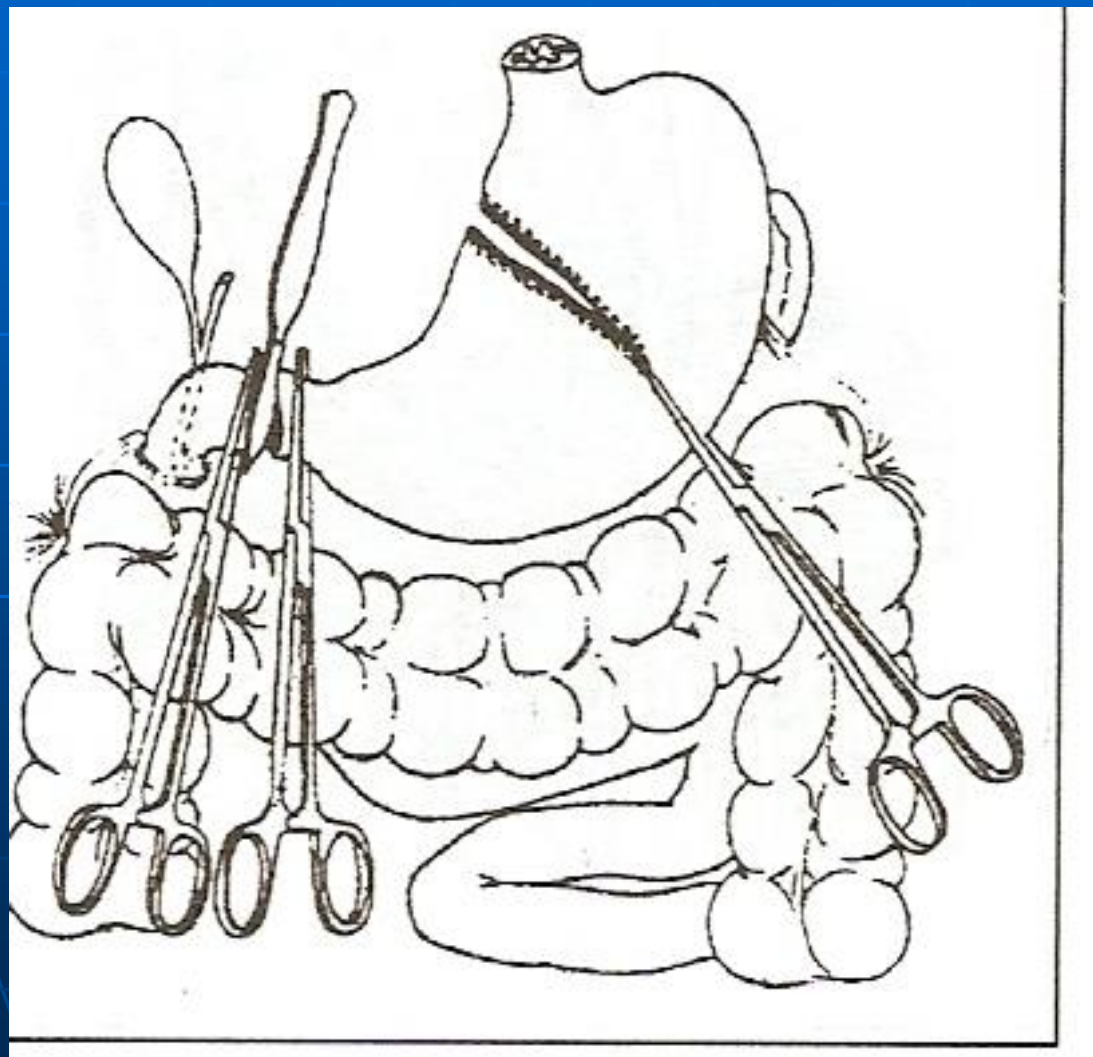
АНАТОМИЯ ЖЕЛУДКА



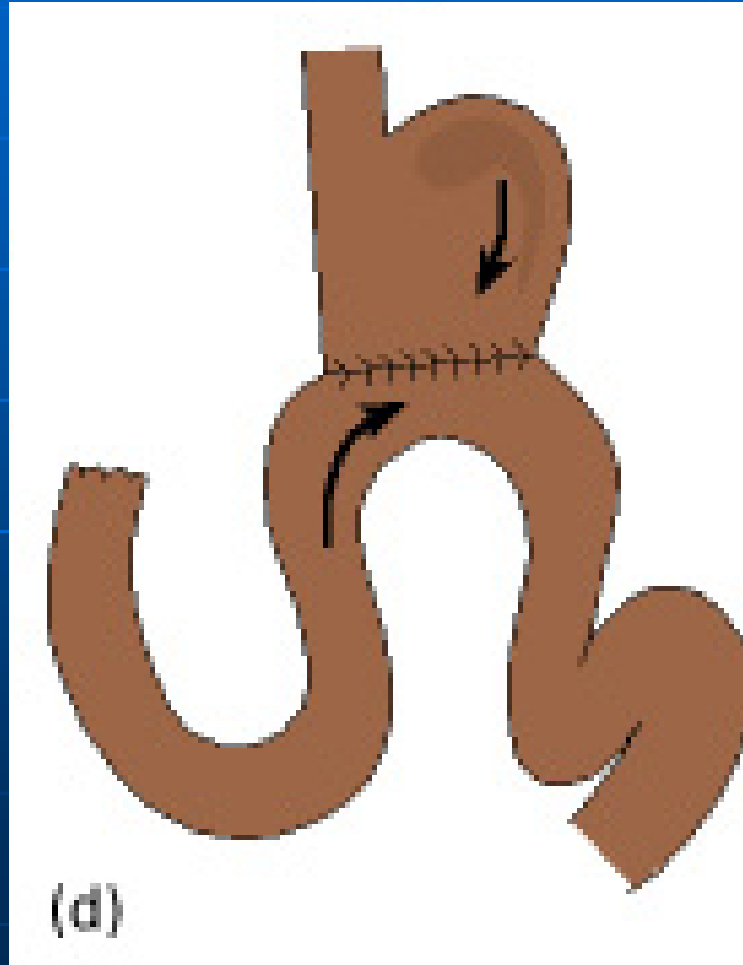
Три типа операций на желудке

- 1.. Гастроэнтероанастомоз
- 2. Резекция желудка или гастрэктомия.
- 3. Различные виды ваготомии

СХЕМА РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА



Резекция желудка по Бильрот II

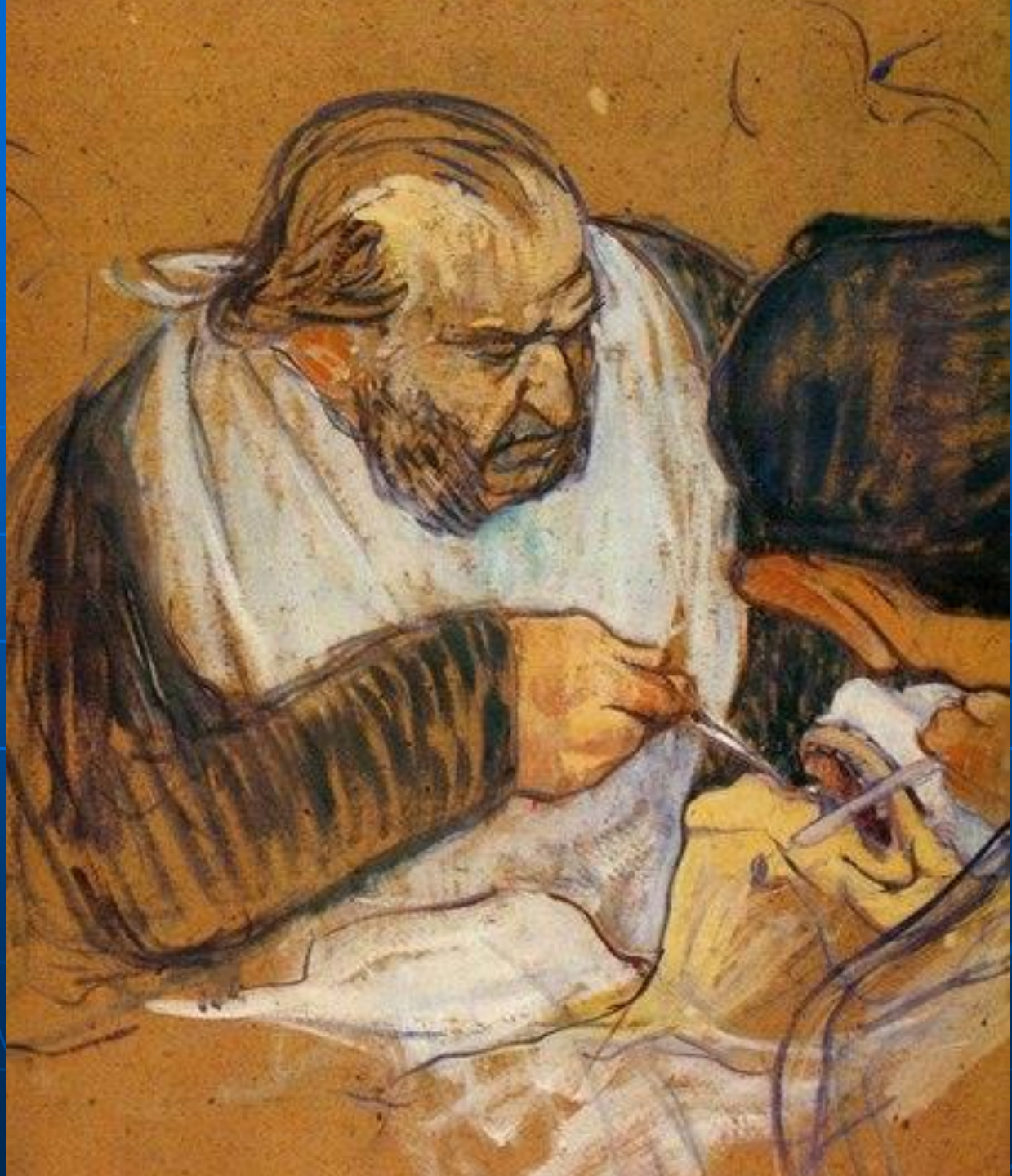


История развития желудочной хирургии

- 1810 – Меррет – эксперименты на собаках (резекция антрального отдела)
- 1842 – Басов. Доклад «Замечания об искусственном пути в желудок животных»
- 1879 – французский хирург Реан – первая резекция желудка

История развития желудочной хирургии

- 1880 – Ридегер (Польша) – резекция антрального отдела (больной умер через 12 часов)
- 20 января 1880 – Т. Бильрот – первая успешная резекция желудка.
- В России в 1881 г. первая резекция желудка выполнена в Санкт-Петербурге М.К. Китаевским.



История учения о ваготомии

- 1. 1814г. – Brodri впервые отметил влияние ваготомии на секреторную функцию желудка.
- 2. 1890 г. – Павловым и Шумовой-Симановской доказана роль блуждающих нервов в регуляции желудочной секреции.
- 3. 1912 г. – Bicher и Latarjet впервые стали применять ваготомию при ЯБДК

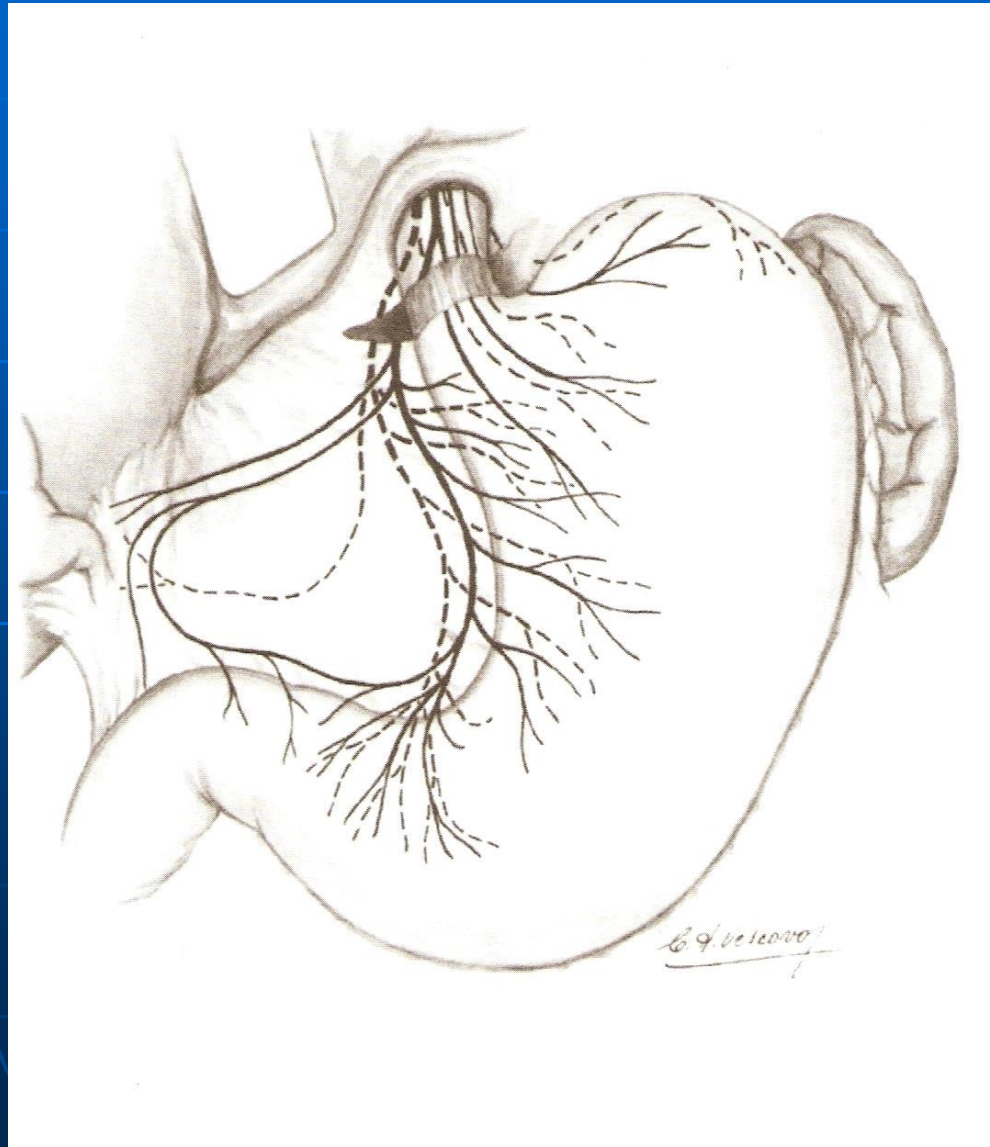
История учения о ваготомии

- Они же начали применять при ваготомии дренирующую операцию – гастроэнтероанастомоз.
- 4. Dragstedt (1942 – 1952) – клинико-физиологическое обоснование ваготомии и тщательная разработка техники операции.
- 5. У нас в стране – А.Н.Бакулев

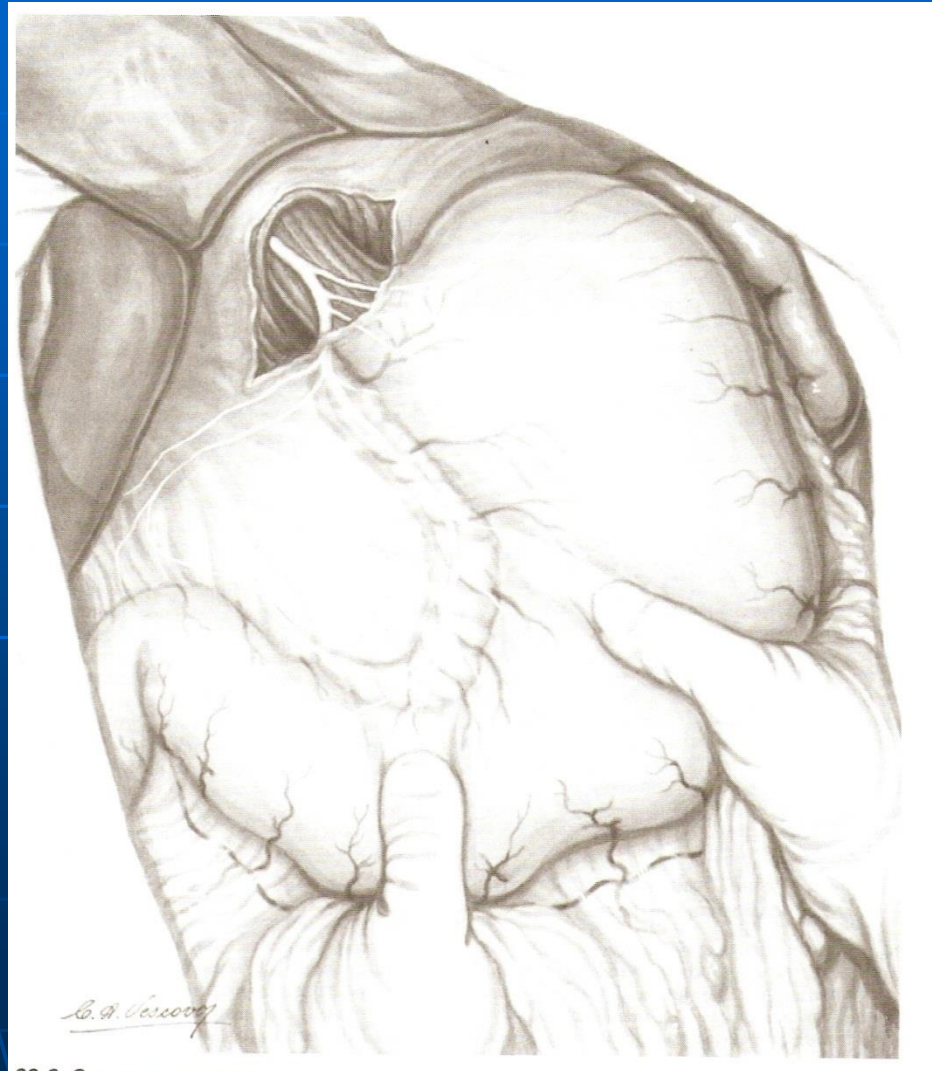
ВИДЫ ВАГОТОМИИ

- 1. Стволовая ваготомия – денервация желудка, тонкой кишки, желчного пузыря, подж. железы.
- 2. Селективная желудочная-изолированная денервация желудка.
- 3. СПВ –частичная денервация верхних отделов желудка с сохранением нерва Латарже

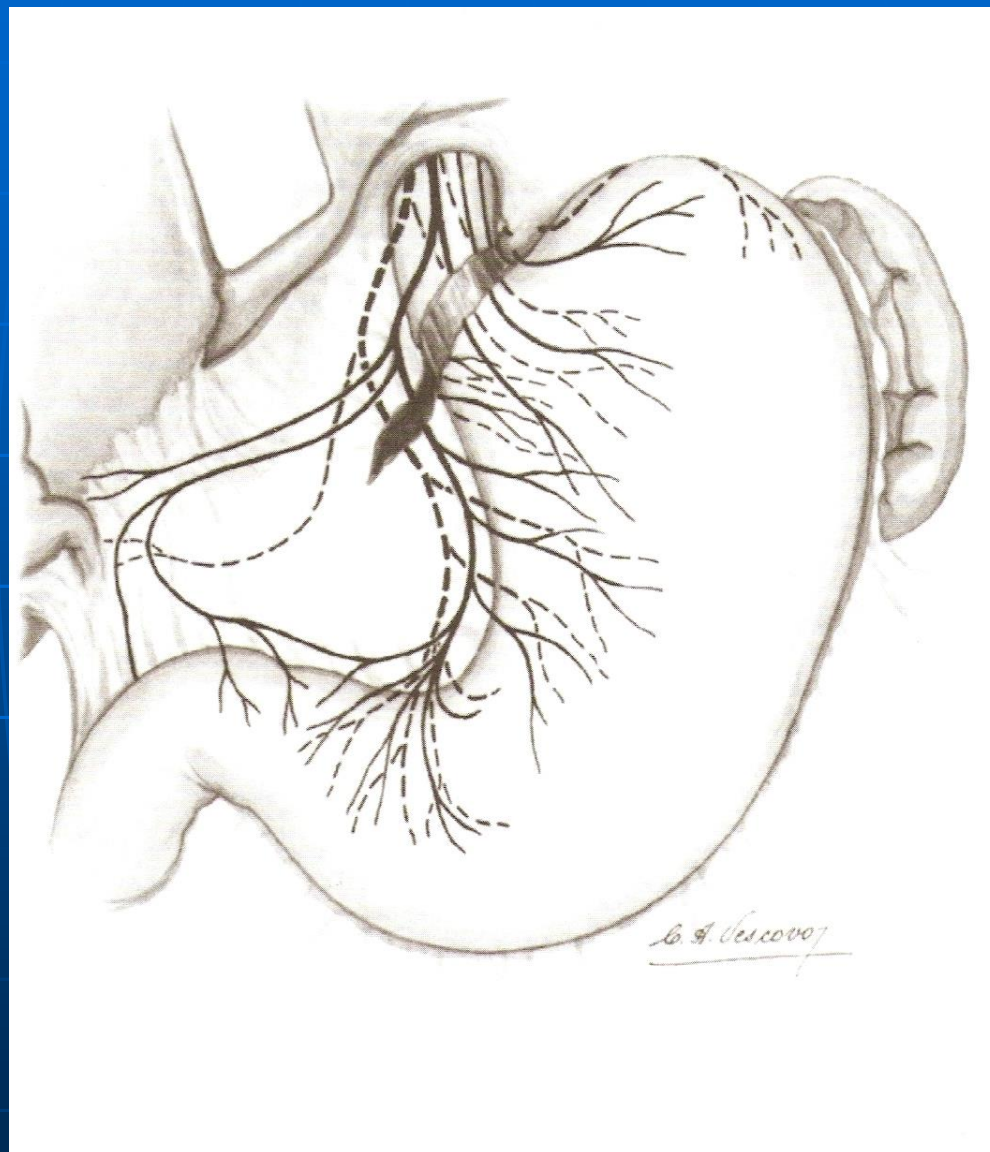
АНАТОМИЯ n.vagus



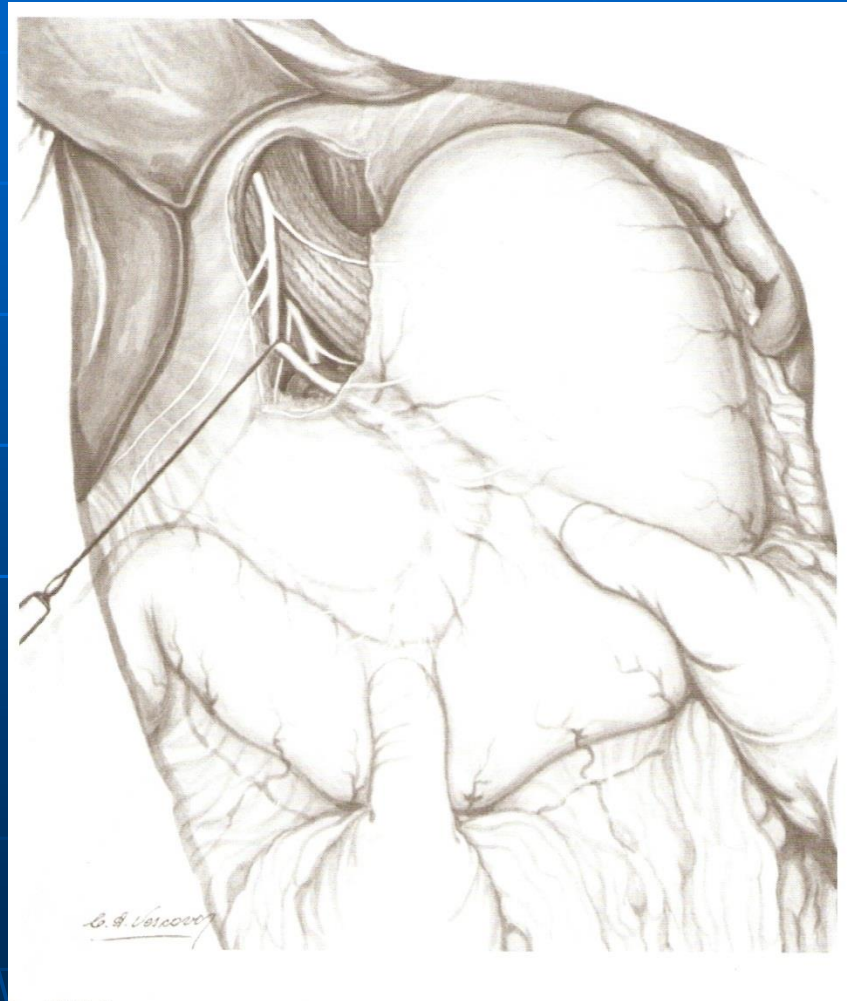
СТВОЛОВАЯ ВАГОТОМИЯ



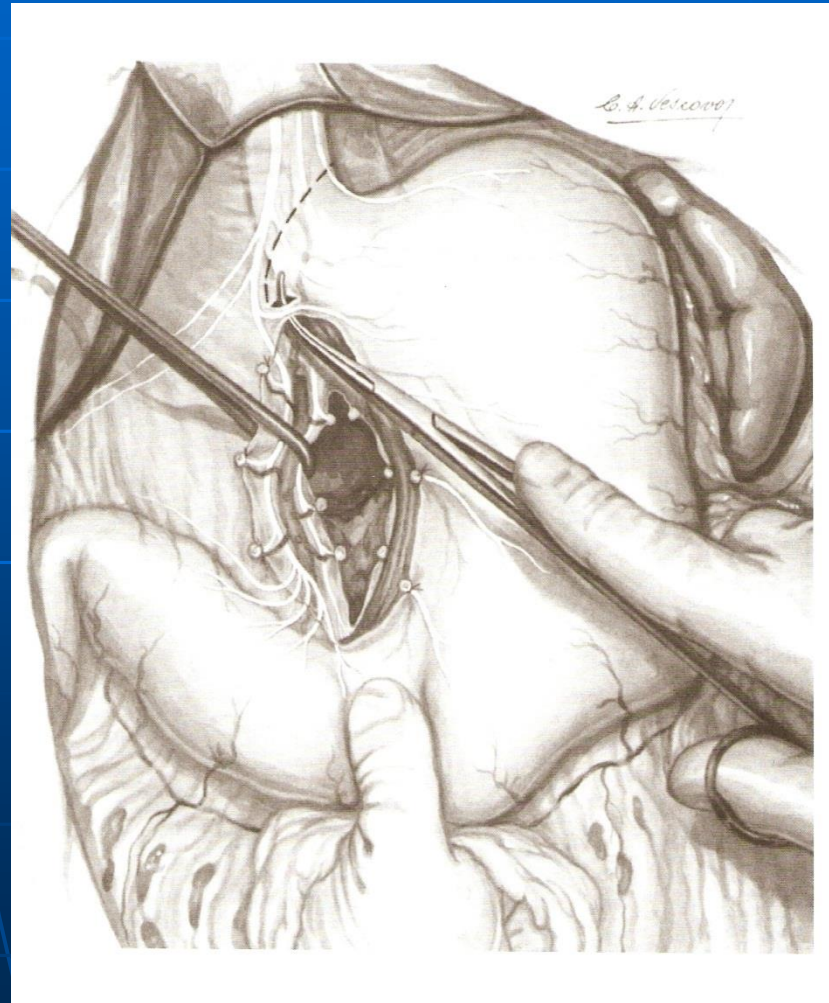
СЕЛЕКТИВНАЯ ВАГОТОМИЯ



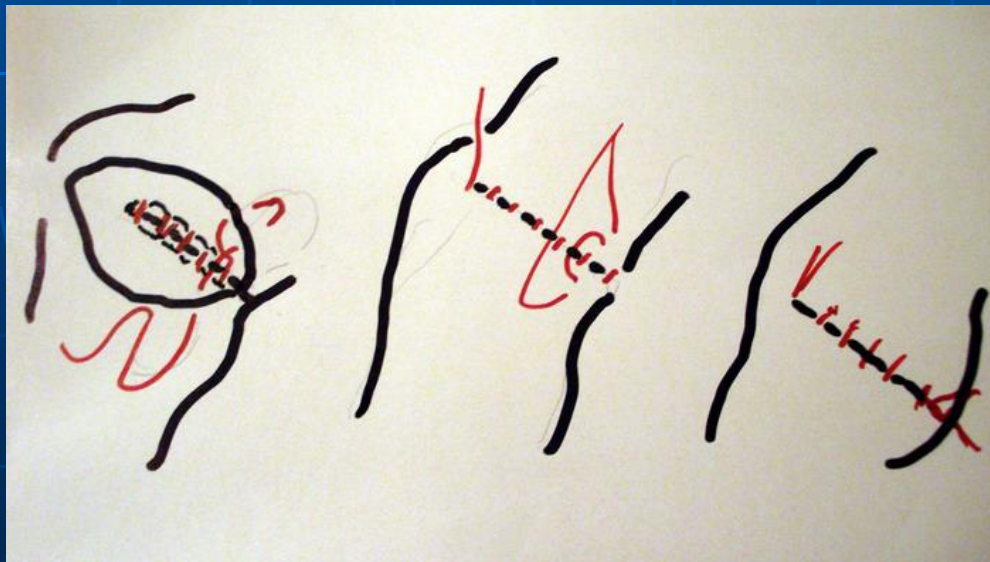
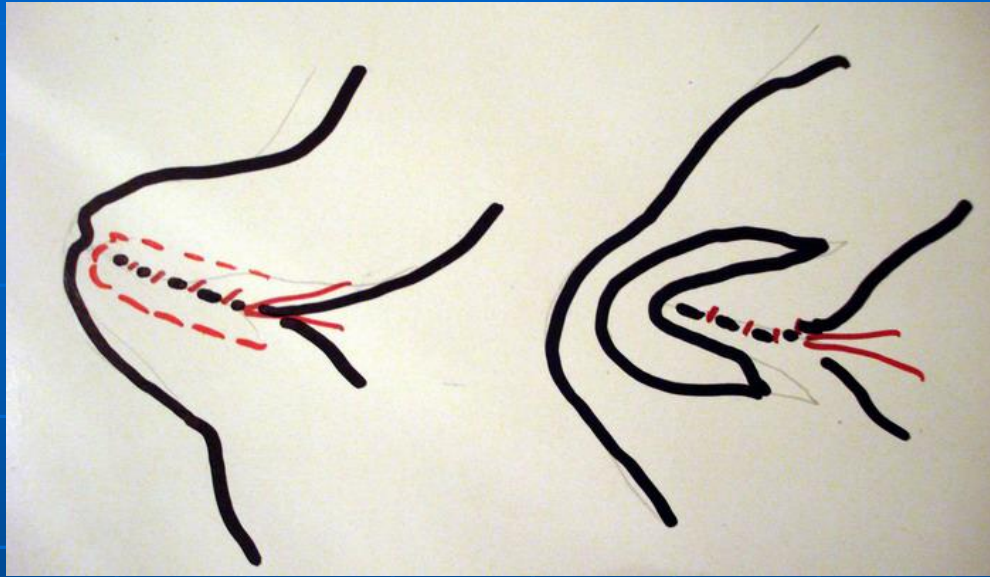
ПРОКСИМАЛЬНАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ ВАГОТОМИЯ



ПРОКСИМАЛЬНАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ ВАГОТОМИЯ



ПИЛОРОДУОДЕНОПЛАСТИКА ПО ФИННЕЮ



**В последние годы
большинство хирургов
болезни оперированного
желудка разделяют на 3
группы: 1) органические,
2) функциональные и 3)
смешанные**

К **1-ой группе** относятся такие заболевания, которые имеют **четкий анатомический** ,

рецидивная язва культи желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром приводящей петли механической природы, и другие значительно реже встречающиеся патологические состояния.

2-ая группа болезней оперированного желудка связана с тем, что **желудочно-кишечный тракт** не может в полной мере **адаптироваться** к отсутствию значительной части желудка или к нарушению пассажа пищи по пищеварительному тракту.

Эта группа включает в себя демпинг–синдром, синдром приводящей петли функциональной природы, поздний гипогликемический синдром, синдром «малого» желудка, алиментарную дистрофию, гипохромную анемию и ряд других более редких патологических состояний.

3-я смешанная группа
представляет собой
сочетание различных
болезней оперированного
желудка.

I. Органические

- 1. Пептическая болезнь желудка оперированного желудка.**
- 2. Рак культи желудка.**
- 3. Рубцовое сужение гастро-энтероанастомоза.**
- 4. Желудочно-кишечные, желудочно-билиарные.**
- 5. Синдром приводящей петли.**
- 6. Осложнения вследствие нарушений методики операций.**

II. Функциональные

- 1. Демпинг-синдром.**
- 2. Гипо-гипергликемический синдром.**
- 3. Энтерогенный синдром.**
- 4. Функциональный синдром приводящей петли.**
- 5. Постгастрорезекционная анемия.**
- 6. Постгастрорезекционная астения.**
- 7. Диарея.**
- 9. Дисфагия.**

Демпинг–синдром

Под этим термином в настоящее время принято понимать расстройства, появляющиеся в течение первых **1-2 часов** после еды и характеризующиеся **общей слабостью, потливостью, головокружением, сердцебиением.**

Демпинг–синдром **наиболее**
часто встречающееся
функциональное
расстройство после
операций на желудке.

В легкой степени демпинг – синдром возникает у **20%** пациентов, в **средней степени** – у **9%** и в **тяжелой форме** – у **1%** больных и может развиваться в самые различные сроки после операции.

Патогенез демпинг–синдрома сложен и до конца не выяснен.

Наиболее обоснованными в настоящее время считаются **осмотическая и нейролефлекторная теории** развития демпинг–синдрома.

Сущность этих взглядов на механизм происхождения демпинг–синдрома состоит в том, что у больных после резекции желудка отсутствует **запирательная функция пилорической мышцы.**

Поэтому гиперосмолярные растворы поступают в начальный отдел тощей кишки в очень короткое время, что приводит к перераздражению различных интерорецепторов и к дискоординации вазомоторных реакций.

Все это является
отдельными звеньями
патогенеза демпинг–
синдрома, формирующими
его клиническую картину.

Диагноз демпинг–синдрома
устанавливается **клинически**
на основании **типичных**
симптомов.

Вазомоторные

- слабость
- усталость
- головокружение
- головная боль
- чувство жара
- шум в ушах
- потливость
- сердцебиение
- одышка
- обморочное состояние

Гастроинтестинальные

- чувство переполнения желудка
- эпигастральный дискомфорт
- тошнота
- рвота
- вздутие живота
- понос

Лечение демпинг-синдрома

- 1. Консервативное лечение (при легкой и средней степени): а) диета – механически щадящая, высокое содержание белков, нормальное содержание жиров, значительное ограничение углеводов, б) прием пищи 5-6 раз в день, в) санаторно-курортное лечение.

**Частые приемы пищи в
небольших количествах,
богатой белками и жирами,
но бедной углеводами,
понижают внутрипросветное
осмотическое давление и
уменьшают проявления
демпинг-синдрома без
ущерба для питания.**

Этим больным рекомендуется
избегать приема жидкости во
время еды.

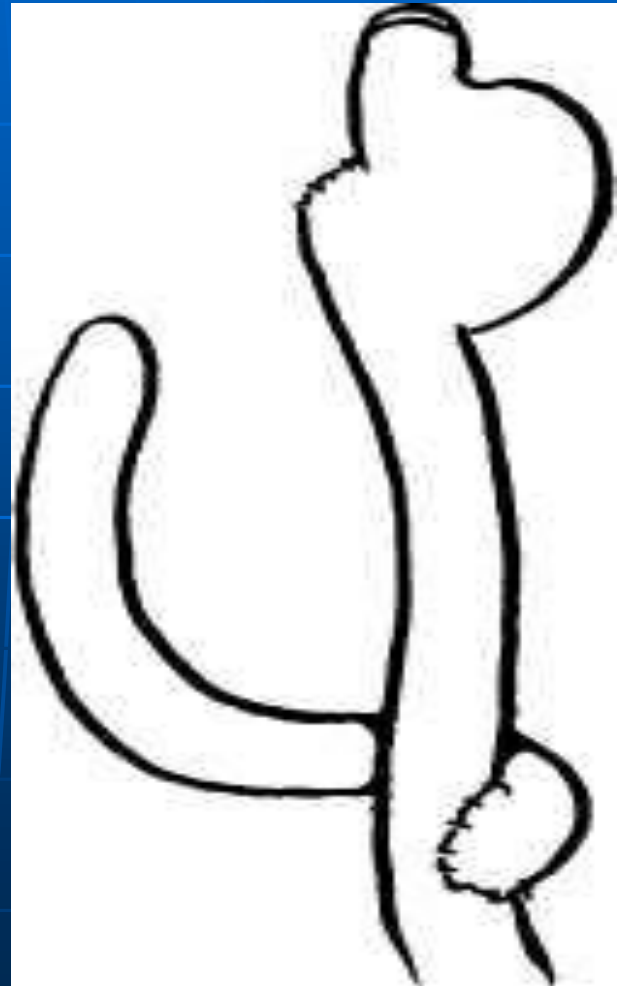
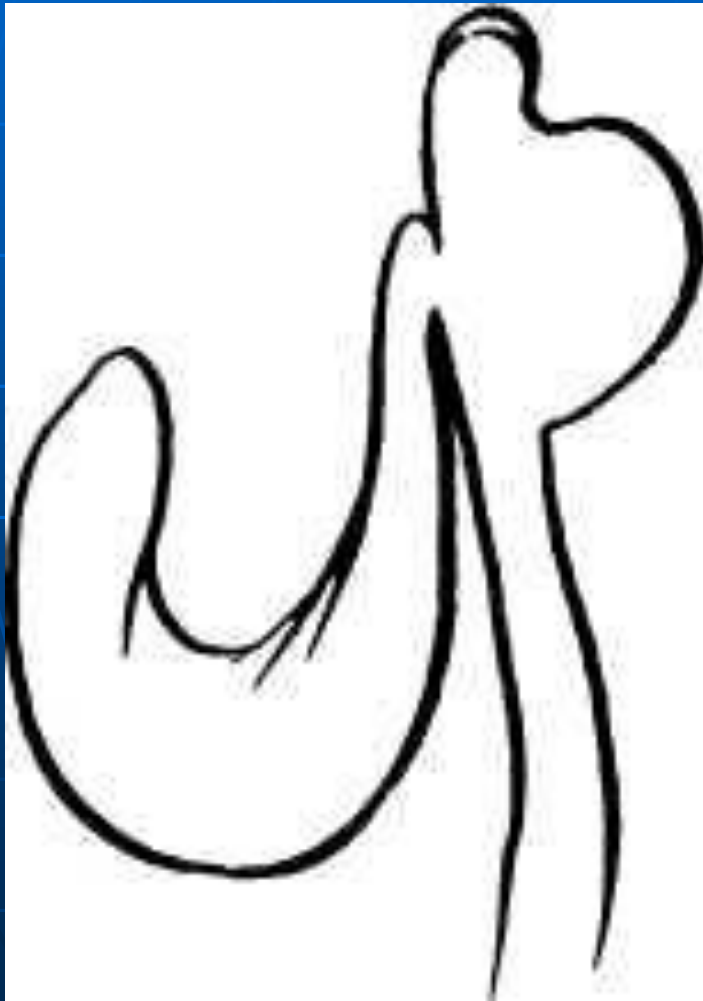
При появлении после еды
признаков демпинг – синдрома
следует принять
горизонтальное положение на
1 час.

Лечение больных с демпинг
– синдромом нередко
представляет большие
трудности. Большинство
пациентов с легкой и средней
степенью тяжести
заболевания могут успешно
лечиться подбором диеты.

Хирургическое лечение ДС

- Показания- тяжелая форма ДС и нарушение трудоспособности.
- Варианты операций: -
реконструкция БІІ в БІ,-
уменьшение просвета
гастроуденоанастомоза до 1,8 –
до 2 см, - в случае сочетания с
синдромом приводящей петли
перевод в анастомоз по РУ

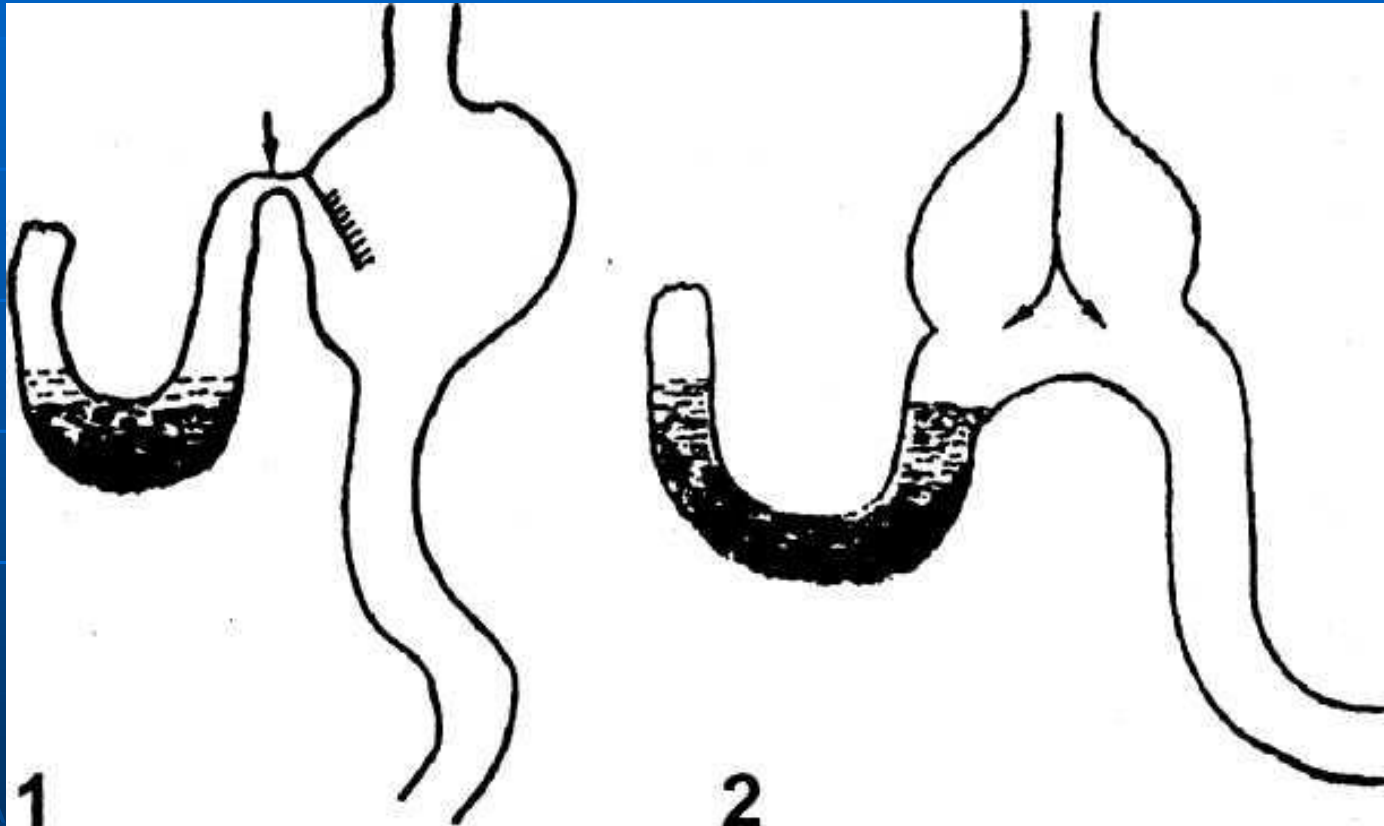
Y-образный анастомоз по Ру



СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

- Является специфическим осложнением резекции желудка по Бильрот 2, проявляется нарушением функции 12-ой кишки, тошнотой ,рвотой.

Синдром приводящей петли.



- 1 — причина **механической** природы;
2 — причина **функциональной** природы.

СПП

- Клиническая картина бывает бурной – нарастающая боль в правом подреберье и эпигастрии, тошнота, рвота. В ряде случаев из-за гипертензии в 12-ой кишке, развивается панкреатит и желтуха.

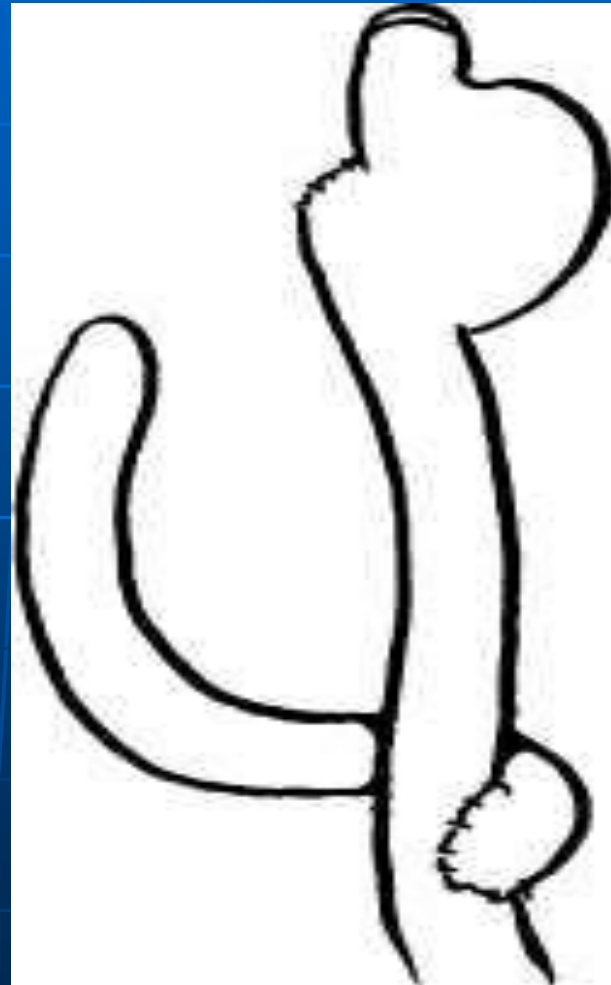
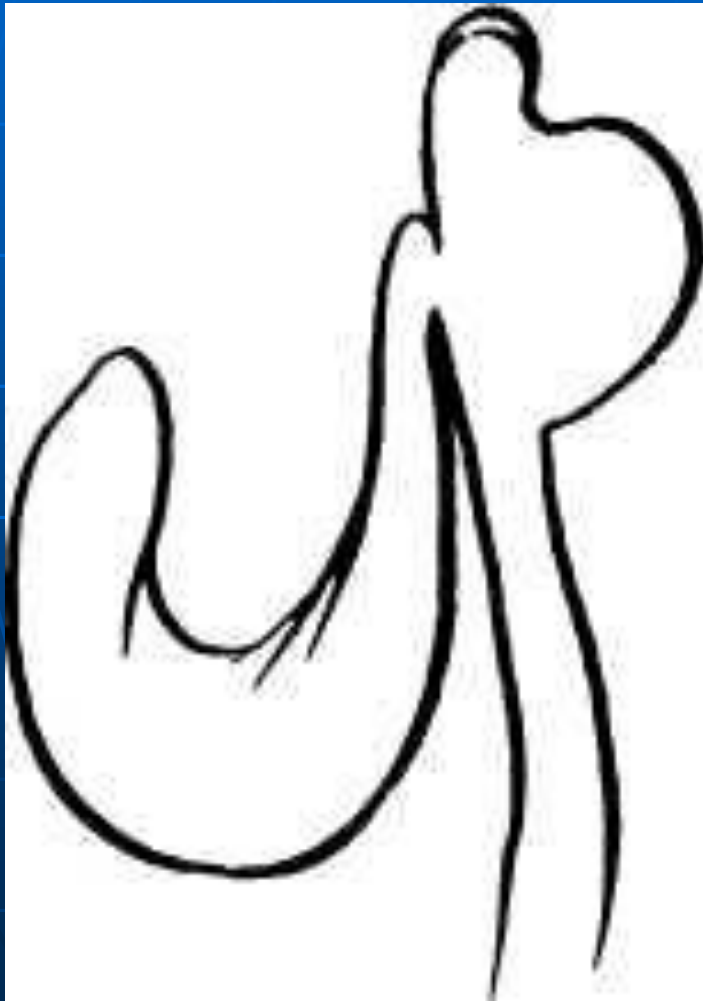
СПП

- Лечение острого синдрома СПП только хирургическое. Во время экстренной лапаротомии устраняется механическое препятствие, рассекаются спайки, расправляется заворот и т.д.

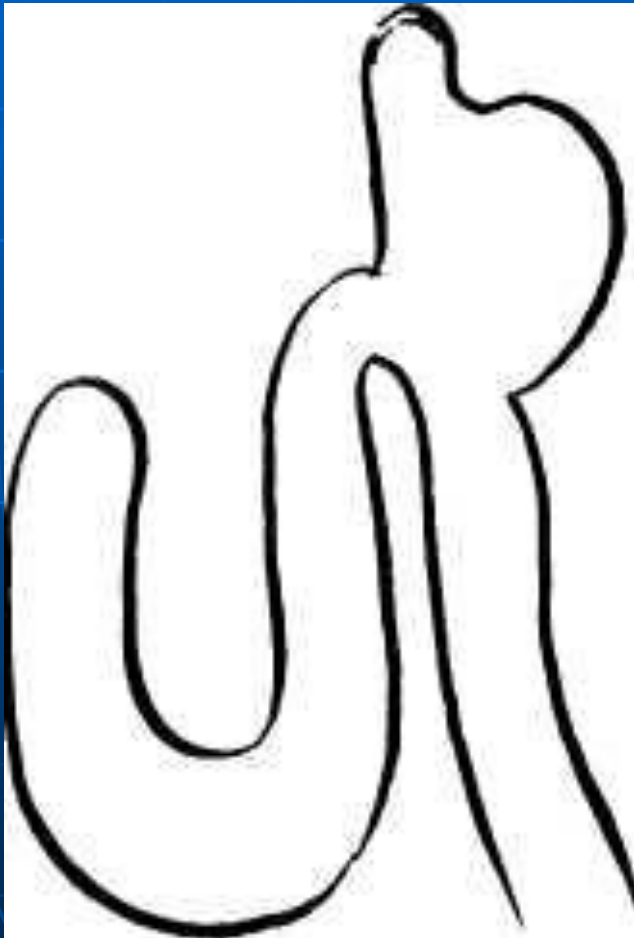
СПП

- Консервативное лечение СПП тяжелой степени, как правило, нуждается в реконструктивной операции на желудке, сущность которой сводится к облегчению эвакуации содержимого из приводящей петли.

Y-образный анастомоз по Ру



Дуоденоеюностомия по Брауну



Пептические язвы желудочно–кишечных соустий

**Установлены четыре
основные причины
сохранения
кислотопродукции в культуре
желудка:**

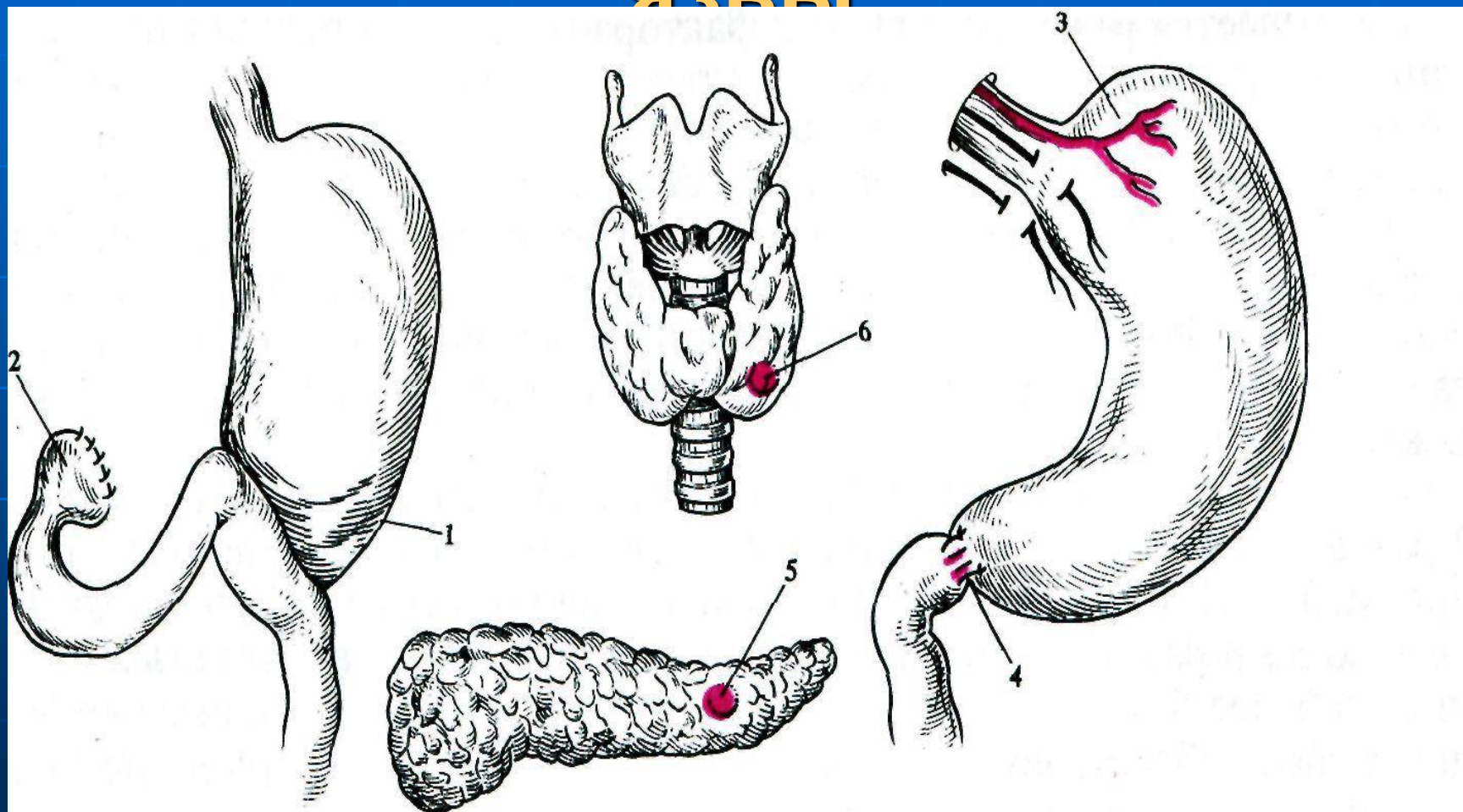
**1. Экономная резекция
(менее 2/3) без ваготомии с
сохранением
кислотопродуцирующей
зоны.**

2. Оставление части антральной слизистой оболочки на культе 12-перстной кишке при резекции желудка по Бильрот II.

3. Гипертонус блуждающих нервов и неполная ваготомия.

**4. Эндокринные опухоли
поджелудочной железы
(синдром Цоллингера –
Эллисона) и
надпочечников.**

Причины рецидива пептической язвы



При наличии современных методов исследования (эндоскопический, рентгенологический, определение желудочной, в том числе ночной секреции, клинические проявления заболевания, резекция желудка в анамнезе и др.) практически во всех случаях распознается **пептическая язва желудка–кишечного соустья.**

Пептическая язва анастомоза



К первой группе относятся язвы, развивающиеся на почве эндокринных опухолей и в результате оставления участка антрального отдела желудка вместе со слизистой оболочкой у 12 – перстной кишки.

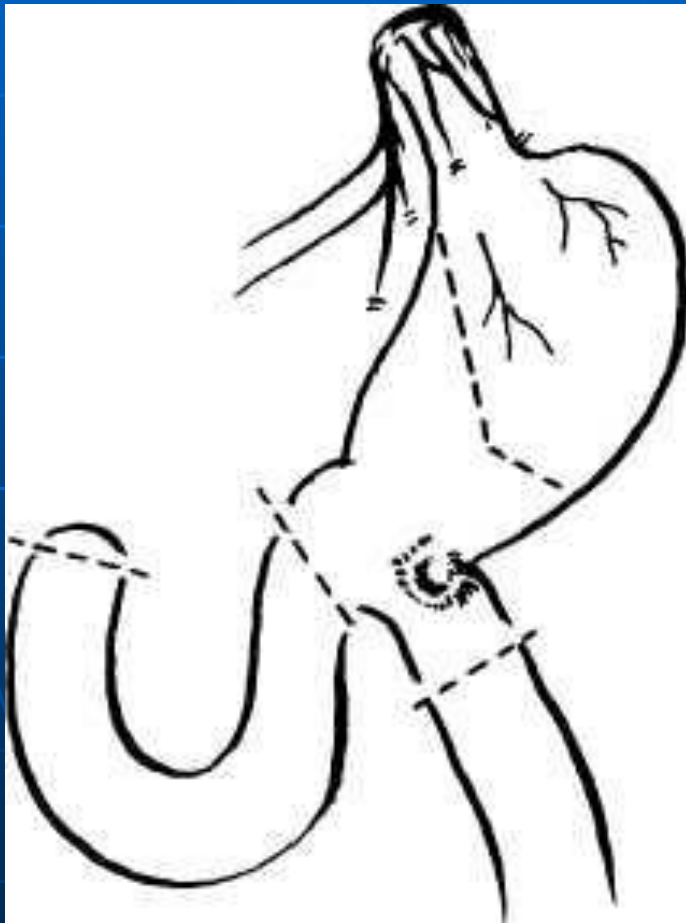
Характерно раннее образование после резекции желудка, частыми осложнениями в виде кровотечения и перфорации, больших воспалительных инфильтратов в области язвы и чрезвычайно высокая кислотность желудочного сока.

**Вторую разновидность
пептических язв составляют
язвы, происхождение
которых связано с
недостаточной по объему
резекции и повышенной
ирритацией блуждающего
нерва.**

В настоящее время с появлением блокаторов гистаминовых H₂ – рецепторов (фамотидин и др.), мускариновых M₁ – рецепторов (гастроцепин), а также ИПП – блокаторов протонной помпы , пленкообразующих препаратов (вентер, де-нол) и цитопротекторов (синтетические простагландины) положение коренным образом улучшилось.

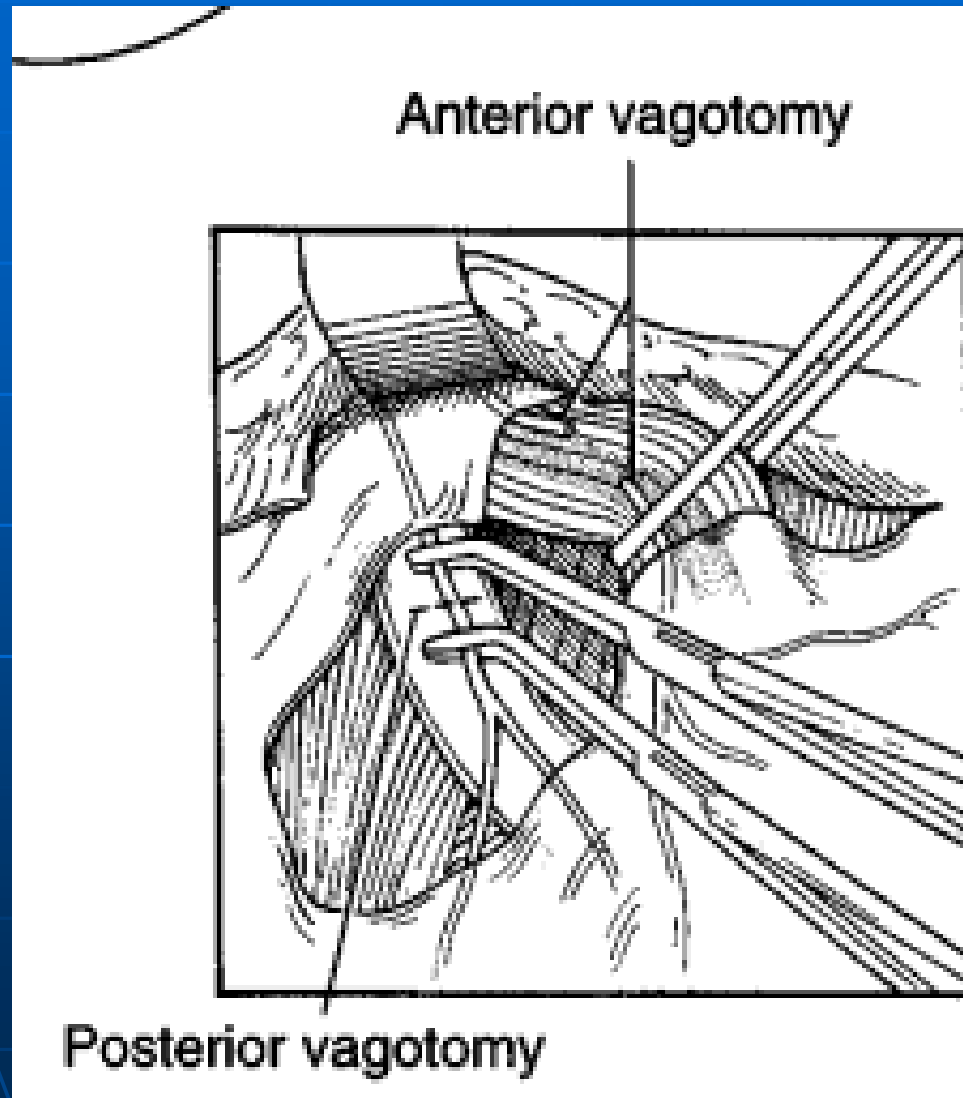
**Больные с
осложненными
пострезекционными
пептическими язвами, не
поддающимися или не
подлежащими
консервативной терапии,
подвергаются
хирургическому
лечению.**

Реконструкция гастроэнтероанастомоза



При пептических язвах, вызванных недостаточной по объему резекцией желудка, повышенной возбудимостью ядер блуждающего нерва, наиболее обоснованной является **стволовая ваготомия.**

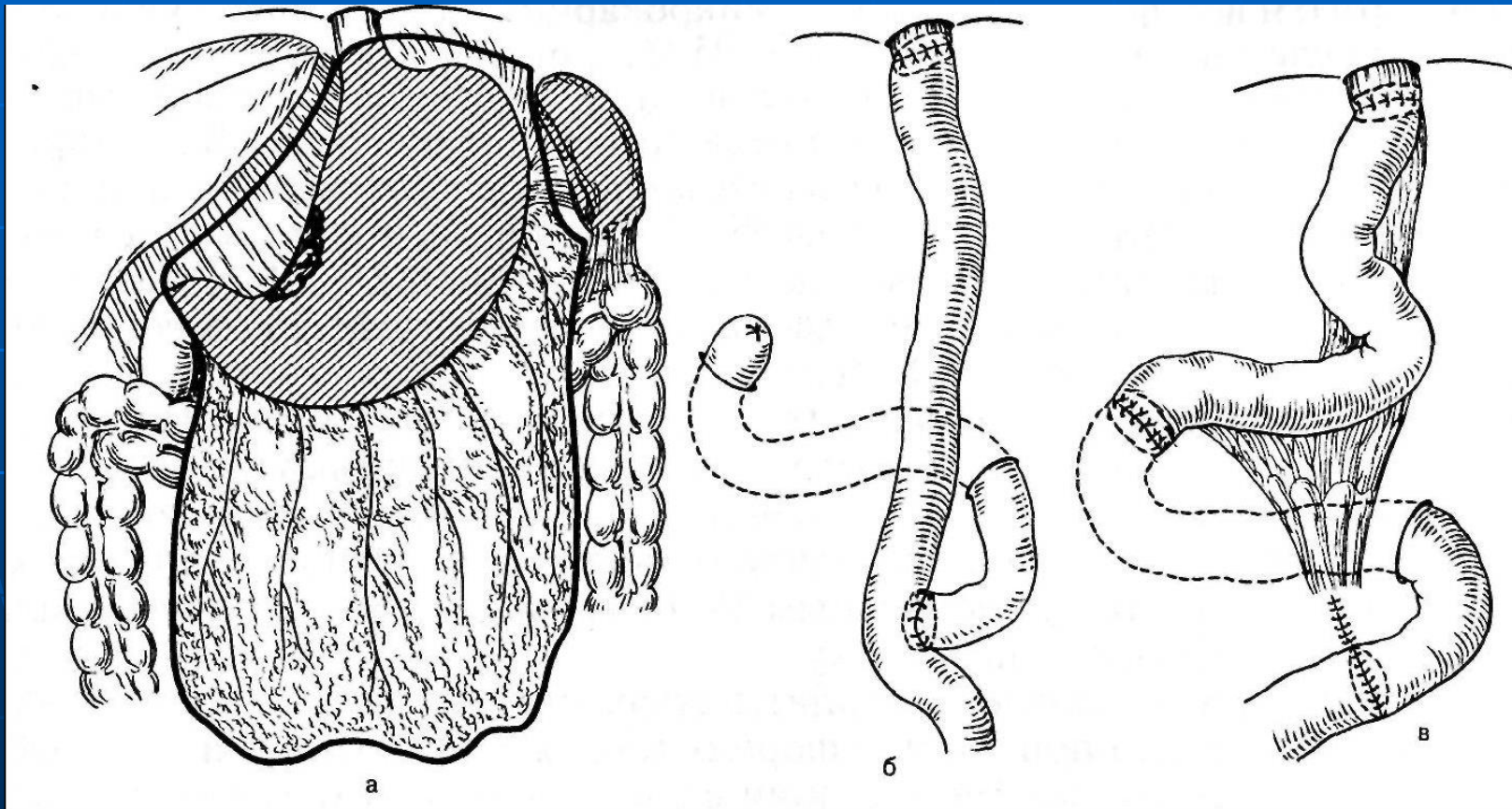
Стволовая ваготомия



Диагностика и лечение эндокринных пептических язв

- С- м Золлингера-Эллисона: УЗИ, КТ брюшной полости, исследование гастрина крови.
- Лечение при верифицированной гастриноме – гастрэктомия.

Гастрэктомия



ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

- 1. Рецидив язвы (от 8 до 11% больных).
- 2. Демпинг – синдром.
- 3. Диарея.
- 4. Желудочный стаз.
- 5. Дисфагия.
- 6. Нарушения моторной функции желчного пузыря и холелитиаз.

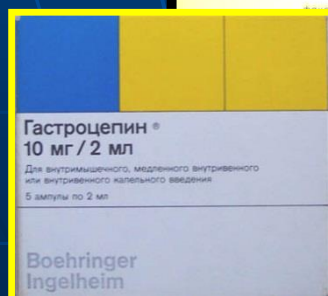
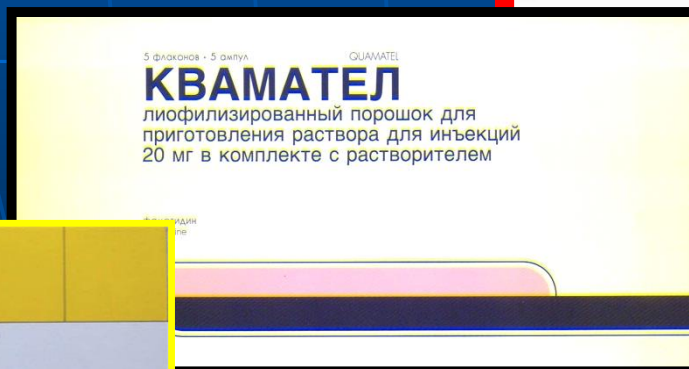
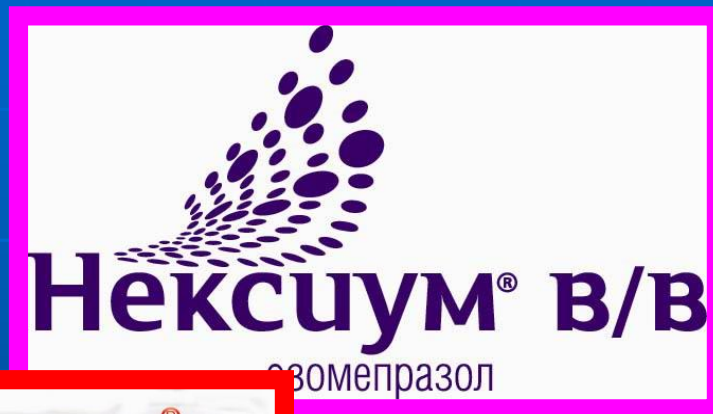
ПРИЧИНА РЕЦИДИВА ЯЗВЫ

- 1. Неполное пересечение желудочных ветвей блуждающего нерва.
- 2. Нарушение эвакуации желудочного содержимого, что связано с нарушением моторной функции желудка.

Лечение Р.Я.

- Как правило весь комплекс современной противоязвенной терапии. Показания к операции – р.я. в сочетании с эвакуаторными нарушениями из желудка. Тип операции – реваготомия, пилороантрумэктомия с у-образным анастомозом по Ру.

Эволюция антисекреторной терапии



Демпинг-синдром после ваготомии

- Развивается намного реже, чем после обычной резекции желудка. Общеизвестно, что чем больше объем резецируемой части желудка, тем больше частота и тяжесть демпинг-синдрома. Он развивается у больных после ваготомии в сочетании с экономной резекцией, либо дренирующих операций

Диарея после ваготомии

- 1. Легкая форма – жидкий стул периодически, после приема определенных пищевых продуктов.
- 2. Средней тяжести – жидкий стул от двух раз в неделю до 5 раз в сутки.
- 3. Тяжелая – стул более 5 раз в сутки, прогрессирующее ухудшение состояния больного.

Причины постваготомической диареи

- 1. Желудочный стаз и ахлоргидрия способствуют ферментации пищевых масс в желудке, развитию бактериальной флоры. Прохождение инфицированных пищевых масс по тонкой кишке вызывает диарею.

Причины постваготомической диареи

- 2. Денервация поджелудочной железы, желчных путей и тонкой кишки, что приводит к нарушению этих органов, нарушается концентрация и абсорбция желчных солей, особенно после стволовой ваготомии, которые действуют раздражающе на кишечник.

Лечение диареи

- Ганглиоблокаторы – бензогексоний, диколин, кватерон. Оказывают стимулирующее влияние на моторику ваготомированного желудка. Лоперамид – нормализует перистальтику тонкой кишки.

КОНЕЦ.