

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

К осложнениям язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки относятся:

1. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. Перфоративная (прободная) язва желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Стеноз (сужение) привратника.
4. Пенетрация (прорастание в соседние органы).
5. Малигнизация (перерождение в рак).

В конце XIX столетия язвой малой кривизны чаще страдали молодые женщины, а к концу XX в. уже больше стали страдать язвой двенадцатиперстной кишки молодые мужчины.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Встречается в 15–20%, чаще малой кривизны и задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. Является серьезным осложнением, наблюдается до 10% смертности.

Причиной является аррозия (разрушение) стенок крупных сосудов.

Клиника: зависит от степени кровотечения. При скрытых кровотечениях может особенно ничем не проявиться, но при массивных кровотечениях наблюдаются все симптомы кровотечения вплоть до коллапса. **Общие симптомы** кровотечения — субъективные и объективные признаки кровотечения.

Основные **местные** признаки: рвота типа «кофейной гущи» (при легочном кровотечении кровь выделяется с кашлем и кровь алая и пенистая) и дегтеобразный стул (мелена появляется через 12–24 ч, если массивное кровотечение, тогда мелена может появиться раньше). **Анализы:** анализ крови — в первые часы заболевания Нв может повышаться, так как наступает сгущение крови, а затем снижается. Истинная картина крови будет через 2–3 дня. Нт и ОЦК снижаются. Реакция Грегерсена (кал на скрытую кровь) положительная.

Живот без особенностей (этим отличается от внутрибрюшного кровотечения). Боли, если были до кровотечения, то после кровотечения проходят, так как кровяной сгусток закрывает язвенную нишу, и желудочный сок на язву не попадает и не раздражает ее.

Может отмечаться пигментация в эпигастральной области, так как больные прикладывают грелки во время боли. Помогает поставить диагноз: язвенный анамнез, экстренная ФГДС.

Но могут быть и другие причины кровотечения из верхнего отдела ЖКТ:

1. Пептические язвы анастомоза.
2. Острые язвы ЖКТ.
3. Неязвенные кровотечения:
 - варикозное расширение вен пищевода — цирроз печени (на животе «голова медузы», увеличенная печень, геморроидальные узлы);
 - ущемленные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
 - болезнь Мэллори — Вейсс (надрывы слизистой оболочки желудка);
 - эрозивные геморрагические гастриты;
 - химические ожоги;
 - распадающиеся опухоли ЖКТ;

- инородные тела ЖКТ;
- болезнь Верльгофа и Шенлейна — Геноха;
- лейкозы.

Неотложная помощь:

1. Создать больному покой. Уложить с приподнятым ножным концом.
2. Психологический покой — суеты и беготни его близких не нужно. Всех удалить, кроме тех, кто может помочь.
3. Запретить прием пищи и жидкости.
4. Если состояние больного тяжелое, вводят в/в солевые растворы, аминокaproновую кислоту. Можно химические гемостатики, повышающие свертываемость крови, кроме препаратов Ca, считают, что последние усиливают желудочное кровотечение.
5. Если нет рвоты, можно дать глотать кусочки льда, на 100 мл воды или на аминокaproновой кислоте развести 4 мл адреналина или эфедрина и дать выпить. Можно развести фибрин и дать выпить.
6. Холод на эпигастрий.
7. Учитывая, что причин желудочно-кишечных кровотечений много, медсестра не должна терять время на уточнение причины, она должна быстро доставить больного на носилках в стационар.

При кровотечении АД снижается, сосуды спадаются, образуется тромб, и кровотечение может остановиться.

Лечение:

Если больной поступает с профузным желудочно-кишечным кровотечением, его сразу оперируют. Если больной поступает в удовлетворительном состоянии, и кровотечение остановилось, назначают консервативное лечение:

- постельный режим;
- катетеризируют центральную вену — вводят биологические и химические гемостатики, повышающие свертываемость крови;
- холод — на эпигастрий;
- кусочки льда глотать, промывание ледяной водой, аминокaproновую кислоту (100–150 мл) можно через зонд ввести в желудок, или дать пить по 1 ст. л. каждые 15 мин;
- назогастральный зонд — промыть желудок до чистых вод, если остановилось кровотечение. Если продолжается кровотечение, тогда будет выделяться свежая кровь;
- катетеризация мочевого пузыря, измерять почасовой диурез;
- наложить манжету от тонометра — постоянный контроль АД;
- каждый час проводить исследование крови — Нв, Нт, эритроциты;
- сердечные, сосудистые, дыхательные средства;
- ликвидация ацидоза — раствор соды 4% в/в — 200 мл;
- восстановление микроциркуляции: трентал 5–15 мл на 250 мл физраствора хлорида натрия;
- производят ФГДС, можно при этом произвести коагуляцию кровоточащего сосуда, возможна лазерная коагуляция;
- зонд Сенгстакена — Блэкмора — при пищеводном кровотечении.

Если кровотечение возобновляется в стационаре, больных оперируют.

Цель операции — окончательный гемостаз.

Послеоперационный период:

- больного помещают в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии;

- постельный режим 4–5 дней, учитывая состояние больного и степень кровопотери;
- инфузионная терапия — 1 сутки — 3–4 л жидкости, к 5 дню до 1,5–2 л (плазма, протеин, альбумин, аль-везин, по 200–400 мл, трентал, глюкоза, раствор Рингера — Локка, витамины С, В);
- анализ крови, мочи (биохимия, ОЦК, ЦВД);
- антибиотики;
- питание в зависимости от состояния больного и какая операция была сделана.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Причины:

Встречается у 15% больных. Чаще на передней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, но может в области задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Чаще (60–70%) встречается прободение двенадцатиперстной кишки. Чаще в 20–40 лет у мужчин (смертность — после проведенной операции в первые 6 ч — 0–4%; через 12–24 ч — 20–30%).

Прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является тяжелым осложнением, где своевременная ди-агностика и то, как быстро больные попадут к хирургу на операционный стол, имеет решающее значение для исхода заболевания, поэтому любой медработник, в том числе медсестра, должен хорошо знать клинику и неотложную помощь при прободении язвы.

Классификация:

1. Типичная перфорация:

- а) перфорация в свободную брюшную полость;
- б) прикрытая перфорация.

2. Атипичные перфорации:

- а) перфорация в малый сальник;
- б) перфорация в забрюшинное пространство.

Причины:

- обильная пища;
- тяжелая физическая работа;
- эмоциональные напряжения, но развиться может и без причин.

Они приводят к тому, что последняя оболочка (сероза) желудка и двенадцатиперстной кишки рвется и содержимое их поступает в свободную брюшную полость.

Клиника: протекает в 3 фазы.

I фаза — абдоминальный шок. Продолжительность этой фазы 6 ч.

У больного появляется сильная боль в эпигастральной области, потом распространяется на весь живот. Боль сравнивают с ударом ножа, поэтому и называют «кинжальной».

Некоторые хирурги сравнивают эту боль с зубной болью, как будто 100 зубов вместе болят. У больного из-за этой боли развивается абдоминальный шок.

Боль появляется внезапно, больной обхватывает живот руками и застывает на месте, некоторое время он не может двигаться.

- Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом;
- боль иррадирует в надплечье;
- выражение лица страдальческое, испуганное;

- пульс в этой фазе редкий (симптом Бергмана), вагусный, так как содержимое желудка раздражает блуждающий нерв;
- АД снижается;
- рвота бывает в этой фазе редко, однократно;
- язык влажный;
- температура норма или ниже нормы;
- анализ крови в первые часы может быть в норме.

Живот для перфорации очень характерен: у больных развивается в этой фазе асептический перитонит, так как брюшина раздражается желудочным содержимым.

- **Живот при осмотре** втянут — ладьевидный, в акте дыхания не участвует, у худых больных виден рисунок прямых мышц (сухожильные перемычки) из-за напряжения мышц живота;
- **при пальпации** — резко напряжен (доскообразный живот) и болезнен;
- симптом Щеткина — Блюмберга положительный;
- внизу живота **перкуторно** — тупой звук (желудочное содержимое скапливается внизу);
- **перкуторно** — печеночная тупость отсутствует (газ над печенью);
- **при выслушивании** — перистальтика кишечника ослаблена,
- **на рентгенографии** — «серп» — свободный газ под диафрагмой. К сожалению, он бывает только в 75–85% случаев.

II фаза — «много благополучия», продолжительность до 12 ч. Больной занимает вынужденное положение (лежит на правом боку или на спине с приведенными ногами к животу), привыкает к боли, так как соляная кислота разбавляется выпотом, боль уменьшается. Больному кажется, что состояние улучшается, поэтому он отказывается от операции. Медработники должны его убедить в необходимости операции, так как на самом деле состояние больного ухудшается, потому что развивается в этой фазе септический перитонит. В связи с этим нарастает интоксикация:

- повышается температура — 39–40°С,
- учащается пульс;
- нарастает лейкоцитоз;
- может быть лицо Гиппократова и симптом «ножниц»;
- слабость, адинамия, снижен аппетит, жажда.

Живот:

- появляется вздутие живота, так как развивается паралитическая кишечная непроходимость;
- живот щадит в акте дыхания;
- напряжение мышц остается, но меньше выражено;
- симптом Щеткина — Блюмберга положительный;
- печеночная тупость отсутствует, внизу живота тупость — выпота еще больше;
- при аускультации — перистальтика отсутствует — «гробовая тишина»;
- исследование прямой кишки — резкая боль и нависание слизистой, у женщин «крик» заднего свода;
- на рентгенографии — «серп».

III фаза — **разлитого перитонита**. Наступает через 12 ч и длится 12 ч и более. Если в начале легко поставить диагноз, то в этой фазе очень трудно.

Нарастает еще больше интоксикация, общее состояние больных крайне тяжелое. Многократная рвота. Температура или понижена, или 38–40°С, АД низкое, коллапс.

Лицо Гиппократовое, кожные покровы сухие, дыхание частое, поверхностное. Язык сухой, высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, Нв повышается, так как сгущение крови, обезвоживание, снижается диурез.

Живот — выраженные симптомы разлитого перитонита. Вывести больного из этого состояния крайне тяжело.

ПРИКРЫТАЯ ПЕРФОРАЦИЯ

Перфорация происходит вначале в свободную брюшную полость, но через некоторое время отверстие прикрывается пленками фибрина, соседним органом — печенью, складкой слизистой оболочки желудка, сальником, кусочком пищи — и содержимое желудка больше не поступает в брюшную полость.

Клиника:

В начале заболевания появляются типичные признаки перфорации язвы в свободную брюшную полость, а затем острые явления стихают — боли могут пройти, живот становится мягким и безболезненным, но поставить диагноз помогает рентгенография — «серп» — свободный газ под диафрагмой.

Перфорация язвы задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки дают атипичную картину, при них боль не такая сильная, как при перфорации в свободную брюшную полость.

«Печеночная тупость» сохраняется, тупость отсутствует при перкуссии живота. Диагноз поставить очень трудно.

Первая помощь:

Не кормить, не поить, не обезболивать, не делать клизмы, не прикладывать к животу грелки — холод на живот и быстро госпитализировать, больной нуждается в экстренной операции.

Лечение.

Лечение оперативное, подготовка как экстренного больного.

Обезболивание — наркоз.

Доступ — верхнесрединная лапаротомия.

На операции чаще всего делают ушивание перфоративного отверстия и на ножке подводят сальник. Туалет брюшной полости.

За последние годы широко проводят иссечение язвы, если состояние больного позволяет, и делают дуоденопластику.

Иногда делают **резекцию желудка**, но для этого нужны следующие **показания**:

- время от перфорации не более 6 ч;
- язва должна быть старой, с омолодевшими краями (каллезная);
- больному должен быть старше 35 лет;
- хирург должен уметь делать резекцию желудка и иметь для этого необходимые инструменты;
- повторные прободения;
- прободение + кровотечение;
- множественные язвы.

Противопоказания для резекции:

- детский и юношеский возраст;
- «немые» (бессимптомные) язвы у молодых;
- старческий возраст при язвах двенадцатиперстной кишки;
- сопутствующие заболевания ССС;

- истощенные больные.

Послеоперационный период

Проблемы:

1. Больных помещают или в палату интенсивной терапии, или в реанимационное отделение в зависимости от операции и состояния больного.
2. Обезболивание (боль).
3. Назогастральный зонд, объяснить больному, для чего он нужен. Зонд из желудка удаляют на 2–3 день, если нет застойных явлений. На 3-й день очистительная клизма.
4. Антибактериальная терапия — антибиотики, метронидазол, диоксидин в/в.
5. Дезинтоксикационная терапия (см. солевые растворы).
6. Питание парентеральное, на 2–3 день стол 0, через 4–5 дней полужидкая диета — 1а ст., к концу 2-й недели 1 ст. (все зависит от состояния больного). Кормить 5–6 раз в день малыми порциями.
7. Положение Фаулера.
8. Следить за дренажами.
9. Лечебная и дыхательная гимнастика.
10. При гладком течении со 2–3 дня разрешают ходить.
11. Швы снимают на 9–10 день и через 18–21 день выписывают на амбулаторное наблюдение.
12. Реабилитация — долгосрочные проблемы — диета и физический режим 6–8 мес.

СТЕНОЗ (СУЖЕНИЕ) ПРИВРАТНИКА

Стеноз (сужение) привратника происходит вследствие рубцевания язвы; рубцы уменьшают выход из желудка в двенадцатиперстную кишку. Обычно у этих больных длительный язвенный анамнез, а некоторые из них перенесли перфорацию.

Процесс необратимый. Протекает в 3 фазы.

I фаза — компенсация — за счет усиленной перистальтики желудок справляется со своей работой, стенки желудка гипертрофируются, и содержимое желудка прогоняется в двенадцатиперстную кишку. Общее состояние больного страдает мало. Клиника от язвенной болезни почти ничем не отличается. В отличие от неосложненной язвенной болезни, у них появляется рвота редко с непереваренной пищей.

Отмечают тяжесть в эпигастрии, перистальтика желудка усиленная.

Живот при осмотре без особенностей.

ФГДС — сужение пилоруса до 1 см.

Рентгенологически — контрастное вещество задерживается в желудке до 6 ч.

II фаза — субкомпенсация. Рвота появляется чаще непереваренной пищей, больные отмечают боль после еды, тяжесть в эпигастрии, больные сами вызывают рвоту, так как после рвоты наступает облегчение. Больные отмечают урчание в животе, слабость, жажду, икоту, отрыжку кислым. Худеют, кожа бледная, язык обложен. Шум плеска (в желудке много жидкости), желудок растянут, видна на глаз перистальтика.

На рентгенографии — пища задерживается до 12–24 ч, ФГДС — сужение до 0,3 см.

III фаза — декомпенсация.

Самая тяжелая фаза. У больных неукротимая, частая рвота непереваренной пищей, больные сами вызывают рвоту, так как после рвоты наступает облегчение. Рвота больше, чем съеденная пища. У больных наступает обезвоживание, больные мало едят, так как боятся боли, но аппетит у них не страдает. Больные резко худеют, теряют в весе,

появляются запоры, уменьшается количество мочи. Мучительная жажда. Кожные покровы сухие, кожа морщинистая, теряет тургор. Отрыжка тухлыми яйцами, желудок растягивается, иногда опускается до малого таза. Определяется шум плеска. Так как больные теряют много соли и жидкости, у них появляются судороги и может наступить кома.

На R-графии контрастное вещество задерживается более суток и даже недели, желудок в виде «чаши с широким верхним краем».

ФГДС — канал до 0,1 см.

Лечение.

Лечение только хирургическое, но больного нужно подготовить к операции хорошо. Длительность подготовки зависит от фазы.

Операция срочная.

Подготовка к операции (проблемы до операции):

1. Коррекция водно-солевого состава (солевые растворы).
2. Коррекция углеводного обмена — 10–20% глюкоза с инсулином (1 ед. на 4 ед. глюкозы).
3. Коррекция белкового баланса — плазма, протеин, альбумин, белковые гидролизаты, аминокислоты.
4. Коррекция волевических нарушений: солевые растворы.
5. Коррекция ССС.
6. Витамины В, С, К.
7. При анемии — кровь, эритроцитная масса.
8. При обезвоживании — 6–8 л жидкости.
9. Зондовое питание за стеноз. Кормить пищей богатой витаминами и белками.

Подготовка желудка. Два раза в день — утром и вечером, промывают желудок до тех пор, пока не останется в желудке до 300 мл жидкости.

Характер операции зависит от состояния больного.

Из операции чаще делают резекцию желудка или иссечение язвы с последующей пилоропластикой.

Послеоперационный период (см. Прободная язва).

МАЛИГНИЗАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Встречается в 12% в основном желудка, чаще малой кривизны и привратника.

Симптомы:

1. Боль не связана с приемом пищи, постоянная. Сода не помогает.
2. Теряется сезонность обострения.
3. Отрыжка тухлыми яйцами.
4. Резко худеют — кахексия.
5. Кислотность снижена — ахилия.
6. Аппетит снижен (не боятся, а не хотят есть).
7. На рентгенографии — «дефект наполнения» и т.д. (повторить клинику неосложненной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки).

ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Чаще наблюдается в поджелудочную железу, печень, ободочную кишку, желчный пузырь.

В клинике присоединяются симптомы того органа, куда пенетрирует язва. Может образоваться свищ, тогда выделяется содержимое того органа, куда пенетрирует.

Оба последние осложнения тяжелые, требуют хирургического лечения. Как правило, делают резекцию желудка. Операции срочные. Подготовка к операции и послеоперационный период описаны выше.