

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургических болезней № 3

Утверждено на заседании кафедры
протокол № ____ от « ____ » _____ 2002г.

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

**Учебно-методическая разработка для студентов VI курса
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лызиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

ГОМЕЛЬ, 2002 г

I. ВВЕДЕНИЕ.

Современный этап развития желудочной хирургии характеризуется критической оценкой отдаленных результатов резекции желудка и ваготомии. Каким бы то ни было по своему объему и характеру оперативное вмешательство на желудке, наряду с несомненной пользой оно неизбежно предусматривает удаление части или целого желудка, а также создание новых анатомо-физиологических взаимоотношений между органами ЖКТ. Желудок выполняет важнейшие функции в организме, не ограничивающиеся пищеварением. С течением времени у оперированных на желудке могут развиваться своеобразные расстройства, имеющие достаточно очерченную клиническую характеристику и нередко требующие упорного лечения или повторных операций. У части больных, перенесших операции на желудке, в силу указанных причин развиваются новые болезненные состояния, связанные с декомпенсацией пищеварения, у других больных оперативное вмешательство не достигает поставленной цели и основное заболевание рецидивирует. В последние годы, кроме постгастрорезекционных синдромов, начинают проявлять себя и некоторые постваготомические расстройства в связи со все большим распространением органосохраняющих операций при язве 12-перстной кишки. В среднем частота послеоперационных расстройств составляет 10-15%, а их характер и выраженность в определенной мере зависят от вида произведенной операции: некоторые синдромы развиваются только после резекции или ваготомии, другие могут иметь место после обеих типов операций. Указанные цифры представляют особое значение, если учесть большое количество операций на желудке. Так, по данным М.И.Кузина (1978), 1,5% всех инвалидов в бывшем СССР составляли больные, перенесшие резекцию желудка. Таким образом, проблема послеоперационных расстройств превратилась в настоящее время в важную медицинскую и социальную проблему.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Изучить:

- клинику, классификацию патогенез, диагностику и лечение последствий резекций желудка, гастрэктомии, ваготомии.

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Классификацию, частоту, этиопатогенез основных синдромом после резекции желудка и ваготомии.
2. Клиническую картину, методы исследования и дифференциальную диагностику пострезекционных и постваготомических синдромов.
3. Показания и методы консервативного лечения болезней оперированного желудка.
4. Показания к оперативному лечению и способы хирургических операций при пострезекционных и постваготомических синдромах.
5. Методы профилактики болезней оперированного желудка.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больного с различными пострезекционными и постваготомическими синдромами.
2. Провести дифференциальную диагностику данных расстройств с другими заболеваниями

- органов брюшной полости.
3. Правильно сформулировать диагноз.
 4. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.
 5. Определять тактику лечения больного при развитии пострезекционных или постваготомических расстройств.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Пальпация живота.
2. Чтение рентгенограмм.
3. Ассистирование на операциях.

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Классификация синдромов после резекции желудка.
2. Классификация постгастрэктомических синдромов.
3. Классификация постваготомических синдромов.
4. Современные представления о патогенезе демпинг-синдрома и синдрома приводящей петли.
5. Клиническая картина функциональных пострезекционных синдромов.
6. Пептическая язва анастомоза после резекции желудка.
7. Рецидив язвы после ваготомии.
8. Рефлюкс-эзофагит после гастрэктомии или резекции желудка.
9. Методы консервативного лечения демпинг-синдрома.
10. Консервативное лечение синдрома приводящей петли.
11. Консервативное лечение пептической язвы после резекции желудка, после ваготомии.
12. Показания к оперативному лечению пострезекционных и постваготомических синдромов.
13. Методы хирургического лечения функциональных и органических пострезекционных синдромов.
14. Хирургическое лечение постваготомических расстройств.
15. Профилактика болезней оперированного желудка.
16. Диспансеризация больных, перенесших операции на желудке.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

I. ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫЕ СИНДРОМЫ

1. Синдром малого желудка.
2. Демпинг-синдром.
3. Гипогликемический синдром (поздний демпинг-синдром).
4. Синдром приводящей петли (синонимы: синдром желчной рвоты, синдром желчной регургитации, дуоденобилиарный синдром):
 - функциональный,
 - органический.
5. Рефлюкс-гастрит.
6. Пострезекционный хронический панкреатит.
7. Пептическая язва анастомоза.
8. Метаболические нарушения (гиповитаминозы, нарушения белкового, углеводного, минерального обмена и др.).

9. Анемия (железо- и белководефицитная).

10. Пострезекционная астения.

11. Рак культи желудка.

ПРИМЕЧАНИЕ: После экстирпации желудка (гастрэктомии) многие синдромы общие с пострезекционными, однако имеют большую выраженность и частоту.

II. ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

1. Рефлюкс-эзофагит.

2. Постваготомический гастростаз, дуоденостаз:

- функциональный,

- органический.

3. Рефлюкс-гастрит.

4. Рецидив язвы 12-перстной кишки, язвообразование в желудке.

5. Демпинг-синдром.

6. Постваготомическая диарея (преимущественно после ТВ).

7. Дискинезия желчных путей, холелитиаз (преимущественно после ТВ и СВ).

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Рентгенография верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

2. Эзофагогастродуодено(юно-)скопия, биопсия.

3. Исследование желудочной секреции аспирационным методом.

4. Внутрижелудочная (пищеводная) рН-метрия.

5. Ионманометрия пищевода и кардии, гастродуоденального перехода.

6. Электромиография желудка и двенадцатиперстной кишки.

7. УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы, щитовидной железы.

8. Внутривенная холангиография, ЭРХПГ.

9. Компьютерная томография печени, поджелудочной железы.

10. Уреазный тест (анализ на геликобактерную инфекцию).

11. Микробиологические тесты на бактериальную обсемененность желудка.

12. Специфические лабораторные тесты (паратгормон, гастрин, сыворотки крови и др.).

СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ (СПП).

Встречается в 4,5 - 25% случаев. Является специфическим осложнением резекции желудка по второму способу Бильрота и проявляется различными нарушениями опорожнения 12-перстной кишки и рвотой желчью. СПП может иметь функциональную и механическую природу. При функциональном СПП основное значение в нарушении моторики 12-перстной кишки придают дуоденостазу, часто не диагностированному до операции. Механический СПП вызывается обычно спайками, изгибами и перекрутами кишки, внутренними грыжами, а также стенозом области гастроэнтероанастомоза. Различают также острую и хроническую непроходимость приводящей петли. Различают три степени тяжести хронического СПП. При легкой степени рвота желчью бывает редко и провоцируется обычно нарушением диеты, чаще приемом молочной и сладкой пищи. Трудоспособность не нарушена. При средней степени тяжести приступы болей и желчной рвоты бывают 2-3 раза в неделю. При тяжелом синдроме СПП обильная желчная рвота и приступы болей бывают ежедневно, больные зачастую теряют со рвотой до 1 л жидкости и более, может быть значительно выражено истощение и обезвоживание. Трудоспособность утрачена. Диагностика строится в основном на клинических данных, дополнительные методы исследования: рентгенография, ФГДС. Консервативное и диетическое лечение СПП тяжелой степени, как правило, не эффективно. Большинство больных нуждаются в реконструктивной операции, сущность которой сводится к облегчению эвакуации содержимого из приводящей

петли. При компенсированной моторике 12-перстной кишки - редуоденизация, при декомпенсированной - резекция желудка по Ру, реже по Бальфуру.

ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА.

Встречается от 0,5 до 3% случаев после резекции желудка. От 90 до 98% пептических язв соустья развивается после резекции, выполненной по поводу язвы 12-перстной кишки. Выделяют 4 основные причины сохранения кислотопродукции в культе желудка:

1. Экономная резекция (менее 2/3) без ваготомии с сохранением зоны кислотопродукции;
2. Оставление части антральной слизистой оболочки на культе 12-перстной кишки при резекции по Бильрот-2;
3. Гипертонус блуждающих нервов и неполная ваготомия, если она выполнялась в сочетании с экономной резекцией желудка;
4. Эндокринные заболевания (первичный гиперпаратиреозидизм, синдром Золлингера-Эллисона, синдром Вермера и др.).

При типичной клинической картине диагностика пептической язвы не сложна. Сильные голодные боли (в том числе ночные) в эпигастральной области, уменьшающиеся после еды или приеме соды; тошнота, рвота (каловая при осложнении язвы развитием желудочно-ободочного свища), поносы, похудание, рецидивирующие желудочные кровотечения позволяют заподозрить язву. Зачастую пептические язвы протекают гораздо более злокачественно, чем первичная язва, по поводу которой была выполнена операция. Однако клиническая картина может быть и не такой яркой. Боли могут быть умеренными или даже отсутствовать. В таких случаях пептическая язва проявляется обычно желудочным кровотечением. Дополнительные методы исследования: рентгенография (50-65%), ФГДС.

Консервативное лечение пептической язвы анастомоза малоэффективно. Оно показано больным, отказывающимся от операции или имеющим тяжелые сопутствующие заболевания. Диапазон операций, применяемых при пептической язве анастомоза довольно широк. Это и ререзекция желудка по обоим способам Бильрота в различных модификациях, ваготомия стволовая (трансторакальная и поддиафрагмальная) и селективная желудочная, а также различные сочетания ваготомии и ререзекции. Выбор операции при пептической язве зависит прежде всего от ее причины. В этом смысле большое значение приобретает полноценное предоперационное обследование, которое должно обязательно включать определение уровней гастрина в сыворотке крови, чтобы не пропустить синдром Золлингера-Эллисона.

ЩЕЛОЧНОЙ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ.

Щелочной рефлюкс-гастрит (ЩРГ) развивается тогда, когда привратник поврежден, резецирован или шунтирован, и может возникнуть как после классической резекции желудка, так и после антрумэктомии или ваготомии с пилоропластикой, гастроэнтеростомии. Заболевание вызывается забросом секретов верхнего отдела пищеварительного тракта (желчь, панкреатический сок, дуоденальный и тонкокишечный сок) в желудок, а у части больных и в пищевод, что вызывает эрозивный гастрит и эзофагит. Повреждение слизистой оболочки считают связанным с деструкцией защитного барьера на поверхности клеток. Значительную роль при этом играет лизолецитин. Разрушение слизистого барьера вызывает обратную диффузию хлористоводородной кислоты (ионов водорода) в эпителиальные клетки из просвета желудка. В процессе деструкции слизистой оболочки может иметь значение и бактериальная флора, попадающая в желудок с кишечным содержимым. Основные клинические проявления ЩРГ включают боль в эпигастральной области, отрыжку горечью, рвоту желчью и потерю массы тела. Боль наблюдается почти у всех больных, она постоянная, усиливается после еды и почти не облегчается антацидами и рвотой. Боль и рвота часто приводят к резкому ограничению приема пищи и как следствие этого похуданию. Часто отмечается также железодифецитная анемия, эпизоды кровавой рвоты и мелены. Диагноз ЩРГ устанавливают на основании жалоб больного и данных анамнеза и

подтверждают эндоскопическим исследованием с биопсией. Консервативное лечение эффективно обычно только при легких степенях ЦРГ и включает применение холестирамина, связывающего желчные соли, щадящую диету, антациды, вяжущие и обволакивающие средства. Эффект могут оказывать средства, усиливающие эвакуацию из желудка и блокаторы H-2 рецепторов. При выраженных степенях ЦРГ показана операция. Основная цель операции - отведение содержимого 12 п.к. от желудка. После резекции ж-ка наибольшее распространение получила реконструкция анастомоза по Ру.

РЕЦИДИВ ЯЗВЫ ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ.

Встречается по разным литературным данным от 2 до 30% случаев и зависит от различных факторов, среди которых основное значение придают тщательности техники операции, полноте денервации кислотопродуцирующей зоны. Характерным признаком рецидивных язв является частая их бессимптомность (так называемые немые рецидивы). Различают ранние (до 12 мес) и поздние рецидивы язв. После адекватной (полной) ваготомии язвы в зависимости от их размеров заживают в сроки от 2 нед до 45 дней. По локализации различают рецидивы язв в 12-перстной кишке, в желудке и в области желудочно-кишечного анастомоза. Причины рецидива язвы 12-перстной кишки: неполная ваготомия, гастростаз, синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз, "лигатурная болезнь". Рецидивов достоверно меньше у опытных хирургов. У курильщиков рецидивы в 3 раза чаще. Эрадикация геликобактерной инфекции снижает риск рецидива. В патогенезе рецидивов язвы в желудке придают значение таким факторам как: нарушение желудочной эвакуации, дуоденогастральный рефлюкс с возникновением атрофического гастрита, снижение защитных свойств слизистой оболочки и нарушение кровоснабжения желудочной стенки, особенно в области малой кривизны. Из всех рецидивных язв после ваготомии примерно 25% локализуется в желудке. Симптоматика рецидивных язв нередко скудная. Как правило, они не сопровождаются развитием тяжелых осложнений. Лечение незаживших и рецидивных язв, в принципе, такое же как и при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, не подвергавшейся оперативному лечению, и зависит как от локализации язвы, так и от состояния желудочной секреции. Рецидивные язвы легче поддаются консервативному лечению. Оперативное лечение требуется не более чем у 10% б-х с рецидивом. Методом выбора является резекция желудка, иногда при явно неадекватной денервации кислотопродуцирующей зоны возможна реваготомия, а также антрумэктомия со стволовой ваготомией.

ДИАРЕЯ.

Диарея редко встречается после резекции желудка и СПВ, но считается характерным осложнением СтВ в сочетании с дренирующими желудок операциями. Частота развития диареи после этой операции от 2 до 30%. О наличии постваготомической диареи (ПВД) можно говорить при частоте стула больше 3 раз в сутки. Выделяют 3 формы диареи. При легкой степени могут быть частые позывы или понос 2-3 р/неделю. При средней степени тяжести бывают периодические эпизоды диареи в течение нескольких дней или жидкий стул ежедневно от 3 до 5 р/сутки. При тяжелой степени внезапная обильная диарея бывает больше 5 р/сутки, такие эпизоды приступов длятся от 3 до 5 дней. Для постваготомической диареи характерно внезапное начало и такое же внезапное исчезновение поноса. Стул обычно водянистый, более светлой окраски иногда пенистый, зловонный. Причинами постваготомической диареи являются нарушение моторики ЖКТ, ахлоргидрия и дисбактериоз на фоне усиленного размножения бактерий, быстрый кишечный транзит и мальабсорбция желчных кислот. Денервация печени и поджелудочной железы приводит к нарушению их секреции и как следствие к нарушению всасывания жира. Нарушение иннервации кишки приводит к органическим и функциональным изменениям в ворсинках

слизистой оболочки, что также отрицательно сказывается на всасывательной способности. Лечение ПВД должно быть комплексным. Диетические мероприятия включают исключение или ограничение приема молока, животных жиров. Применяют препараты, замедляющие моторику кишечника (фосфат кодеина), агенты, связывающие желчные кислоты (холестирамин), слабые р-ры минеральных кислот, антибиотики широкого спектра действия, а также ферментные препараты, улучшающие пищеварение. Иногда хороший эффект оказывает бензогексоний. При отсутствии эффекта от консервативного лечения применяют реверсию сегментов тонкой кишки длиной 10-20см в 100-200 см от связки Трейтца. Профилактика ПВД состоит в сохранении иннервации печени, ПЖ и тонкой кишки, что достигается применением СПВ.

ПРОФИЛАКТИКА БОЖ.

1. Своевременность хирургического лечения, снижение пропорции экстренных операций.
2. Тщательное предоперационное обследование больных.
3. Индивидуальный выбор метода операции.
4. Тщательное соблюдение техники операции.
5. Преимущественное применение органосохраняющих операций в хирургии язвенной болезни 12-перстной кишки.

VI. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Какое из следующих хирургических вмешательств реже всего осложняется демпинг-синдромом? а) стволовая ваготомия с пилоропластикой; б) селективная проксимальная ваготомия; в) ваготомия с антрэктомией; г) субтотальная резекция желудка; д) селективная ваготомия.
2. Через несколько месяцев после резекции желудка по Бильрот-II (выполненной по поводу язвенной болезни) женщина 48 лет жалуется на учащенное сердцебиение, потливость, диарея и покраснение лица, появляющиеся через 30 мин после еды. Ваш диагноз? а) парез культи желудка; б) демпинг-синдром; в) синдром приводящей петли; г) синдром отводящей петли; д) синдром "малого желудка".
3. Больной ранее перенес ваготомию в связи с незаживающей язвой 12-перстной кишки. Через 6 мес после операции наступил рецидив язвенной болезни. При обследовании выявлен синдром Золлингера-Эллисона. Гастронома расположена в области хвоста поджелудочной железы. Лечение больного должно включать: а) назначение антагонистов гистаминовых H-2 рецепторов; б) тотальную гастрэктомию; в) субтотальную гастрэктомию, дополненную ваготомией; г) лапаротомию и удаление гастриномы; д) назначение блокаторов гастриновых рецепторов.
4. Какое вещество секретируют G-клетки ? а) гастрин; б) пепсин; в) пепсиноген; г) соляная кислота; д) глюкагон.
5. У больного после резекции желудка развился демпинг-синдром. Какое из следующих утверждений о демпинг-синдроме верно? 1) может вызывать боли в животе вследствие перерастяжения тонкой кишки; 2) вызывает тошноту, головокружение и сердцебиение после еды; 3) возникает вследствие быстрого опорожнения желудка, что приводит к перерастяжению тощей кишки из-за накопления в ней жидкости; 4) симптомы можно облегчить соответствующей диетой. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,4; г) 4; д) все ответы верны.
6. Какие из следующих утверждений, касающихся синдрома приводящей петли, верны? 1) вызывает вздутие живота после приема пищи, боли и тошноту, облегчающиеся после рвоты желчью, не смешанной с пищей; 2) часто возникает после резекции желудка по Бильрот-I; 3) лечение состоит в обеспечении адекватного дренирования приводящего

- сегмента кишки, обычно при помощи перевода гастроэюноанастомоза в анастомоз по Ру;
- 4) поддается коррекции с большим трудом и часто рецидивирует после операции. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,4; г) 4; д) все ответы верны.
7. В отношении пептической язвы анастомоза верно все, кроме: 1) часто развиваются осложнения; 2) может быть при недостаточном объеме резекции; 3) больные нуждаются как правило в повторной операции; 4) чаще возникает у больных с сопутствующим хроническим панкреатитом; 5) заболевание протекает благоприятно. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,3,5 б) 2,4,5; в) 1,3,5; г) 4, 5; д) 2, 4.
8. Что соответствует понятию поздний демпинг-синдром? а) расширение приводящей петли; б) гиповолемия; в) гипогликемия; г) гипергликемия; д) гиперволемия.
9. У 45-летнего больного, перенесшего 6 месяцев назад резекцию желудка по поводу язвы 12-перстной кишки типа Бильрот-II, диагностирована пептическая кровоточащая язва анастомоза. Каковы возможные причины? 1) синдром Золлингера-Эллисона; 2) гиперпаратиреоз; 3) недостаточный объем резекции при первом вмешательстве; 4) в культе 12-перстной кишки оставлена слизистая антрального отдела; 5) хронический панкреатит. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,5; б) 1,2,3; в) 1,2,3,4; г) 3,4,5; д) все верно.
10. Уровень какого гормона возрастает в плазме крови при синдроме Золлингера-Эллисона? а) гастрин; б) панкреазимин; в) глюкагон; г) гистамин; д) инсулин.
11. Какое диагностическое мероприятие Вы проведете для подтверждения диагноза рефлюкс-эзофагита? а) исследование кислотности желудочного сока; б) контрастную рентгеноскопию культи желудка; в) эзофагогастроскопию с биопсией слизистой пищевода; г) эхографию; д) ЭРХПГ.
12. В отношении рецидива язвенной болезни после СПВ верно все, кроме: 1) часто развиваются опасные для жизни осложнения; 2) все больные нуждаются в повторной операции; 3) заболевание хорошо поддается консервативному лечению; 4) процент рецидива меньше, если после операции провести курс антигеликобактерной терапии; 5) заболевание протекает в более легкой форме. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3,5; в) 1,4,5; г) 1, 2; д) 1, 2, 4, 5.
13. У больного через год после резекции желудка в течении 3 месяцев возникают рвота желчью до 2 раз в неделю объемом до 150 мл и распирающие боли в правом подреберье после еды. Какова тактика лечения? а) диетотерапия; б) консервативное лечение; в) оперативное лечение.
14. Через 3 года после резекции желудка по поводу язвенной болезни у больного стали возникать ежедневные рвоты желчью до 1 л, больной похудел на 16 кг. Какова тактика хирурга? а) диетотерапия и санаторно-курортное лечение; б) консервативное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения; в) оперативное лечение при безуспешности консервативного лечения; г) оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки.
15. У больного после резекции желудка в модификации Бильрот-II тяжелый демпинг-синдром, прогрессирующее похудание, несмотря на многократное лечение в стационарах и на курортах, психоневрологические расстройства выражены незначительно. Рвоты желчью нет. Что следует делать? а) ререзекцию желудка с гастроэнтероанастомозом по Ру; б) экстирпацию культи желудка; в) стволовую ваготомию; г) редуоденизацию; д) лечить консервативно.
16. Для синдрома приводящей петли характерно все, кроме: 1) поддается коррекции с большим трудом и часто рецидивирует после операции; 2) вздутие живота после приема пищи, боли и тошноту, облегчающиеся после рвоты желчью, не смешанной с пищей; 3) лечение состоит в обеспечении адекватного дренирования приводящего

- сегмента кишки, обычно при помощи перевода гастроэюноанастомоза в анастомоз по Ру; 4) часто возникает после резекции желудка по Бильрот-I. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,3; г) 1, 4; д) все ответы верны.
17. Через месяц после резекции желудка у больного развился резко выраженный гипогликемический синдром. Какова тактика лечения а) соблюдение режима питания; б) оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки; в) оперативное лечение при безуспешности консервативного лечения; г) консервативное лечение, соблюдение режима питания.
 18. У больного 30 лет через год после резекции желудка обнаружена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. Какова тактика хирурга? а) консервативное лечение; б) оперативное лечение ; в) оперативное лечение только при развитии осложнений; г) санаторно-курортное лечение.
 19. У больного 68 лет с повторным обширным инфарктом миокарда обнаружена пептическая язва анастомоза с выраженным болевым синдромом без стеноза и кровотечения. Какова тактика хирурга? а) лечение большими дозами антацидов; б) ререзекция желудка; в) ререзекция желудка с ваготомией; г) ваготомия.
 20. При операции по поводу рецидива язвы после резекции желудка обнаружен язвенный крптер 2-3 см, пенетрирующий в mesocolon и корень брыжейки тонкой кишки. Размер воспалительного инфильтрата 15-15 см. Что следует делать? а) ушить брюшную полость с оставлением микроиригатора для введения антибиотиков; б) ререзекцию желудка; в) ререзекцию желудка и ваготомию; г) поддиафрагмальную стволовую ваготомию; д) ререзекцию желудка и резекцию участка поперечной ободочной кишки.
 21. У больного выявлена пептическая язва анастомоза после резекции желудка, пенетрирующая в переднюю брюшную стенку, с воспалительным инфильтратом в эпигастрии размерами 20-20 см. Какова тактика хирурга? а) ререзекция желудка; б) ререзекция желудка и ваготомия; в) поддиафрагмальная стволовая ваготомия; г) экстирпация культи желудка; д) трансторакальная стволовая ваготомия.
 22. При операции по поводу пептической язвы после резекции желудка в области культи 12-перстной кишки обнаружен участок антрального отдела. Что нужно делать? а) ререзекцию желудка; б) ваготомию; в) панкреатодуоденальную резекцию; г) иссечь остатки антрального отдела желудка и ваготомию; д) экстирпацию культи желудка.
 23. Укажите средний процент рецидива язвенной болезни после СПВ: а) 0-1%; б) 1-5%; в) 5-10%; г) 10-15%; д) 15-20.
 24. Укажите наиболее частое осложнений СПВ: а) диарея; б) гастростаз; в) рецидив язвы; г) холелитиаз; д) панкреатит.
 25. Что неверно в отношении рецидива язвенной болезни после СПВ? 1) заболевание протекает в более легкой форме; 2) часто развиваются опасные для жизни осложнения; 3) все больные нуждаются в повторной операции; 4) заболевание хорошо поддается консервативному лечению; 5) процент рецидива меньше, если после операции провести курс антигеликобактерной терапии. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3 б) 1,3,5 в) 1,4,5 г) 2,3 д) все ответы правильные.
 26. Что неверно в отношении пептической язвы анастомоза? 1) заболевание протекает благоприятно; 2) часто развиваются осложнения; 3) хорошо поддается консервативной терапии; 4) больные нуждаются как-правило в повторной операции; 5) чаще возникает у больных, оперированных с язвенной болезнью желудка. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,3,5 б) 2,4,5; в) 1,3,5; г) все ответы верные д) все ответы неверные.
 27. Выберите наиболее частое осложнение резекции желудка: а) синдром приводящей петли; б) демпинг-синдром; в) пептическая язва анастомоза; г) диарея; д) синдром малого желудка.

28. Укажите средний процент развития демпинг-синдрома после резекции желудка: а) 0-1%; б) 1-5%; в) 5-10%; г) 10-20%; д) 20-30%.
29. В механизме развития демпинг-синдрома выделяют следующие теории: 1) гуморальную; 2) нервно-рефлекторную; 3) осмотическую; 4) механическую; 5) симпато-адреналовую. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3,5; в) 2,4; г) все ответы верные; д) все ответы неверные.
30. Для демпинг-синдрома верно все, кроме: 1) может вызывать боли в животе вследствие перерастяжения тонкой кишки; 2) вызывает тошноту, головокружение и сердцебиение после еды; 3) возникает вследствие быстрого опорожнения желудка, что приводит к перерастяжению тощей кишки из-за накопления в ней жидкости; 4) симптомы можно облегчить соответствующей диетой. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,4; г) 4; д) все ответы верны.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ, РАЗБИРАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ

1. Два года назад больной была сделана резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу язвенной болезни. Через полгода после операции у больной появилась пептическая язва анастомоза. Еще через полгода ей была сделана вторая, теперь уже субтотальная ререзекция желудка вместе с подшитой петлей кишки. Однако через несколько месяцев после операции образовалась новая пептическая язва анастомоза. Какой Ваш предположительный диагноз? Как поступить с больной?

2. Через 3 мес после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру больной обратился к вам с жалобами на сильную слабость, возникающую через 15-20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но больной отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. Больной не прибавляет в массе после операции. Дефицит массы тела составляет 8 кг. Что происходит с больным? Как его лечить?

3. Больной 36 лет поступил в хирургическое отделение через 4 мес после резекции желудка по Финстереру с передним анастомозом на длинной петле (впереди поперечной ободочной кишки) без брауновского анастомоза. Больной жалуется, что периодически в течение 3-4 дней подряд у него приблизительно через 40 мин после каждого приема пищи появлялось чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, которое постепенно нарастает в течении 2-3 ч, затем происходит рвота чистой желчью в кол-ве 300-500 мл. После рвоты больной чувствует облегчение. Через 3-4 дня приступы прекращаются, затем наступает светлый промежуток, длящийся 15-20 дней. При обычном обследовании больного, включающем рентгенологическое исследование, особой патологии не обнаружено. Контрастное вещество из культи желудка поступает в отводящую кишку. Какое осложнение после резекции желудка развилось у больного? Какие дополнительные исследования можно сделать? Как лечить больного?

4. У больного 34 лет в течение 2 лет обнаруживали язву луковицы 12-перстной кишки, сопровождавшуюся гиперсекрецией и высокими цифрами кислотности, а также диареей. Консервативное стационарное лечение оказалось не эффективным, и ему была произведена резекция 1/2 желудка по методике Бильрот-I с селективной ваготомией. Через 4 мес язва рецидивировала, диарея продолжалась. Поскольку больной сильно страдал и никакое лечение ему не помогало, решено произвести повторную операцию. Во время лапаротомии, кроме язвы, в теле поджелудочной железы было обнаружено опухолевидное образование диаметром 1,5 см. Какое заболевание у больного? Что следует делать?

5. Больной 50 лет в прошлом перенес резекцию 2/3 желудка в модификации Бильрот-II

по поводу язвы луковицы 12-перстной кишки. В течении последних нескольких лет беспокоили периодические боли в эпигастрии, изжога. Однако в последний месяц больной отмечает усиление болей в эпигастриальной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул, возникают позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура тела нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное кол-во слизи и непереваренной пищи. Что произошло с больным? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

VII. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УИРС.

Цель работы:

- углубление основных теоретических знаний по данной теме;
- практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков по диагностике болезней оперированного желудка;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с различными формами пострезекционных и поставаготомических расстройств.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с демпинг-синдромом. Для этого:
 - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - при поздней госпитализации, укажите предполагаемую причину этого;
 - ответьте на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте свой ответ;
 - обратите внимание на показания и сроки выполнения операции, объем предоперационной подготовки.
2. Составьте план обследования и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с подозрением на синдром приводящей петли. Для этого:
 - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;
 - составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;
 - определите тактику лечения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;
 - составьте план послеоперационного лечения с указанием режима, диеты и медикаментозного лечения.
3. Проведите анализ истории болезни стационарного больного (учебной истории болезни) переведенного из гастроэнтерологического отделения в хирургическое с пептической язвой анастомоза. Для этого:
 - проанализируйте правильность предварительного и окончательного клинического диагноза;
 - обоснуйте причину перевода;
 - оцените лечебную тактику и внесите свои предложения;
 - оцените объем предложенного обследования и внесите свои предложения;
 - обоснуйте показания и сроки выполнения оперативного вмешательства.
4. Осмотрите 2-х больных с диагнозом демпинг-синдрома. Выделите особенности течения

- заболевания и лечения больного в зависимости от срока заболевания, степени и клиники.
5. Проведите анализ истории болезни больного с постваготомическим гастростазом. Укажите его возможную причину.
 6. Составьте алгоритм обследования больного с подозрением на синдром приводящей петли.
 7. Работа в перевязочной, присутствие и ассистирование на операции.
 8. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
 - "Рак культи желудка";
 - "Патофизиологические аспекты демпинг-синдрома";
 - "Реконструктивные вмешательства при болезнях оперированного желудка"
 9. Проведите экспертную оценку истории болезни умершего больного пептической язвой анастомоза. Для этого:
 - сопоставьте клинический и патологоанатомический диагнозы;
 - проанализируйте течение заболевания в динамике, сопоставляя изменения клинических проявлений болезни с данными лабораторно-инструментальных исследований;
 - сделайте заключение о проводимой лечебной тактике и своевременности проведения операции;
 - определите, был ли возможен благоприятный исход заболевания, и при каких условиях.
 10. Решение ситуационных задач, чтение рентгенограмм.

IX. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

ОСНОВНАЯ.

1. Хирургические болезни. Учебник под ред. Кузина М.И. Изд. второе. М., 1995.
2. Клиническая хирургия. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Минск, "Высшая школа", 1998.
3. Лекционный материал.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ.

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. М., Медицина, 1996.
2. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. М., 1973.
3. Вилявин Г.Д., Бредов Б.А. Болезни оперированного желудка. М.: Медицина, 1975.