

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра хирургических болезней № 3

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

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**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

I. ВВЕДЕНИЕ.

Проблема лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться одной из актуальных в современной хирургии и гастроэнтерологии. Частота язвенной болезни достигает 15% взрослого населения в Европе, 710% в США, причем в 70-75% случаев - это язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (В. Х. Василенко и соавт., 1966).

В Республике Беларусь заболеваемость язвенной болезнью в 1996 году составила 198,3 на 100 000 населения (Г. П. Шорох и соавт., 1997). Хотя в последние годы был достигнут определенный прогресс в консервативном лечении язвенной болезни, число операций при этой патологии не уменьшается и не менее 20% из них нуждается в оперативном лечении. Исходя из этого многие исследователи рекомендуют более критически рассматривать успехи консервативного лечения с учетом того, что количество больных с осложненной язвенной болезнью и число неотложных хирургических вмешательств неуклонно увеличивается (М. И. Кузин и соавт., 2001; Ю. М. Панцырев и соавт., 1987).

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Изучить:

- методы исследования, дифференциальной диагностики, тактику лечения больных, показания и выбор способа операции при неосложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и ее осложнения (перфорации, кровотечениях, стенозе, малигнизации, пенетрации).

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Определение, классификацию и особенности этиопатогенеза язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Факторы тяжелого (рецидивирующего, склонного к осложнениям) течения язвенной болезни.
2. Современные методы диагностики язвенной болезни и ее дифференциальную диагностику.
3. Хирургическую тактику при неосложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, основные виды операций, их патогенетическое обоснование.
4. Классификацию и частоту осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
5. Клиническую картину, методы исследования и дифференциальную диагностику осложнений язвенной болезни.
6. Хирургическую тактику при осложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, показания и виды оперативных вмешательств.
7. Исходы оперативного лечения (ближайшие и отдаленные) в зависимости от способа оперативного вмешательства.
8. Профилактику осложнений язвенной болезни, вопросы экспертизы временной нетрудоспособности.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больного с неосложненной язвенной болезнью и ее различными осложнениями.

2. Провести дифференциальную диагностику язвенной болезни и ее осложнений.
3. Правильно сформулировать диагноз при неосложненной язвенной болезни и ее различных осложнениях.
4. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.
5. Определять тактику ведения больного при неосложненной язвенной болезни и ее осложнения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Проведение пальпации живота.
2. Проведение пальцевого исследования прямой кишки.
3. Проведение зондирования и промывания желудка.
4. Определение группы крови и Rh-фактора.
4. Ассистирование на операциях.
5. Чтение рентгенограмм.

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Классификация язвенной болезни, факторы рецидивирующего и осложненного течения.
2. Современная хирургическая тактика и показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Выбор метода операции при дуоденальной и желудочной язве.
4. Понятие об органосохраняющих и органосберегающих операциях в хирургии язвенной болезни.
5. Перфоративная язва: классификация, стадии течения, диагностика, лечебная тактика и методы оперативных вмешательств.
6. Классификация гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии, клиника, диагностика и диффдиагностика. Лечебная тактика при кровоточащей язве, показания и методы оперативных вмешательств.
7. Классификация язвенных пилородуоденальных стенозов, клиника, диагностика, диффдиагностика. Объемы предоперационной подготовки, выбор метода операции и ведение послеоперационного периода при язвенных стенозах.
8. Пенетрирующая язва, особенности клиники, лечение.
9. Особенности клиники малигнизированной язвы желудка, диагностика, лечение.
10. Послеоперационные осложнения и летальность, их частота, причины.
11. Отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

Язвенная болезнь (пептическая язва) - хроническое, как правило, рецидивирующее заболевание с наследуемой склонностью, при котором в фазе обострения формируется язва (язвы) в зоне действия желудочного сока как результат местного дисбаланса факторов агрессии и защиты.

Распространенность:

- в странах Европы составляет 1 600-2 100 на 100 000 населения;
- в Республике Беларусь - около 2 000 на 100 000 населения.

Соотношение желудочной и дуоденальной язвы - 1: 4 - 1: 6. Ежегодная заболеваемость:

- в странах Европы 160-180 на 100 000 населения;
- в Республике Беларусь около 200 на 100 000 населения.

Смертность от язвенной болезни (max/min на 100 000 населения в год):

- для мужчин: при язве желудка - 1,1-5,2 при язве 12-перстной кишки - 1,0-6,0
- для женщин: при язве желудка - 0,4-2,9 при язве 12-перстной кишки - 0,6-3,4

ФАКТОРЫ АГРЕССИВНОГО И ЗАЩИТНОГО ДЕЙСТВИЯ

I. ФАКТОРЫ АГРЕССИИ

1. Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина.
2. Гастродуоденальная дисмоторика.
3. Геликобактерная инфекция.
4. Дуоденогастральный рефлюкс.
5. Повышенная продукция глюкокортикоидных гормонов коры надпочечников.
6. Нарушение дуоденального тормозного рефлекса в связи со снижением секреции гастроинтестинальных гормонов.
7. Ослабленная секреторная реакция поджелудочной железы на поступление кислоты в 12-перстную кишку.

II. ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ

1. Интенсивный внутрисстеночный кровоток в желудке и 12перстной кишке.
2. Продукция гастроинтестинальной слизи.
3. Секреция щелочных компонентов (бикарбонатов) панкреатического сока.
4. Активная регенерация эпителия слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки.
5. Антродуоденальный механизм торможения секреции.
6. Локальный синтез простагландинов E.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

I. Генетические факторы:

1. Наследственная предрасположенность (у ближайших родственников риск возникновения в 10 раз выше).
2. Наличие 0(I) группы крови (вероятность развития язвенной болезни выше на 30-40%).
3. Неспособность секретировать агглютиногены крови АВ в желудок.
4. Генетически обусловленное увеличение количества обкладочных клеток.
5. Врожденный дефицит альфа-1-антитрипсина.
6. Генетически обусловленный дефицит в желудочной слизи фукогликопротеидов - основных гастропротекторов.
7. Характерная дерматоглифичекая картина.

II. Психосоматические факторы:

1. Постоянная внутренняя напряженность.
2. Тип личности.

III. Социальные факторы:

1. Табакокурение. 2. Наркомания. 3. Прием алкоголя.

IV. Алиментарные факторы:

1. Нарушение режима и стереотипа питания. 2. Несбалансированное питание.

V. Инфекционный фактор:

1. Длительное персистирование в слизистой оболочке *Helicobacter pylori*.

VI. Прием ulcerогенных препаратов:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты. 2. Глюкокортикоиды.
3. Антикоагулянты. 4. Препараты наперстянки, раувольфии и др.

VII. Сопутствующие заболевания.

ФАКТОРЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО (ТЯЖЕЛОГО, СКЛОННОГО К ОСЛОЖНЕНИЯМ) ТЕЧЕНИЯ ЯЗВ

1. Клинические - дебют в юношеском возрасте, выраженный семейный анамнез, осложнения в анамнезе (ушивание перфоративной язвы, кровотечение, стенозирование, пенетрация), сопутствующие заболевания, мужской пол, I группа крови.
2. Психосоматические - тревожность, внутренняя напряженность, алекситимия, депрессия, враждебность, низкая адаптация к стрессам, десинхронизация, хронический стресс.
3. Социальные - низкий социально-экономический уровень, социальная дезадаптация, отсутствие семьи, неспособность к длительному медикаментозному лечению, профессиональные вредности (командировки, ненормированный рабочий день, работа с высоким эмоциональным напряжением и др.).
4. Экзогенные - курение более 10 сигарет в день, злоупотребление алкоголем, наркотики, язвенные препараты, нарушение стереотипа и режима питания.
5. Инфекционные - длительное и массивное геликобактерное инфицирование.
6. Анатомические (эндоскопические) - длительный (более 8 недель) период рубцевания язвы при базисной терапии, выраженная деформация луковицы 12-перстной кишки или стенозирование, постбульбарная язва, сочетанная язва (II тип по Johnson).
7. Функциональные - высокие значения базальной и стимулированной кислотопродукции, повышенная пептическая активность желудочного сока.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А) ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

I. Язвы желудка

1. Кардиального и субкардиального отделов.
2. Тела и угла желудка.
3. Антрального отдела.
4. Пилорического отдела.

II. Язвы 12-перстной кишки:

1. Пилоробульбарной зоны
2. Луковицы 12-перстной кишки.
3. Постбульбарного отдела.

III. Сочетанные язвы желудка и 12-перстной кишки

Б) ПО ФАЗЕ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА

1. Ремиссия.
2. Неполное обострение ("предязвенное состояние")
3. Обострение.
4. Неполная ремиссия.

В) ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

I. Острое

II. Хроническое:

1. Латентно протекающая язвенная болезнь.
2. Легкое (рецидив 1 раз в 2-3 года и реже) течение.
3. Средней тяжести (1-2 рецидива в год).
4. Тяжелое (3 рецидива в год и более) или непрерывно рецидивирующее заболевание,

развитие осложнений.

Г) ПО КЛИЧЕСКОЙ ФОРМЕ

I. Типичные (до 25%)

II. Атипичные:

1. С атипичным болевым синдромом.
2. Безболевые (но с другими клиническими проявлениями).
3. Бессимптомные.

Д) ПО РАЗМЕРАМ

I. Для желудка:

1. До 1,0 см - обычная.
2. От 1,0 см до 1,5 см - большая.
3. Более 1,5 см - гигантская.

II. Для 12-перстной кишки:

1. До 0,5 см - обычная.
2. От 0,5 до 1,0 см - большая.
3. Более 1,0 см – гигантская

Е) ПО НАЛИЧИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ

1. Кровотечение (15-20%).
2. Перфорация (4-10%).
3. Пилородуоденальный(бульбарный) стеноз (5-10%).
4. Пенетрация (часто сочетается с другими осложнениями).
5. Малигнизация (20%, причем истинная малигнизация реже, но часто первично-язвенная форма рака желудка).

Ж) КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНЫХ ЯЗВ ПО JOHNSON, 1965

I тип - медиогастральная язва (60%).

II тип - сочетанная язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (20%).

III тип - пилородуоденальная язва (20%).

З) СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

I. Лекарственные язвы.

II. "Стрессовые" язвы:

1. При распространенных ожогах (язвы Курлинга).
2. При черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях (язвы Кушинга).
3. При других "стрессовых" ситуациях – инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях и полостных операциях.

III. Эндокринные язвы:

- Синдром Золлингера-Эллисона.
- Гастродуоденальные язвы при гиперпаратиреозе.

IV. Гастродуоденальные язвы при некоторых заболеваниях внутренних органов (дисциркуляторно-гипоксические):

- При хронических неспецифических заболеваниях легких.
- При ревматизме, гипертонической болезни и атеросклерозе.
- При заболеваниях печени ("гепатогенные" язвы).
- При заболеваниях поджелудочной железы ("панкреатогенные" язвы).
- При хронической почечной недостаточности.

- При ревматоидном артрите.
- При других заболеваниях (сахарный диабет, эритропения, карциноидный синдром, болезнь Крона и др.).

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Абсолютные:

1. Неотложные
 - перфорация язвы
 - профузное язвенное кровотечение
2. Плановые:
 - пилородуоденальный стеноз
 - малигнизация язвы желудка
 - пенетрация язвы с формированием межорганного свища

Относительные:

1. Язвенная болезнь желудка:
 - неэффективность консервативной терапии в течение 68 недель при впервые выявленной язве
 - рецидив язвы желудка
 - сочетанная язва (II тип по Johnson)
2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки:
 - тяжелый вариант клинического течения
 - постбульбарная

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

- I. При плановых оперативных вмешательствах
 1. После резецирующих операций - 2-5%
 2. После ваготомий - 0,1-0,3%
- II. При экстренных оперативных вмешательствах
 1. При перфоративной язве - 2-5%
 2. При кровоточащей язве - 5-15% (у пожилых больных - 20-30%)

КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

ПО ЭТИОЛОГИИ

1. Кровотечение из хронической язвы.
2. Кровотечение из острой язвы.

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

- I. Язвы желудка: 1). Кадимальные; 2). Тела желудка; 3). Антрального отдела; 4). Пилорического отдела (малая кривизна, большая кривизна, передняя стенка, задняя стенка).
- II. Язвы 12-перстной кишки: 1). Луковичные; 2). Постбульбарные; 3). Нисходящего отдела (стенки: передняя, задняя, верхняя и нижняя, переходные и сочетанные варианты).

ПО ХАРАКТЕРУ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- I. Продолжающееся кровотечение: 1). Струйное (профузное); 2). Ламинарное; 3). Капиллярное
- II. Рецидивное кровотечение
- III. Состоявшееся кровотечение

1. Нестабильный гемостаз

- а) Язва прикрыта плотным, темным сгустком крови, в желудке "кофейная гуща", свежей крови нет.
- б) В кратере язвы сосуд, закрытый тромбом красного или коричневого цвета.
- в) В кратере язвы виден пульсирующий сосуд.
- г) Язва прикрыта рыхлым сгустком красного цвета.

2. Стабильный гемостаз

- а) Дно язвы покрыто фибрином
- б) Мелкие тромбированные сосуды (в виде черных точек) на дне или по краю язвы
- в) Дно язвы покрыто гемосидерином (черный цвет дна язвы), в желудке крови нет

3. Постгеморрагическая анемия

ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ

- 1. Легкая степень - до 20% ОЦК (до 1000 мл)
- 2. Средняя степень - до 30% ОЦК (до 1500 мл)
- 3. Тяжелая степень - свыше 30% ОЦК (более 1500 мл)

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Выбор метода операции зависит от особенностей клинической ситуации, определяющей степень операционного риска: объем кровопотери, сопутствующие заболевания, возраст больного, интраоперационные технические условия и личный опыт хирурга (хирургической бригады).

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

I. Радикальные операции:

- 1. Резекция желудка: у больных с относительно небольшой степенью операционного риска.
- 2. Иссечение язвы в сочетании с пилоропластикой и ваготомией: у пожилых больных с высокой степенью операционного риска.

II. Паллиативные операции:

Гастротомия с прошиванием кровотока, клиновидное иссечение язвы, перевязка сосудов на протяжении: тяжелая клиническая ситуация с операцией на высоте кровотечения и выраженной сопутствующей патологией (выбор должен быть обоснован документально)

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

I. Радикальные операции:

- 1. Резекция желудка и органосохраняющие операции (антрумэктомия с ваготомией): при сочетании кровотечения с другими осложнениями и невысокой степени операционного риска.
- 2. Ваготомии с прошиванием (иссечением) язвы и пилоро- или дуоденопластикой: при отсутствии выраженных морфологических изменений со стороны пилоробульбарного отдела.

II. Паллиативные операции:

- 1. Иссечение язвы или прошивание кровотока в язве: тяжелая клиническая ситуация с операцией на высоте кровотечения и выраженной сопутствующей патологией (выбор должен быть обоснован документально)

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ

ПО ЭТИОЛОГИИ

- I. Перфорация хронической язвы.
- II. Перфорация острой (симптоматической) язвы.

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

- I. Язвы желудка.
- II. Язвы 12-перстной кишки.

ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ

- I. Перфорация в свободную брюшную полость.
- II. Перфорация атипичная.
 1. Прикрытая перфорация.
 2. Перфорация в сальниковую сумку.
 3. Перфорация в полость, ограниченную спайками.
 4. Перфорация в забрюшинную клетчатку.
- III. Сочетание перфорации с кровотечением (при "целующихся" язвах).

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ (ПЕРИОДЫ)

- I. Период шока.
- II. Период мнимого благополучия.
- III. Период прогрессирующего перитонита.

КЛИНИКО-ОПЕРАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ПЕРИТОНИТА

- I. Распространенность выпота: 1). Локализованный; 2). Распространенный.
- II. Характер выпота: 1). Серозный; 2). Фибринозный; 3). Геморрагический; 4). Гнойный; 5. Смешанные формы.
- III. Степень изменения париетальной и висцеральной брюшины.
- IV. Фаза течения: 1). Реактивная; 2). Токсическая; 3). Терминальная (полиорганной недостаточности).

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

- A. Ушивание перфоративной язвы*
- B. Первично-радикальные оперативные вмешательства**
 - I. Резекция желудка (включая пилорантрумэктомию с ваготомией, экономную резекцию желудка)
 1. Язвенная болезнь желудка по онкологическим соображениям
 2. Сочетанная форма язвенной болезни (II тип по Johnson)
 3. Сочетание перфорации и декомпенсированного пилорoduodenального стеноза
 4. Сочетание перфорации и кровотечения
 - II. Ваготомии (ТВ, СВ, СПВ) с иссечением язвы и пилоро(дуодено)пластикой
 1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, пилорического и прерилорического отдела желудка при отсутствии большого инфильтрата и выраженной рубцовой деформации выходного отдела желудка

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРВИЧНО-РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ:

1. Распространенный фибринозно-гнойный перитонит

2. Перфорация симптоматической (острой) язвы
3. Необходимость завершить операцию в кратчайший срок (тяжелое соматическое состояние, преклонный возраст больного)
4. Отсутствие технических условий и достаточного опыта оперирующей бригады.

ПРИМЕЧАНИЯ: * 1. Рецидив язвы после ушивания около 70% больных.

2. В течение 10 лет после ушивания повторно оперируются (в связи со стенозом, кровотечением или реперфорацией) 50-70% больных.

** 1. Реактивная и токсическая фазы распространенного перитонита не являются противопоказаниями к выполнению первично-радикального оперативного вмешательства.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

ПО СТЕПЕНИ

I степень - компенсированный

II степень - субкомпенсированный

III степень - декомпенсированный

ПО СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ

1. Воспалительно-инфильтративный

2. Рубцово-язвенный

3. Рубцовый

ПРИМЕЧАНИЕ: Морфологическое понятие стеноза включает воспалительно-инфильтративный и рубцовый компонент. Первый при ремиссии может уменьшаться, второй - имеет тенденцию к прогрессированию с каждым последующим обострением.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ

1. Наличие стеноза (независимо от степени) является абсолютным показанием к оперативному лечению.
2. При клиническом дебюте стеноза в предоперационном периоде целесообразно интенсивное противоязвенное лечение для уменьшения воспалительно-инфильтративного компонента, а следовательно и степени стеноза.
3. При компенсированном и субкомпенсированном стенозах применяются органосохраняющие вмешательства с одним из видов дренирующих операций.
4. При декомпенсированном стенозе показано, как правило, применение резецирующих или органосберегающих вмешательств.
5. При декомпенсированном стенозе, осложненном гипо- или ахлоргидрической комой, больной нуждается в проведении интенсивной терапии в реанимационном отделении с последующей операцией по жизненным показаниям. Как правило, выполняется минимальное вмешательство - гастроэнтеростомия.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. Локализация язвы и размеры
2. Фаза течения
3. Вариант течения

ПРИМЕРЫ:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, гигантская постбульбарная язва в стадии обострения, тяжелое течение
2. Язвенная болезнь желудка, большая язва малой кривизны, стадия неполной ремиссии

ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ

1. Локализация язвы
2. Характер прободения
3. Другие осложнения
4. Распространенность перитонита
5. Характер экссудата
6. Фаза перитонита

ПРИМЕРЫ:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, перфорация язвы передней стенки в свободную брюшную полость. Диффузный серозно-фибринозный перитонит, реактивная фаза
2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, "целующиеся" язвы луковицы, перфорация язвы передней стенки свободную брюшную полость, пенетрация язвы задней стенки в поджелудочную железу. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит, токсическая фаза

ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЕ

1. Локализация язвы
2. Характер и тяжесть кровопотери
3. Характер гемостаза
4. Осложнения

ПРИМЕРЫ:

1. Язвенная болезнь желудка, большая язва малой кривизны, осложненная профузным кровотечением, кровопотеря тяжелой степени. Геморрагический шок II ст.
2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, язва постбульбарного отлела, осложненная кровотечением, кровопотеря средней степени. Нестойкий гемостаз

ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ЯЗВЕ

1. Локализация язвы
2. Степень и стадия стеноза
3. Уровень стеноза
4. Другие осложнения

ПРИМЕРЫ:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная декомпенсированным бульбарным рубцово-язвенным стенозом и пенетрацией в поджелудочную железу

VI. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Типичными осложнениями язвенной болезни 12-перстной кишки являются: 1) перфорация; 2) пенетрация; 3) малигнизация; 4) кровотечение; 5) стеноз привратника. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 4; б) 1, 3, 4, 5; в) 1, 2, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) все верно.
2. Что не является показанием к операции при дуоденальной язве: а) длительная потеря трудоспособности и неуспешность консервативной терапии; б) профузное кровотечение

- из язвы; в) стеноз привратника; г) наличие множественных плоских язв в луковице 12-перстной кишки, обнаруженных при ФЭГДС; д) пенерация язвы.
3. Показаниями к оперативному лечению дуоденальной язвы являются: 1) безуспешность консервативной терапии и длительная потеря трудоспособности; 2) профузное кровотечение; 3) стеноз привратника; 4) перфорация язвы. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 3; б) 1, 4; в) 3, 4; г) 1, 2; д) все ответы верны.
 4. Женщина 38 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 2 часа после еды, ночные и "голодные" боли. О каком предварительном диагнозе можно думать? а) язва желудка; б) хронический холецистит; в) хронический панкреатит; г) язва 12-перстной кишки; д) хронический гастрит.
 5. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для уточнения диагноза язвенной болезни? а) исследование кислотности желудочного сока; б) определение уровня гастрин в сыворотке крови; в) холецистография; г) обзорная РГ брюшной полости; д) ФЭГДС.
 6. При язве желудка небольших размеров правильным будет: а) периодический РГ контроль за состоянием язвы; б) оперативное лечение, если в течение 3 месяцев эпителизации язвы на фоне консервативной терапии не произойдет; в) повторная гастроскопия и лечение в зависимости от ее результатов; г) длительное консервативное лечение; д) немедленная операция - резекция желудка.
 7. Наиболее рациональной операцией при язве желудка является: а) резекция желудка; б) антрумэктомия; в) СПВ; г) ваготомия и пилоропластика; д) иссечение язвы.
 8. Уровень какого гормона возрастает в плазме крови при синдроме Золингера-Эллисона? а) гастрин; б) панкреозимин; в) эритропоэтин; г) инсулин; д) глюкагон.
 9. При малигнизированной язве антрального отдела желудка больному показана операция: а) трунккулярная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой; б) резекция 2/3 желудка; в) субтотальная резекция желудка; г) антрумэктомия; д) иссечение язвы.
 10. Оперативное лечение больному дуоденальной язвой показано в тех случаях, когда: 1) часто возникают рецидивы заболевания; 2) заболевание осложняется профузным кровотечением; 3) возникает пилоро-бульбарный стеноз; 4) возникает перфорация язвы; 5) язва пенетрирует в головку поджелудочной железы, давая частые обострения и явления панкреатита. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 1, 4; в) 2, 3; г) 3, 4; д) все верно.
 11. Оптимальным методом лечения больного 26 лет с часто рецидивирующей язвенной болезнью 12-перстной кишки без нарушения проходимости пилоро-бульбарного отдела будет: а) резекция 12-перстной кишки; б) СПВ; в) субтотальная резекция желудка; г) передний гастроэнтероанастомоз; д) пилоропластика по Финнею.
 12. Абсолютными показаниями к хирургическому лечению язвы 12-перстной кишки являются: 1) рецидив заболевания после ушивания язвы; 2) пенетрация; 3) повторные кровотечения; 4) пилоро-бульбарный стеноз; 5) профузное кровотечение. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 4, 5; б) 1, 2, 3, 4; в) 2, 3, 5; г) 4, 5; д) все верно.
 13. В иннервации желудка участвуют ветви блуждающего нерва: 1) передний ствол; 2) чревная ветвь заднего ствола; 3) задний ствол; 4) передняя и задняя ветви Латарже; 5) "криминальная" ветвь Грасси. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 3, 4; в) 1, 2, 4, 5; г) 1, 3, 4, 5; д) все верно.
 14. Для язвы I типа по Johnson характерно: 1) нормальная или пониженная кислотность; 2) частая малигнизация; 3) усиленная моторика желудка; 4) дуоденогастральный рефлюкс; 5) упорное течение с короткими ремиссиями. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4; б) 1, 2, 4, 5; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 5; д) все верно.
 15. Относительными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни являются: 1) кровотечения в анамнезе; 2) рецидив язвы после ушивания; 3) пилоро-бульбарный стеноз;

- 4) дуодено-гастральный рефлюкс; 5) множественные язвы. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5; б) 1, 2, 3, 5; в) 2, 3, 4; г) 3, 4, 5; д) 1, 2.
16. При СПВ: 1) угнетается секреция соляной кислоты и пепсина; 2) угнетается секреция гастрина; 3) увеличивается выработка бикарбонатов; 4) элиминируется геликобактерная инфекция; 4) повышается толерантность обкладочных клеток к гастрину; 5) угнетается адаптивная релаксация желудка. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5; б) 1, 3, 5; в) 1, 4, 5; г) 1, 5; д) все верно.
17. Для прободной язвы желудка в первые 6 часов типичны следующие симптомы: 1) резкие внезапные боли в животе; 2) доскообразный живот; 3) многократная рвота; 4) вздутие живота; 5) исчезновение печеночной тупости, рентгенологически - "серп" газа под правым куполом диафрагмы. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4; б) 1, 2, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 2, 4; д) все верно.
18. Выберите оптимальный вариант лечения язвы желудка, осложненной пилородуоденальным стенозом: а) резекция 2/3 желудка; б) стволовая ваготомия с пилоропластикой; в) СПВ с дренирующей операцией; г) консервативная терапия; д) гастроэнтеростомия.
19. Наиболее рациональными методами оперативного лечения пилородуоденальной язвы, осложненной субкомпенсированным стенозом привратника являются: 1) резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру; 2) СПВ с гастродуоденоанастомозом; 3) СПВ; 4) гастроэнтеростомия; 5) стволовая ваготомия. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1, 2; в) 1, 4; г) 2, 4, 5; д) 2, 5.
20. У больного 60 лет диагностирована прободная язва желудка. Давность заболевания 14 часов. Ему нужно произвести операцию: а) резекцию желудка; б) стволовую ваготомию с пилоропластикой по Финнею; в) ушивание прободного отверстия; г) СПВ с ушиванием язвы; д) стволовую ваготомию с ушиванием и гастроэнтероанастомозом.
21. Декомпенсированный стеноз привратника язвенной этиологии характеризуется: 1) "шумом плеска" натощак; 2) резким похуданием больного; 3) рентгенологически - задержкой бария больше 12 часов; 4) нарушением волеического статуса; 5) часто возникающими рвотами пищей, съеденной накануне; б) возможными приступами тетании. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5, 6; в) 1, 2, 4, 6; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) 1, 2, 4, 5, 6.
22. Больному, поступившему в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, в экстренном порядке показано проведение следующих мероприятий: 1) постоянная аспирация желудочного содержимого; 2) рентгеноскопия желудка; 3) ФЭГДС; 4) лапароскопия; 5) определение гематокрита и ОЦК. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 3, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 3, 4, 5; д) 3, 4, 5.
23. При установлении диагноза прободной язвы желудка показан один из следующих методов лечения: а) экстренная операция; б) лечение по Тейлору; в) операция при неэффективности консервативного лечения; г) операция при нарастании явлений перитонита; д) лапароскопическое дренирование брюшной полости.
24. У больного 26 лет, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, при экстренной ФЭГДС обнаружена хроническая язва 12-перстной кишки с тромбированным сосудом и угрозой рецидива кровотечения. Ваша тактика: а) срочная операция; б) консервативное лечение; в) эмболизация сосудов желудка; г) операция при рецидиве кровотечения; д) все верно.
25. Установить, продолжается ли у больного желудочно-кишечное кровотечение или оно остановилось, можно с помощью: 1) рентгеноскопии желудка; 2) лапароскопии; 3) назогастрального зонда; 4) анализа крови на сывороточное железо; 5) ФЭГДС. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4; б) 3, 4, 5; в) 1, 2, 3; г) 4, 5; д) 3, 5.
26. Какие операции применяются при язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной

- пилородуоденальным стенозом? 1) ваготомия с дренирующей операцией; 2) антрумэктомия с ваготомией; 3) субтотальная резекция желудка; 4) классическая резекция 2/3 желудка; 5) гастростомия. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 3, 4; в) 1, 2, 3; г) 1, 2, 5; д) все верно.
27. Какой из диагностических методов наиболее информативен при определении тактики лечения больного с желудочно-кишечным кровотечением? а) рентгеноскопия желудка; б) обзорная РГ брюшной полости; в) ФЭГДС; г) лапароскопия; д) исследование желудочной секреции.
28. Выберите комбинацию признаков, характерных для прободной язвы 12-перстной кишки: 1) рвота кофейной гущей; 2) исчезновение печеночной тупости; 3) доскообразное напряжение мышц живота; 4) "кинжальная" боль в животе; 5) симптом "шума плеска". Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 3, 4; б) 3, 4, 5; в) 1, 3, 4; г) 2, 3, 5; д) 1, 4, 5.
29. Для декомпенсированного стеноза привратника характерны: 1) рвота пищей, съеденной накануне; 2) напряжение мышц брюшной стенки; 3) олигоурия; 4) "шум плеска" в желудке натощак; 5) задержка бария более 24 часов. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 4, 5; в) 1, 3, 4, 5; г) 1, 2, 3, 4; д) все верно.
30. Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки характерны следующие симптомы: 1) усиление болей в животе; 2) рвота "кофейной гущей"; 3) уменьшение болевого синдрома; 4) симптом Щеткина-Блюмберга; 5) мелена. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 5; в) 2, 3, 5; г) 2, 3, 4; д) 1, 2.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ, РАЗБИРАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ

1. Больной 36 лет в течении 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом исследовании язва постоянно прослеживается. Следует ли больному предлагать операцию? Дайте обоснование лечению?

2. При операции по поводу язвы тела желудка обнаружена выраженная хроническая дуоденальная непроходимость. Выберите метод операции.

3. У больного 23 лет за последние 2 года 5 раз были обострения дуоденальной язвы, требовавшие госпитализации. Язва каждый раз хорошо рубцуется. Каков дальнейший план лечения?

4. У больного 60 лет, страдающего ИБС и аневризмой левого желудочка, в течении 2 лет имеется нерубцующаяся язва тела желудка, сопровождающаяся сильным болевым синдромом. Каков дальнейший план лечения?

5. У больного 34 лет 6 лет назад было прободение "немой" язвы 12-перстной кишки. 2 года после этого чувствовал себя хорошо и никуда не обращался. Затем появились боли, характерные для язвенной болезни, и при РГ исследовании был установлен диагноз язвы 12-перстной кишки. Больной лечился все время только амбулаторно. В хирургический стационар попал по поводу подозрения на язвенное кровотечение, наличие которого оказалось сомнительным. Подлежит ли больной хирургическому лечению?

6. У больного с "повышенным риском" оперативного вмешательства по ходу операции по поводу язвы 12-перстной кишки выяснилось, что язва располагается очень низко, резко выражены явления перидуоденита, печеночно-дуоденальная связка замурована в плотных сращениях, не дифференцируется. Ваш опыт в желудочной хирургии сравнительно небольшой. Как Вы поступите?

7. Больной 45 лет поступил в стационар с диагнозом желудочного кровотечения неясной этиологии. До момента возникновения кровотечения никаких жалоб не предъявлял. Заболевание началось после многократной рвоты, вызванной неумеренным приемом

алкоголя. Во время одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь. Консервативные мероприятия оказались безуспешными. Больной оперирован. Лапаротомия. Желудок и верхние отделы кишечника заполнены кровью, другой патологии не выявлено. После гастротомии в кардиальном отделе желудка выявлены трещины слизистой и подслизистой оболочек размером до 16*5 см, из которых струйкой поступает алая кровь. Что произошло с больным? Как следует поступить хирургу?

8. Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня у него боли стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен. В эпигастрии пальпаторно незначительная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования применить для подтверждения диагноза?

9. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного часто были обильные рвоты и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастрии имеется пигментация кожи и определяется "шум плеска". Какой диагноз может быть поставлен? Как следует лечить больного, начиная с момента поступления? В чем заключаются неотложные мероприятия?

10. Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течении 10 лет. После лечения в стационаре наступают ремиссии, длящиеся 1 - 3 года. Три месяца назад у больного появились боли в пояснице, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка. Почему изменился характер болей? Как рекомендуется 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 язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных с неосложненной язвенной болезнью.

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с неосложненной язвенной болезнью. Для этого:
 - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
 - ответить 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 язвенной болезнью. Для этого:
 - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент поступления;
 - 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 в хирургическое отделение с язвенной болезнью. 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 язвенной болезни, осложненной кровотечением. Выделите особенности лечения заболевания в зависимости от тяжести состояния больного, объема кровопотери, данных ФЭГДС.
 5. Составьте алгоритм обследования больного с подозрением на перфоративную язву.
 6. Составьте алгоритм обследования больного с желудочной диспепсией.
 7. Работа в перевязочной, работа в кабинетах эндоскопии, рентгениагностики, присутствие и ассистирование на операции.
 8. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с болями в верхних отделах живота.
 9. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
 - "Синдром Золлингера-Эллисона";
 - "Роль геликобактерной инфекции в течении язвенной болезни";
 - "Методы эндоскопического гемостаза";
 10. Решение ситуационных задач, чтение рентгенограмм.

VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

ОСНОВНАЯ.

1. Хирургические болезни. Учебник по ред. Кузина М.И. Изд. второе. М., 1995.
2. Клиническая хирургия. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Минск, "Вышэйшая 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. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.
3. Гастроэнтерология. Под ред. Барон Д., Чадвика В., Вильямса Д. (пер. с англ.) т. I. М., Медицина, 1985.