

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра Хирургические болезни с ВПХ

ЛЕКЦИЯ

**ТЕМА: «Язвенная болезнь желудка и
двенадцатиперстной кишки»**

ТАШКЕНТ - 2007

Тема лекции: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Лекция посвящена: для студентов 4 курса педиатрического факультета

Обоснование темы: Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки представляет одну из основных проблем гастроэнтерологии. По данным В.Х. Василенко и И. Г. Кочергина (1991), в России в 1985 г. на 1000 населения зарегистрировано 4 случая язвенной болезни, а в 1989 г.- 4,3 случая.

Если в конце прошлого и в начале настоящего века преобладали язвы желудка и соотношение язв 12-ти перстной кишки и желудка было равно 1:20 то в настоящее время заболеваемость язвой 12-ти перстной кишки значительно возросла и соотношение составляет 5:1 у мужчин и 2:1 у женщин.

Цель лекции: Ознакомить студентов этиологии и патогенезу язвенной болезни желудка и 12 п. кишки, способам диагностики и клинической симптоматике. Ознакомить различным способом хирургического лечения данного контингента больных.

Воспитательные цели: Научить студентов правильному общению с больными, приобрести навыки установки диагноза. Ознакомить студентов способам соблюдения медицинской этики и человеческих норм при общении с данным контингентом больных.

Задачи лекции: Ознакомить студентов кратко с анатомией желудка и 12 п. кишки, а также методам их диагностики. Ознакомить их с этиологией, патогенезом, классификацией, диагностикой и дифференциальной диагностикой язвенной болезни желудка и 12 п. кишки. Ознакомить принципам пред- и послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу язвенной болезни.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Анатомо-топографические данные желудка и 12 п. кишки – 5 мин.
2. Определение, классификация ЯБЖ и ДПК – 5 мин.
3. Этиология, патогенез ЯБЖ и ДПК – 15 мин.
4. Клиника ЯБЖ и ДПК – 20 мин.
5. Методы диагностики – 15 мин.
6. Дифференциальная диагностика – 15 мин.
7. Хирургические методы лечения ЯБЖ и ДПК – 20 мин.

Анатомо-физиологические особенности желудка и 12 п. кишки

Желудок располагается в верхнем этаже брюшной полости - выше брыжейки поперечно-ободочной кишки. В нем различают переднюю и заднюю стенки, малую и большую кривизны и пять отделов: входная часть (кардия), дно, тело желудка, предпривратниковая (антральная) часть и привратниковая часть или привратник (пилорический канал).

Границей между желудком и 12-ти перстной кишкой является пилорический сфинктер. 12-ти перстная кишка огибает головку поджелудочной железы и у связки Трейтца образует дуоденоеюнальный перегиб. Длина этого начального отдела тонкой кишки 25-30 см. В 12-ти перстной кишке различают три части верхнюю, нисходящую и нижнюю. В нисходящей части 12-ти перстной кишки на заднемедиальной стенке расположен большой дуоденальный сосочек - место впадения в кишку общего желчного протока и главного панкреатического протока. Артериальное кровоснабжение желудка получает от ветвей чревного ствола. Сосуды желудка анастомозируют друг с другом и с ветвями верхней брыжеечной артерии, образуют разветвленную сеть внутриорганных сосудов. Вены соответствуют расположению артерий и являются притоками воротной вены. Венозные сплетения в подслизистом слое вокруг кардии соединяют систему воротной вены с системой верхней полой вены. При портальной гипертензии эти анастомозы могут стать источником кровотечений. Изучение областей лимфатического оттока имеет практическое значение при выполнении радикальных операций по поводу рака желудка.

Иннервация желудка осуществляется интрамуральными нервными сплетениями (подслизистым, межмышечным, подсерозным), блуждающими нервами и симпатическими нервами. Блуждающие нервы передним и задним стволами доходят вдоль пищевода до желудка. Выше кардии передний (левый) ствол отдает печеночную ветвь, а от заднего (правого) ствола отходит чревная ветвь к чревному узлу. Левый блуждающий нерв перед прохождением через пищеводное отверстие диафрагмы может разделиться на два или три ствола. Начиная от уровня кардии, от главных стволов отходят тонкие ветви, направляющиеся вдоль мелких кровеносных сосудов к малой кривизне желудка. Каждый ствол блуждающего нерва заканчивается соответственно передней и задней ветвью Латарже.

По секреторной и инкреторной функции различают три железистые зоны в слизистой оболочке желудка.

1. Кардиальные железы выделяют слизь, благодаря которой обеспечивается скольжение пищевого комка.

2. Фундальные, или главные, железы построены из четырех видов клеток. Главные клетки выделяют профермент пепсина - пепсиноген. Parietalные клетки (обкладочные) вырабатывают соляную кислоту и внутренний фактор Кестля. Добавочные клетки выделяют растворимую слизь, обладающую буферными свойствами. Недифференцированные клетки являются исходными для всех остальных клеток слизистой оболочки.

3. Антральные железы выделяют растворимую слизь с рН, близким к рН внеклеточной жидкости, и гормон гастрин из эндокринных G-клеток.

У здорового человека в условиях покоя в течение часа выделяется около 50 мл желудочного сока. Увеличивается продукция желудочного сока в связи с процессом пищеварения и в результате реакции организма на действие вредных факторов (психических и физических). Секрцию желудочного сока, связанную с приемом пищи, условно разделяют на три фазы: мозговую (вагусную), желудочную и кишечную.

В желудке здорового человека, агрессивные свойства кислотно-пептического фактора желудочного сока устраняются благодаря нейтрализующему действию принятой пищи, слюны, секретиромой щелочной слизи, забрасываемого в желудок дуоденального содержимого, и в результате влияния ингибиторов пепсина.

Моторная функция вне фазы пищеварения желудок находится в спавшемся состоянии. Во время акта еды благодаря изменению тонуса мышц желудочный резервуар может вместить около 1500 мл без заметного повышения внутриполостного давления. Во время нахождения пищи в желудке наблюдаются два типа движений: тонические и перистальтические.

Специальные методы исследования

Анализ желудочного сока. Для исследования секреции желудочного сока применяют зондирование желудка тонким зондом. Перед началом исследования через зонд извлекают скопившееся в желудке содержимое. Исследуют "базальную" и стимулированную секрецию после введения стимулятора. Секреция желудочного сока натошак осуществляется преимущественно в результате влияния на секреторный аппарат желудка блуждающих нервов, поэтому по показателям "базальной" секреции можно косвенно судить о состоянии тонуса блуждающих нервов. В качестве стимуляторов желудочной секреции используют пентагастрин, гистамин, инсулин. Гистамин является физиологическим стимулятором секреции соляной кислоты фундальными железами. Применение "максимального" гистаминового теста Кея позволяет определить максимальные возможности кислотопродукции слизистой оболочки желудка. Инсулин стимулирует секреторную функцию желудка в результате гипогликемии, вызывающей возбуждение центров блуждающих нервов.

Нормальные показатели секреции свободной соляной кислоты: "базальная" секреция до 5 ммоль/ч, стимулированная секреция - 16-25 ммоль/ч.

Рентгенологическое исследование является первым важным методом исследования желудка и 12-ти перстной кишки, применяемым для выявления локализации, характера, протяженности патологических изменений и функциональных нарушений. В качестве контрастного вещества применяют водную взвесь сульфата бария (100 г сульфата бария на 80 мл воды).

Эзофагогастродуоденоскопия помогает уточнить и дополнить данные рентгенологического исследования. Этот метод является решающим в

диагностике злокачественных новообразований в связи с возможностью гастробиопсии для цитологического и гистологического исследования полученного материала. Во время эндоскопического исследования можно выполнить рН-метрию и измерить интрамуральную разность потенциалов в пищеводе, в разных отделах желудка и в 12-ти перстной кишке.

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки представляет одну из основных проблем гастроэнтерологии. По данным В. Х. Василенко и И. Г. Кочергина (1991), в России в 1985 г. на 1000 населения зарегистрировано 4 случая язвенной болезни, а в 1989 г.- 4,3 случая.

Если в конце прошлого и в начале настоящего века преобладали язвы желудка и соотношение язв 12-ти перстной кишки и желудка было равно 1:20 то в настоящее время заболеваемость язвой 12-ти перстной кишки значительно возросла и соотношение составляет 5:1 у мужчин и 2:1 у женщин.

Женщины болеют язвенной болезнью реже, чем мужчины. Многие исследователи объясняют это биологическими свойствами половых гормонов, что подтверждается благоприятным течением язвенной болезни во время беременности. В настоящее время соотношение мужчин и женщин с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки составляет 4:1, а с язвенной болезнью желудка -2:1.

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки - гетерогенное, с различной периодичностью хроническое рецидивирующее заболевание, с разными вариантами течения и прогрессирования, у части больных приводящее к серьезным осложнениям.

Предложено много теорий патогенеза язвенной болезни, однако патогенез язвенной болезни сложен и во многом не совсем ясен.

Генетическая предрасположенность, нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты, наличие *Helicobacter pylori* (HP) - три основных фактора, в настоящее время чаще всего рассматриваемых в основе появления язвенной болезни и возникновения ее рецидивов. Наряду с множеством причин, которые изолированно или в некотором сочетании, возможно, лежат в основе возникновения и прогрессирования язвенной болезни, одной из важных, определяющих ее развитие, являются периодические нарушения равновесия между факторами агрессии и защиты.

Известный принцип Шварца, выдвинутый еще в 1910 году, «без кислоты нет язвы» – казалось бы, выдержал испытания временем, однако одно увеличение кислотности еще не является убедительной причиной появления язв желудка и 12-ти перстной кишки.

Среди факторов защиты чаще всего выделяют резистентность слизистой оболочки к воздействию агрессивных факторов, наличие слизи, которая способна нейтрализовать кислоту и тормозить пептическое переваривание, регенерацию эпителия, достаточное кровоснабжение,

нейтрализующую способность “смеси”, состоящей из содержимого, выделяемого 12-ти перстной кишкой, желчным пузырем и поджелудочной железой. Определенное значение в патогенезе язвенной болезни имеют и моторные расстройства в гастродуоденальной системе.

Не исключая других этиологических факторов риска язвенной болезни, все же по современным представлениям НР является одним из основных этиологических факторов возникновения и рецидивирования язвенной болезни у большинства людей. Основное в ульцерогенезе – изменение сигнальных систем, обусловленное НР.

Обычно, по мере увеличения возраста больных, появляется и нарастает частота обсемененности НР слизистой оболочки желудка. Однако с появлением и прогрессированием атрофии слизистой оболочки желудка, что часто наблюдается у больных пожилого и старческого возраста, частота обсемененности НР начинает снижаться: постепенно уменьшаются или исчезают (прежде всего в связи с истощением слизистой оболочки желудка) условия для существования НР.

Появление гипоксии – одно из основных условий образования так называемых старческих язв. Тканевая гипоксия с последующим нарушением биоэнергетики и окислительных процессов является одним из важных патогенетических механизмов развития и хронизации язвенной болезни, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Локализация: хроническая язва 12-ти перстной кишки у 94% больных локализуется в луковице кишки (луковичная язва). Одновременно могут быть две язвы на передней и задней стенках (“целующиеся язвы”). Редко язвы развиваются ниже луковицы (внелуковичные язвы). Диаметр язвы обычно не превышает 1,5 см.

Клиника и диагностика: язвенная болезнь 12-ти перстной кишки начинается, как правило, в молодом и среднем возрасте. Заболевают преимущественно мужчины. Ведущий симптом язвенной болезни 12-ти перстной кишки - боль в эпигастральной области. Анализ анамнестической характеристики болевого синдрома позволяет сделать довольно обоснованное предположение о наличии язвенной болезни 12-ти перстной кишки. Характерны периодичность течения заболевания с сезонными обострениями (в весенне-осенние периоды), дневной ритм боли, связь боли с приемом пищи. У больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки возникают поздние боли - через $\frac{1}{2}$ - 3 ч после еды, ночные и голодные боли. Боли обычно успокаиваются после приема пищи, рвоты, приема антацидов. Изжога - один из наиболее частых симптомов, может переходить в ощущение жгучей боли, имеет суточный ритм возникновения.

Рвота возникает на высоте боли, приносит облегчение больному. Рвотные массы имеют кислый вкус, большое количество желудочного содержимого без примеси пищи наблюдается при гиперсекреции желудочного сока.

Объективное исследование больных не выявляет патогномоничных признаков. Преобладают больные астенического телосложения. Питание

больных оказывается нормальным, нередко повышенным вследствие частых приемов пищи. Реже отмечается похудание в результате развития осложнений (стеноз, кровотечения, изнуряющая боль при пенетрации язвы, нарушение сна при ночных болях). Язык обложен белым налетом. При пальпации живота определяется болезненность и напряжение мышцы в правом верхнем квадранте, в этой же области обнаруживают зону перкуторной болезненности.

Эзофагогастродуоденоскопия является наиболее информативным методом исследования, позволяющим диагностировать язву 12-ти перстной кишки и сочетанные с ней поражения пищевода и желудка (эзофагит с нарушениями положения кардии и без него, гастрит, бульбит, сочетания язв с эрозиями).

Следующим специальным методом исследования, применяемым для диагностики язвы 12-ти перстной кишки, является рентгенологическое. Прямые рентгенологические признаки язвы: "рельеф-ниша" или "ниша", выводящаяся на контур радиарная конвергенция складок слизистой оболочки к язве, рубцовая деформация луковицы 12-ти перстной кишки.

При язвенной болезни 12-ти перстной кишки часто обнаруживают гиперсекрецию, высокие показатели кислотопродукции натощак и после стимуляции гистамином.

Дифференциальный диагноз: диагноз язвенной болезни 12-ти перстной кишки при типичных клинических проявлениях не представляет трудностей - сезонная периодичность течения заболевания, суточный ритм боли, связанной с приемом пищи, характерны для данного заболевания. Однако надо иметь в виду, что болевой синдром, свойственный дуоденальной язве, может наблюдаться при локализации язвы в желудке, а также при развитии первично-язвенной формы рака желудка.

Клиническое течение язвенной болезни 12-ти перстной кишки в случаях, когда приступообразная боль локализуется в правом подреберье, может напоминать желчнокаменную болезнь, хронический холецистит. Однако при язвенной болезни наблюдается сезонность обострения заболевания продолжительностью 3-4 нед, ежедневный суточный ритм боли, исчезновение боли после рвоты, в то время как печеночные колики возникают эпизодически после приема жирной жареной пищи, боль не исчезает после рвоты. Во время приступа больные беспокойны, ищут удобное положение, приступы бывают кратковременными. Применение спазмолитиков снимает боли. Для проведения дифференциального диагноза важны результаты рентгенологического исследования желудка, 12-ти перстной кишки и холецистографии.

Сходство с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки может иметь хронический панкреатит, при котором усиление боли в верхней половине живота связано с приемом пищи. Однако при хроническом панкреатите боль нередко принимает опоясывающий характер, не исчезает от приема антацидов, может усиливаться после рвоты.

Лечение: общие принципы консервативного и хирургического лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки основаны на устранении действия кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую оболочку 12-ти перстной кишки. Консервативное лечение включает лечебное питание, препараты, угнетающие кислотопродукцию, антациды, препараты, улучшающие состояние защитного барьера слизистой оболочки, повышающие регенерацию слизистой оболочки, седативные средства. В ранние сроки заболевания у 70% больных комплексное медикаментозное и санаторно-курортное лечение обеспечивает стойкий положительный эффект.

Показаниями к хирургическому лечению больного с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки являются: безуспешность комплексного консервативного лечения, частые обострения заболевания, снижающие трудоспособность больного; язвы каллезные, пенетрирующие; множественные язвы с высокой кислотностью желудочного сока; повторные кровотечения в анамнезе; рецидив пептической язвы после ушивания прободной язвы в анамнезе.

Цель хирургического лечения язвенной болезни 12-ти перстной кишки - обезопасить больного от угрожающих его жизни осложнений от перфорации язвы, профузного кровотечения, стеноза, и обеспечить предотвращение рецидивов заболевания.

Хирургическое лечение язвы 12-ти перстной кишки должно быть направлено на снижение продукции соляной кислоты. Это может быть достигнуто различными путями: обширной дистальной резекцией желудка, применением ваготомии. При резекции желудка удаляют антральный отдел, вырабатывающий гастрин, и значительную часть тела желудка, являющегося кислотопродуцирующей зоной, неизбежно пересекаются ветви блуждающих нервов при мобилизации и пересечении желудка по малой кривизне. После резекции желудка непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливают с помощью гастродуодено-анастомоза по методу Бильрот-I или гастроеюнального анастомоза по методу Бильрот-II.

Преимуществом метода Бильрот-I является сохранение прохождения пищи через 12-ти перстную кишку. Однако этот метод не всегда выполним из-за наличия инфильтрата, рубцовой деформации 12-ти перстной кишки, из-за возможности натяжения анастомоза и опасности расхождения швов.

Рецидивы язв возникают у 1-7% больных. Послеоперационная летальность составляет 3-5%. В первый год после резекции желудка около половины оперированных больных находятся на инвалидности. У 10-15% перенесших резекцию желудка развиваются постгастрорезекционные синдромы, тяжесть течения которых нередко значительно превосходит проявления язвенной болезни и является причиной повторных операций и инвалидности. Для снижения кислотопродукции желудочными железами применяют ваготомию. Блуждающие нервы являются секреторными и моторными нервами желудка.

Секреторные ветви иннервируют кислотопродуцирующую зону слизистой оболочки тела и фундального отдела желудка, моторные ветви иннервируют антрально-пилорический отдел желудка.

В настоящее время в клинической практике распространены следующие виды ваготомии:

- а) двусторонняя стволовая ваготомия,
- б) двусторонняя селективная желудочная ваготомия,
- в) проксимальная селективная желудочная ваготомия.

При стволовой и селективной желудочной ваготомии наряду со снижением секреторной функции желудка нарушается его моторная функция, поэтому для предупреждения застоя в желудке их надо дополнять дренирующей желудок операцией (пилоропластика по Гейнеке-Микуличу, по Финнею, по Джадду а также гастродуоденостомия по Жабулею).

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

Различают (Johnson, 1965) три типа желудочных язв: I тип – язвы малой кривизны; II тип - сочетанная язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки; III тип - препилорические язвы. Язвы малой кривизны желудка встречается в 4 раза реже дуоденальной язвы, преимущественно у людей старше 40 лет. Составляет 57% от всех желудочных язв.

Патогенез. Этиологическими моментами являются дуоденогастральный рефлюкс, стаз в антральном отделе, повреждение слизистого барьера. Иногда имеют значение такие факторы, как грубая пища, алкоголь, курение. В развитии медиогастральной язвы преобладающее значение имеет ослабление защитных механизмов слизистой оболочки желудка против действия кислотно-пептического фактора. Дуоденогастральный рефлюкс является одной из причин развития хронического антрального гастрита и язвы желудка. В физиологических условиях антральный отдел и пилорический сфинктер препятствуют рефлюксу дуоденального содержимого в желудок. Механизм развития дуоденогастрального рефлюкса связан с нарушением антродуоденальной моторики. При недостаточности пилорического сфинктера избыточное количество дуоденального содержимого поступает в желудок. Длительный контакт желчи и панкреатического сока со слизистой оболочкой желудка приводит к развитию гастритических изменений слизистой оболочки с кишечной метаплазией эпителия. Желчь высвобождает из слизистой оболочки гастрин и гистамин, которые стимулируют секрецию соляной кислоты и пепсина. Вредоносное действие желчи на слизистую оболочку желудка обусловлено тем, что желчь смывает слизь с поверхности слизистой оболочки, вызывает цитолиз клеток эпителия.

Клиника, диагностика: язва малой кривизны желудка начинается чаще у людей старше 40 лет. Основной симптом заболевания - ранняя боль в эпигастральной области. Возникает боль сразу после еды или через 15-45 мин. Чем ближе к кардии расположена язва, тем в более короткий срок после приема пищи возникает боль. Интенсивность боли различная, ноющая,

давящая боль, как при гастрите, или довольно интенсивная заставляющая больного принимать полусогнутое положение, придавливать брюшную стенку рукой. Часто возникает изжога, кислая отрыжка. Эпизодически на высоте боли наступает рвота.

Решающее значение в диагностике хронической язвы желудка имеет эндоскопическое исследование с биопсией дает точный диагноз в 95%, цитологическое исследование в 70% случаев. Однако, возможны ложноотрицательные результаты (5-10%), когда поражение злокачественное, а данные гистологического исследования биоптата его не выявляют.

Рентгенологическое исследование. Прямой рентгенологический признак язвы - "ниша" на фоне стенки желудка в виде кратера, заполненного барием или "ниша рельефа" в виде бариевого пятна. К месту расположения "ниши" конвергируют складки слизистой оболочки.

Лечение: стойкое излечение язв желудка консервативными мероприятиями наблюдается довольно редко. Рецидив заболевания и различные осложнения (кровотечение, малигнизация) возникают у 75-80% больных.

Хирургическое лечение показано больным: а) с доброкачественной язвой, которая не рубцуется, несмотря на проведение комплексного консервативного лечения в течение 8 нед; б) пожилого возраста с пониженной секреторной функцией желудка, особенно при наличии рецидивов и осложнений в анамнезе; в) с хронической рецидивирующей язвой в антральном отделе желудка; г) при подозрении на малигнизацию язвы.

Выбор метода операции определяется особенностями этой локализации язвы (атрофические изменения слизистой оболочки, нормальная или даже сниженная продукция соляной кислоты, возможность ракового превращения). Дистальная резекция половины желудка с удалением антрального отдела и иссечением язвы с гастродуоденоанастомозом по Бильрот-I является наиболее распространенным методом лечения.

Сочетанная язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Наиболее часто сначала появляется язвенная болезнь 12-ти перстной кишки и через несколько лет - язвенная болезнь желудка (у 93% больных). Уровень кислотопродукции высокий патогенетическом и клиническом отношении сочетанные язвы аналогичны дуоденальной. При язве 12-ти перстной кишки, осложненной стенозом, язва в желудке развивается у 6-18% больных

Клиническое течение: два периода - в первый период проявляются признаки язвы 12-ти перстной кишки, а затем при возникновении язвы желудка симптоматика изменяется. Болевой синдром выраженный, длительно сохраняется, удлиняется период обострения, медленно рубцуются язвы, отсутствует периодичность и сезонность обострения, часто возникают осложнения (у 60% больных).

Эндоскопическое исследование более результативно можно выявить плоские дефекты слизистой оболочки, произвести биопсию для цитологического и гистологического исследования биоптатов.

Трудности рентгенологической диагностики обусловлены невозможностью исключить первично-язвенную форму рака желудка, развивающегося в виде язвы, имеющего клинические симптомы пептической язвы.

Лечение: консервативное малоэффективно, а при наличии стеноза 12-ти перстной кишки оно бесперспективно. Применяют резекцию желудка с удалением язв обеих локализаций.

ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Изменения, происходящие при остром изъязвлении слизистой оболочки, описывают в литературе как геморрагический гастрит, острые язвы, язвенно-эрозивный гастрит. Острые изъязвления слизистой оболочки желудка и 12-ти перстной кишки вызываются различными факторами. Причины возникновения гастродуоденальных язв разнообразны. 1. Острые язвы могут развиваться на фоне стрессовых ситуаций (так называемые стресс-язвы). 2. Кровотокающие эрозии могут быть следствием повреждающего действия лекарственных препаратов (лекарственные язвы). 3. Развитие острых язв наблюдается при соматических заболеваниях, таких, как цирроз печени, заболевания сердца и легких с нарушениями кровообращения и дыхательной недостаточностью, хроническая или острая почечная недостаточность.

Острые стрессовые эрозии и язвы. Типичные проявления острых язв гастродуоденальные кровотечения. Среди причин острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта могут быть геморрагический гастрит (у 17%) и острые язвы (примерно у 5%).

Диагностика: при установлении диагноза геморрагического гастрита, острой язвы главным методом является - эзофагогастродуоденоскопия. Дифференциальный диагноз проводят между алкогольным эрозивным гастритом и вторичным медикаментозным эрозивным гастритом. Лечение: 1) гемостатическая терапия; 2) коррекция волевых нарушений. Если при острых изъязвлениях, проявляющихся массивным кровотечением, гемостатическая терапия неэффективна, приходится прибегать к хирургической остановке кровотечения.

Стресс-язвы. Стрессовые ситуации, при которых возможно, развитие острых язв: шок, тяжелая травма или операция (длительная, травматичная), психические перенапряжения, травма головного мозга, инфаркт миокарда, сепсис, инфекции, воздействия лучевой энергии, тяжелая физическая работа, резкие колебания температуры внешней среды. Самым частым типом стрессовой язвы является ишемическая язва. Она развивается в желудке и 12-ти перстной кишке в связи с ишемией слизистой оболочки. Наибольшее значение в генезе стресс-язв имеет снижение сопротивляемости гастродуоденальной слизистой оболочки вследствие нарушения ее кровоснабжения и общих расстройств метаболических и трофических процессов, обусловленных основным заболеванием.

Клиника и диагностика: главным клиническим проявлением стресс-язвы является кровотечение различной интенсивности. Кривая рвота и кровавый стул с предшествующим нарушением гемодинамики возникают в сроки между 2- и 10-м днем после первого действия стрессора (операции и др.). При эзофагогастродуоденоскопии обнаруживают множественные кровоточащие изъязвления слизистой оболочки, обычно в проксимальном отделе желудка. Возможны изъязвления в области антрального отдела и в 12-ти перстной кишке.

Лечение и профилактика развития острой стрессовой язвы при стрессовой ситуации включают те же средства, которые применяют при лечении язвенной болезни (антихолинергические препараты, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, антациды, седативные средства).

Лекарственные язвы. Лекарственные язвы имеют различный патогенез. Термином «стероидные язвы» объединяют неоднородного генеза изъязвления. У ряда больных глюкокортикоиды вызывают активизацию предшествовавшей язвенной болезни. В других патологических условиях глюкокортикоиды оказывают перmissive действие, способствуя реализации ulcerогенных способностей, связанных с основным заболеванием. Чем большей тяжестью отличается основное заболевание, тем чаще оно сопровождается осложненным течением стероидных язв - кровотечением, пенетрацией и перфорацией. Затем наблюдаются собственно стероидные язвы, связанные с применением стероидных препаратов (ацетилсалициловая кислота (аспирин), бутадиион, индометацин, атофан).

Ульцерогенные эндокринные заболевания. Причиной развития пептических язв в желудке и 12-ти перстной кишке может быть множественный эндокринный аденоматоз, характеризующийся поражением различных эндокринных органов. Выделяют два типа синдрома множественного эндокринного аденоматоза. Первый тип - поражение гипофиза, паращитовидных желез и поджелудочной железы; сопровождается развитием пептических язв желудочно-кишечного тракта. При втором типе поражаются надпочечник, щитовидная железа и паращитовидная железа. Диагноз: представляет трудности, требуется применение специальных методов исследования (определение уровня ионизированного кальция в крови, радиоиммунохимических способов определения содержания различных гормонов в крови, ультразвуковое сканирование, компьютерная томография, ангиография).

Лечение. Удаление аденомы паращитовидной железы приводит к снижению секреции соляной кислоты и язвы заживают, но не всегда. Первичный гиперпаратиреозидизм у некоторых больных способствует развитию синдрома Золлингера-Эллисона. Синдром Золлингера-Эллисона может быть одним из проявлений множественного эндокринного аденоматоза. Основной характеристикой синдрома Золлингера-Эллисона является массивная гиперсекреция соляной кислоты, обусловленная гипергастринемией.

Рентгенологические признаки: натощак желудок содержит значительное количество жидкости, складки желудка резко гипертрофированы. Язвы в пищеводе и желудке наблюдаются редко, чаще язвы локализуются в луковице 12-ти перстной кишки. Чем ниже локализуется язва, тем больше оснований подозревать синдром Золлингера-Эллисона. Пептическая язва в тощей кишке патогномонична для синдрома Золлингера-Эллисона. Складки слизистой оболочки тонкой кишки отечны, повышены тонус и моторика кишечника. Наиболее достоверным методом дооперационной диагностики синдрома Золлингера-Эллисона является радиоиммунохимическое определение гастрин в плазме крови. У здорового человека в 1 мл плазмы содержится 50-200 пг гастрин (1 пг-10-12 г). У больных с синдромом Золлингера-Эллисона уровень гастрин выше 500 пг/мл.

Лечение: при I типе синдрома показана резекция желудка, при II типе - гастрэктомия. Гастрэктомия позволяет ликвидировать возможность образования повторных язв.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>