

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИН-  
СКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ С ВПХ**

***РЕФЕРАТ***

**НА ТЕМУ:**

**Язвенная болезнь  
желудка и двенадцатиперстной кишки**

**Ташкент – 2010**

## **План реферата:**

1. Анатомо-физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Этиология и патогенез язвенной болезни.
3. Патологическая анатомия язвенной болезни желудка и 12ПК.
4. Клиника и диагностика язвенной болезни.
5. Осложнения язвенной болезни желудка и 12ПК.
6. Современное лечение язвенной болезни.

## **Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки представляет одну из основных проблем современной гастроэнтерологии. Из-за своей частоты, хронического течения, поражения людей в 30-50 – летнем возрасте, частой инвалидизации больных, наличия угрожающих осложнений и недостаточно удовлетворительных результатов лечения язвенная болезнь в настоящее время является важной социальной проблемой.

Язвенную болезнь желудка по праву считают заболеванием XX века, которое возникает в результате повышенной нагрузки, требований, предъявляемых к человеку, его психике и частых стрессовых ситуаций.

В наше время язвенная болезнь является одним из распространенных заболеваний во всех странах мира. По данным С.В. Курашова (1963) в нашей стране на 1000 человек выявлено больных язвенной болезнью желудка среди мужчин 8,2 человека, а среди женщин – 2. В 1973 году на первом Всесоюзном съезде гастроэнтерологов Б.В. Петровский сообщил, что в СССР больных язвенной болезнью желудка насчитывается более 1 млн., причем ежегодно по поводу язвы делается не менее 70 000 резекций желудка. В Америке Vocrus (1963), Paliner (1963) среди мужского населения выявили 10% язвенных больных, а Doll (1951) в Англии – 8%.

В конце прошлого и начале настоящего века преобладает язвы желудка и соотношение язв двенадцатиперстной кишки и желудка было равно 1:20 (Fodor, 1968). В настоящее время соотношение их приблизительно равняется 5+1, а по некоторым данным, язвы в двенадцатиперстной кишке развиваются в 10 раз чаще, чем в желудке (И.Ф. Лорие, 1958; И.К. Рахмакулов, 1967). По данным статистике в Англии соотношение дуоденальных и желудочных язв равняется 9:6, в Японии – 1:12, в Румынии – 1:4 (Fodor, 1968). Женщины болеют язвенной болезнью реже, чем мужчины. В настоящее время соотношение язв двенадцатиперстной кишки у мужчин и женщин колеблется от 3:1 до 10:1 (Jruelove, 1960).

Краткие сведения по анатомии и физиологии  
желудка и двенадцатиперстной кишки

Желудок располагается в эпигастральной области, преимущественно в левом подреберье. В желудке различают следующие разделы: кардиальную часть (*cardial ventricule*), дно (*fundus ventriculi*), тело желудка (*corpus ventriculi*), антральный отдел (*antrum pyloricum*), привратник (*pylorus ventriculi*). Кардия располагается ниже входа в желудок на расстоянии около 5 см. Дно желудка или свод находится слева от кардии и выше уровня кардиальной вырезки. Тело находится между кардией и дном с одной стороны и антрумом – с другой. Граница между антрумом и телом желудка проходит по промежуточной борозде – *sulcus intermedius*, соответственно которой по малой кривизне имеется угловая вырезка – *incisura angularis*.

Стенка желудка состоит из серозной, мышечной, подслизистой и слизистой оболочек. Серозная оболочка, переходя на соседние органы, образует связочный аппарат желудка.

Кровоснабжение желудка осуществляется ветвями чревной аорты – левой желудочной (*a. lienalis*). Вся венозная кровь из желудка оттекает в систему воротной вены.

Желудок иннервируется симпатическими и парасимпатическими волокнами, которые образуют внежелудочные нервы и инструментальные сплетения. Симпатические нервы отходят к желудку от солнечного сплетения и сопровождают сосуды, отходящие от чревной артерии. Парасимпатическая иннервация желудка осуществляется блуждающими нервами.

Лимфатическая система желудка начинается лимфатическими капиллярами слизистой желудка, переходящими в ряд сплетений: подслизистое, интрамуральное и серозно-подсерозное. В зависимости от направления тока лимфоузлами, располагающимися вдоль питающих желудка сосудов:

- 1) территория венечной артерии;
- 2) территория селезеночной артерии;
- 3) территория печеночной артерии.

Двенадцатиперстная кишка (*duodenum*) является продолжением и имеет подковообразную форму. В двенадцатиперстной кишке различают верхнюю горизонтальную часть, нисходящую часть и нижнюю часть, которая включает в себя нижний горизонтальный отдел и восходящий отдел. Двенадцатиперстной кишки имеет три изгиба – верхний, нижний и двенадцатиперстно-тощекишечный.

Двенадцатиперстная кишка начинается расширением (*bulbus duodeni*). В длину она составляет 25-30 см, а в диаметре – 4-5 см. Только начальный отдел кишки на протяжении 2-5 см со всех сторон окружен брюшиной. На остальном протяжении кишки находится в забрюшинном пространстве. На медиальной стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки имеется продольная складка, заканчивающаяся бугорком (*papilla duodeni major, s. Vateri*), с устьем общего желчного протока и устьем протока поджелудочной железы. Важным анатомическим образованием является печеночно-двенадцатиперстная связка, которая идет от ворот печени к верхней части поджелудочной железы и содержит печеночную артерию, воротную вену и общий желчный проток.

В подкове двенадцатиперстной кишки находится головка поджелудочной железы, справа и снизу – правая почка с надпочечником, сзади – аорта и нижняя полная вена, сверху – печень и желчный пузырь, спереди – поперечная ободочная кишка с брыжейкой. Спереди восходящей части двенадцатиперстной кишки проходят верхние брыжеечные сосуды.

Кровоснабжение двенадцатиперстной кишки получает за счет ветвей чревной и верхней брыжеечной артерий. Отток лимфы идет в лимфатические узлы поджелудочной железы, а через них – в основной коллектор (чревные лимфатические узлы).

Желудок и двенадцатиперстная кишка выполняют секретную, моторную, всасывательную и в определенной степени эндокринную функцию. Желудок, кроме того, выполняет роль резервуара.

Классическими работами И.П. Павлова и его школы (1902) установлено, что в желудочной секреции имеются два периода. Секретция в I периоде, называемая внепищевой или базальной, происходит спонтанно под влиянием импульсов, возникающих по блуждающим нервам к желудку (секретция желудочного сока при отсутствии раздражителя и секреции в ночное время).

Секретция II периода, называемая пищевой или стимулируемой, делится на три фазы:

I. фаза – сложнорефлекторная (вагусная или цефалическая).

Желудочная секреция стимулируется условным (вид, запах пищи) и безусловными (жевание, продвижения непосредственно на главные и обкладочные клетки. Для этой характерно выделение желудочного сока с высокой концентрацией соляной кислоты и особенно пепсина.

II. фаза – желудочная или нервно – гуморальная начинается в момент присоединения к имеющимся уже раздражителям механического и химического раздражения слизистой желудка поступившей в него пищи. А также гуморального воздействия на желудочную секрецию гормонально активных веществ (гастрин, гестами), образующихся в антральном отделе желудка и поступающих в кровь.

III. фаза – кишечная фаза желудочной секреции – возбуждение желудочной секреции вызывается веществами, образовавшимися из пищи, поступившей в тонкую кишку и всосавшимся из нее (энтерогастрина и др.). Принято считать, что в I и II фазы желудочной секреции выделяется по 45 процентов желудочного сока, а в третью – 10.

Тормозят желудочную секрецию образующийся в пилорическом отделе желудка гастрон и вырабатывающийся в двенадцатиперстной кишке под влиянием резко кислого содержимого (рН ниже 2,5) энтерогастрон.

#### Этиология и патогенез язвенной болезни

С момента возникновения учения о язвенной болезни было предложено много теорий ее возникновения.

Сосудистая теория (Virchow, 1852) объяснила возникновение язвы местными нарушениями кровообращения процессом, а также вследствие их тромбоза или эмболии.

Пептическая теория (Bernsrd, 1856, Qibincke, 1978).

Авторы этой теории считали, что язва желудка возникает в результате повышенного действия соляной кислоты и пепсина.

Механическая (травматическая) теория (Aschov, 1912) объясняет, что язвы в большинстве случаев располагаются на малой кривизне желудка, по которой движется главная масса пищи.

Воспалительная теория (Konjetzny, 1925) исходит из того, что образованию язвы предшествует воспалительное состояние слизистой желудка с ослаблением ее регенераторных свойств.

Нейрорефлекторная теория (Rossle), 1912) объяснила возникновение язвы висцеро-висцеральными рефлексам с различных внутренних органов, в частности с илеоцекальной области, через блуждающий нерв на желудок.

Нейровегетативная теория (Bergman, 1913). Согласно этой теории язвенная болезнь возникает у конституционально предрасположенных людей вследствие нарушения функции вегетативной нервной системы.

Кортико-висцеральная теория Быкова и Курцина (1949).

На основе учения И.П. Павлова авторы указанной теории считали, что нарушения экстерорецептивной и интерорецептивной сигнализации приводят к расстройству регуляторных механизмов в ЦНС. При перенапряжении и истощении коры подкорковые центры освобождаются от ее регулирующего влияния и начинают действовать хаотически, в результате чего в таламо-гипоталамической области возникает патологический застойный

очаг возбуждения. Все это приводит к нарушению сосудистых реакций, секреторной и моторной функции желудка. На фоне трофических изменений слизистой и последующего переваривания отдельных ее участков развивается язва.

Теория стресса (Selye, 1953).

Автор считает, что любой раздражитель – стресс (нервнопсихический, физический, инфекционный и др.) ведет к повышенному выделению гормонов передней доли гипофиза и коры надпочечников, которые усиливают желудочную секрецию, что в свою очередь приводит к образованию язвы.

Теория слизистого барьера (Hollander, 1954).

Согласно этой теории язва возникает в результате нарушения образования слизи и повреждения клеток, вырабатывающих ее.

Современная концепция возникновения язвенной болезни основывается на работах Rossele, показывающего роль нейрорефлекторных нарушений, Угау, который придавал значение гормональным изменениям, Selye, показавшего роль стресса в возникновении язвенной болезни и трудах школы И.П. Павлова. Кроме того, принимаются во внимание местные нарушения: роль механического фактора (Aschoff), воспалительного (Konjetzny) и нарушений слизееобразования (Hallander).

Согласно современным представлениям, основными факторами возникновения язвенной болезни является расстройства нервных, гормональных и местных механизмов регуляции желудочной секреции.

По мнению С.М. Рысса, различные стрессоры могут воздействовать на гестродуоденальную систему двумя путями: нервным и гормональным. Нервный путь стресса включают кору больших полушарий, межзачаточный мозг, центр блуждающего нерва, блуждающий нерв и желудок. В результате воздействия стрессовых факторов наступает дискоординация работы коры и подкорки, нарушается деятельность гипоталамуса, происходит возбуждение центра блуждающего нерва, что ведет к повышению активности кислотно-пептического фактора (повышенной выработке соляной кислоты и пепсина), перистальтической активности желудка и спазмы его сосудов. Гормональный путь стресса проходит через гипоталамус, который выделяет гормон, действующий на переднюю долю гипофиза, выделяющую АКТГ, а затем через кору надпочечников (экскреция глюкокортикоидов) на желудок. Глюкокортикоиды усиливают выделение кислотно-пептического фактора, разрушают защитный барьер слизистой оболочки желудка, оказывают отрицательное влияние на восстановительные процессы в ней. В результате сочетанного воздействия нарушений регулирующих механизмов создается возможность образования язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке.

В настоящее время поднимается вопрос о том, является ли язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки одним и тем же заболеванием или это разные заболевания. Например, С.М. Рысс, В.М. Ситенко, М.И. Коломийченко, Dragstedt считает, что язва желудка и двенадцатиперстной кишки патогенетически и по клиническому течению являются различными заболеваниями. Для язвы желудка являются характерными:

- а) умеренно повышенная, а часто и нормальная кислотность желудочного сока;
- б) замедленная моторика желудка с частыми спастическими сокращениями его мускулатуры;

- в) длительный застой пищи в желудке.

Основные проявления дуоденальной язвы совершенно иные:

- а) высокая кислотность желудочного сока, особенно в первой, нервнорефлекторной фазе секреции;

- б) ускоренная моторика желудка;

- в) довольно быстрое опорожнение желудка.

Если признать различия в патогенезе желудочных и дуоденальных язв, то принципы их хирургического лечения должны быть различными.

### Патологическая анатомия

Морфологически язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется наличием эрозий, острых или хронических язв, а также различных стадий хронического гастрита или дуоденита.

Эрозии представляют собой поверхностный дефект слизистой оболочки, возникающий на месте мелких очагов некроза и кровоизлияний. Располагаются они обычно на верхушке складок слизистой. Эрозии быстро заживают, не оставляя рубца.

Различают язвы: простые (ulcus simplex) – свежие язвы с мягкими краями, каллезные (ulcus callosum) пенетрирующие (ulcus penetrans) – язвы, дно которых спаяно с печенью или поджелудочной железой и перфорирующие (ulcus perforans) – язвы, открывающиеся в свободную брюшную полость.

При язвах двенадцатиперстной кишки в слизистой желудка отмечаются явления гипертрофического гастрита, а в слизистой двенадцатиперстной кишки различные стадии хронического дуоденита (поверхностный, диффузный, атрофический). При язвах желудка у подавляющего большинства больных наблюдаются различные стадии хронического гастрита.

### Клиника язвенной болезни

Клиника язвенной болезни имеет свои особенности в зависимости от локализации язвы, пола, возраста больного, наличия осложнений.

Основными жалобами больных язвенной болезнью является: боли, изжога, отрыжка, тошнота, рвота.

Боли являются главной жалобой больных язвенной болезнью и основным диагностическим признаком. По данным А.А. Шалимова и В.Д. (1972) они наблюдаются у 92% больных. Боли бывают различной интенсивности (тупые, режущие, жгучие) и локализуются в эпигастриальной области, в правом или левом подреберье. При пилородуоденальных язвах – больше справа, при желудочных – слева. Для язвенных болей характерны: периодичность, сезонность, ритмичность. Под периодичностью язвенных болей понимают смену светлых безболевого промежутков периодами болей. Для язвенной болезни характерны сезонность обострений: ухудшение состояния отмечается весной и осенью. Моупһан (1912) первый указал на ритмичность язвенных болей.

Различают ранние, поздние, ночные и голодные боли. Ранние боли появляются в течение первого часа после приема пищи и чаще наблюдаются при язве желудка. Поздние, голодные и ночные боли возникают спустя 1,5 – 4 часа после еды. Они обычно характерны для язв двенадцатиперстной кишки.

Изжога - довольно частый и ранний признак язвенной болезни. Причиной изжоги являются нарушения секреторной и моторной деятельностью желудка. Она часто повторяет ритм язвенных болей и в этом отношении может быть эквивалентном.

Рвота при язвенной болезни часто возникает на высоте язвенных болей и может быть ранней или поздней. Часто рвота прекращает боли и облегчает состояние больного, поэтому нередко больные вызывают ее сами.

Тошнота встречается не так часто и обычно предшествует рвоте. Отрыжка при язвенной болезни бывает кислой, пустой или пищевой. Кислая отрыжка чаще наблюдается у больных с большой гиперсекрецией желудочного сока. У многих больных, особенно при язве двенадцатиперстной кишки, наблюдается нарушения функции кишечника, преимущественно в виде запоров.

### Объективное исследование

Обычно отмечается удовлетворительное общее состояние больных, могут наблюдаться различные невротические реакции, обусловленные нарушениями вегетативной нервной системы.

При осмотре передней брюшной стенки нередко можно отметить изменение пигментации кожи («тигровая кожа») в эпигастрии, что является следствием прикладывания грелок. При поверхностной пальпации брюшной стенки может выявиться повышение кожной чувствительности (зона гипертензии Захарьина-Геда). При неосложненных формах диагностическое значение имеют обнаружение локальных зон перкуторной болезненности по Менделю и шум плеска (за счет значительной межпищеварительной желудочной секреции).

Основным методом диагностики язвенной болезни в настоящее время является рентгенологическое исследование. Оно дает возможность установить не только наличие язвы, но и точную ее локализацию, особенности течения и различные осложнения. Рентгенодиагностика язвенной болезни основана на выявлении характерных симптомов, которые делятся на прямые и косвенные. Прямые симптомы являются отражением анатомических изменений, вызванных язвенным процессом, косвенные представляют собой функциональные нарушения и рефлекторные проявления. К прямым симптомам относятся ниша, воспалительный вал и конвергенция складок. Ниша (симптом Hauden) представляет собой, добавочную тень или патологическое выпячивание контура желудка, обусловленное проникновением контрастной массы в кратер язвы. Ниша является самым достоверным признаком язвы, причем ее обнаружение даже при отсутствии клинических симптомов является решающим при постановке диагноза. Воспалительный вал окружает язвенный кратер и определяется в виде кольцевидного просветления вокруг ниши. Конвергенция складок служит одним из наиболее важных признаков, когда язва заполнена слизью, жидкостью или кровью.

К косвенным рентгенологическим признакам язвенной болезни относятся наличие спастических явлений, изменение перистальтики, нарушение моторной функции желудка, изменение тонуса, гиперсекреции, болевая точка, изменение рельефа слизистой. Спастические изменения могут проявляться в виде локального, регионарного или общего спазма. Иногда наблюдается стойкий рефлекторный спазм в виде пальцевидного втяжения на большой кривизне против язвы – «указывающий перст», который свидетельствует о расположении ниши на малой кривизне (симптом де Кервена). Изменения перистальтики характеризуются усилением ее – гиперперистальтикой. Нарушение моторной функции желудка проявляется ускорением или замедлением эвакуации. Рентгенологически гиперсекреция проявляется наличием жидкости в желудке натошак, а в ходе исследования она определяется в виде горизонтального слоя на фоне газового пузыря над контрастной массой.

Наличие болевой точки имеет определенное значение для диагностики язвенной болезни, особенно если этот симптом сочетается с ограниченным спазмом или другими косвенными признаками.

Из других методов исследования все большее значение приобретает гастроскопия и фиброгастроскопия, которые нашли широкое применение в клинике как объективные методы диагностики заболеваний желудка.

Дифференциальный диагноз язвенной болезни желудка приводится с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, хроническим гастритом, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом и раком желудка.

#### Методы лабораторного исследования

Предоперационное обследование больного язвенной болезнью методами обследования, так и специальные исследования желудочной секреции и выявления предрасположенности больного к развитию демпинг-синдрома.

Dragstedt рекомендует изучать у больных язвенной болезнью ночную 12-часовую секрецию, с 20 часов до 8 мэкв. У больных с язвой двенадцатиперстной кишки объем же-

желудочного сока возрастает до 1000 мл и более, а содержание свободной соляной кислоты составляет 50-60 мэкв. При язве желудка количество желудочного сока равняется 500-600 мл., содержание свободной соляной кислоты – 10 – 12 мэкв. Ночная гиперсекреция у больных язвой двенадцатиперстной кишки является следствием повышенного тонуса блуждающих нервов. Если за ночь выделяется 100 и более мэкв соляной кислоты, то консервативное лечение этой группы язвенных больных обычно оказывается безрезультатным.

Для определения характера желудочной секреции по фазам применяется инсулиновая (Hollander, 1946) и гистаминовая (Кау, 1953) пробы. Особенности первой фазы желудочной секреции можно изучить с помощью пробы с инсулином, который стимулирует выделение желудочного сока путем гипогликемии и последующего возбуждения центров блуждающих нервов. Вторую фазу желудочной секреции можно изучить с помощью гистамина, который, как считают некоторые авторы, является медиатором гастрина. По методике Maratka (1964) гистамин – инсулиновый тест проводится следующим образом. После отсасывания желудочного сока в течение 30 мин. (базальная секреция) вводится гистамин 0,1 мг на 10 кг веса и в течение часа каждые 15 мин. Полностью отсасывается желудочный сок с помощью шприца. Затем вводится внутривенно инсулин 2 ед. на 10 кг веса и в течение часа также каждые 15 мин. Отсасывается сок. Для количественного определения характера желудочной секреции вычисляется содержание свободной соляной кислоты в каждой 15-минутной порции в миллиэквивалентах. Полученные результаты суммируются. В результате определяется количество мэкв за час или 30 минут. В расчет принимаются все 4 порции сока, выделявшегося на введение гистамина и третья, четвертая порции сока – на введение инсулина. У здоровых лиц при введении гистамина выделяется до 10 мэкв/час соляной кислоты и ответ на введение инсулина – до 3 мэкв за 30 минут. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки при введении гистамина выделяется 5-6 мэкв/час, при введении инсулина – 1-2 мэкв соляной кислоты за 30 минут.

Максимальный гистаминовый тест предложен Кау в 1953 году. Натощак в желудок вводится тонкий зонд, больного укладывают на левый бок и в течение часа собирают весь выделившийся желудочный сок, характеризующий базальную секрецию. Через 30 минут от начала исследования вводят антигистаминовый препарат (2 мл 2% супрастина в/м или 2 мл 2,5% пипольфена). Через час после начала пробы, т.е. через 30 минут после введения супрастина подкожно вводится фосфорнокислый гистамин – 0,1% раствор в дозе 0,4 мг на 10 кг веса. После инъекции гистамина исследование продолжается еще в течение часа. Общее выделение свободной соляной кислоты вычисляется в миллиэквивалентах в час. Для определения количества выделившейся соляной кислоты в мэкв за час необходимо умножить количество сока за час в миллилитрах на содержание соляной кислоты в традиционных единицах и полученный результат разделить на тысячу. Среднее максимальное выделение соляной кислоты у мужчин равно 22,5 мэкв/час, а у женщин – 17 мэкв/час.

#### Интерпретация результатов исследования желудочного сока

1. Базальное выделение соляной кислоты за час – ВАО (basal acid output) в мэкв:  
2 мэкв – норма, язва желудка или двенадцатиперстной кишки;  
20 мэкв или больше – синдром Золлингера–Эллисона.
2. Максимальное выделение соляной кислоты за час – МАО (maximal acid output), максимальная гистаминовая стимуляция:  
0 мэкв – истинная ахлоргидрия, гастрит или рак желудка;  
1-20 мэкв – норма, язва желудка, рак желудка;  
20-25 мэкв – обычно указывает на язву двенадцатиперстной кишки;  
35-60 мэкв – дуоденальная язва, может быть синдром Золлингера–Эллисона;  
60 мэкв – дуоденальная язва, может быть синдром Золлингера–Эллисона;
3. Состояние ВАО и МАО:  
ВАО < МАО на 20% – норма, язвы желудка и рак желудка;

BAO = 20 – 40% MAO - язва желудка или двенадцатиперстной кишки;  
BAO = 40 – 60% MAO - язва двенадцатиперстной кишки, может быть синдром Золлингера-Эллисона;  
BAO > MAO на 60%- синдром Золлингера-Эллисона.

Предрасположенность больных к демпинг- синдрому можно установить с помощью так называемой демпинг – нагрузки. К наиболее распространенным пробам относится проба с интраюнальным введением 150 мл 50% раствора глюкозы (экспериментальный демпинг – синдром). До и после исследуют пульс, артериальное давление. ЭКГ, электрогастрамму, сахар крови, электролиты. Проба считается положительной, если у больного появляется слабость, головокружение, потоотделение, чувство дурноты или опьянения, тахикардия, учащение дыхания, тремор конечностей, изменение диаметра зрачков, изменение минимального АД, гиперемия или побледнение лица, изменение ЭКГ и уровня сахара и электролитов.

### Осложнения язвенной болезни

#### I. Каллезно-пенетрирующие язвы.

Проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в близлежащие соседние органы – тяжелое осложнение язвенной болезни. Оно вошло в литературу под названием пенетрирующих язв.

Для данного осложнения язвенной болезни прежде всего характерна длительность заболевания с различными стадиями развития. Различают следующие стадии:

- а) хроническая каллезная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
- б) препенетрация;
- в) поверхностная пенетрация;
- г) глубокая пенетрация.

Хроническая каллезная язва характеризуется той или иной локализацией с развитием хронического воспалительно-некротического процесса на дне язвы, с обширным развитием рубцовой ткани вокруг нее, вследствие чего края язв приобретают весьма плотную консистенцию.

В стадии препенетрации язвенный процесс еще не вышел за пределы стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Наблюдается разрушение всех их слоев, однако нет еще разрушения средних органов, с которыми желудок или двенадцатиперстная кишка интимно сращены, спаяны и образуют общий конгломерат.

Для стадии поверхностной пенетрации характерно полное разрушение язвенным процессом всех слоев желудка или двенадцатиперстной кишки. Язва проникает в соседний орган или ткань, где образует поверхностный дефект, чаще всего плоский, небольшого размера.

В стадии глубокой пенетрации язвенный процесс проникает в вещество органа, образуя в нем глубокие полости или ниши. Так, при пенетрации язвы малой кривизны желудка в печень в веществе последней возникает большой кратер, она тесно срастается с желудком по малой кривизне, при этом сальник сморщивается и почти исчезает, полость его облитерируется. Глубокая пенетрация язвы в поджелудочную железу вызывает картину обширного склерозирующего панкреатита. Язвы пенетрируют не только в паренхиматозные органы, но и в брыжеечные образования, особенно в корень брыжейки или малый сальник.

В стадии глубокой пенетрации язвы в ближайшие органы образуются через брюшную стенку и ошибочно принимаются за раковые, так называемые.

Пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются преимущественно у мужчин в возрасте 40-50 лет, и в большинстве случаев процесс имеет длительное хроническое течение. Для них характерна такая клиническая картина: боли не подчинены ритму приемов пищи, носят более постоянный, длительный характер, усилива-

ясь при движении, физических напряжениях и даже при перемене положения в постели. Светлые промежутки между приступами болей или вовсе отсутствуют, или сокращаются до нескольких недель. При голодании боли несколько уменьшаются, поэтому больные воздерживаются от приема пищи, в результате чего они сильно худеют при сохраненном аппетите.

При рентгенологическом исследовании иногда обнаруживается стойкая, больших размеров ниша, иногда трехслойная, на дне которой находится контрастное вещество, над ним жидкость и сверх воздух.

Язвы двенадцатиперстной кишки пенетрируют чаще всего в голову поджелудочной железы. Они характеризуются сильными болями, отдающими в спину. Язвы малой кривизны желудка пенетрируют в тело и хвост поджелудочной железы. Такие каллезно-пенетрирующие язвы нередко являются причиной хронических панкреатитов. Язвы, пенетрирующие в малый сальник и по направлению к солнечному сплетению, всегда причиняют упорные боли, иногда отдающие в позвоночник. Одно из довольно редких осложнений язвенной болезни – пенетрация язв желудка и двенадцатиперстной кишки в печеночно-дуоденальную связку с образованием холедоходуоденальных свищей.

### Рубцовый стеноз привратника

Рубцовый стеноз привратника или сужение начальной части двенадцатиперстной кишки являются осложнением язвенной болезни, при котором нарушается эвакуация содержимого из желудка. Стойкое сужение привратника развивается обычно после многолетней язвенной болезни. В течении язвенного стеноза различают три стадии: Компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

В Компенсированной стадии пилоростез не проявляется сколько-нибудь выраженными клиническими признаками. Общее состояние таких больных обычно страдает мало. Они отмечают чувство тяжести и полноты в подложечной области, преимущественно после обильного приема пищи. У некоторых больных бывают отрыжки кислым, а иногда и рвота. При исследовании желудочного содержимого обнаруживается гиперсекреция. При рентгенологическом исследовании желудок представляется гипертоничным, эвакуация контрастной массы протекает своевременно.

В стадии субкомпенсации чувство тяжести и полнота в желудке усиливается. Приступообразные боли, связанные с усилением перистальтики желудка, становятся более резким. Появляются неприятные отрыжки с запахом «тухлых яиц» вследствие длительной задержки пищи в желудке. Временами бывает обильная рвота, приводящая к облегчению, поэтому больные стараются вызвать ее сами. При объективном исследовании у большинства больных обнаруживается натощак «шум плеска» в желудке и видимая перистальтика. Для этой стадии характерны общая слабость, быстрая утомляемость, исхудание, рвота, нарушение водно-солевого обмена. Рентгенологически отмечается выраженное замедление эвакуации контрастной массы, спустя 6-12 часов остатки ее еще находятся в желудке, однако через 24 и уже обычно не обнаруживается.

При декомпенсированном пилоростенозе гипертрофированные мышцы желудка уже не в силах полностью опорожнить его, особенно при обильном приеме пищи. Она застаивается на более продолжительный срок и подвергается брожению. Желудок растягивается, наступают явления так называемой гастроэктазии. Нарастают и клинические симптомы: чувство тяжести и полноты в продолжительной области становится более продолжительным а затем и более постоянным, снижается аппетит, появляются отрыжки кислым, в некоторых случаях имеющий зловонный запах. Переполненный желудок начинает опорожняться путем рвоты, при этом в рвотных массах содержатся остатки пищи, съеденной или на несколько дней.

У больных нарушается водно-солевой обмен, снижается диурез содержание хлоридов в крови, приводящее к сгущению крови, исхуданию и анемизации. Нарушения почеч-

ного кровотока вызывает альбуминурию и азотемию. Наступают изменения нервно - мышечной возбудимости (желудочная тетания).

При объективном обследовании больного отмечается похудание, сухость кожи, она легко собирается в складки. Иногда через брюшную стенку можно пропальпировать растянутый, опущенный, судорожно перистальтирующий желудок.

При рентгенологическом исследовании контрастная масса, проходя сквозь обильное желудочное содержимое, скапливается в нижней части желудка в виде широкой части чаши или полулуния с широким верхним горизонтальным уровнем, над которым видна так называемая интермедиарная зона. При выраженном декомпенсированном пилоростенозе контрастную массу находят в желудке через 24 часа, а в некоторых случаях и через несколько дней.

Пилоростеноз язвенного происхождения необходимо дифференцировать от пилоростенозов, обусловленных раковым поражением выходной части желудка, а также от спастических пилоростенозов. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать всю клиническую картину в целом, обращая особое внимание на динамику развития заболевания и применять перед рентгеноскопией атропинизацию и промывание желудка.

### Прободные язвы

По данным литературы, частота прободений по отношению ко всему количеству больных язвенной болезнью колеблется от 3 до 5 – 7 %.

Большинство предложенных классификаций прободных язв основано на клинко-анатомических принципах. А.А. Шалимов и В.Ф. Саенко (1972) пользуются следующей классификацией прободных язв: перфорация в свободную брюшную полость с выходом желудочного содержимого, в свободную брюшную полость с выходом газа, в сальниковую сумку, в заброшенную клетчатку, в соседние органы, прикрытые прободения.

Диагноз прободной язвы основывается на клинических и рентгенологических данных.

Все признаки прободной язвы А. Мондор (1938) разделил на две группы:

I – главные симптомы – боль, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез;

II – побочные симптомы, которые делятся на:

а) функциональные – рвота, задержка стула и газов, сильная жажда;

б) физические – вынужденное положение с приведенными коленями, страдальческое выражение лица, бледные кожные покровы, гиперестезия кожи живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, наличие жидкости и газа в свободной брюшной полости исчезновение почечной тупости и др.

К общим признакам относятся состояние пульса, дыхания, температуры.

Клиническая картина прободной язвы меняется в зависимости от распространенности воспалительного процесса и инфицирования брюшины, начиная с появлением резких болей (период шока), периода мнимого благополучия, или «предательского» периода, и кончая периодом прогрессирующего перитонита.

Период шока обусловлен тем, что содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки после перфорации попадает на брюшину вызывая характерную резекцию организма. Этот процесс в течении первых 6-8 часов в связи с бактерицидным действием желудочного сока имеет характер небактериального перитонита. Общее состояние больного бывает тяжелым. больной бледен, безучастен, на вопросы отвечает шепотом, покрыт холодным потом, губы цианотичны, черты лица заострены, конечности холодные. Артериальное давление снижено, пульс замедлен, дыхание частое, поверхностное. В дальнейшем симптомы шока постепенно исчезают, боли ослабевают, общее состояние больного и его самочувствие улучшается.

Наступает второй период – мнимого благополучия или кажущегося улучшения, являющийся причиной диагностических ошибок. Все бурные признаки раздражения брю-

шины уменьшаются, живот становится мягче. Нормализуется артериальное давление и пульс. Больной чувствует себя лучше. Эта стадия длится 8-10 часов.

Период прогрессирующего перитонита – с момента прекращения бактерицидного действия желудочного сока начинает развиваться гнойный перитонит, вызываемый кишечной палочкой, стрептококками, которые попадают из желудка через прободное отверстие. Клинические симптомы в этот период соответствуют типичной картине разлитого перитонита.

Клиника прикрытой перфорации, описанной впервые А. Шницлером (1912) в результате закрытия отверстия в желудке или двенадцатиперстной кишки соседними органами, фибрином или частицей пищевых масс, становится менее ясной. Прикрытие перфорации встречается в 5-8% случаев. После характерного начала приходит прикрытие отверстия и ограничение процесса. В свободную брюшную полость попадает сравнительно небольшое количество жидкости и воздуха. Боль и напряжение мышц постепенно уменьшается, а состояние больного улучшается. Характерной клинической особенностью прикрытой перфорации является длительное стойкое напряжение мышц брюшной полости в правом верхнем квадрате живота при общем хорошем состоянии больного (симптом Ратнера-Виккера): Диагностика таких перфораций бывает трудной, поэтому при подозрении на прикрытую перфорацию показано срочное оперативное лечение. Еще более трудна диагностика атипичной перфорации (перфорация в забрюшинную клетчатку). В таком случае может наблюдаться клиник септического процесса в забрюшинной клетчатке.

Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать от острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита, кишечной непроходимости и других заболеваний внебрюшинной локации, симулирующих «острый живот» (плевропневмония, инфаркт миокарда, печеночная и печеночная колика и т.п.). Больных с прободной язвой при установлении диагноза необходимо срочно оперировать.

В настоящее время основным методом лечения прободной язвы является операция. Известно более чем 30 способов лечения прободной язвы. Из числа предложенных операций нашли применение простое ушивание прободного отверстия, закрытие прободного отверстия сальником на ножке, первичная резекция желудка. Консервативный метод лечения подобных язв (Sane, Wengesteen, Jaylor – 1934 – 46), заключающий в постоянной активной аспирации желудочного содержимого через назогастральный зонд в СССР признания не получил и может быть рекомендован только в вынужденных обстоятельствах, когда по различным причинам не может быть произведена экстренная операция.

Показания к ушиванию язвы:

- 1) острая безанамнезная язва с мягкими краями и без воспалительного инфильтрата;
- 2) тяжелое общее состояние вследствие распространенного острого перитонита;
- 3) юношеский возраст при перфорации простой язвы;
- 4) пожилой возраст, если нет других осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, опасность ракового превращения язвы).

Ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки проводят и в тех случаях, когда хирург не владеет методикой резекции желудка и нет условий для ее проведения (опытные ассистенты, запас крови и т.д.).

Показания к резекции желудка:

- 1) сроки от перфорации к моменту поступления в стационар не должны превышать 6-часов;
- 2) наличие до перфорации язвенного анамнеза;
- 3) удовлетворительное общее состояние и отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний;
- 4) возраст больного от 25 до 59 лет;
- 5) отсутствие в брюшной полости гноя и большого количества желудочно-дуоденального содержимого.

Противопоказания к резекции желудка:

- 1) явления далеко зашедшего распространенного перитонита вследствие позднего поступления;
- 2) преклонный возраст с сопутствующими явлениями сердечно-сосудистой недостаточности, пневмосклероза и эмфиземы легких.

#### Кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – наиболее частая причина острых гастродуоденальных кровотечений. Она составляет до 85% всех кровотечений данной локализации.

Гастродуоденальные кровотечения у мужчин встречаются в 6-7 раз чаще, чем у женщин и наблюдаются у 5-15% больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Чаще всего источником кровотечения при язвенной болезни является артерия, аррозированной язвенным процессом, несколько реже кровотечение носит артериовенозный характер. При хронических каллезных язвах сосуды, расположенные в разросшейся рубцовой ткани, при повреждении остаются зияющими, поэтому кровотечение при таких язвах имеет меньшую склонность к самопроизвольному прекращению, чем при острой язве.

Ясно выраженный язвенный анамнез, болевой синдром, связанный с приемом пищи, усиление болей в эпигастриальной области за несколько суток до кровотечения и исчезновения их в момент появления кровотечения в значительной степени помогают установить причину острого гастродуоденального кровотечения. У некоторых больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, язвенного анамнеза или даже косвенных данных, указывающих на желудочные заболевания, нельзя становить.

Острые гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии, возникающие без предшествующего язвенного анамнеза, протекают легче, чем с длительным язвенным анамнезом и хроническими каллезными язвами.

Клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения находит в прямой зависимости от количества потерянной крови. Общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, учащение пульса характерны для этих больных. В тяжелых случаях может наступить коллапс, при котором больной теряет сознание, кожа приобретает восковидный оттенок и покрывается холодным потом, лицо становится бледным, губы – цианотичными, зрачки расширяются, нитевидный пульс зачастую не сосчитывается. Падение уровня гемоглобина и количества эритроцитов при динамическом исследовании с одновременным нарастанием лейкоцитов свидетельствует о наличии кровотечения и о том, что оно продолжается. При кровоточащей язве желудка чаще наблюдается кровавая рвота, при дуоденальной – мелена (дегтеобразный стул).

А.А. Шалимов и В.Ф. Саенко (1972) придерживаются следующей классификации тяжести кровопотери:

I степень – легкая и наблюдается при кровопотере, равной 20% объема циркулирующей крови (до 1000 мл на 70 кг веса мужчины; пульс – 100, артериальное давление 100-90/60 мм рт.ст.).

II степень – средней тяжести, наблюдается при кровопотере, равной от 20 до 30% ОЦК (от 1000 до 1500 мл; пульс – 120-130, АД – 90-80/50 мм рт.ст.).

III степень – тяжелая (кровопотеря от 30% до 50% ОЦК – от 1500 до 2500 мл; пульс нитевидный 130-140, максимальное АД от 70-60 до 50 мм рт.ст.).

В постановке диагноза кровотечения язвенного происхождения основным является правильно собранный анамнез, рентгенологическое исследование желудка и метод

фиброгастроскопии на высоте кровотечения. В последнее время для распознавания причин кровотечения применяют селективную целиако- и мезентериакографию.

Дифференциальный диагноз язвенного кровотечения проводится с кровотечениями, связанными с патологическим процессом в желудке и двенадцатиперстной кишке (полипоз желудка, распад раковой опухоли желудка, кровотечение из ущемленного участка желудка при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, синдром Маллори-Вейса), а также с кровотечениями у больных цирроз печени, атеросклерозом, гипертонией, врожденными и приобретенными гемморрагическими диатезами, лейкоемией, болезнью Верльгофа, Шенлейна\_Геноха, авитаминозами и т.д.

Все больные с гастродуоденальными кровотечениями должны госпитализироваться в хирургический стационар.

Основными принципами консервативного лечения язвенных кровотечений являются:

- 1) компенсация кровопотери;
- 2) проведение гемостатической терапии (строгий постельный режим, местная гипотермия желудка, внутримышечное введение 1% раствора викасола, внутривенное введение раствора желатинола, аминокaproновой кислоты и т.д.

Хирургическая тактика при острых желудочно-кишечных кровотечениях до сих пор представляют сложную проблему. В вопросе лечения язвенных кровотечений выработались четыре направления:

I – активная тактика – резекция на высоте кровотечения;

II – выжидательная тактика предусматривает остановку кровотечения консервативными методами и операцию на 10-14 день. Операцию на высоте кровотечения производят только при эффективности консервативных мероприятий в течение 6-8 часов;

III – активная и консервативная тактика по определенным показаниям;

IV – консервативная тактика – остановка кровотечения консервативными мероприятиями.

#### Малигнизация язвы

Частота ракового превращения язвы зависит в значительной степени от их локализации. Язва двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка в рак практически не превращается. Язвы малой кривизны дают малигнизацию в 10-15% случаев. Особенно высокий момент малигнизации (почти до 100%) дают язвы большой кривизны, передней и задней стенок желудка. Поэтому при язвах желудочной локализации следует придерживаться активной хирургической тактики.

Основные клинические признаки малигнизации будут следующие:

- 1) исчезновение цикличности болевого синдрома;
- 2) утрата зависимости болей от приемов пищи;
- 3) появление постоянных тупых болей в эпигастрии;
- 4) снижение аппетита;
- 5) ухудшение общего состояния;
- 6) отсутствие эффекта от терапевтического лечения.

При лабораторном исследовании отмечается снижение кислотности желудочного сока, которая ранее могла быть повышенной, появление в желудочном соке молочной кислоты, а при цитологическом исследовании - атипических клеток. Реакция кала на скрытые кровотечения становятся положительной. Из рентгенологических признаков большое значение имеют изменение рельефа складок слизистой желудка и появление вала просветления вокруг язвенной ниши за счет раковой инфильтрации краев язвы. При подозрении на малигнизацию показана в срочном порядке операция.

Клинические различия в течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (более низкая кислотность желудочного сока, более спокойное клиническое течение язвенной болезни желудка, большая склонность ее к малигнизации) требуют различного подхода к оперативному лечению их.

Установление показаний кооперации и выбор метода оперативного лечения язвенной болезни являются основными вопросами в хирургическом лечении этого заболевания.

Различают абсолютные и относительные показания в оперативном лечении.

К абсолютным показателям относят: перфорацию, органический стеноз привратника и рубцовые деформации с нарушением эвакуации из желудка, подозрение на малигнизацию желудочной язвы, не останавливаемое кровотечение.

К относительным показаниям относят: каллезные язвы с выраженным первисцеритом, пенетрирующие язвы, не имеющие явной тенденции к заживлению, повторно кровоточащие язвы, пилорические язвы, язвы большой кривизны и задней стенки, а также кардии как более часто малигнизирующиеся, неуспех консервативного лечения в течение 3-5 лет, язвенную болезнь, сопровождающуюся резким ограничением трудоспособности.

Дифференция выбора того или иного большого может производиться только на основе тщательного анализа показателей дооперационных функциональных проб.

При язве желудка (средняя и верхняя треть малой кривизны, большая кривизна, передняя и задняя стенка желудка) показана классическая резекция желудка по Бильрот-I или Бильрот-II зависимости от предрасположенности к развитию демпинг - синдрома.

Выбор метода операции при пилоро - дуоденальной локализации язвы устанавливается в зависимости от изменений различных фаз желудочной секреции, определяемых с помощью инсулиновой и гистаминовой проб.

Если нарушена (повышена) вторая фаза (нервно-гуморальная) желудочной секреции, то показана обычная по объему резекции желудка, при которой уделяется пилорический отдел, вырабатывающий мощный гуморальный возбудитель секреции - гастрин.

Если нарушенной оказывается первая фаза (сложнорефлекторная или вагусная) секреции или первая и вторичная вместе, то одной резекции желудка откорректировать желудочную секрецию не удастся. В этих случаях следует сочетать антрэктомия с ваготомией. Такое сочетание вмешательств позволяет воздействовать на обе фазы желудочной секреции.

Ваготомия в практику лечения язвенной болезни введена в 1943 году Dragstedt, который с 1945 года стал сочетать стволовую ваготомию с гастроэнтероанастомией.

В Советском Союзе увлечение ваготомией в 50-е годы сменилось отрицательным отношением к ней. Это связано с тем, что в те годы производили стволовую (нал- или поддиафрагмальную) ваготомию без дренирующих желудок операций, в результате чего у больных резко нарушалась моторика желудка, длительно сохранились изнуряющие боли и диарея.

Идея селективной ваготомии была впервые высказана в 1922 году Летарже (detorget).

В настоящее время различают 5 видов ваготомий:

- 1) двусторонняя стволовая;
- 2) передняя стволовая, задняя селективная;
- 3) передняя селективная, задняя стволовая;
- 4) двусторонняя селективная;
- 5) селективная проксимальная ваготомия.

В последние 10 лет все шире применяются селективная проксимальная ваготомия, при которой сохраняется вагусная иннервация антрального отдела и при которой нет необходимости в проведении дренирующих желудок операций.

При стволовой или селективной ваготомии в сочетании с дренирующими операциями корректируется в основном I-ая фаза желудочной секреции и в меньшей степени 2-ая фаза.

Результаты пробы на демпинг – синдром позволяют решить вопрос о том, какой из способов резекции следует применить – Бильрот-I или Бильрот-II. Если проба положительна, то следует стремиться выполнить резекцию желудка по Бильрот-I.

Предоперационная подготовка больных, которым предстоит операция по поводу заболеваний желудка, должна включать мероприятия, направленные на коррекцию электролитных и белковых нарушений, на борьбу с анемией, подготовку желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и легких.

Благоприятный исход резекции желудка зависит так же от правильного ведения больного в послеоперационном периоде, Комплекс лечебных мероприятий должен быть направлен на коррекцию нарушения обменных процессов и жизненно важных функций организма: внутривенное капельное переливание крови, внутривенное введение 5% раствора глюкозы и изотонического раствора поваренной соли, полиглюкина, кровозаменяющих и противошоковых жидкостей. Важное значение имеет современная коррекция электролитного баланса, а также компенсация белкового дефицита. Больному ежегодно вводят кардиотропные и вазотонические препараты, дают увлажненный кислород, обезболивающие препараты.

Принимают все меры для профилактики послеоперационных пневмоний.

Главными осложнениями после резекции желудка в раннем послеоперационном периоде считаются:

- 1) недостаточность желудочно-кишечного анастомоза;
- 2) недостаточность культи двенадцатиперстной кишки и дуоденальные свищи;
- 3) послеоперационные кровотечения;
- 4) нарушения моторно - эвакуаторной функции культи желудка;
- 5) послеоперационный панкреатит;
- 6) перитонит;
- 7) кишечную непроходимость;
- 8) инфильтраты и абсцессы брюшной полости.

Основной профилактикой дуоденальных свищей являются тщательное ушивание культи двенадцатиперстной кишки и ее декомпрессия с помощью назо - гастрального зонда. Если во время операции возникает сомнение в прочности ушивания культи двенадцатиперстной кишки, то к ней рекомендуется подвести тампон и дренажную трубку.

При образовании дуоденального свища, если он не отграничен от свободной брюшной полости, показана срочная релапаротомия.

С целью профилактики нарушений моторно – эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта применяется открытая длительная новокаиновая блокада рефлексогенных зон брюшной полости через брыжейку поперечно-ободочной кишки.

Поздние осложнения после резекции по поводу язвенной болезни желудка получили название постгастрорезекционных синдромов, или болезни оперированного желудка. Их подразделяют на:

- 1) функциональные расстройства;
- 2) органические поражения;
- 3) смешанные расстройства.

Демпинг – синдром, относящийся к функциональным расстройствам, в переводе означает синдром сбрасывания. Частота его составляет 10-30 процентов. Демпинг – синдром развивается в результате быстрой эвакуации в кишечник пищи, недостаточно обработанной желудочным соком.

По тяжести течения демпинг – синдром условно разделяют на три степени – легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой степени вскоре после еды возникает чувство слабости, тошноты, головокружение, потливость, побледнение кожных покровов, сонливость. Гемодинамические показатели остаются стабильными.

Клинические симптомы при демпинг – синдроме средней тяжести выражены значительно резче, приступы появляются 2-4 раза в неделю. У больных отмечается дефицит веса, нарушается функция внешней секреции поджелудочной железы.

При тяжелой степени демпинг – синдрома расстройства наступают после каждого приема пищи, нередко после еды бывает полуобморочное состояние, осложнение носит злокачественный характер.

Лечение демпинг – синдрома представляет значительные трудности. При безуспешности консервативного лечения возникает необходимость в оперативном лечении, целью которого является улучшение резервуарной функции желудка и обеспечение порционного поступления пищевых масс в кишечник, или же включение в пищеварение двенадцатиперстной кишки.

Синдром приводящей петли наблюдается после резекции желудка по Бильрот-II, проявляются различными нарушениями опорожнения приводящей петли и рвотой желчью и может иметь как функциональный, так и органический характер.

Различают острую и хроническую непроходимость приводящей петли.

Профилактика этого синдрома связана прежде всего с правильной техникой выполнения резекции желудка:

- 1) использование короткой петли тонкой кишки (8-10 см от трейцевой связки) для наложения гастроэнтероанастомоза;
- 2) подшивание приводящей петли к малой кривизне в целях создания клапана;
- 3) прочная фиксация культи желудка в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Послеоперационная пептическая язва желудочно-кишечного анастомоза – одно из тяжелых осложнений после операций на желудке по поводу язвенной болезни. Пептические язвы образуются только при наличии свободной соляной кислоты.

Главным симптомом пептической язвы являются боль, которая более мучительна, чем до операции. Кроме того болевого синдрома, могут наблюдаться изжога, тошнота, отрыжка, рвота. Установить диагноз помогают рентгенологические исследования и фиброгастроудоденоскопия.

Основной метод лечения пептической язвы желудочно-кишечного анастомоза – оперативный.

#### Рекомендуемая литература:

1. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. (Справочное пособие для врачей) Москва. Триада-х-2000г.495с.
2. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Практическое руководство. Издательский центр КГМУ.2000.668с.
3. Дегтярёва И.И. Язвенная болезнь. Галант-Киев. Киев. 1995. 328 с.
4. Е.С. Рысс, Э.Э. Звартау. Фармакотерапия язвенной болезни. Бином – Москва, Невский диалект – Санкт-Петербург. Санкт-Петербург. 1998. 251 с.
5. Избранные лекции под редакцией академика АН СССР Б.В. Петровского. М., 1968.

6. Частная хирургия. Учебник для медицинских вузов. Под редакцией члена - корреспондента РАМН, профессора Ю.Л. Шевченко, в 2-х томах. Санкт-Петербург. Специальная литература.1998. 484с.
7. Я.С. Березнецкий, Р.И. Василишин, Г.Г. Кабак, И.И. Гриценко. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний органов пищеварения в схемах и таблицах (неотложная хирургия). Методический рекомендации. Днепропетровск – 2002. 34 с.
8. Шайн М.. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Книга для опытных хирургов, клинических ординаторов и студентов. ГЭОТАР-Медиа. Москва. 2003. 272с.
9. Шулутко А.М.. Рабочий диагноз в трудных хирургических ситуациях. Москва.2003.256с.
10. А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский. Атлас операций на органах пищеварения; том 1 – операции на пищеводе, желудке и кишечнике. Наукова думка. Киев. 2003. 332 с.
11. М.А. Бутов, П.С. Кузнецов. Обследование больных с заболеваниями органов пищеварения. ППП – исток система. Рязань. 2007. 37 с.
12. А.А. Крылов, А.Г. Земляной, В.А. Михайлович, А.И. Иванов. Неотложная гастроэнтерология. Издательство Питер. Москва. 1997. 104 с.
13. Г.М. Семёнов, М.В. Ковшова, В.Л. Петришин. Неотложные оперативные вмешательства в экстренных ситуациях. Издательство Питер. Санкт-Петербург. 2004. 378 с.
14. В.В. Савельев. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Триада-Х. Москва. 2004. 740 с.