

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ



САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ,
К.Б. САИДМУРОДОВ

ЯЗВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ И ИХ
ОСЛОЖНЕНИЯ

Методические рекомендации для резидентов
магистратуры, клинических ординаторов
и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов

Ташкент - 2014

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного управления
науки и учебных заведений МЗ РУз

Исмаилов У.С.

« 25 ноября 2014г. »
протокол № 7



«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра развития
медицинского образования МЗ РУз

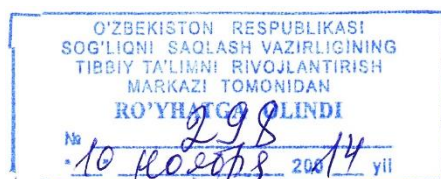
Алимова М.Х.

« 10 ноября 2014г. »
протокол № 1



ЯЗВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Методические рекомендации для резидентов магистратуры,
клинических ординаторов и студентов старших курсов
медицинских ВУЗов



Ташкент - 2014

Составители:

- Курбаниязов З.Б.** доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Давлатов С.С.** старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Саидмуродов К.Б.** ассистент кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Рецензенты:

- Касымов Ш.З.** д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА.
- Карабаев Х.К.** д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 и урологии СамГосМИ.

Методические указания обсуждены и одобрены на заседании Центрального научно-методического Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 29 » август 2014 год, Протокол № 1

Методические указания утверждена на заседании Ученого Совета Самаркандского Государственного медицинского института.

« 25 » октябрь 2014 год, Протокол № 2

Секретарь Ученого Совета



А.Т. Джурабекова

Аннотация. Отражены основные теоретические вопросы, касающиеся язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Подробно освещена анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика их заболеваний. Представлены современные методы диагностики и лечения. В конце имеются тестовые вопросы, ситуационные задачи и практические навыки по данной теме.

Методические рекомендации предназначены для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

ЯЗВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Продолжительность занятия – 6 часов

I. Хронология занятий

№	Этапы занятия	Место проведения	Время
1	Участие в утренней конференции врачей	Конференц - зал кафедры	40 мин
2	Организационные мероприятия	Учебная комната	10 мин
3	Проверка исходных знаний по теме	Учебная комната	30 мин
4	Курация больных	Палаты, перевязочная	60 мин
5	Разбор курируемых больных	Учебная комната	40 мин
6	Обсуждение темы занятия	Учебная комната	60 мин
7	Контроль усвоения материала	Учебная комната	30 мин
8	Тестовый контроль знаний	Учебная комната	20 мин
9	Решение ситуационных задач и практических навыков	Учебная комната	40 мин
10	Определение заданий к следующему занятию	Учебная комната	10 мин

Цель: Усвоить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику разных клинических форм язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Научиться определять лечебную тактику, показания и противопоказания к оперативному лечению, выбор вида оперативного вмешательства при разных клинических вариантах ЯБЖ и ДПК, принципы ведения послеоперационного периода, проведения экспертизы неработоспособности и реабилитации после операции по поводу ЯБЖ и ДПК.

Профессиональная ориентация студентов:

ЯБЖ и ДПК является одним из наиболее частых хирургических заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость достигает уровня 10-15%. Основным осложнением ЯБЖ и ДПК – перфорация, кровотечение, язвенный стеноз, малигнизация являются жизненно опасными и требуют неотлагательных или экстренных хирургических вмешательств. Послеоперационная летальность после urgentных операций по поводу осложнений ЯБЖ и ДПК в ряде случаев достигает 15-20%.

Методика выполнения практической работы.

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предыдущем диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентгенкабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномических симптомов, эндоскопическое исследование желудка, обзорная рентгенография живота, УЗИ органов брюшной полости) – помыть руки теплой водой, надеть перчатки.

8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.
11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии в курированного больного.
12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.
13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.
14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.
15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем а также тактику последующего лечения.
16. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Анатомо-физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки

Желудок содержится в эпигастрии, преимущественно в левом подреберье. В нем выделяют кардиальную часть, дно, тело и антральную часть (рис. 1).

Кардиальная часть (*pars cardiaca*) желудка расположена на расстоянии около 5 см от входа в желудок, дно (*fundus gastricus*) - слева от кардиальной части и выше уровня кардиального отверстия. Возникновение рефлюкса желудка в пищевод предотвращает сложный анатомо-функциональный механизм, который закрывает пищеводно-желудочный переход: нижний пищеводный замыкатель мышцы, острый пищеводно-желудочный угол (Гиса), клапан слизистой оболочки (Губарева). Тело желудка (*corpus gastricum*) располагается между кардиальной частью, дном и антральной его частью. На границе желудка и двенадцатиперстной кишки расположенный пилорический

замыкательные мышцы. Выделяют большую и малую кривину желудка (*curvatura major et minor*). Стенка желудка состоит из серозной, слизистой оболочек и подслизистой прослойки. Серозная оболочка в местах перехода на другие органы образует связочный аппарат желудка.

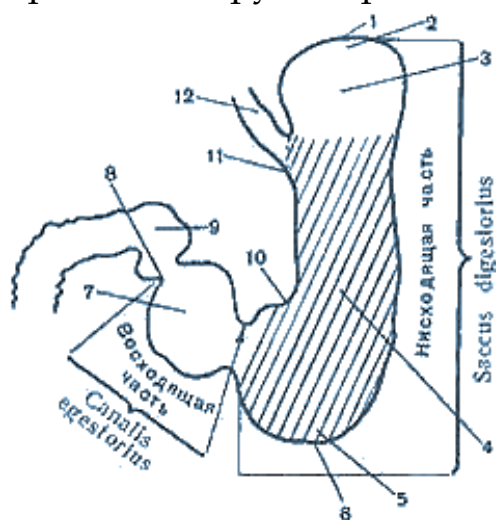


Рис. 1. Рентгеноанатомическая номенклатура отделов желудка. 1 - polus cranialis; 2 - formix; 3 - pars cardiaca; 4 - corpus; 5 - sinus; 6 - polus caudalis; 7 - antrum pylori; 8 - pylorus; 9 - bulbus duodeni; 10 - angulus; 11 - cardia; 12 - oesophagus.

Между кардиальной частью, дном желудка и диафрагмой расположена желудочно-диафрагмовая связка (*lig. gastrophrenicum*), между желудком и печенью - печеночно-желудочная (*lig. hepatogastricum*), между дном желудка и селезенкой - желудочно-селезеночная (*lig. gastrosplenicum*). С ободочной кишкой желудок соединен с помощью массивной желудочно-ободочнокишечной связки (*lig. gastrocolicum*). Заднюю поверхность дна, кардии, тела желудка и передне-верхний край поджелудочной железы соединяет желудочно-поджелудочная связка (*lig. gastropancreaticum*). Связки желудка представлены на рисунке 2.

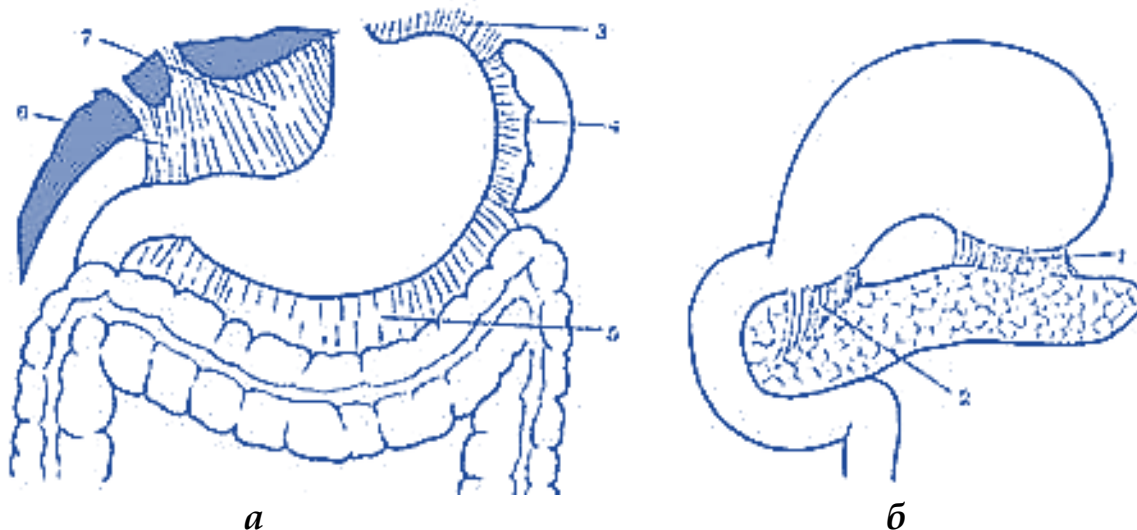


Рис. 2. Связки желудка. А - передняя поверхность; Б - задняя поверхность. 1 - желудочно-поджелудочная связка; 2 - привратнико-поджелудочная связка; 3 - желудочно-диафрагмальная связка; 4 - желудочно-селезеночная связка; 5 - желудочно-ободочная связка; 6 - печеночно-двенадцатиперстная связка; 7 - печеночно-желудочная связка.

Кровоснабжение желудка осуществляется брюшного ствола (*truncus coeliacus*), в частности, левой желудочной (*a. gastrica sinistra*), общей печеночной (*a. hepatica communis*) и селезеночной (*a. lienalis*) артериями. Сосуды желудка соединены широкой сетью анастомозов, а также анастомозируют с верхней брыжеечной артерией, создавая разветвленную сеть внутриорганных сосудов (рис. 3,4).

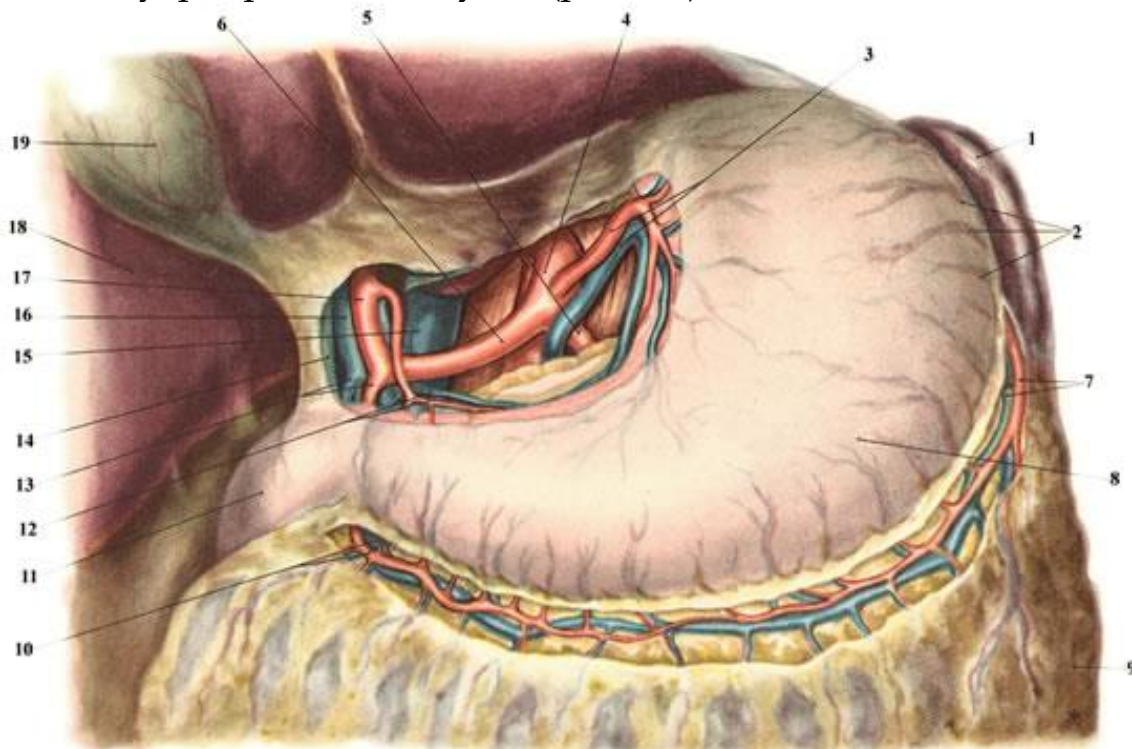


Рис. 3. Кровоснабжение желудка. Малый сальник и париетальная брюшина сальниковой сумки частично иссечены. 1 - lien; 2 - aa. et vv. gastricae breves; 3 - a. et v. gastrica sinistra; 4 - truncus coeliacus; 5 - a. lienalis; 6 - a. hepatica communis; 7 - a. et v. gastroepiploica sinistra; 8 - ventriculus; 9 - omentum majus; 10 - a. et v. gastro-epiploica dextra; 11 - duodenum; 12 - a. et v. gastrica dextra; 13 - a. et v. gastroduodenalis; 14 - ductus choledochus; 15 - v. cava inferior; 16 - v. portae; 17 - a. hepatica propria; 18 - hepar; 19 - vesica felleae.

Вся венозная кровь от желудка будет оттекать в систему вены, ворот. Вены желудка проходят рядом с одноименными артериями. В подслизистой прослойке кардиальной части они анастомозируют с нижними венами пищевода, образуя портокавальные анастомозы.

Лимфатическая система желудка берет начало от лимфатических капилляров слизистой оболочки, которые образуют несколько лимфатических сплетений: подслизистое, интрамуральное, подсерозно-серозное. Лимфатические узлы, расположенные вдоль ветвей печеночной, левой желудочной и селезеночной артерий, являются узлами первого порядка; вдоль основных стволов этих сосудов располагаются лимфатические узлы второго порядка; лимфатические узлы третьего порядка содержатся вдоль брюшного ствола.

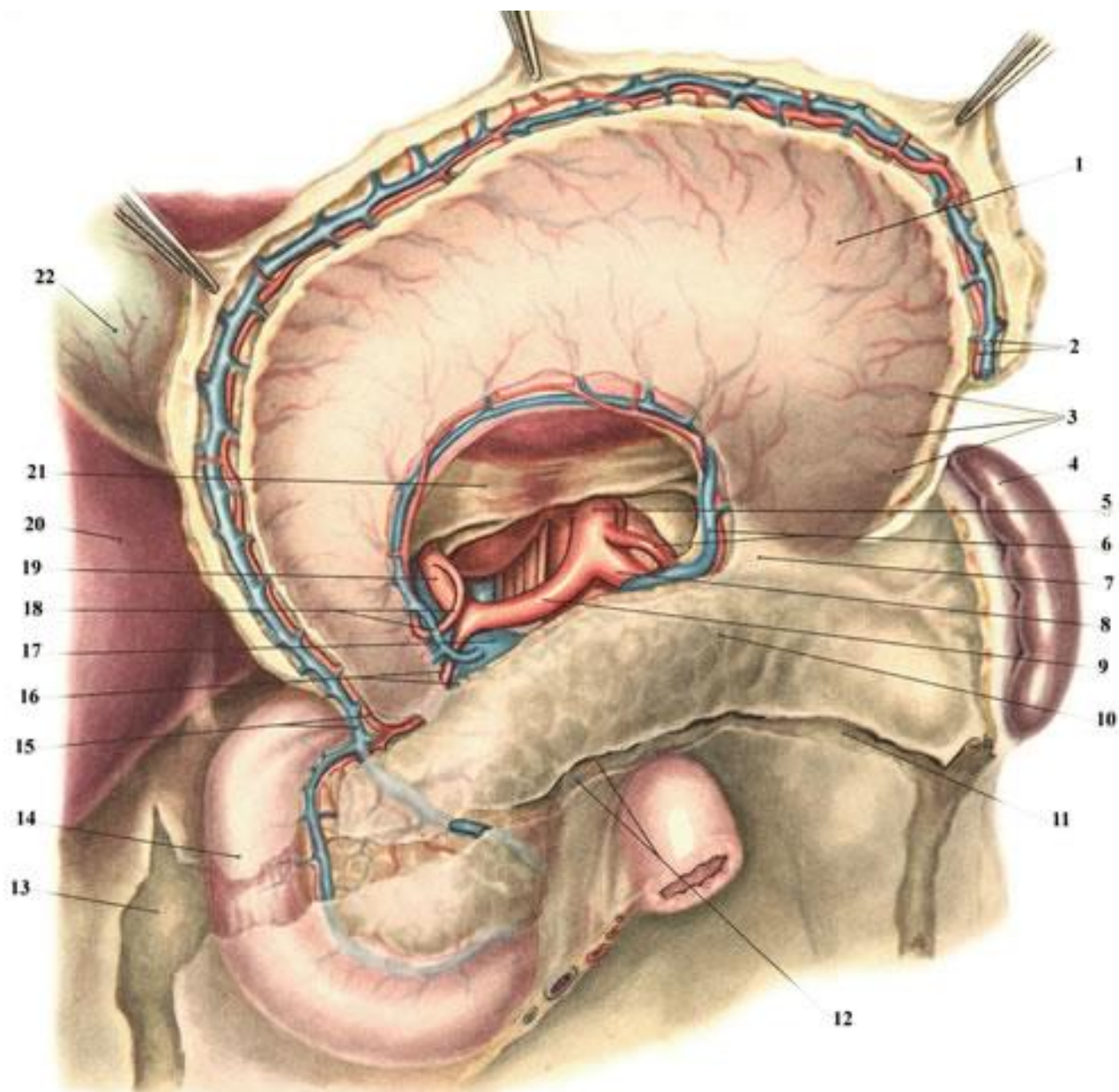


Рис. 4. Кровоснабжение желудка. Желудочно-ободочная связка отсечена, желудок смещен кверху. 1 - ventriculus; 2 - a. et v. gastroepiploica sinistra; 3 - aa. et vv. gastricae breves; 4 - lien; 5 - truncus coeliacus; 6 - a. et v. gastrica sinistra; 7 - plica gastropancreatica; 8 - a. lienalis; 9 - a. hepatica communis; 10 - pancreas; 11 - radix mesocolici; 12 - a. et v. colica media; 13 - ren dexter; 14 - duodenum; 15 - a. et v. gastroepiploica dextra; 16 - a. et v. gastroduodenalis; 17 - v. portae; 18 - a. et v. gastrica dextra; 19 - a. hepatica propria; 20 - hepar; 21 - lig. hepatogastricum; 22 - vesica felleae.

Желудок иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервными волокнами, которые образуют желудочные нервы и внутриорганные интрамуральные нервные сплетения.

Симпатические нервные волокна подходят к желудку и сопровождают сосуды, которые отходят от брюшного ствола. Парасимпатическая иннервация желудка осуществляется ветвями блуждающих нервов. От переднего блуждающего ствола сразу под

диафрагмой отходит печеночная, которая проходит в верхнем отделе малой кривизны к воротам печени. От него к желудку отходят от 1 до 9 желудочных ветвей, которые, разветвляясь на передней поверхности желудка, образуют переднее желудочное сплетение. Задний блуждающий ствол расположен в треугольнике, ограниченном правой ножкой диафрагмы справа, краем желудка, левой желудочной артерией – снизу. Его волокна образуют заднее желудочное сплетение, от него отходят к брюшному сплетению вдоль левой желудочной артерии.

От заднего блуждающего ствола иногда отходит «Криминальный нерв Грасси». Из-за сохранения этого нерва во время осуществления ваготомии часто возникает рецидив язвы. Каждый ствол блуждающего нерва заканчивается передней и задней Латарже, которые образуют в участке угла желудка так называемую гусиную лапку. Интрамуральные желудочные сплетения расположены в толще оболочки (мускульно-кишечное сплетение) и в подслизистой прослойке (подслизистое мейснеровское сплетение). Мышечно-кишечное нервное сплетение играет важную роль в регуляции функции желудка, подслизистое сплетение - секреторной.

В зависимости от секреторной и инкреторной функции желудок делят на три железистых зоны.

Железы кардиальной части выделяют слизь, что способствует продвижению пищевых масс в расположенные ниже отделы пищеварительной системы.

Фундальные, или главные железы, состоят из четырех видов клеток. Главные клетки выделяют профермент пепсина - пепсиноген, париетальные - соляную кислоту и специальный гликопротеин (внутренний фактор Кастла), необходимый для всасывания витамина В₂, дополнительные - растворимая слизь, которая имеет буферные свойства. Недифференцированные клетки являются выходными для всех других клеток слизистой оболочки.

Железы антральной части выделяют растворимую слизь, рН которой близок рН внеклеточной жидкости, и гормон гастрин (эндокринные G-клетки). D-клетки синтезируют соматостатин, который является ингибитором продукции соляной кислоты и секреции гастрина. Четкой границы между зонами антральной части и дна желудка нет. Однако этот участок подвержен действию повреждающих факторов. Именно здесь чаще всего происходит язво-образование. Составляющими защитного барьера слизистой оболочки являются факторы местной тканевой резистентности, интегрированная система стимулирующих и тормозных механизмов, которые регулируют секрецию соляной кислоты

и моторику желудка и двенадцатиперстной кишки и защищают слизистую оболочку этих органов от самопереваривания.

Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки способна после повреждения достаточно быстро (на протяжении 15-30 мин) регенерировать. Этот процесс происходит преимущественно не в результате быстрого деления эпителиальных клеток, а благодаря перемещению крипт желез вдоль базальной мембраны. Таким способом "закрывается" дефект в участке поврежденного эпителия. Секреция простагландинов слизистой оболочкой желудка обеспечивается главными, дополнительными или париетальными клетками. Простагландины способствуют защите слизистой оболочки желудка путем подавления активности париетальных клеток, уменьшения обратной диффузии ионов водорода, стимуляции образования слизи и гидрокарбонатов, увеличения кровоснабжения слизистой оболочки, ускорения клеточной регенерации.

Применение нестероидных противовоспалительных средств предопределяет повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, поскольку эти препараты подавляют синтез простагландинов.

Основной функцией желудка является секреторная, которые обеспечивают депонирование, физическую и химическую обработку пищи. Желудок выполняет также эндокринную, всасывающую и экзокринную функции. При нормальных условиях за сутки выделяется почти 2 л желудочного сока, который содержит соляную кислоту, ферменты (пепсин, катепсин), биологически активные вещества и электролиты.

Двенадцатиперстная кишка начинается от пилоруса, имеет форму подковы, расположенной кпереди от правой почки на уровне L_{III} позвонка, пересекает нижнюю полую вену, позвоночник, аорту и на уровне L_{IV}-L_V позвонков переходит в тощую кишку. Двенадцатиперстная кишка прилегает к головке и частично тела поджелудочной железы.

Длина двенадцатиперстной кишки составляет 25-30 см, большая ее часть не покрыта брюшиной. В ней выделяют четыре части: верхнюю, нисходящую, горизонтальную и восходящую. Длина верхней части 5-6 см, этот начальный отдел двенадцатиперстной кишки, который покрыт брюшиной с трех сторон, переходит в нисходящую часть длиной 7-12 см, расположенную забрюшинно. Справа от позвоночника она переходит в горизонтальную часть длиной 6-8 см, расположенную справа налево, которая пересекает позвоночник в поперечном направлении и продолжается в восходящую часть. Восходящая часть

двенадцатиперстной кишки длиной 4-5 см в участке перехода в тощую кишку образует двенадцатиперстно-тощекишечный изгиб. Между нисходящей частью двенадцатиперстной кишки и головкой поджелудочной железы проходит общий желчный проток, который впадает в нижнюю или среднюю треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки и на слизистой оболочке задней стенки образует большой сосочек двенадцатиперстной кишки. В 60-70% случаев общий желчный проток проходит возле головки поджелудочной железы, где соединяется с ней. Нередко обнаруживают дополнительный поджелудочной железы, которая открывается на слизистой оболочке начального отдела нисходящей части двенадцатиперстной кишки.

Переднюю поверхность горизонтальной двенадцатиперстной кишки пересекают верхние брыжеечная артерия и вена. Тесное топографо-анатомическое расположение горизонтальной части двенадцатиперстной кишки с брыжеечными сосудами иногда вызывает ее сдавливание с последующим возникновением частичной артерио-брыжеечной непроходимости.

Кровоснабжение двенадцатиперстной кишки осуществляется четырьмя поджелудочно-двенадцатиперстными артериями, которые являются ветвями желудочно-двенадцатиперстной и верхней брыжеечной артерий.

Лимфатические сосуды расположены на передней и задней поверхности двенадцатиперстной кишки. Они широко анастомозируют с центральными средними и брыжеечными, печеночными и преаортальными лимфатическими узлами.

Двенадцатиперстная кишка иннервируется брюшного, верхнебрыжевого, печеночного и почечного нервных сплетений.

Слизистой оболочка двенадцатиперстной кишки синтезирует в 2 раза больше гидрокарбонатов, чем слизистая оболочка желудка. Двенадцатиперстную кишку называют гипофизом брюшной полости. В ней происходит переваривание всех пищевых ингредиентов при участии протео-, липо- и амилалитических ферментов. Она принимает участие в регуляции и секреторной функций желудка и кишок, а также гепатобилиарной системы, поджелудочной железы.

Этиология и патогенез

Общепризнанной является невозможность успешного лечения пациентов с язвенной болезнью желудка без глубокого изучения ее этиологии и патогенеза. То есть патогенетические механизмы язвообразования целесообразно разделить на "защитные" и "агрессивные" факторы (образно названы Н. Shau весами). К факторам

агрессии принадлежат гиперхлоргидрия желудочного сока, пепсин, дуоденогастральный рефлюкс, ишемия стенки желудка, нарушение его моторно-эвакуаторной функции, а также хеликобактерная контаминация слизистой оболочки желудка.

К факторам защиты принадлежат слизь, которую выделяют дополнительные клетки желудка, простагландины, гидрокарбонаты, секрет поджелудочной железы и желчь.

На сегодня выделяют следующие основные ulcerогенные факторы:

- наличие инфекции *Helicobacter pylori*;
- расстройство нейро-гуморальной регуляции;
- местные расстройства пищеварения, нарушения структуры слизистой оболочки желудка;
- конституциональные и наследственные;
- условия внешней среды.

Эти факторы клиницисты не всегда принимают во внимание, однако их активация в послеоперационный период предопределяет частое рецидивирование язвенной болезни желудка.

Ведущей на сегодня является инфекционная теория возникновения язвенной болезни - теория «хеликобактерной экспансии» (Маршалл, Уоррен, 1983). Сторонники инфекционной теории предложили дополнить классическую формулу начала столетия «нет кислоты - нет язвы» новой - «*нет Helicobacter pylori - нет язвы*». Получили также признание другие теории возникновения язвенной болезни. В частности, теория обратной диффузии ионов водорода (Давенпорт, 1964-1968), в соответствии с которой высокий градиент ионов водорода на границе со слизистой оболочкой предопределяет повреждающее действие; теория дуоденогастрального рефлюкса (D. Plessis, 1965) базируется на детергентном действии желчи, теория венозного стаза (Норкунас, 1980) и тому подобное.

У больных пожилого и старческого возраста образования язвы является следствием влияния ряда факторов: уменьшение органного кровотока на фоне атеросклеротического поражения сосудов; общие нейротрофические изменения в организме; погрешности питания; недостаточная механическая обработка еды, связанная с инволюцией зубного аппарата, дефицитом некоторых нутриентов.

Не удаваясь в дискуссию о «уязвимых местах» этих теорий, а также преимущества каждой из них, стоит подтвердить существующий тезис о полиэтиологичность язвенной болезни желудка и подчеркнуть необходимость четкой дифференциации язвы желудка и

двенадцатиперстной кишки от симптоматических язв желудка, генез которых принципиально другой, что требует других лечебных подходов. Считают необходимым выделять такие основные факторы язвозниновения в желудке, как дискоординация кислотообразования, нарушения моторно-эвакуаторной функции (стаз) и микроциркуляторные изменения в стенке желудка. Эти факторы взаимозависимые.

Классификация

Из существующих классификаций язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на особенное внимание, на наш взгляд, заслуживает по типам, предложенный в 1957 г. D. Johnson. В соответствии с этой классификацией выделяют такие типы язвы:

- I тип - язвы, что локализуются проксимальнее (выше) угла желудка, без четко обнаруженной патологии со стороны двенадцатиперстной кишки, пилорической, предпилорической зоны;
- II тип - язвы, расположенные проксимальнее угла желудка, в сочетании с язвой или рубцово-язвенной деформацией двенадцатиперстной кишки пилорического отдела;
- III тип - язвы передне-антральной области и пилорического канала.

Причины образования язв каждого типа разные. Язвы I типа образуются, как правило, на фоне длительно существующего хронического гастрита или среди полного здоровья, сопровождаются выраженными изменениями слизистой оболочки тела желудка, в основном в виде атрофии и кишечной метаплазии. Учитывая присущее им длительное рецидивирование в одной и той же зоне желудка, патогенез этих язв, вероятнее всего, стоит объяснять местными факторами (в первую очередь сосудистыми).

Язвы II типа по многим параметрам близкие к язвам двенадцатиперстной кишки, одним из следствий или стадий которых они являются. Для них, как и для язв двенадцатиперстной кишки, характерны наследственность, наличие 0 (1) группы крови, сочетание с эрозиями гастродуоденальной зоны, четко выраженная сезонность клинических проявлений, склонность к миграции и рецидивированию в зонах желудка или двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция соляной кислоты. Следовательно, можно говорить о наличии у этих пациентов язвенно-эрозийного диатеза. Причина миграции язв II типа в проксимальном направлении, вероятно, связана с распространением в этом направлении гастрита. Этого утверждение свидетельствует о снижении кислотопродуцирующей функции желудка почти в 2 раза при

наличии язвы II типа сравнительно с изолированной язвой двенадцатиперстной кишки. При язвах II типа обнаруживают выраженный дуоденогастральный рефлюкс.

Увеличение содержания соляной кислоты и пепсина в желудке при наличии язвы III типа (передне-антральный и пилорический участки) - характерное преимущественно для больных молодого возраста. У них наблюдают повышенную секрецию соляной кислоты и инфицирование *Helicobacter pylori*. Патогенез язвы III типа, подобно патогенезу язвы двенадцатиперстной кишки, предопределен расстройствами нейрогуморальных и местных механизмов регуляции секреции желудка, что усиливает негативное действие факторов агрессии и уменьшает защитное влияние слизи.

Частота выявления язв:

- I типа составляет 60%;
- II типа - 20%;
- III типа - 20%.

Эту классификацию широко используют в научной и хирургии во время выбора метода оперативного вмешательства.

За десятилетия некоторые исследователи предлагали выделить дополнительные типы язвенной болезни желудка: язвы кардиальной и субкардиальной части желудка. К сожалению, в терапевтической литературе эту классификацию отдельные исследователи, причем чаще всего — с точки зрения исторического интереса. Однако за последние 5 лет появилось много публикаций, которые свидетельствуют о необходимости определения типа язвенной болезни для создания современной классификации. Язвы кардиальной части желудка локализуются непосредственно в анатомической кардии, то есть на участке стенки желудка в ширину 2-3 см между плоским пищеводным и цилиндрическим желудочным эпителием.

Язвы этой локализации имеют характерные черты, которые отличают их от других желудочных язв:

- их в 4 раза чаще обнаруживают у мужчин;
- в основном они возникают у пациентов среднего и пожилого возраста (66-70% больных старше 50 лет), для которых характерно наличие многих сопутствующих заболеваний, что осложняет предоставление хирургической помощи;
- в связи с тем, что язвы расположены вблизи основного сосуда, что питает желудок (левой желудочной артерии), в случае ее интраоперационного повреждения возникает интенсивное кровотечение и успех местного гемостаза очень сомнительный.

Язвы субкардиального участка желудка расположены дистальнее кардиального участка, но не ниже 5 см от пищевода. Объединение этих отделов предопределено их анатомо-физиологическими особенностями и оправдано клинической и лечебной позиций. Оперативные вмешательства на этом отделе желудка сложные и тяжелые, в результате чего расположенные здесь язвы называют тяжелыми.

По мнению С. Muller (1987), язва пилороческой части локализуется на 0,5 см проксимальнее или дистальнее привратника, антральная язва - на 2 см проксимальнее привратника.

Гигантские язвы желудка - это язвы диаметром 3 см и больше.

Язвы, которые не заживляются на протяжении длительного времени (рефрактерные) - это язвы, при наличии которых непрерывное лечение на протяжении 2-6 мес и больше неэффективное через торпидный ход репаративных процессов. В последние годы значительно увеличилось количество больных, в которых обнаруживают такие язвы, что отображает общую тенденцию перехода многих патологических процессов в хроническую стадию.

Основные факторы, которые способствуют формированию рефрактерных язв желудка и двенадцатиперстной кишки - инфицирование *Helicobacter pylori*, применение нестероидных противовоспалительных средств, низкий «комплаенс» больных (в англоязычной литературе этим определяют готовность больного все советы врача относительно лечения). Если больной выполняет советы врача, говорят о хорошем, или высоком, "комплаенс", если не выполняет (злоупотребляет алкоголем, не придерживается диетических рекомендаций, нерегулярно применяет лекарственные средства) - "комплаенс" считают низким, или плохим. Кроме того, причиной рефрактерности до лечения могут быть гигантские язвы, торпидный ход синдрома Золлингера-Эллисона, за счет которого значительно усиливается секреция соляной кислоты. Осуществление эрадикации *Helicobacter pylori*, повышение дозы блокаторов протонной помпы в 2-3 раза существенно улучшает результаты лечения рефрактерных язв. Сроки заживления язв двенадцатиперстной кишки составляют в среднем 4-6 нед, язв желудка - 6-8 нед.

В 80-85% пациентов преклонного и старческого возраста язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживают как сопутствующее заболевание с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией на фоне хронической абдоминальной ишемии. В 50-52% пациентов первым проявлением заболевания является желудочно-кишечное кровотечение, атипичный болевой синдром

наблюдают в 78%. Частота возникновения рецидива и осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов преклонного и старческого возраста, сравнительно с такой у пациентов молодого возраста, большая на 40-42%. Характерные нечетко выраженные воспалительные изменения и нечастое (в 28-30% больных) инфицирование *Helicobacter pylori*. Эти клинико-морфологические особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов старшего возраста следует иметь в виду во время выбора противоязвенной терапии.

Клинические особенности течения

Установлена тенденция к уменьшению количества пациентов с типичными клиническими признаками язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Следовательно пропорционально увеличивается частота малосимптомных и атипичных вариантов течения обострения заболевания.

Чаще всего в клинической практике наблюдают холецистопанкреатобилиарный атипичный вариант язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, реже - кардиогенный (боль в области сердца и за грудиной, признаками вегетососудистой дистонии и др.), радикулитообразный (боль в грудном и поясничном отделах позвоночника - в зонах Захарьина-Геда, точках Боаса и Опенховского), синкопальный (варианты - коллаптоидный, апоплексический, аритмичный) и аппендицито-образный.

Сезонность заболевания в большей степени характерная для язвенной болезни желудка, чем двенадцатиперстной кишки. Если при язвенной болезни желудка сохраняется весенний пик заболеваемости, то в случае язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обострения возникают в феврале, апреле, мае, октябре.

Особенностями рецидива язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в большинстве пациентов является отсутствие типичных признаков заболевания, преимущественное наличие жалоб, характерных для гастроэзофагеального рефлюкса, бессимптомное течение. Рецидивная язва у этих больных чаще всего локализуется в желудке.

Многочисленные язвы почти в 2 раза чаще обнаруживают при язвенной болезни желудка, чем двенадцатиперстной кишки. В то же время сочетания язвы желудка и двенадцатиперстной кишки отмечают только в 1,3-2% больных. Результаты рандомизированных исследований свидетельствуют, что обще-признанная точка зрения - "если язва большая, то она более глубокая" - не касается язвы желудка. Вероятно, это

связано с увеличением частоты острых язв желудка, которые не всегда бывают глубокими.

Больных с гигантскими язвами желудка, язвами, которые долго не заживают, по утверждению многих гастроэнтерологов, стоит выделять в особенную группу риска через большую опасность появления тяжелых осложнений, в частности, малигнизации, образование огромного (диаметром до 15 см) перифокального инфильтрата, что принуждает принимать решение о необходимости выполнения большого по объему и сложного по технике оперативного вмешательства - резекции желудка, которая ухудшает результаты хирургического лечения больных и прогноз.

Сочетаемые осложнения

В последние годы наблюдают тенденцию к увеличению частоты не только отдельных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а их сочетание, частота которых составляет 25%. Самыми частыми осложнениями являются кровотечение и пенетрация, перфорация и пилородуоденальный стеноз; менее часто наблюдают сочетание трех осложнений, в одиночных случаях – четырех осложнений одновременно. Частота развития осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки растет пропорционально длительности язвенного анамнеза. Это предопределяет определенные трудности во время выбора объема и характера оперативного вмешательства.

Диагностика язвенной болезни желудка

Диагностика язвы желудка предусматривает три аспекта:

- выявление язвы с обязательной ее морфологической верификацией;
- исследование морфофункционального состояния желудка;
- исследование функционального состояния других внутренних органов и систем организма больного.

Наличие язвы желудка подтверждают данными *эндоскопического исследования*, редко (противопоказание к эндоскопии, отказ больного от исследования) - *рентгенологически*.

Эндоскопический метод исследования. Наиболее информативным в диагностике язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки является эндоскопическое исследование, которое визуально подтверждает наличие язвенного дефекта, позволяет уточнить его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки (рис. 5).

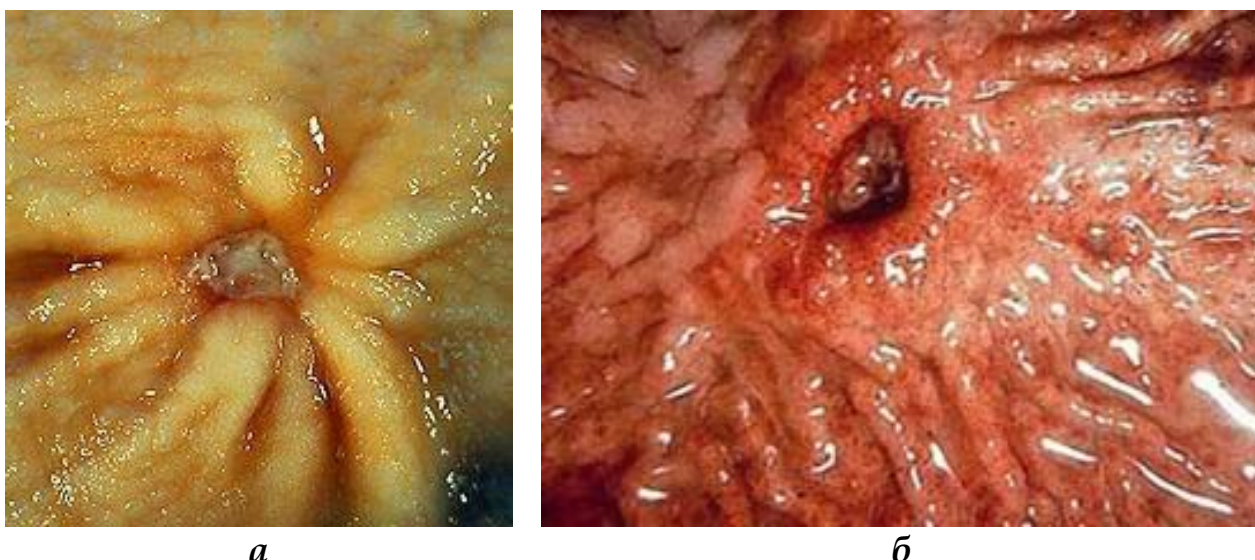


Рис. 5. Эндоскопический метод исследования: а - доброкачественное язвенное поражение антрального отдела желудка; б - глубокая кровоточащая язва луковицы 12-перстной кишки.

При проведении эндоскопического исследования имеется возможность произвести прицельную биопсию - «отщипывание» кусочка ткани из краев или дна язвенного дефекта посредством специального инструментария. Полученный таким образом биоптат (кусочек ткани) направляется на гистологическое исследование, которое позволяет выявить возможную раковую природу обнаруженного язвенного дефекта (язвенная форма рака желудка). Данное исследование даёт возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения.

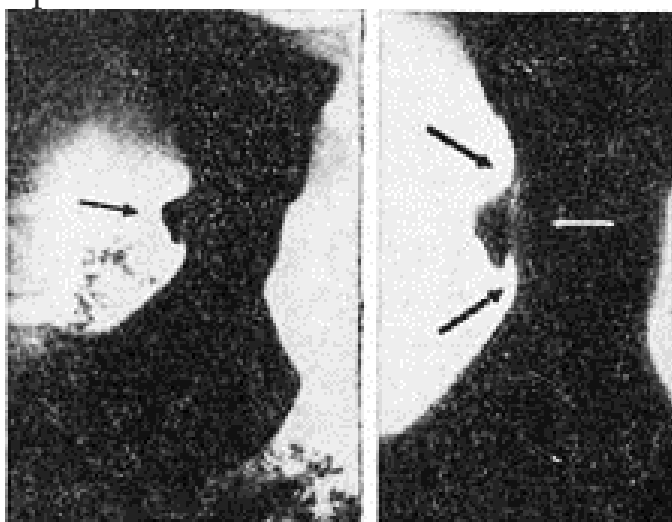


Рис. 6. Язвенная болезнь желудка, симптом "ниши" (контрастная рентгенограмма).

Рентгенологический метод исследования. При рентгенологическом исследовании с двойным тугим контрастированием барием, обнаруживается прямой признак язвенной болезни - «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (рис. 6).

Исследование морфофункционального состояния желудка. Анализ биоптатов слизистой оболочки желудка в перидульцерозной зоне и вне

язвы проводят с целью выявления ее дисплазии и исключения малигнизации. Однако применение гастроскопии с биопсией даже из 8-9 участков не гарантирует установления точного диагноза. В последние годы разработан метод флуоресцентной диагностики, который дает возможность с высокой точностью обнаружить малигнизацию язвенного дефекта даже на ранних стадиях. Существует достаточно аргументированное утверждение, что нет малигнизированных язв, а есть первично-язвенный рак. Рак язвы обнаруживают в среднем в 10-15% наблюдений, а малигнизацию язвы - в 1%.

Выявления хеликобактерной инфекции путем цитологического и морфологического исследования биоптатов осуществляют с помощью иммуноферментных методов и дыхательного теста (уреазного).

Определение вероятности возникновения патологических синдромов после операции - синдрома демпинга, гастростаза, ишемических расстройств. Прогнозирование послеоперационных осложнений и определения мероприятий с целью их предотвращения.

С целью выявления и оценки выраженности таких сопутствующих заболеваний, как хроническое нарушение функции двенадцатиперстной кишки, рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, обязательно проводят целенаправленное рентгеноскопическое, а также ультразвуковое исследование, которые дают возможность внести, при необходимости, коррективы в план проведения будущего оперативного вмешательства.

Крайне важным является исследование показателей гомеостаза, состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и других систем с последующей направленной коррекцией установленных функциональных расстройств. Общее состояние больного оценивают учитывая степень операционного риска по М.М. Малиновскому и Адриани. В последние годы широко применяют 10-балльную систему оценки операционного риска АРАСНЕ и некоторые другие.

Независимо от способа определения степени операционного риска, его установление является принципиальным, поскольку именно этот показатель дает возможность определить, перенесет ли оперативное вмешательство выздоровление больного. Высокая степень операционного риска, предопределенный тяжестью сопутствующих заболеваний или осложнений язвенной болезни желудка, является показанием к уменьшению объема оперативного вмешательства.

Для выбора адекватного метода оперативного вмешательства важное значение имеет определение состояния кислотопродуцирующей

и кислотонейтрализующей функций желудка. С этой целью применяют два важных метода.

Фракционное зондирование желудка с нагрузочными тестами по методу Кея с максимальной стимуляцией гистамином, Маржатка - со стимуляцией гистамин-инсулиновой смесью, Джиллесли-Кея - с ганглионарной блокадой на фоне максимальной стимуляции гистамином.

Внутрижелудочная рН-метрия по методам Е.Ю. Линара и Ю.Я. Лея. В хирургической клинике в последние годы отдают предпочтение рН-метрии как наиболее простому методу. Целью этого исследования является выявление гипер- или гипохлоргидрии в соответствии с учением Павлова о стадийности кислотообразования. Выделяют нейрорефлекторную, нейрогуморальную и кишечную фазы кислотообразования в желудке.

Для выявления базальной гиперхлоргидрии применяют ингибиторные тесты, гипохлоргидрия-стимулирующие тесты. Для выявления нарушений в I фазе секреции используют ингибирующий тест атропина сульфатом по Джиллесли или стимулирующую нагрузку инсулином по Холландеру, расстройства II фазы секреции желудка обнаруживают путем блокировки гистаминовых рецепторов II типа - пробу с гистамином Кея или с пентогастрином - Барона. Тесты атропина сульфатом и фамотидином дают возможность обнаружить у больных базальную гиперсекрецию соляной кислоты.

С целью дифференциальной диагностики с синдромом Золлингера-Эллисона выполняют тест с омепразолом. Его результат подтверждает наличие выраженной гиперсекреции соляной кислоты, при негативном результате целесообразно проведение компьютерной томографии с целью выявления гастриномы или ульцерогенной аденомы поджелудочной железы. Принципиальное значение этих исследований заключается в выявлении фазы гиперхлоргидрии. В случае нарушений I фазы оптимальным методом оперативного вмешательства, направленным на снижение кислотности желудочного сока, есть ваготомия, II фазы - антрумэктомия; при гиперсекреции соляной кислоты показано выполнение ваготомии с антрумэктомией или резекциями $\frac{2}{3}$ желудка. Органосберегающие и резекционные способы оперативного вмешательства целесообразно применять также при наличии гипо- и ахлоргидрий, когда нередко выраженные ишемия стенки желудка, признака гастрита и кишечной метаплазии слизистой оболочки. Как правило, исследования кислотности желудочного сока проводят у пациентов, которым показано хирургическое лечение в

плановом порядке. Разработанные методы основаны на интраоперационной рН-метрии слизистой оболочки желудка, в частности, проба Грасси - для оценки полноты выполнения оперативного вмешательства по поводу снижения кислотности, преимущественно ваготомии.

Важным аспектом во время выбора вида оперативного вмешательства является определение вероятности возникновения патологических синдромов, из них чаще всего развивается синдром демпинга.

В клинической практике хорошо себя зарекомендовали пробы Страффорда с интраюнальным введением 150 мл 50% раствора глюкозы, проба с апоморфином за Бергстромом, ортостатическая проба за Шелонгом, триада признаков Леонгарда с оценкой показателей основного обмена в состоянии активности и сна, проба с двойной нагрузкой глюкозой по Штаубу-Грауготту, тест для определения кровообращения по Шелонгу. Для анализа возможных реакций больного проведением отмеченных проб самая удобная классификация О.В. Николаева с выделением вероятности развития демпинг-синдрома легкой, средней степени тяжести и тяжелой степени.

Важным является прогнозирование постваготомной атонии и ишемических расстройств в стенке желудка. Прогнозирование постваготомной атонии желудка проводят путем изучения показателей моторики желудка по методам гастрографии или баллономанометрии с применением медикаментозных стимулирующих (прозерин) и ингибирующих (атропина сульфат) тестов.

Прогнозирование таких ишемических осложнений, как острые язвы и эрозии желудка, некроз его стенки в послеоперационный период, а также атрофического гастрита, основанное на результатах определения показателей кровотока в стенке желудка с использованием методов реографии, контактной термографии, доплеровского ультразвукового исследования. Выделяют три степени выраженности ишемии желудка: легкую - до 10% отклонений показателей от условной нормы, средней степени тяжести - от 10 до 30%, тяжелую - свыше 30%.

Показания к оперативному лечению язвенной болезни желудка

На сегодня общепризнанным является тот факт, что хирургическому лечению подлежат больные осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последние годы увеличилась не только частота развития осложнений, но и их сочетание (в среднем 25%), удельный вес которых растет пропорционально к увеличению длительности заболевания (особенно малигнизации язвы). Это предопределяет, с одной стороны, необходимость расширения показаний к проведению хирургического

лечения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с другой стороны, создает дополнительные трудности во время выбора характера и объема оперативного вмешательства.

Увлечение консервативными методами лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки повлекло не только увеличение частоты осложненных форм, а, в первую очередь, частоты выполнения оперативных вмешательств по абсолютным показаниям по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

К относительным показаниям относят:

- неэффективность противоязвенной терапии, проведенной на протяжении 1-3 мес. (язва, которая долго не заживает);
- стеноз привратника;
- болевой синдром, предопределенный пенетрацией язвы I-II стадий;
- наличие метаплазии слизистой оболочки желудка в области язвы по данным морфологического исследования биоптата, взятого во время эндоскопического исследования;
- язва желудка, осложненная рецидивным кровотечением;
- большая и гигантская язва (диаметром свыше 3-4 см);
- многочисленные язвы желудка.

На совместном заседании хирургов и терапевтов по проблеме выбора метода лечения язвенной болезни желудка (С. Петербург, 1999) принято решение, что "учитывая неразрывность проблемы дифференциальной диагностики" доброкачественных и малигнизированных язв, затронут вопрос о необходимости расширения так называемых относительных показаний к хирургическому лечению по поводу язвы желудка. Кроме того, определяя место хирургии в современном решении проблемы язвенной болезни желудка, стоит помнить не только о возможностях эндоскопической и медикаментозной терапии, но и об угрозе возникновения таких осложнений, как язвенное кровотечение и перфорация, у которых следствия намного хуже, чем после выполнения планового оперативного вмешательства.

С 80-х годов XX ст. начался период развития желудочной хирургии, что характеризовалось индивидуализируемым подходом к выбору метода оперативного вмешательства. Этот подход предусматривает, что каждое оперативное вмешательство имеет свои показания и может быть применено в конкретной клинической ситуации. В других ситуациях, выполнение таких оперативных вмешательств противопоказано через возможность неблагоприятных следствий.

Хирургическое лечение пациентов с язвенной болезнью желудка показано:

- по жизненными показаниями - в сроки до 2 часов с момента госпитализации при осложнении язвенной болезни желудка перфорацией, профузным кровотечением и рецидивом кровотечения, которое не останавливается во время применения консервативных средств (экстренные оперативные вмешательства);
- при высоком риске возникновения рецидива кровотечения (срочное оперативное вмешательство по абсолютным показаниям в сроки до 2-3 суток с момента госпитализации);
- по абсолютным и относительным показаниям в плановом порядке в случае рецидивных кровотечений, при суб- и декомпенсированном стенозе желудка, невозможности исключения малигнизации язвы желудка, выраженном болевом синдроме, пенетрации язвы III-IV стадий (по Димниковой);
- плановое оперативное вмешательство выполняют после стабилизации основных показателей гомеостаза в сроки от 4 до 10 суток с момента госпитализации больного.

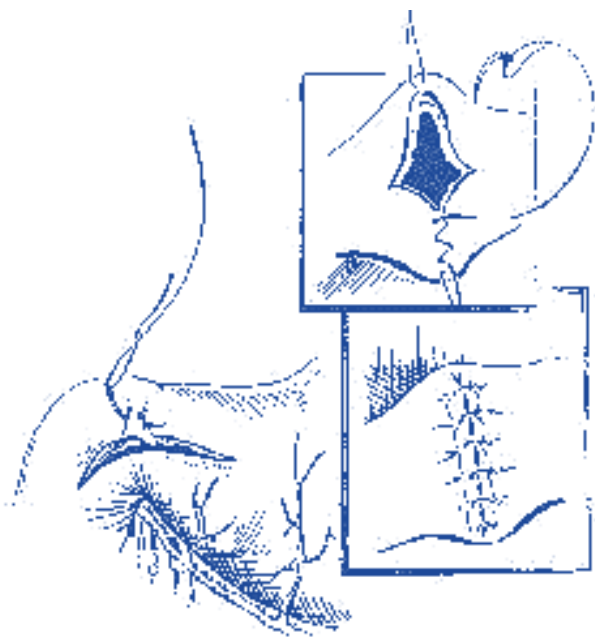
Выбор метода оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни желудка

В хирургии язвенной болезни желудка применяют по показаниям радикальные и паллиативные оперативные вмешательства.

Радикальным является оперативное вмешательство, что предусматривает устранение основного заболевания (в данном случае язвенной болезни) или создания условий для его лечения.

В англоязычной литературе используют аналогичные названия (*curative operation* - оперативное вмешательство, которое вылечивает, *definitive operation* - окончательное оперативное вмешательство). Под "паллиативное" понимают оперативное вмешательство, которое не влияет на основное заболевание, а только устраняет осложнения, которые угрожают жизни больного (перфорация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз).

Коллективный опыт применения методов оперативных вмешательств дает возможность сформулировать показание и противопоказание к выполнению того или иного его вида по поводу язвенной болезни желудка.



При этом в хирургии осложненной язвенной болезни преимущество отдают иссечению язвы желудка в сочетании с ваготомией и пилоропластикой (рис. 7), в плановой хирургии - экономной резекции желудка в сочетании с одним из видов ваготомии (рис. 8).

Рис. 7. Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу:

1 - пилорoduоденотомия; 2 - сшивание разреза в поперечном направлении, первый ряд швов; 3 - законченный вид, второй ряд серо-серозных швов.

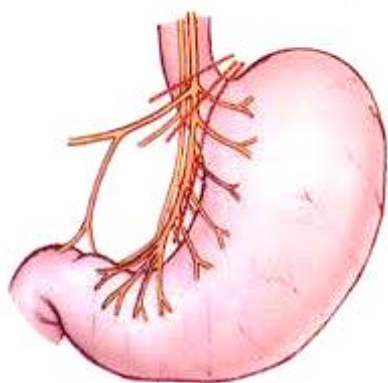


Рис. 8. Виды ваготомии: стволовая, селективная, селективная проксимальная

Показаниями к осуществлению классической резекции $\frac{2}{3}$ желудка по Бильрот-I есть суб- и декомпенсированный стеноз, наличие гигантских язв желудка, невозможность исключения малигнизации язвы желудка.

Резекция при пептической язве желудка имеет следующие две основные цели. С одной стороны, в ходе этой операции необходимо удалить из организма болезненный, чреватый опасностями патологический участок - язву, а с другой стороны, следует предотвратить рецидив язвы на сохраняющейся здоровой желудочно-кишечной стенке. В настоящее время благодаря успехам антихеликобактерной терапии резекция, имеющая ряд серьезных осложнений, применяется редко, обычно в случае язв большого размера или осложнившихся тяжелым рубцовым стенозом желудка.

Техника операции. Существует огромное количество различных способов резекции желудка и восстановлении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В 1881 году, Теодор Бильрот провел резекцию желудка, в

которой для восстановления непрерывности ЖКТ наложил анастомоз между оставшейся верхней культей желудка и культей двенадцатиперстной кишки. Этот способ получил название Бильрот I. Так же, в 1885 году, все тем же Бильротом, был предложен ещё один способ восстановления непрерывности ЖКТ, путем наложения анастомоза между оставшейся культей желудка и тощей кишкой. Культи двенадцатиперстной кишки ушивалась. Этот способ получил название Бильрот II. Эти способы применяются до сих пор, но в последние годы повсеместно господствует стремление оперировать по способу Бильрот I и только при невозможности выполнить эту операцию прибегают к способу Бильрот II.

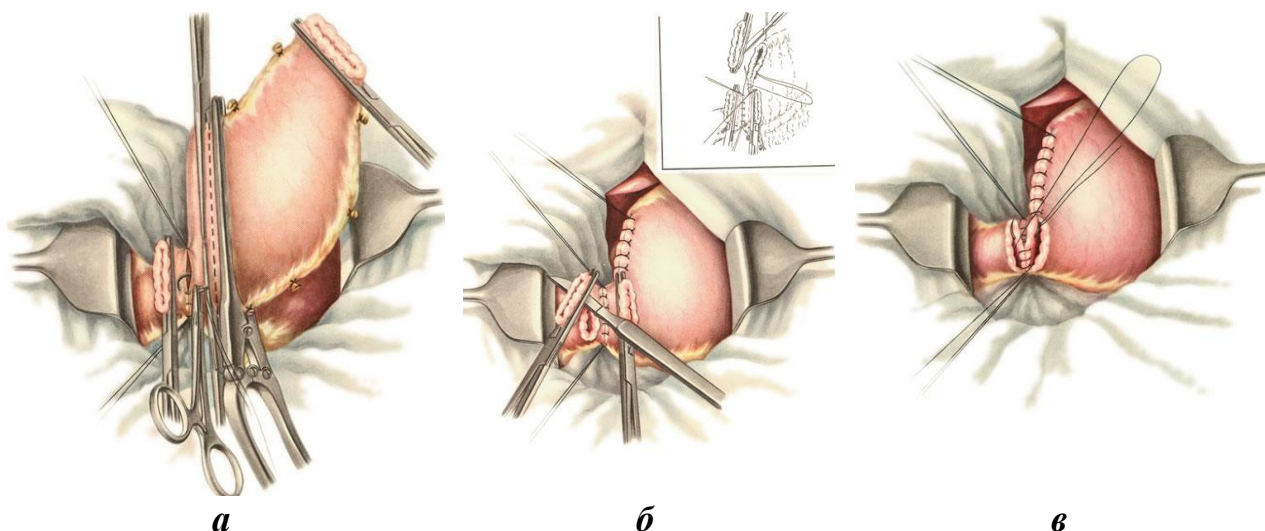
Основные методы:

по Бильрот I - формирование анастомоза между культей желудка и 12-перстной кишкой по типу «конец-в-конец» (рис 9).

Преимущества метода:

- Сохранение анатомо-физиологического пути пищи;
- Адекватная резервуарная функция культи желудка;
- Отсутствие прямого контакта слизистой оболочки желудка со слизистой оболочкой тощей кишки, что полностью исключает образование пептических язв соустья;
- Техническая простота и быстрота выполнения операции

Недостатки: возможность натяжения тканей в области анастомоза культи желудка и двенадцатиперстной кишки и наличие в верхней части гастроэнтероанастомоза стыка трех швов. Обе особенности могут привести к прорезыванию швов и вызвать несостоятельность анастомоза. При соблюдении правильной техники операции можно избежать влияния этих неблагоприятных факторов.



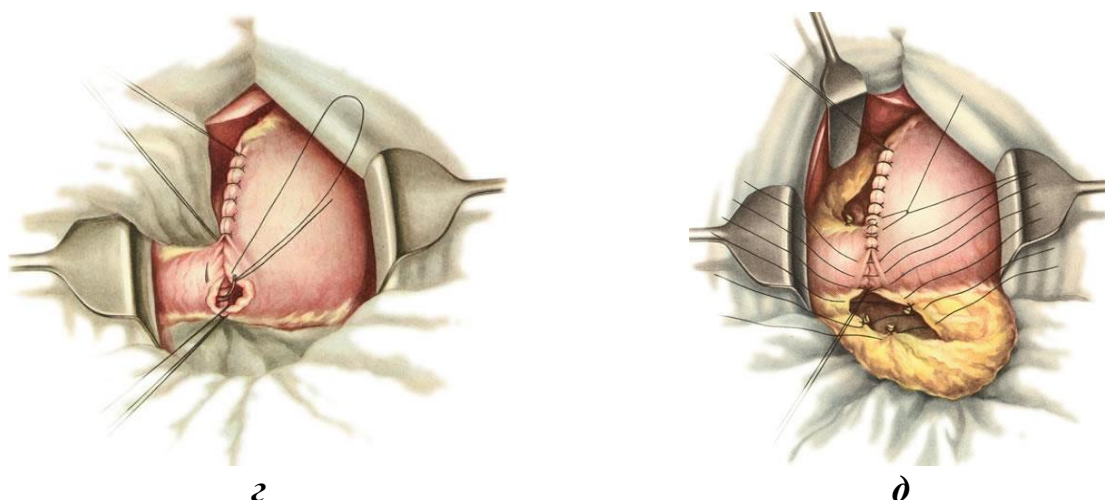


Рис. 9. Резекция желудка по Бильрот-I. а - Наложение ряда серозно-мышечных швов на задние стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. Пунктиром указана линия отсечения удаляемой части желудка; б - Верхняя часть культи желудка ушита двухрядным швом. Отсечение края культи двенадцатиперстной кишки под жомом; в - Наложение непрерывного шва на задние губы анастомоза; г - Наложение скорняжного шва на передние губы анастомоза; д - Наложение серозно-мышечных узловых швов на переднюю стенку анастомоза.

по Бильрот II - наложение широкого анастомоза между культей желудка и начальной частью тощей кишки по типу «конец-в-бок». Применяется обычно в случае невозможности создать гастроэнтероанастомоз предыдущим способом (рис. 10).

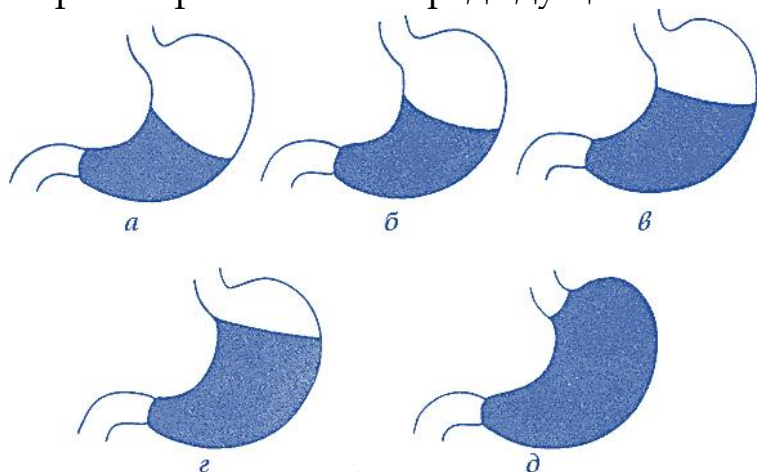


Рис. 10. Резекция желудка по типу Бильрот II. Размеры удаляемой части желудка. а - $1/2$ желудка; б - $2/3$ желудка; в - $3/4$ желудка; г - $4/5$ желудка; д - полное удаление желудка.

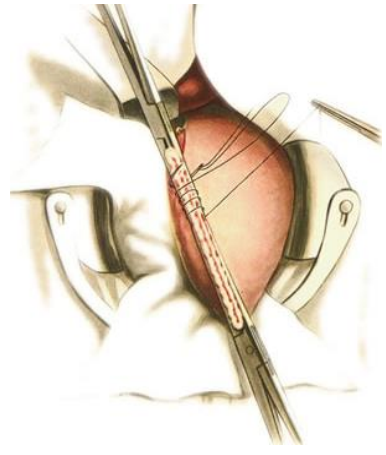
по Гофмейстеру-Финстереру - модификация предыдущего способа. Культи двенадцатиперстной кишки при этом способе ушивается наглухо, анастомоз (несколько более узкий за счет частичного ушивания проксимальной части культи желудка) накладывается между культей желудка и тощей кишкой в изоперистальтическом направлении по типу "конец-в-бок". Петлю тощей кишки подводят к культе желудка позади поперечной ободочной кишки через отверстие в ее брыжейке (рис. 11).



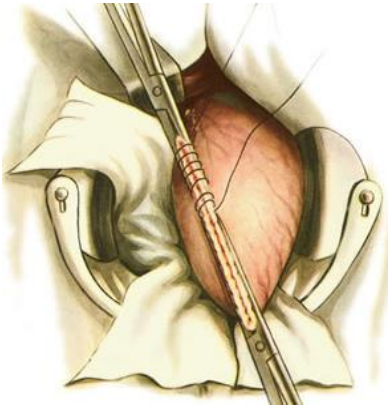
1



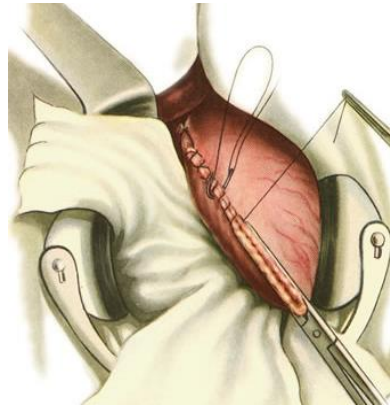
2



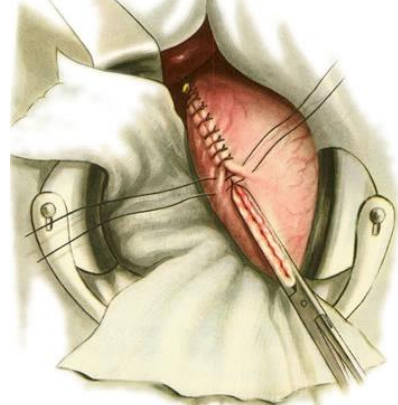
3



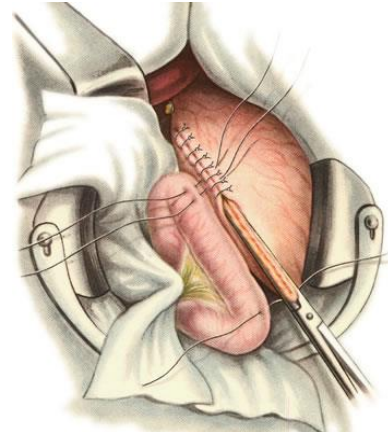
4



5



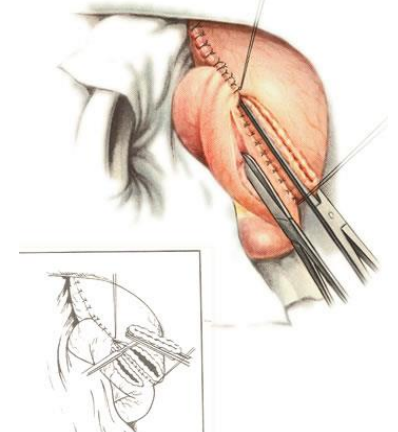
6



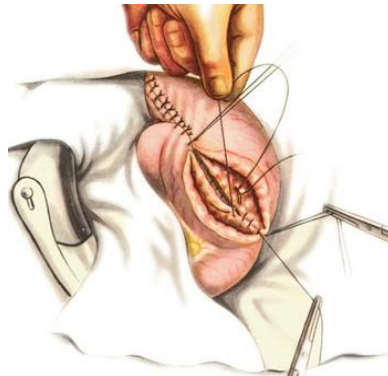
7



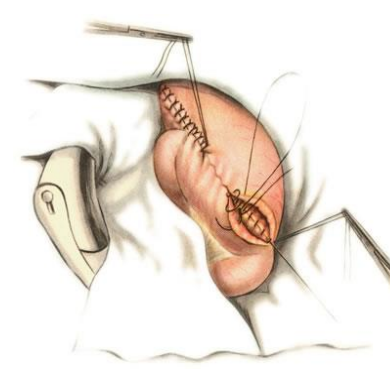
8



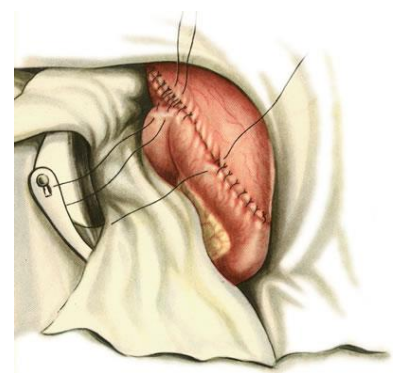
9



10



11



12

Рис. 11. Резекция желудка по типу Бильрот II. Способ Гофмейстера - Финстерера. 1 - Наложение жомов на желудок по линии его пересечения; 2 - Отсечение удаляемой части желудка; 3 - Ушивание верхней части культи желудка. Наложение обвивного шва в направлении малой кривизны; 4 - Ушивание верхней части культи желудка. Снятие жома и затягивание шва; 5 - Ушивание верхней части культи желудка. Наложение обвивного шва в направлении большой кривизны; 6 - Ушивание верхней части культи желудка. Наложение ряда узловых серозно-мышечных швов; 7 - Подшивание короткой петли тощей кишки к культе желудка; 8 - Наложение первого ряда узловых серозно-мышечных швов; 9 - Вскрытие просвета кишки; 10 - Наложение обвивного шва на задние губы анастомоза; 11 - Наложение скорняжного шва на передние губы анастомоза; 12 - Наложение серозно-мышечных швов на переднюю стенку анастомоза и подшивание приводящей петли кишки к культе желудка выше анастомоза.

В настоящее время признано, что этот способ имеет много недостатков: одностороннее выключение из пищеварительного тракта двенадцатиперстной кишки, угроза недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки, развитие послеоперационных осложнений: синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса с развитием хронического атрофического гастрита.

по Ру - ушивание проксимального конца двенадцатиперстной кишки, рассечение тощей кишки с формированием анастомоза между культей желудка и дистальным концом тощей кишки. Проксимальный конец тощей кишки (с двенадцатиперстной кишкой) при этом соединяется (конец-в-бок) со стенкой тощей кишки ниже места гастроеюнального анастомоза. Этот способ обеспечивает профилактику дуоденогастрального рефлюкса.

Учитывая приоритетность резекции желудка необходимо напомнить о некоторых условиях, которые вынуждают отказаться от выполнения этого оперативного вмешательства. Сочетание язвенной болезни желудка с хронической непроходимостью двенадцатиперстной кишки и хроническим индуративным панкреатитом. Наличие дивертикулов двенадцатиперстной кишки, особенно в области ее большого сосочка. Наличие рефлюкс-эзофагита в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. При таких клинических ситуациях целесообразно осуществление резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру, независимо от локализации язвы. Надпривратниковая или пилоросохраняющая резекция желудка - один относительно органосохраняющих методов хирургического лечения язвенной болезни желудка. Применяют ее при наличии язвы I типа (по Джонсону). Основным преимуществом этого оперативного вмешательства

сравнительно с классической резекцией желудка является сохранение привратника с его запирающей функцией. Основным показанием к выполнению этого оперативного вмешательства является язва желудка с локализацией не менее чем на 5-6 см от вратаря без признаков малигнизации, при отсутствии стеноза привратниково-двенадцатиперстной (пилородуоденальной) зоны.

Противопоказаниями к осуществлению пилоросохраняющей резекции желудка являются:

- малигнизация язвы (даже предположение о наличии этого осложнения);
- резекция желудка свыше $\frac{2}{3}$ объема, что может повлечь возникновение синдрома малого желудка с последующими моторно-эвакуаторными расстройствами;
- хронический панкреатит с гипертензивным синдромом в общем желчном и поджелудочной железе;
- хроническое нарушение и дивертикулез желудка;
- поражение привратника, что делает невозможным его сохранение.

В случае выявления малигнизации язвы, а также трудностях проведения дифференциальной диагностики с злокачественным перерождениями язвы целесообразно выполнение субтотальной резекции желудка с малым и большим чепцом, этот метод оперативного вмешательства дает возможность увеличить показатели пятилетней выживаемости больных даже при наличии рака язвы, что, безусловно, оправдано. Считают, что наличие метаплазии язвы желудка III-IV степени является показанием к выполнению антрумэктомии, поскольку нередко в зоне локально иссеченной язвы в дальнейшем образуется опухоль. Антрумэктомию целесообразно также выполнять при эндоскопически и морфологически подтвержденном гастрите при реальной угрозе возникновения в послеоперационный период активного кровотечения эрозий и их осложнения перфорацией.

Выявление хеликобактерной инфекции также следует принимать во внимание во время выбора метода оперативного вмешательства. Установлено, что пилоросохраняющие оперативные вмешательства с ваготомией, как правило, не влияют на степень обсеменения слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*, поэтому проведение после оперативного вмешательства консервативных эрадикационных мероприятий обязательно. Антрумэктомия при типичной локализации возбудителей в пилорической зоне является приоритетной в связи с удалением зоны их существования. Однако в результате частой кишечной метаплазии эпителия проксимальных отделов желудка и его хеликобактерное

инфицирование после осуществления оперативного вмешательства также необходимо дополнительное проведение эрадикационной терапии, следовательно, вряд ли она имеет значительные преимущества сравнительно с экономным оперативным вмешательством. Необходимость эрадикации хеликобактерной инфекции предопределена еще и тем, что по данным исследований, проведенных в последние годы, установлена прямая патогенетическая связь между хеликобактерной инфекцией и возникновением рака и лимфомы желудка.

У больных без вероятности развития синдрома демпинга выбор способа оперативного вмешательства не ограничен этим фактором. Лучшими являются органосохраняющие оперативные вмешательства с применением одного из видов ваготомии. Резекцию желудка выполняют у больных с высоким риском развития демпинг-синдрома, при этом целесообразным является осуществление пилоросохраняющей резекции желудка. Для предотвращения возникновения синдрома демпинга целесообразно формирование термино-латеральных анастомозов, в частности желудочно-кишечного по малой кривине в модификации Томода.

Не следует пренебрегать проведением исследования с целью выявления риска развития синдрома демпинга, поскольку его консервативное лечение достаточно сложно, а оперативные вмешательства по поводу пострезекционного синдрома демпинга - это травматические реконструктивные оперативные вмешательства, эффективность которых невысокая.

У больных с высоким риском постваготомной атонии желудка целесообразно выполнение органосохраняющих резекционных оперативных вмешательств. На основе анализа многолетнего мирового клинического опыта сформулированы противопоказания к применению разных видов ваготомии, которую еще несколько лет назад считали универсальным оперативным вмешательством. Выполнение селективной проксимальной ваготомии противопоказано при условиях:

- наличия синдрома Золлингера-Эллисона, по данным клинических и лабораторных исследований;
- гипомоторики и дискоординации работы отделов желудка;
- нарушение функции двенадцатиперстной кишки с признаками ее непроходимости, дуоденогастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита;
- язвенной болезни желудка I и II типов.

Применение селективной проксимальной ваготомии у больных с язвенным поражением желудка нецелесообразно в связи со значительной

частотой (до 32%) возникновения рецидивов, что связано с деваскуляризацией малой кривизны желудка. Кроме того, результаты исследований последних лет свидетельствуют, что во время выполнения такого оперативного вмешательства, кроме вагусной денервации желудка, происходит его симпатическая денервация, что значительно нарушает трофику органа. Возникновению трофических расстройств в слизистой оболочке желудка способствуют значительное уменьшение секреции слизи, возникновение атрофического гастрита в результате уменьшения количества париетальных клеток, активация хеликобактерной инфекции.

В случае выявления ишемизированных участков стенки желудка преимущество стоит отдать оперативным вмешательствам резекционного типа; в случае осуществления по другим причинам локального иссечения язвы с ваготомией и пилоропластикой, оперативное вмешательство следует дополнить мероприятиями, направленными на коррекцию микрогемодициркуляции. Из-за склонности к ишемии легкой степени рекомендуют медикаментозную коррекцию микрогемодициркуляции, ишемии средней степени тяжести - выполнение периартериальной неврэктомии соответствующих сосудистых бассейнов, тяжелой - резекцию ишемизированного участка желудка с язвой.

При локализации язвы в кардиальной части желудка показана проксимальная резекция желудка или гастрэктомия, летальность в послеоперационный период составляет 20-25%.

При локализации язвы в субкардиальной части желудка возможно выполнение ступенчатой дистальной резекции желудка, продольное высекание малой кривизны вместе с язвой, клиновидное иссечение язвы (в ситуациях) с поперечным или продольным ушиванием раны желудка при наличии больших дефектов с целью избежания деформации органа.

При недостаточности запирающего аппарата кардии и выраженном рефлюкс-эзофагите (эрозийном или язвенном) показано осуществление фундопликации. Преимущество следует отдавать фундопликации по Ниссену. При наличии тупого или прямого пищеводно-желудочного угла (Гиса) обязательно выполнение эзофагофундографии.

Так называемую сегментарную резекцию желудка, при которой дистальная граница иссечения желудка проходит в месте перехода тела в пилорическую часть, при неудовлетворительных результатах в отдельных специализированных клиниках.

Таким образом, индивидуальный подход к выбору способа хирургического лечения язвенной болезни желудка имеет важное значение для снижения частоты пострезекционных синдромов и

получения ближайших и отдаленных результатов, то есть на всю последующую жизнь пациента.

Выбор метода оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

После широкого внедрения в клиническую практику в 1976-1980 гг. блокаторов гистаминовых рецепторов (напомним, что J. Black, усилиями которого эти препараты были внедрены в клиническую практику, в 1988 г. был награжден Нобелевской премией), с конца 80-х - начала 90-х годов прошлого столетия блокаторы протонной помпы и эрадикация хеликобактерной инфекции существенно изменили эффективность и результаты лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в результате чего язвенную болезнь этой локализации стали считать чисто терапевтической проблемой. Количество оперативных вмешательств у пациентов с неосложненным язвенным заболеванием двенадцатиперстной кишки уменьшилось на 60-80%. Однако результаты рандомизированных исследований, проведенных в последние годы, свидетельствуют не о снижении общей летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а даже о явной тенденции к ее повышению. Это связывают с тем, что применение современных схем медикаментозной терапии не уменьшает частоту ее осложнений, а отодвигает их появление, смещая их к преклонному и старческому возрасту. Такие осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки как кровотечение и перфорация обнаруживаются вдвое чаще, чем 10-15 лет назад. Все это требует пересмотра существующих тактических положений относительно хирургического лечения по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, поиска наиболее патогенетически обоснованных и функционально выгодных методов оперативного вмешательства. Сегодня, больше чем когда-либо, нужен дифференцированный подход к выбору лечебной тактики. Существует определенная категория больных, которые должны на протяжении длительного времени находиться под наблюдением и лечиться у терапевта. Однако у некоторых больных вероятность возникновения осложнений достаточно высокая, их необходимо оперировать, не ожидая появления тяжелых осложнений. На сегодня нет четких критериев целесообразности проведения консервативной терапии, не обоснованные показания к выполнению оперативного вмешательства при высоком риске возникновения осложнений.

Высокий риск возникновения осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне медикаментозного лечения врачи-гастроэнтерологи отмечают, в первую очередь, у пациентов с

заампулярной язвой двенадцатиперстной кишки. Эти язвы расположены в верхней или нисходящей части двенадцатиперстной кишки, включая ее верхний изгиб, на расстоянии не менее чем 4 см от привратника (по данным рентгенологического, эндоскопического и интраоперационного методов исследования); их обнаруживают в 5-10% больных.

У больных с язвой этой локализации развитие таких осложнений, как стеноз двенадцатиперстной кишки, пенетрация, массивный периульцерозный инфильтрат, холедоходуоденальный свищ, выражен перидуоденит, массивное рецидивное кровотечение, острый панкреатит, заболевание внепеченочных желчных отмечают вдвое чаще, чем у больных с язвой ампулы двенадцатиперстной кишки. В большинстве (70-72%) больных эти осложнения соединены. Такие язвы относительно тяжело заживляются под воздействием противоязвенной терапии. Средние показатели кислотообразования при наличии заампулярной язвы всегда выше, чем при язве ампулы двенадцатиперстной кишки.

Считают, что независимо от качеств консервативного лечения, заампулярные язвы двенадцатиперстной кишки склонны к осложненному течению, поэтому при их наличии показано раннее оперативное вмешательство. Высокий риск возникновения осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне проведения медикаментозного лечения отмечается у больных с так называемыми гигантскими язвами, к которым принадлежат язвы двенадцатиперстной кишки диаметром свыше 2 см. В последние годы частота выявления таких язв значительно выросла и составляет 3-5%.

Эти язвы, как и заампулярные, характеризуются частыми осложнениями, в частности стенозом, перфорацией, кровотечением, резистентные к консервативной терапии. Приблизительно с такой же частотой (2-4%) обнаруживают язвы двенадцатиперстной кишки, которые не рубцуются и, как правило, через 1,5-2 мес. рецидивируют.

Таким образом, у 10-15% пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, невзирая на широкие возможности современной консервативной терапии, ее проведение является бесперспективным. Это и предопределяет необходимость расширения показаний к хирургическому лечению к появлению осложнений. Следует отметить, что оперативные вмешательства по поводу заампулярных, гигантских язв и таких, которые долго не заживают, имеют некоторые особенности, что предопределенно язвенными или периульцерозными изменениями вблизи жизненно важных анатомических структур, частым возникновением перивисцерита, инфильтрата, недиагностированной до оперативного вмешательства пенетрации в органы. При таких ситуациях

оперативное вмешательство почти всегда является сложным, угрожает возникновением тяжелых осложнений, в частности кровотечения, перфорации, обтурационной желтухи. Не считаться с этими факторами во время определения относительных показаний к оперативному вмешательству нельзя.

Характер и объем оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Рассматривать этот вопрос необходимо, в первую очередь, с позиции возможностей выполнения оперативного вмешательства, то есть непосредственного влияния на патогенетические факторы язвообразования, устранение язвенного субстрата и патологических анатомо-функциональных изменений, которые возникают во время хода заболевания. На основании анализа результатов фундаментальных научных исследований о функциональной морфологии гастродуоденального комплекса и открытия сегментарной вагусной иннервации желудка разработан оптимальный метод оперативного вмешательства для лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - селективная проксимальная ваготомия, ваготомия париетальных клеток, селективная ваготомия кислотообразовательной зоны, проксимальная ваготомия желудка и тому подобное.

Выполнение селективной проксимальной ваготомии проработано сначала в экспериментальных условиях *Griffith u Harking* (1957), дальше - в клинике с дренированием желудка *Hole u Hart* (1964), без дренирования желудка - *Amdrap u Griffith*.

Во время осуществления этого оперативного вмешательства пересекают ветви блуждающего нерва, которые иннервируют тело и дно желудка, то есть осуществляют денервацию и деваскуляризацию кислотообразующей зоны. При этом сохраняется иннервация антральной зоны желудка, пилороса и двенадцатиперстной кишки. Среди других оперативных вмешательств, которые применяют в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, селективная проксимальная ваготомия является наиболее безопасным оперативным вмешательством, летальность при котором составляет 0,3%. Качество жизни большинства больных, которым осуществлена селективная проксимальная ваготомия, значительно лучше, чем у больных после других оперативных вмешательств. Именно качество жизни как интегральный показатель любого метода лечения отображает универсальность этого метода. Во время выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств максимальное улучшение качества жизни, наиболее близкая к показателям у здоровых лиц, отмечено у

пациентов, которым была выполнена изолированная селективная проксимальная ваготомия или в сочетании с дуоденопластикой. Одним из основных ее недостатков считают значительную частоту 1-25% возникновения рецидива язвы. Частота рецидива заболевания через 10 лет составляет в среднем 10-15%, причем он чаще возникает у пациентов молодого возраста.

Показание к выполнению селективной проксимальной ваготомии без дренирующего желудка оперативного вмешательства:

- отсутствие ремиссии заболевания на протяжении 1-2 лет, несмотря на проведение полноценного консервативного лечения;
- длительное течение заболевания с частыми рецидивами, наличием в анамнезе сведений о язвенном кровотечении или перфорации;
- наличие язвы, не заживляющей через 2 мес. полноценного медикаментозного лечения, болевого синдрома, признаков диспепсии, которые ограничивают работоспособность больного;
- компенсированный пилоростеноз.

Осуществление селективной проксимальной ваготомии с дренирующим желудком оперативными вмешательствами показано при:

- пилородуоденальном стенозе в стадии субкомпенсации и декомпенсации;
- язве ампулы двенадцатиперстной кишки, расположенной вблизи привратника или заампулярной язвы, рубцевание которой может повлечь стеноз двенадцатиперстной кишки;
- гигантской язвы двенадцатиперстной кишки.

При стенозе двенадцатиперстной кишки с хронической непроходимостью показано выполнение стволовой ваготомии с антрумэктомией по методу Ру, который считают методом выбора.

Резекция желудка («на выключение» - один из вариантов Бильрот- II) производится при наличии заампулярной язвы, осложненной холедоходуоденальным свищем, массивным периульцерозным инфильтратом. При этом следует помнить, что при локализации язвы в желудке для достижения ахлоргидрии нужно удаление дистальной половины желудка; в случае язвы двенадцатиперстной кишки такой объем резекции является недостаточным, поскольку остается большое секреторное поле, сохраняется продуцирование соляной кислоты в условно-секреторной фазе. Поэтому при наличии язвы двенадцатиперстной кишки нужно удалять не меньше $\frac{2}{3}$ дистального отдела желудка. В результате значительной частоты возникновения послеоперационных осложнений (несостоятельность культи двенадцатиперстной

кишки, острого панкреатита) после резекции $\frac{2}{3}$ желудка, неблагоприятных результатов в отдаленный период, невозможности устранения язвы в 50% больных с заампулярной локализацией язвы, В.Ф. Саенко и соавторы (1999) рекомендуют выполнение органосохраняющего оперативного вмешательства - наложение позадибодочного гастроэнтероанастомоза в сочетании с одним из видов ваготомии. Это оперативное вмешательство, по мнению авторов, может стать альтернативой резекционным методам, даст возможность избежать неблагоприятные осложнения, характерные для оперативного вмешательства по поводу резекции желудка.

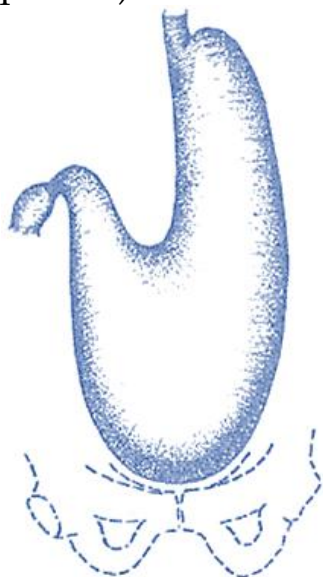
Таким образом, показания и сроки выполнения оперативного вмешательства по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, так же как и язвенной болезни желудка, должны быть индивидуализируемыми. Для достижения благоприятных результатов оперативные вмешательства необходимо выполнять по четким показаниями, к возникновению тяжелых осложнений.

Выбор как органосохраняющих, так и резекционных методов должен основываться на всестороннем анализе патогенетических факторов, особенностей клинического хода заболевания, характера осложнений и операционной ситуации. Современным принципом выбора метода оперативного вмешательства является соблюдение "золотой середины" между минимальным риском возникновения осложнений и максимальным лечебным эффектом при условии применения наиболее физиологичного способа оперативного вмешательства.

В последние годы четко определился принцип: ваготомия не должна конкурировать с резекцией, поскольку неудовлетворительные следствия того или другого метода оперативного вмешательства, в первую очередь, предопределены недифференцированным подходом к их выбору. Аксиомой должна быть необходимость продолжать проведения всего комплекса консервативных мероприятий и после осуществления оперативного вмешательства, особенно ваготомии, поскольку хирургическое лечение создает благоприятные условия для заживления язвы, поэтому его нельзя считать завершающим этапом в лечении больного. Возрождение хирургических аспектов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в последние годы связано с внедрением мини-инвазивных методов оперативных вмешательств (эндо- и лапароскопических), которые определяют последующий прогресс в решении проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и связанных с ней осложнений.

ХРОНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Пилородуоденальный стеноз - одно из самых частых осложнений язвенной болезни, которое считают кульминацией хронического течения заболевания, который характеризуется постепенным развитием рубцовых изменений в участке привратника или двенадцатиперстной кишки с последующим возникновением стаза желудка и его расширения (рис. 12).



По данным патологоанатомического исследования, пилоро-дуоденальный стеноз обнаруживают в 10,7% умерших от всех осложнений язвенной болезни. По данным статистики, это осложнение обнаруживают в 10,5-47% (по данным нашей клиники - в 12,8%) больных с язвами антральной области желудка и двенадцатиперстной кишки.

Рис. 12. Пилородуоденальный стеноз

Осложнение возникает чаще у больных среднего и пожилого возраста. Соотношение мужчин и женщин составляет 3:1, существенно не отличаясь от этих показателей при неосложненном ходе заболевания. На совместном заседании хирургического общества Москвы и Московской области и Московского городского общества терапевтов (2002) по проблеме: "Роль терапевта и хирурга в лечении пациентов язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки" академик М.И. Кузин отметил, что: "За последние годы в 30 % пациентов с язвенной болезнью в результате длительной консервативной терапии возникает стеноз привратника, нередко в стадии декомпенсации, когда становится невозможным выполнение органосохраняющего оперативного вмешательства".

Этиология

Возникновению пилородуоденального стеноза способствуют частые и длительные обострения язвенной болезни, неадекватность консервативного протяженного лечения, наличие пенетрирующей язвы, а также перфорации язвы в анамнезе, по поводу которой было осуществлено оперативное вмешательство - ушивание язвы.

Патогенез

Сужение выхода желудка той или другой степени при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки происходит не только в результате рубцевания язвы, но и формирования язвенного инфильтрата, отека, спазма. Окончательный вывод о степени и причине рубцового сужения может быть сделан только после проведения курса противоязвенного лечения, в результате которого исчезают язвенный инфильтрат, отек и спазм.

Язва двенадцатиперстной кишки является самой частой (почти в 90% наблюдений) причиной пилородуоденального стеноза, более часто это осложнение вызывает язва, расположенная в канале привратника.

При пилородуоденальном стенозе происходят патологические изменения (нарушение) основных функций желудка и двенадцатиперстной кишки - секреторной, моторно-эвакуаторной, а также функция привратника.

Нарушение секреторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, недостаточное поступление или полное прекращение поступления соляной кислоты в ниже расположенные отделы двенадцатиперстной кишки и кишок определяют нарушение процесса пищеварения.

Во-первых, дефицит соляной кислоты в полости двенадцатиперстной кишки является основной причиной недостаточной стимуляции секреции поджелудочной железы, печени, эндокринной системы двенадцатиперстной кишки. В результате этого даже и еда, что поступила в полость двенадцатиперстной кишки, недостаточной мерой испытывает влияния ферментов поджелудочной железы, желчи, секрета желез двенадцатиперстной кишки и потому недостаточно подготовленная к и пристеночному пищеварению в тонкой кишке. Это, в свою очередь, определяет торможение денатурации белка, затруднение процессов гидролиза ферментами, значительное снижение действия липазы, которая расщепляет триглицерид и в дальнейшем способствует эмульгированию жиров в кишках.

Во-вторых, уменьшается резорбция железа, что определяет нарушение гемоглобино-образования и возникновение железодефицитной анемии.

В-третьих, недостаточное количество или отсутствие соляной кислоты в тонкой кишке уменьшает бактерицидное действие желудочного сока, в результате чего возникают благоприятные условия для контаминации микроорганизмами верхних отделов тонкой кишки,

нижних отделов кишок, что предопределяет возникновение дисбактериоза, энтерита, гепатита и тому подобное.

При пилоростенозе наблюдают значительные расстройства моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Желудок является регулятором порционного продвижения еды в нижележащие отделы пищеварительной системы. Полноценная двигательная функция желудка возможна благодаря координированным действиям трех слоев желудка - продольного, циркулярного и косоого, каждый из которых через цепь сложных нейро-рефлекторных механизмов определяет тип моторики, тонус или перистальтику. Тонические и перистальтические волны возникают в проксимальной части желудка и распространяются в его дистальный отдел. Наибольшей амплитуды волны достигают в антральном отделе, где пища распределяется на составные части и фрагменты. В конце желудочной фазы пищеварения сокращения желудка становятся особенно сильными, что предопределяет повышение внутриполосного давления в антральном отделе и является одним из факторов открытия привратника вратаря. При пилородуоденальном стенозе наблюдают значительное нарушение функции желудка, что предопределяет возникновение гастростаза, гастроплегии, увеличение размеров желудка и, как следствие, сдавливание смещенных органов брюшной полости и нарушения их функции.

Чтобы компенсировать нарушенную моторно-эвакуаторную функцию желудка, возникает гипертрофия его оболочки, усиливается активность. Однако усиленная работа желудка постепенно вызывает ее декомпенсацию.

Тяжелые патологические изменения процессов пищеварения происходят при нарушении функции привратника. Физиологическая значимость вратаря предопределена его расположением в центре нейрогуморальной рецепторной зоны пищеварительной системы. Установлено, что в участке привратника нервные элементы расположены наиболее плотно сравнительно с другими отделами желудка - до 450 клеток на 1 см. Через анатомо-физиологические особенности привратник осуществляет регуляцию процесса пищеварения в гастродуоденальной зоне и выполняет такие функции как:

- запирает полость желудка, обеспечивая отделенность и другие необходимые условия желудочной фазы пищеварения;
- регулирует объем пищевой грудки и длительность ее контакта со слизистой оболочкой пилородуоденальной зоны;

- способствует полноценной нейтрализации кислого химуса и возникновению тормозных нейрогуморальных процессов в дистальной части желудка и начальных отделах двенадцатиперстной кишки;
- защищает слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки от неадекватного влияния агрессивных ферментных сред.

Знание физиологических особенностей вратаря в регуляции процесса пищеварения чрезвычайно важно для выбора оптимального характера и объема оперативного вмешательства по поводу пилоростеноза. В хирургии желудка XXI в. сохранение привратника (если он полностью не разрушен) или его анатомических структур во время оперативного вмешательства будет считаться приоритетным направлением развития гастропластической хирургии.

В патогенезе суб- и декомпенсированного пилорoduodenального стеноза важное значение имеют нарушение процессов обмена веществ, предопределенные невозможностью адекватного усвоения основных нутриентов и жидкости, потерями большого количества желудочного сока, который содержит соляную кислоту, ферменты, электролиты, в случае возникновения рвоты. Эти факторы предопределяют, рядом с отмеченными выше, прогрессирующее истощение, обезвоживание, расстройства электролитного баланса, нарушения кислотно-основного состояния. Нарушение водно-электролитного баланса может привести к уменьшению объема циркулирующей крови, гемоконцентрации, централизации кровообращения, гипокалиемии, гипохлоремии, метаболического алкалоза.

Классификация

Существуют клинические, анатомические, функциональные и рентгенологические критерии определения степени выраженности язвенного пилорoduodenального стеноза. Для решения проблем хирургической тактики при язвенном стенозе важнейшими являются такие положения:

- Степень выраженности пилорoduodenального стеноза и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка.
- Активность язвенного процесса.
- Возможное сочетание стеноза с другими осложнениями язвенной болезни.
- Особенности клинического течения заболевания: высокая степень операционного риска у пациентов преклонных лет с сопутствующими заболеваниями или метаболическими расстройствами.

Клинические признаки

С развитием пилородуоденального стеноза изменяется клиническая картина язвенной болезни. Чем выраженнее сужение области привратника или ампулы двенадцатиперстной кишки и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, тем меньше выражен симптомокомплекс язвенной болезни, в нем преобладают симптомы, связанные с нарушением пассажа желудка: теряется периодичность, присущая заболеванию; изменяется характер болевого синдрома, появляются новые жалобы. При этом симптомы стенозирующей незаживленной язвы и рубцового стеноза разные. При наличии стенозирующей язвы рядом с жалобами, связанными с застоем желудочного, сохраняется симптомокомплекс язвенной болезни. При наличии рубцового стеноза боль становится тупой, постоянной, достигает максимума в вечерние часы, что связано переполнением желудка. Интенсивность боли уменьшается после рвоты. Отрыжка кислым заменяется на отрыжку горьким или съеденной едой, а в дальнейшем - тухлым. Появляется ощущение тяжести и распираания в участке. Характерными признаками является тошнота и рвота, часто едой, употребленной накануне или за несколько дней. По мере прогресса пилородуоденального стеноза рвота возникает систематически, истощает больного, однако приносит облегчение. Выраженность этих признаков зависит от стадии стеноза.

В первой стадии (компенсации) в связи с появлением неприятных ощущений и кислой отрыжки больные облегчают свое состояние применением натрия гидрокарбоната; во второй стадии (субкомпенсации) - в результате большего застоя еды у желудка и ощущения переполнения в эпигастрии, облегчение больному приносит рвота; в третьей стадии (декомпенсации) состояние больного облегчает систематическое промывание желудка. Общее состояние больного в зависимости от стадии пилородуоденального стеноза изменяется от удовлетворительного к крайне тяжелому. При суб- и декомпенсированном пилородуоденальном стенозе в результате голодания и рвоты происходит обезвоживание организма, больные теряют массу тела, истощаются. Появляются жажда, сухость кожи, снижения ее тургора.

При осмотре живота привлекает внимание его вздутие преимущественно в верхних отделах в результате расширения и опущения желудка, переполненного. Нередко в стадии декомпенсации становятся видимыми перистальтические и антиперистальтические волны, когда перистальтические волны идут в обратном направлении и

сопровождается неприятным ощущением, а иногда болью, особенно после употребления еды. Иногда определяют шум плеска натошак или после употребления еды. В результате выраженного похудения и обезвоживания брюшная стенка становится тонкой, вялой. Из-за обезвоживания кожа собирается в складки и долго не расправляется. Признаками водно-электролитных расстройств являются головокружение и обморок при вставании с кровати, частый пульс, снижение уровня артериального давления, тенденция к коллапсу, бледность и похолодание кожи, уменьшения диуреза.

Гипокалиемия (концентрация калия в крови меньше чем 3,5 ммоль/л) клинически проявляется мышечной слабостью, парезом и параличом, усилением гастростаза и гастроплегии. Снижение уровня калия в плазме крови до 1,5 ммоль/л вызывает паралич межреберных нервов, диафрагмы и, возможно, остановку дыхания. При гипокалиемии наблюдают снижение уровня артериального давления (преимущественно диастолического), нарушения сердечного ритма, расширения его границ (во время аускультации выслушивают систолический шум над верхушкой сердца. С гипокалиемией связано возникновение признаков динамической непроходимости кишечника, которая клинически проявляется метеоризмом.

В результате нарушения водно-электролитного баланса снижается почечный кровоток, уменьшаются клубочковая фильтрация, диурез, возникает азотемия. В связи с почечной недостаточностью крови не выводятся недоокисленные продукты обмена веществ, рН крови снижается, метаболический алкалоз переходит в метаболический ацидоз.

При наличии алкалоза в плазме крови содержание ионизированного кальция снижается в результате его связывания с альбумином. Дисэлектролитемия сопровождается изменениями нервно-мышечной возбудимости, а при длительном декомпенсированном пилородуоденальном стенозе тяжелой степени возникает гастрогенная тетания, клиническими признаками которой являются общие судороги, тризм, пальцев верхних конечностей ("рука акушера" - симптом Труссо), подергивание мышц лица во время постукивания в проекции ствола лицевого нерва (симптом Хвостека).

Гипохлоремичный и гипокалиемический алкалоз в сочетании с азотемией при отсутствии проведения адекватной корректирующей интенсивной терапии может стать несовместимым с жизнью.

При пилородуоденальном стенозе II-III степени наблюдают классическую триаду симптомов:

- Рвота едой, съеденной накануне.

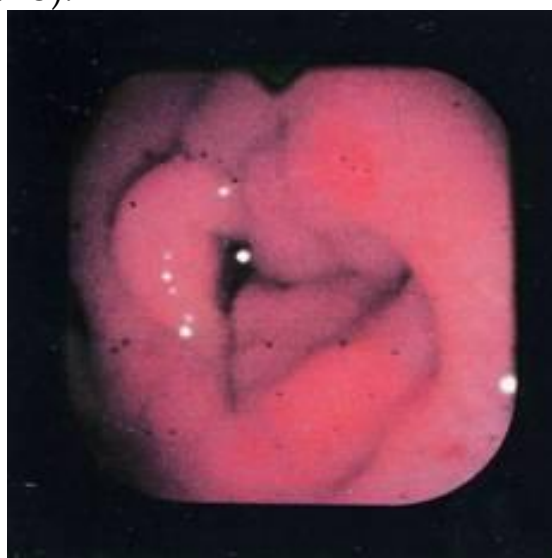
- Видимая перистальтика желудка.
- Шум плеска в области желудка.

Выраженность клинических признаков зависит от степени пилородуоденального стеноза, особенностей течения язвенной болезни, а также индивидуальных особенностей больного.

Диагноз пилородуоденального стеноза устанавливается на основании клинической картины заболевания с учетом результатов обязательного инструментального обследования, которое чаще всего заключается в выполнении фиброгастродуоденоскопии (ЭГДФС) и рентгенологического исследования пассажа бария по верхним отделам желудочно-кишечного тракта (рис. 13).



а



б

Рис. 13. Пилородуоденальный стеноз: а - Рентгенография желудка. б - Эзофагогастродуоденофиброскопия.

Другие виды рубцовой деформации желудка в виде кисета или песочных часов обнаруживают очень редко.

Деформацию желудка в виде кисета вызывают большие язвы малой кривины, которые сопровождаются выраженным болевым синдромом. Деформация желудка по типу песочных часов предопределяет возникновение на ранних этапах признаков пилородуоденального стеноза в виде отрыжки и рвоты.

Дифференциальная диагностика

Деформацию и стеноз любой локализации необходимо дифференцировать от стеноза неязвенного происхождения, предопределенного раком привратника, доброкачественными опухолями, рубцовыми изменениями на фоне ожогов, туберкулезного и сифилитического поражения желудка, острого расширения желудка, дуоденостаза, раку

поджелудочной железы, хронического холецистита, хронического панкреатита, гепатита, хронической механической непроходимости кишечника, болезни Менетрие, синдрома Шмидена.

Трудности могут возникать при распознавании начальных форм пилородуоденального стеноза, в частности его компенсированной стадии. В такой ситуации, в первую очередь, необходимо исключить функциональный спазм привратника, что является непременным компонентом язвенной болезни и часто сопровождает пилородуоденальный стеноз. Необходимо знать, что спазм привратника сам по себе не может повлечь длительное нарушение эвакуации желудочного. При пилородуоденальном стенозе необходимо исключить стаз двенадцатиперстной кишки, что может быть самостоятельным заболеванием или следствием другого заболевания (чаще всего гепатобилиарной и панкреатодуоденальной систем). Стаз двенадцатиперстной кишки – это замедленная эвакуаторная деятельность двенадцатиперстной кишки в результате нарушения ее моторно-эвакуаторной функции. Клинические симптомы, как и при пилородуоденальном стенозе, зависят от степени компенсации заболевания.

При наличии стаза двенадцатиперстной кишки отсутствуют характерные для язвенной болезни периодичность болевого синдрома и сезонность хода заболевания. Болевой синдром в случае дуоденостаза, как правило, постоянный, преобладают клинические признаки заболевания гепатобилиарной или панкреатодуоденальной систем.

Реже, особенно в стадии компенсированного пилородуоденального стеноза, приходится исключать наличие дивертикулов двенадцатиперстной кишки, которые проявляются ощущением тяжести в области, а также во всей верхней половине живота, вздутием, тошнотой, отрыжкой.

Для диагностики дуоденостаза и дивертикулов двенадцатиперстной кишки определяющими являются данные рентгенологических и эндоскопических методов исследования; рентгено-фармакологические пробы облегчают дифференциальную диагностику дуоденостаза органического или функционального происхождения. Достоверным рентгенологически признаком дуоденостаза является сочетание активных антиперистальтических волн или полной адинамии с задержкой на 30 с контрастного вещества в двенадцатиперстной кишке, нарушение маятникообразных перистальтических сокращений, расширение просвета двенадцатиперстной кишки свыше 3,5 см. По данным эзофаго-гастродуоденофиброскопии практически отсутствующие сужения и органические патологические изменения привратника.

Относительно туберкулезного и сифилитического поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, необходимо иметь в виду, что эти заболевания возникают очень редко. Однако рост заболеваемости туберкулезом и сифилисом повлек частое выявление специфического патологического процесса этой локализации.

Основу дифференциального диагноза туберкулезного и сифилитического поражения желудка и двенадцатиперстной кишки составляет анализ данных анамнеза, наличие признаков основного заболевания. Как правило, туберкулез желудка или двенадцатиперстной кишки диагностируют в терминальной стадии заболевания, при наличии специфического поражения гортани, глотки, пищевода, туберкулиновых проб. Поражение желудка при сифилисе с сифилитическим поражением других внутренних органов и кожи.

Туберкулезные и сифилитические язвы, как правило, не поддаются противоязвенной и противовоспалительной терапии. Однако в случае проведения специфической терапии большинство симптомов заболевания быстро исчезают. Проведение серологических исследований дает возможность выяснить этиологию заболевания.

Осуществляя дифференциальную диагностику со стенозом, вызванным раком отдела желудка, необходимо, в первую очередь, выяснить особенности динамики заболевания. У пациентов с язвенной болезнью отмечают длительный (как правило, на протяжении нескольких лет) анамнез хронического рецидивного хода заболевания. Больные раком желудка преимущественно пожилого возраста. Анамнез заболевания у них короткий, быстрее наступает истощение. Во время пальпации живота иногда обнаруживают опухоль.

Из доброкачественных опухолей чаще всего напоминают клинические признаки пилородуоденального стеноза полипы антрального отдела желудка. На основании данных анамнеза, наличия боли, диспепсических явлений провести дифференциальный диагноз сложно. Допустить наличие полипов дают возможность данные лабораторных исследований (часто обнаруживают нулевую кислотность желудочного сока, больше чем в 50% больных - умеренную или выраженную гипохромную анемию).

Болезнь Менетрие - значительное утолщение складок слизистой оболочки желудка, описанная в литературе как "гигантский гипертрофический гастрит", "опухолевый гастрит", "гигантизм желудочных складок" и др. Единственной мысли относительно причины возникновения подобных изменений слизистой оболочки желудка нет. Существуют разные взгляды на этиологию болезни Менетрие, в

соответствии с которыми гипертрофический гастрит является следствием воспалительного процесса, врожденного развития слизистой оболочки желудка, патогенного влияния разных внутрижелудочных и внежелудочных факторов. Согласно с последними сообщениями, болезнь Менетрие тесно ассоциируется с инфицированием *Helicobacter pylori*.

Выделяют распространенную и локализованную формы болезни Менетрие. Патогномоничных признаков заболевания нет. Больные нередко жалуются на ощущение тяжести в эпигастрии после еды, тошноту, рвоту, иногда с примесью крови, вздутие живота, потерю аппетита. Во время пальпации живота определяют умеренную болезненность в эпигастрии. Данные лабораторных исследований свидетельствуют о снижении секреторной и кислотообразовательной функций желудка. По данным рентгенологически исследования устанавливают увеличение складок слизистой оболочки, преимущественно вдоль большой кривизны, с распространением на заднюю и переднюю стенки желудка. Во время гастроскопии слизистая оболочка желудка отекает, складки извилистые, широкие, с полипообразными выпячиваниями, не расправляются при пневмопресии. Отмеченные изменения наблюдаются преимущественно вдоль большой кривизны. Малая кривизна желудка при этом не поражена.

Синдром Шмидена - это полное или частичное выпячивание слизистой оболочки антральной части желудка в просвет двенадцатиперстной кишки. Этому способствуют повышения подвижности слизистой оболочки желудка в результате ее отека, потери тонуса оболочки, усиления пропульсивной волны на фоне гиперперистальтики, увеличения внутрижелудочного давления.

Характерными клиническими признаками являются боли в эпигастрии после еды, стремительных движений, поднятия тяжелых, ощущения одышки, переполнения желудка, тошноты, возникновения того, что блюет. Эти признаки предопределены временной или частичной обструкцией привратника, нарушением эвакуации желудка. Информативным методом диагностики является эзофагогастродуоденофиброскопия, во время проведения которой в антральной части желудка определяют достаточно мягкие, эластичные, высокие, утолщенные складки, которые легко формируются во время перистальтики.

Острое расширение желудка возникает в результате внезапного нейрорефлекторного расстройства его активности. Заболевание возникает в случае избыточного употребления еды после длительного голодания, а также после оперативного вмешательства. В результате

атонии возникает острое расширение желудка, что предопределяет смещение и натяжение брыжейки и петель тонкой кишки, сдавливания верхних брыжеечных артерий и вен, а также нижней части двенадцатиперстной кишки, что вызывает возникновение острой артерио-брыжеечной непроходимости. Для острого расширения желудка характерны рвота (до 6-8 раз в сутки), быстрое истощение больного. Аналогичные признаки обнаруживают при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе тяжелой степени. Однако в отличие от острого расширения желудка, прогресс декомпенсированного пилородуоденального стеноза постепенный. Следует помнить, что острое расширение желудка достаточно редко наблюдают у больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом.

Диагностическая программа

Больным с пилородуоденальным стенозом необходимо проводить тщательное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В первые сутки после госпитализации проводят общий анализ крови и мочи, определяют суточное количество мочи и желудка, содержание общего белка и его фракций, концентрацию электролитов, коллоидов, остаточного азота в крови, функциональное состояние печени, исследуют кислотообразующую и кислота-нейтрализующую функции желудка. Наиболее информативным методом диагностики пилородуоденального стеноза является рентгенологический.

Увеличение размеров желудка и задержка эвакуации контрастного вещества из его полости являются убедительными признаками пилородуоденального стеноза. Задержка контрастного вещества в желудке на протяжении 6 часов свидетельствует о наличии пилородуоденального стеноза в стадии компенсации, на протяжении 12 часов - субкомпенсации, до 24 часов и больше — декомпенсации. По данным эзофагогастродуоденофиброскопии определяют деформацию и значительное сужение антральной части желудка.

Лечебная программа

Наличие пилородуоденального стеноза органического происхождения является абсолютным показанием к выполнению оперативного вмешательства в любой его стадии. При этом чем раньше осуществляют оперативное вмешательство, тем лучше результаты.

Больным при наличии активной язвы необходимо провести интенсивный курс противоязвенной терапии в стационаре на протяжении 2-3 нед, что способствует исчезновению отека и околязвенного инфильтрата и даже заживлению язвы с устранением всех признаков пилородуоденального стеноза.

При компенсированном пилородуоденальном стенозе больные могут быть оперируемы после короткого (на протяжении 7 суток) периода предоперационной подготовки (противоязвенная терапия, систематическая 1-2 раза в сутки аспирация желудка, коррекция сопутствующих заболеваний).

При субкомпенсированном и декомпенсированном пилородуоденальном стенозе с расстройствами водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния необходимо проведение комплексной предоперационной подготовки, которая включает:

- коррекцию волевических расстройств и нарушений белкового обмена путем внутривенного введения изотонического раствора натрия хлорида, 5-10% раствора глюкозы с витаминами, декстрана, растворов аминокислот, гидролизата белка, альбумина, протеина;
- для коррекции расстройств водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния вводят растворы кристаллоидов, которые содержат ионы калия, натрия и хлора. Препараты калия вводят только после возобновления диуреза;
- эндоскопическое установление зонда для полноценного энтерального питания с целью компенсации суточных энергетических расходов;
- постоянную аспирацию желудочного с активным лаважем его полости 2 раз в сутки;
- противоязвенное лечение.

Оперативное вмешательство по поводу пилородуоденального стеноза предусматривает его устранение и создание условий для моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, предотвращения рецидива язвы. По данным М.И. Кузина (2002), полученными путем тщательного анализа результатов выполнения свыше 1000 оперативных вмешательств по поводу пилородуоденального стеноза, предложены такие положения относительно выбора оперативного вмешательства.

Для лечения больных с пилородуоденальным стенозом язвенной этиологии применяют оперативные вмешательства:

- ваготомию с дренирующими оперативными вмешательствами;
- пилороантрумэктомию с ваготомией;
- резекцию $\frac{2}{3}$ желудка.

При отсутствии выраженных расстройств эвакуаторной функции желудка и его расширения больным с пилородуоденальным стенозом в стадии компенсации и субкомпенсации показано выполнение селектив-

ной проксимальной ваготомии, дополненной дренирующими оперативными вмешательствами, которые являются патофизиологически обоснованными, их выполнение обеспечивает устранение трудностей относительно опорожнения желудка и двенадцатиперстной кишки, постепенную нормализацию их функции, адекватное снижение желудочной секреции, то есть предотвращает возникновение рецидива язвы.

Стволовая ваготомия с дренирующими оперативными вмешательствами благодаря относительной технической простоте выполнения показана пациентам при высоком операционном риске. У больных с пилоростенозом в стадии суб- и декомпенсации методом выбора является селективная ваготомия и экономная резекция желудка с наложением анастомоза на выключение U-образной петли по методу Ру.

При наличии пилородуоденального стеноза ампулярных и заампулярных язв двенадцатиперстной кишки осуществляют дуоденопластику с полным иссечением патологического очага (язвы, стенозированные рубцовоизмененных тканей), а также селективную проксимальную ваготомию. Некоторые хирурги считают целесообразным осуществление травматической циркулярной резекции двенадцатиперстной кишки вместе с участком стеноза или язвой на задней стенке, поскольку во время ее осуществления значительно растет риск повреждения желчных путей, возникновения кровотечения, послеоперационных осложнений, панкреатита. При этом теряются основные преимущества оперативного вмешательства - его органосохраняющая сущность и относительная техническая простота выполнения. Показаниями к осуществлению дуоденопластики является наличие стеноза ампулы двенадцатиперстной кишки, локализованного на расстоянии не менее чем 1 см от привратника при отсутствии его воспалительных или рубцовых изменений, а также заампулярного стеноза двенадцатиперстной кишки.

При поражении привратникового канала выполняют селективную проксимальную ваготомию, а также один из методов пилоропластики. Резекция $\frac{2}{3}$ желудка, пилороантрумэктомия с селективной ваготомией показаны:

- при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе;
- наличия до- и интраоперационных признаков дуоденостаза;
- сочетание пилородуоденального стеноза с язвой желудка.

С целью устранения причины развития дуоденогастрального рефлюкса (при сдавливании двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией), целесообразно выполнение оперативного вмешательства по Робинсону: при высоком расположении

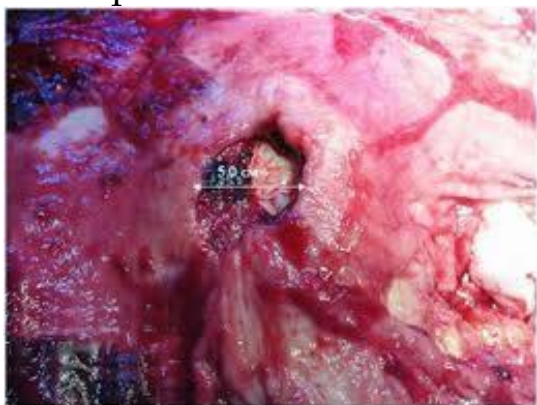
дванадцатиперстно-тонкокишечного перехода осуществляют его введение путем рассечения связки Трейтца по методу Стронга.

Пенетрация

Пенетрация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - это проникновение язвы в смежный орган, ткани которого становятся ее дном. В течение пенетрации язвы выделяют три стадии: внутрстеночную, стадию фиброзного срастания стенки желудка или двенадцатиперстной кишки со стенкой органа, в который происходит пенетрация, и завершённую пенетрацию.

Пенетрующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживают преимущественно у мужчин в возрасте от 40 до 50 лет. По большей части процесс пенетрации имеет длительного хронического течения.

Для возникновения пенетрации необходимы определенные топографоанатомические особенности расположения органов, в первую очередь, близость их к желудку или двенадцатиперстной кишке в области язвенного процесса. Пенетрации способствует также неподвижное положение прилегающего органа, что предопределяет образование крепких и значительных язв. Поэтому пенетруют преимущественно язвы, которые локализуются на задней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. Пенетрацию язв передней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдают очень редко, поскольку эта стенка смещается во время дыхания, изменяет положение при наполнении желудка, что препятствует возникновению. Чаще всего язвы пенетруют в головку поджелудочной железы, реже - в печень, брыжейку и стенку поперечной ободочной кишки, малый и большой сальник, печеночно-дванадцати-паперстникокишечную связку, стенку желчного пузыря. Пенетрация язвы в орган вызывает образование патологического соустья (фистулы) между желудком или двенадцатиперстной кишкой и этим органом.



Язвы больших размеров (гигантские) могут одновременно пенетровать в несколько органов, например в поджелудочную железу (рис. 14), печень (рис. 15), желчный пузырь, печеночно-дванадцатиперстникокишечную связку и другие органы.

Рис. 14. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

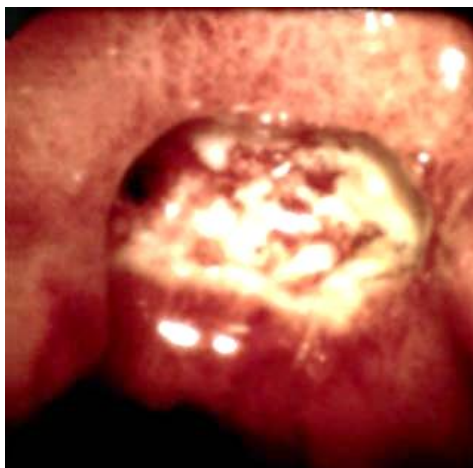


Рис. 15. Эзофагогастродуоденофиброскопия. Язва желудка с пенетрацией в печень: видна глубокая язва с плоским, покрытым некротическими массами, дном.

Частота выявления пенетрирующих язв составляет в среднем 30-35% относительно других осложнений язвенной болезни. Пенетрирующая язва - это, как правило, каллезная язва больших размеров диаметром от 1,5 до 8 см. Нередко одновременно наблюдают другие осложнения язвенной болезни: кровотечение (у 25-30% больных), перфорацию и пилородуоденальный стеноз (около 30%). При пенетрации часто возникает значительный воспалительный процесс, что предопределяет деформацию желудка и двенадцатиперстной кишки, образования большого инфильтрата, который симулирует злокачественную опухоль.

Особенностями клинических признаков и течения пенетрирующей язвы, в отличие от неосложненной, являются:

- отсутствие безболевого периода, периодичности и сезонности ;
- боль в брюшной полости постоянная, мало зависит от употребления пищи, изменяется лишь ее интенсивность на протяжении суток, приобретает жгучий или ноющий характер. Пытаясь уменьшить интенсивность боли, больные принимают вынужденное положение (сидя или лежа с приведенными к животу коленями);
- большая интенсивность болевого синдрома, приступообразный характер боли, незначительная эффективность консервативной противоязвенной терапии. Характерное усиление боли после физической и психоэмоциональной нагрузки, в случае изменения положения тела: на левой стороне- при пенетрации в печень, желчный пузырь, печеночно-двенадцатиперстнокишечную связку; на правой стороне- при пенетрации в поджелудочную железу;
- боль не исчезает и не уменьшается в случае развития кровотечения, напротив, при пенетрирующей язве кровотечение часто наблюдают на фоне усиления болевого синдрома;

- боль при пенетрирующей язве, как правило, иррадиирующая в области тела. Нередко иррадиация боли имеет характерное направление в зависимости от органа, в который пенетрирует язва. Например, при пенетрации язвы в поджелудочную железу боль отдает в спину, в печень - боль распространяется в грудную полость. По большей части даже при изолированной пенетрации только в один орган боль редко иррадирует в определенный участок, она появляется в местах, особенно при глубокой, комбинированной пенетрации. Чаще всего боль иррадиирующая в спину, грудную полость, под лопатку, правое и левое плечо, надключичные области, область сердца. Иррадиация боли - характерный и почти постоянный симптом пенетрации язвы;
- достаточно часто при наличии пенетрирующей язвы возникают диспепсические явления: снижение аппетита, изжога, тошнота, рвота, понос. В отличие от неосложненной язвы, при пенетрации облегчение, наступающее после рвоты, незначительное. Понос может быть длительным, что характерно для образования желудочно-ободочного свища;
- образованию фистулы чаще предшествуют выраженный болевой синдром, возникновение субфебрильной температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При наличии фистулы с желчным пузырем или общим желчным возникает рвота с примесью большого количества желчи.
- поступление содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в полость желчного пузыря, желчные пути может стать причиной возникновения холецистита или холангита.

Во время рентгенологического исследования в проекции желчного пузыря определяют горизонтальный уровень жидкости с газом над ним (аэрохолия), заполнение контрастным веществом желчного пузыря, общего желчного на фоне контрастирования желудка или двенадцатиперстной кишки.

В результате образования фистулы между желудком и поперечной ободочной кишкой еда из желудка попадает в толстую кишку, а каловые массы - кишки в желудок. Признаками желудочно-толстокишечной фистулы является каловая рвота, отрыжка с каловым запахом, дефекация вскоре после принятия пищи с наличием в каловых массах неизменной еды, потеря массы тела. Во время рентгенологического исследования желудка отмечают попадание контрастного вещества через фистулу в толстую кишку.

Пенетрация в ткани забрюшинного пространства происходит при условии локализации язвы в участках, не покрытых брюшиной (кардиальная часть желудка, задняя стенка двенадцатиперстной кишки). Клиническими признаками такого осложнения являются образования забрюшинной флегмоны с распространением в правый поясничный участок, на боковую поверхность груди, в правую подвздошную область. Для этого осложнения характерны выраженные признаки тяжелого гнойного септического процесса - гектическая лихорадка, выраженный интоксикационный синдром, синдром полиорганной недостаточности.

Во время объективного обследования у больных обнаруживают некоторые симптомы, характерные для пенетрирующей язвы, в первую очередь, исхудание, иногда с признаками общего истощения. Больной выглядит старше своих лет, обнаруживают трофические расстройства кожи, на протяжении длительного времени наблюдают субфебрильную температуру тела.

Течение пенетрирующей язвы может проявляться признаками холецистита (при пенетрации в желчный пузырь), панкреатита и других заболеваний органов брюшной полости.

Для диагностики пенетрирующей язвы важное значение имеет рентгенологическое исследование, во время которого часто обнаруживают стойкую глубокую нишу. Нередко ниша имеет вид стойкого пятна, расположенного за контурами желудка, дивертикулообразное выпячивание с горизонтальным уровнем жидкости, глубокого выпячивания в форме тупого зубца, отделенного от просвета желудка светлой полоской.

По данным эндоскопического исследования пенетрирующая язва имеет округлые полигональные края, которые возвышаются в виде вала вокруг язвенного кратера.

Лабораторное исследование должно быть направлено на выявление изменений показателей гомеостаза и изучения функционального состояния органов, вовлеченных в патологический процесс, что необходимо для определения плана предоперационной подготовки. Особенное значение имеет исследование функционального состояния печени и поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика

Нетипичность и разнообразие клинических признаков при наличии пенетрирующей язвы создает значительные трудности во время диагностики этого тяжелого осложнения язвенной болезни. Часто ход пенетрирующей язвы имеет признаки заболеваний гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, кишок, органов забрюшинного

пространства, селезенки. Это требует проведение тщательной дифференциальной диагностики с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При этом о наличии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки будут свидетельствовать длительный анамнез заболевания, сезонные (осенние и весенние), типичные клинические признаки пенетрации, что подтверждается результатами инструментальных методов исследования.

Лечение

Консервативное лечение пенетрирующей язвы, как правило, неэффективно или эффективность его кратковременна. Поэтому, по мнению как хирургов, так и терапевтов, лечение пенетрирующей язвы должно быть исключительно хирургическим. При наличии большой пенетрирующей пилородуоденальной язвы рекомендуют выполнение антрумэктомии с ваготомией (О.О. Шалимов, 1997). При выявлении большого воспалительного инфильтрата, спаечного процесса, что предопределяет техническую сложность и травматичность оперативного вмешательства, осуществляют стволовую ваготомию с гастродуоденопластикой по Джабуле (рис. 16).

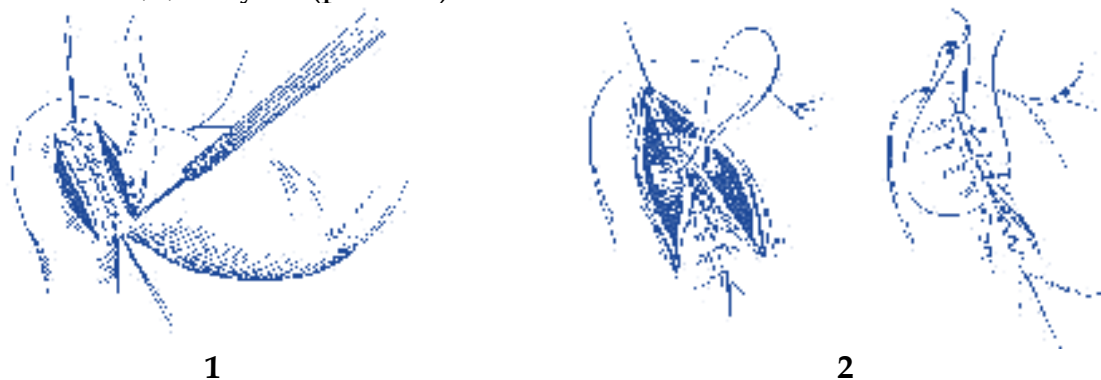


Рис. 16. Гастродуоденоанастомоз по Джабуле: 1 - гастротомия и дуоденотомия; 2,3 - формирование задней и передние губы анастомоза.

При наличии внутренней фистулы с целью ее устранения приходится выполнять одномоментно оперативные вмешательства на желудке, двенадцатиперстной кишке и желчных путях, желудке и толстой кишке, в зависимости от локализации фистулы.

При образовании забрюшинной флегмоны показана хирургическая обработка гнойного очага, в последующем - осуществление оперативного вмешательства по поводу язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

При пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки выбор метода оперативного вмешательства зависит от их величины и локализации. Если язва образовалась недавно и имеет небольшие размеры, пенетрует в

головку поджелудочной железы, печеночно-дванадцатиперстно-кишечную связку, выполняют экстероризацию язвы с дуоденопластикой или пилоропластикой в сочетании с селективной проксимальной ваготомией и эзофагофундопластикой по Ниссену.

При наличии заампулярной язвы двенадцатиперстной кишки, в связи с высокой вероятностью повреждения поджелудочной железы, сосудов, желчных путей, выполняют органосохраняющее оперативное вмешательство - формирование поперечного заднего позадиободочного гастроэнтероанастомоза с ваготомией.

Малигнизация хронической язвы желудка

Малигнизация - злокачественное перерождение хронической язвы желудка - является одним из наиболее противоречивых разделов клинической медицины вообще и язвенной болезни желудка.

Обсуждаются вопросы относительно возможности самой малигнизации язвы желудка и частоты ее возникновения. Сложной является проблема своевременной диагностики, от которой зависит выбор лечебной тактики. Ведь установление ошибочного диагноза приведет к отказу от проведения хирургического лечения, что негативно повлияет на прогноз заболевания, а ошибка причинит тяжелую психическую травму больному и повлечет неоправданное выполнение сложного оперативного вмешательства. Угроза злокачественного перерождения пептической язвы желудка часто встречается в практике как хирургов, так и терапевтов. Однако возможность малигнизации язвы желудка сегодня подвергнуто сомнению.

Возникновение рака желудка язвы описал в 1889 г. G. Hauser. Позже им предложенные морфологические дифференциально-диагностические критерии рака язвы и язвенного рака, которые позже подтвердил и дополнил А.С. Федорев (1948).

Именно работы отмеченных авторов положили начало отношению к язве желудка как до предракового состояния, а предложенные критерии во многих исследованиях были определены для определения частоты малигнизации язвы желудка и рака язвы среди всех видов карциномы желудка. По данным, в литературе, эти показатели чрезвычайно отличаются - от 0 до 80-85%. Такие разногласия величин предопределены большими, нередко непреодолимыми трудностями клинической и морфологической дифференциальной диагностики рака язвы и язвенного рака желудка.

Сегодня правомерно говорить о существовании двух возможных видов злокачественных язв слизистой оболочки желудка. К первому из них принадлежат малигнизированные доброкачественные язвы, ко второму

- инфильтративно-язвенная или первично-язвенная форма рака желудка.

Сторонниками теории потенциальной злокачественности всех язв желудка некоторые современные исследователи (хирурги, онкологи, морфологи) считают, что вероятность малигнизации язв очень низкая (0,6%) и даже сомнительная. На практике обнаруживают несвоевременно распознанную первично-язвенную форму рака желудка, частота которой составляет 13,5-50%. В таких больных отмеченная первичная инфильтративно-язвенная форма рака желудка, которую на протяжении длительного времени лечили как язву желудка. При этом на фоне консервативной терапии может происходить временное заживление язвы желудка, однако инфильтративный рост опухоли при этом не останавливается. Подтверждением этого являются последние научные исследования ведущих онкологов, которые содержат убедительные данные о том, что язва желудка не малигнизирует, она является злокачественной с самого начала. Допускают, что по большей части ранний рак желудка проходит жизненный цикл, который включает язву, последующее ее заживление и повторное изъязвление. При этом процесс язвообразования - рубцевание может длиться свыше 10 лет. В результате деструктивных изменений в стенках язвы происходит полное или почти полное разрушение опухоли. Тогда ранний рак желудка может принимать морфологические и клинические признаки хронической язвы.

Существует теория, что возникновению рака предшествует не собственно язва, а периульцерозный атрофический гастрит.

Некоторые авторы, особенно в начале и в середине XX в., считали, что вероятность малигнизации язвы желудка прямо зависит от ее размеров. Также, Стуккей утверждал, что при наличии любой язвы диаметром свыше 2,5 см следует допускать наличие рака. С.С. Юдин (1955) отмечал: «Чем больше язва, чем глубже ее ниша, чем старше больной и чем ниже кислотность, тем большая опасность возникновения рака из язвы».

При этом существует противоположная точка зрения, в соответствии с которой язвы больших размеров в 70% наблюдений не являются опасными онкологических позиций, и вообще размеры язвы не влияют на частоту малигнизации.

Некоторые клиницисты придают важное значение локализации язвенного дефекта. По мнению одних, значительно чаще испытывают злокачественную трансформацию язвы, расположенные на малой кривизне желудка, другие - отмечают опасность относительно злока-

чественного перерождения язв большой кривизны желудка. По данным современной статистики в 90% больных язвы большой кривизны желудка являются злокачественными.

Имеется точка зрения сторонников потенциальной злокачественности язв проксимального отдела желудка, частота малигнизации которых составляет почти 100%.

Малигнизация хронической язвы желудка может происходить в сроки существования язвенной болезни, в любом возрасте больного, однако чаще это наблюдают у пациентов среднего и старшего возраста при длительном существовании заболевания. Практически все исследователи подчеркивают значительную частоту злокачественной язвы у мужчин.

Клинические проявления

В распознавании злокачественного перерождения хронической язвы желудка важное значение имеют такие симптомы, как:

- боль, свойственная язвенной болезни, изменяется, становится постоянным, теряет связь с употреблением еды;
- снижение аппетита, отвращение к мясной еде;
- медленное снижение кислотности желудочного сока к состоянию ахлоргидрии;
- наличие длительного скрытого желудочного кровотечения;
- увеличение скорости оседания эритроцитов;
- гипохромная анемия;
- похудание больного, снижение интеллекта, работоспособности, вялость, депрессия.

Значимость этих, казалось бы, классических признаков сомнительная, поскольку появление клинических признаков малигнизации язвы желудка практически свидетельствует о запущенном раке, а не о ранней его стадии. Кроме того, в 40-45% больных вообще отсутствующий язвенный анамнез, а лабораторных критериев ахлоргидрии, анемии может не быть, поскольку желудочная секреция сохранена. Стоит иметь в виду, что состояние больного раком желудка, что возникла язва, может улучшаться после диетического и медикаментозного лечения. Поэтому сегодня основным организационно-тактическим и стратегическим заданием является решение важного вопроса: является ли язва желудка, наличие которой установлено по данным рентгенологического или эндоскопического исследования, злокачественной. Только такой подход даст возможность избежать диагностических ошибок и исключить диагноз хронической язвы желудка при наличии опухоли.

Диагностика

Для диагностики важно помнить, что макроскопически рак язвы желудка имеет вид обычной хронической язвы.

Рак может возникнуть на одном из краев язвы, ее дна или рубца зажившей язвы.

Современная диагностика должна быть направлена на выявление ранних форм рака желудка. Основу диагностики рака желудка составляет рентгенологическое исследование. Однако установить начальные признаки малигнизации язвы с помощью этого метода практически невозможно. Информативнее являются методы двойного контрастирования и компрессии, которые дают возможность обнаружить даже минимальные изменения слизистой оболочки желудка. Несмотря на это, при тщательном комплексном рентгенологическом исследовании определения преинвазивного рака желудка является крайне сложным заданием. В комплексе диагностических мероприятий основная роль принадлежит эндоскопическому исследованию.

Большинство эндоскопистов указывают на отсутствие патогномических симптомов, на основании которых можно было бы достоверно отличить злокачественную язву от доброкачественной. Сам метод визуальной оценки субъективный и потому не точный. Правильная эндоскопическая оценка язвы желудка возможна в 50-60% наблюдений. Поэтому во время выполнения каждого эндоскопического исследования в случае выявления язвы необходимо проводить прицельную биопсию с цитологическим и гистологическим исследованием материала. Осуществление биопсийного контроля язвенного дефекта желудка - чрезвычайно ответственная манипуляция. При исследовании рак не обнаруживают в 22,5% наблюдений. Подобные ошибки предопределены несколькими причинами: недостаточным количеством биопсийного материала, включением в биоптат значительного объема некротизированной ткани, которая прикрывает ткань опухоли, незначительными размерами опухоли желудка. Кроме того, при инфильтративно-язвенной форме рака желудка в зоне язвенного кратера возможно разрастание грануляционной ткани, которая симулирует неопухольный характер язвы. Взятие биопсийного материала нескольких участков (от 6 до 9) дает возможность повысить эффективность метода и избежать неверных результатов.

Перспектива диагностики злокачественной трансформации язвы желудка повышается с определением наиболее рациональных мест взятия материала для исследования. С этой целью выполняют оптическую биопсию с использованием фотосенсибилизатора, который

избирательно накапливается в очагах опухолевой дисплазии и создает характерную флуоресценцию. Это дает возможность проводить прицельную биопсию наиболее пораженных участков слизистой оболочки и значительно повысить точность цитологического и гистологического исследований, которые сегодня наиболее надежны и достоверны для подтверждения раковой трансформации язвы.

Как маркеры опухолевого роста используют активность лактат-дегидрогеназы и ее молекулярных изоформ - гексокиназы, и содержание мукополисахаридов и нуклеиновых кислот в слизистой оболочке желудка, иммунореактивных Р-эндорфинов, пепсиногена и гастрин в сыворотке крови больных, антигенов системы HLA, оценивают показатели прижизненной гемомикроциркуляции в стенке желудка, иммунные тесты. В 70-х годах XX ст. было предположение, что повышение пролиферативной активности клеток в случае малигнизации сопровождается увеличением концентрации ДНК в ядрах этих клеток.

В конце 80-х годов XX ст. разработана новая количественная имунорадиометрическая проба СА 72-4. Используя свойства двух моноклональных антител СС-49 и В 72.3, определяют в биологических жидкостях организма содержание асоциированного гликопротеида TAG-72, который образуется в большом количестве раковыми клетками желудка.

В последние годы, рядом с эндоскопическими и морфологическими исследованиями, оценивают состояние нейтрофильных гранулоцитов крови и щечного эпителия (компьютерный анализ), что отображает активность репаративных и регенераторных процессов, которые происходят в слизистой оболочке желудка и кишок. Выявление язвенной болезни желудка при дисплазии высокой степени при отсутствии эффекта от проведения консервативной терапии на протяжении 12 нед и стойких патологических реакций системы нейтрофильных гранулоцитов и щечного эпителия с высокой степенью достоверности свидетельствует о наличии рака желудка.

Прогнозируют, что в ближайшие 10-12 лет в клиническую практику будут широко внедрены видеоинформационные эндоскопические системы с цифровой регистрацией и анализом изображения, которые значительно улучшат качество эндоскопической диагностики и дадут возможность обнаруживать минимальные патологические изменения. Видеоэлектронные эндоскопы с увеличением в 80-100 раз, практически предназначены для прижизненной микроскопии слизистой оболочки, реально приблизят клиницистов к диагностике микроструктурных изменений пищевода, желудка, толстой кишки.

Эндоскопическая спектроскопия, исследования автофлуоресценции тканей, в том числе в инфракрасном диапазоне, расширяют возможности прижизненного анализа гистохимических процессов в слизистой оболочке желудка.

Точность диагностики малигнизации язв и дифференциальной диагностики с язвенно-инфильтративным раком желудка существенно повышается при использовании аппаратов с доплеровским контрастированием, контрастным усилением тканевых и сосудистых структур, а также применении тонкоигольной пункционной биопсии под контролем традиционного эндоскопического и трехмерного эндоскопического ультразвукового исследования.

На стадии экспериментальной апробации находится метод оптической когерентной томографии, что, по данным, дает возможность получить изображение слоев желудка более четко, чем во время проведения эндоскопического ультразвукового исследования.

Усовершенствованием существующих эндоскопических методов активно разрабатываются эндоскопические минироботы, способные самостоятельно, в соответствии с заданной программой и командами оператора, передвигаться в полости пищеварительной системы.

Таким образом, закономерные трудности в верификации злокачественной трансформации язвы желудка, при тщательном анализе клинических данных в большинстве больных возможно допустить наличие этого осложнения и провести целеустремленную диагностику с использованием современных высокоинформативных методов.

Лечение

Выявление малигнизации язвы желудка является абсолютным показанием к выполнению оперативного вмешательства.

При наличии каллезной язвы желудка, которая не заживает во время проведения консервативного противоязвенного лечения на протяжении 12 нед., также показано хирургическое лечение ввиду опасности ее малигнизации.

Целесообразно выполнять субтотальную дистальную или проксимальную резекцию желудка с большой и малой кривизной. Это дает возможность увеличить показатель пятилетней выживаемости пациентов. В ближайшем будущем своевременное распознавание ранних форм рака желудка с точным определением глубины опухолевой инвазии даст реальную возможность заменить большие оперативные вмешательства миниинвазивными эндоскопическими способами резекции слизистой оболочки и подслизистой прослойки, применять лазерную и

фотодинамическую абляцию опухоли на фоне совершенствования консервативного лечения язвенной болезни желудка.

Таким образом, все хронические осложнения язвенной болезни являются тяжелыми, опасными для жизни, особенно у пациентов преклонного и старческого возраста. Своевременная диагностика и успешное лечение таких пациентов - это результат общего труда врачей – хирурга, гастроэнтеролога терапевта, эндоскописта, анестезиолога. Своевременное, полноценное и качественное лечение по большей части не только предотвращает возникновение острых и хронических осложнений язвенной болезни, но и обеспечивает профилактику рецидивов заболевания.

ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Перфоративные гастродуоденальные язвы.

Частота заболевания.

Осложнение, угрожающее жизни - перфорация - продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Количество операций на протяжении последних десятилетий удерживается на уровне 7,5–13,0 на 100 000 человек, а летальность, которая снизилась в 50-ые годы, уже много лет составляет от 5 до 17,9%.

Современная статистика последнего десятилетия подчеркивает рост этого грозного осложнения. Как правило, осложнение возникает в молодом и зрелом возрасте. В нашем исследовании средний возраст больных составил $44,1 \pm 8,2$ годы. У мужчин оно встречается в 7 раз чаще, чем у женщин.

Классификация (В.С. Савельев и соавт., в 1976 г.):

Этиология:

- язвенные
- гормональные.

По локализации:

- язва желудка малой кривизны, передней стенки, задней стенки.
- язва двенадцатиперстной кишки: передней стенки, задней стенки.

По течению:

- прорыв в свободную брюшную полость.
- прорыв прикрыт.
- прорывной атипизм.

Патофизиологические нарушения в организме

Перитонит развивается при перфорации, является одним из факторов, которые влияют как на указанные нарушения, так и на тактику хирургического лечения. Следует заметить "особенности" перитонита при перфорации. Как правило, до суток от момента перфорации в брюшной полости наблюдается прозрачный или мутный экссудат с нитями и хлопьями фибрина, париетальная и висцеральная брюшина ярко гиперемирована. Паралитическая кишечная непроходимость в большинстве случаев отсутствует. Степень бактериальной контаминации при этом не превышает 10^3 - 10^4 микробных тел в 1 мл экссудата. Микробная картина в большинстве случаев представлена грамположительными кокками, лактобациллами, грибами рода *Candida*. Следует заметить, что в 30% случаев в эти бактериальное обсеменение отсутствует. Вышеизложенное позволяет выбрать радикальный способ оперативного вмешательства.

В более поздние сроки от момента перфорации в брюшной полости появляются гнойный экссудат, фиксированные наложения фибрина, паралитическая кишечная непроходимость с увеличением бактериальной контаминации. Тем самым в этот период необходимо выбрать минимально травматический способ вмешательства, запланировав один из видов санации брюшной полости.

Краткий исторический очерк

Первой была сформулирована концепция консервативной тактики ведения такого рода больных. Wangestin (1935) Bedford-Turner (1945) и Taylor (1945), использовали постоянную назогастральную аспирацию. Сегодня является очевидным, что этот метод несовершенен, применяется вынужденно – при агональном состоянии больного или при отсутствии возможности проведения хирургического вмешательства.

Пионерами хирургического лечения перфоративных язв являются Mikuhch-Radecki (1892) и Hausner (1892). До сегодняшнего дня их метод является одним из видов вмешательств, которые применяют чаще всего и отличаются простотой технического выполнения и малой травматичностью. Особенно привлекательным является выполнение такой операции в лапароскопическом варианте (Nathanson и соавт., 1990).

Резекцию желудка при перфоративной язве первым выполнил английский хирург Keetley в 1902 г., что в сущности стало открытием радикальных способов лечения. Самыми яркими пропагандистами использования резекции желудка были С.С. Юдин в России (1929) и Odelberg (1927) в Швеции. Но, лишая больных от последующего страдания от язвенной болезни, резекция желудка приводила к

появлению целого ряда послеоперационных расстройств, что вынудило разрабатывать новые органосохраняющие, патофизиологически обоснованные операции. Такими стали операции с ваготомией, которые с вмешательствами, при которых дренируют желудок, или антрумэктомией.

Мировой коллективный опыт с начала 60-х годов прошлого показывает, что за последние 40 лет операция стволовой ваготомии с пилоропластикой приводит к отличным без посредственных результатам (послеоперационная летальность 0-1%) при низких цифрах рецидива язвенной болезни и незначительном числе послеоперационных функциональных расстройств. Появление малоинвазивных технологий не могло не отобразиться и на проведении вышеизложенных вмешательств при перфоративной язве, хотя на сегодняшний день их число небольшое.

Учитывая патофизиологические особенности желудочной язвы, радикальной операцией здесь остается антрумэктомия с ваготомией или резекция в пределах гемигастрэктомии.

Диагностика

Симптоматика - перфорация язвы развивается остро, хотя у 20% больных удается обнаружить продромальный период - за 3-4 дня усиления боли, появление тошноты, рвоты. Перфорация сопровождается классической триадой признаков: кинжальная боль (95%), доскообразное напряжение мышц живота (92%), язвенный анамнез (80%).

Данные физикального обследования: очень выражена перкуторная и пальпаторная болезненность живота; напряжение мышц сначала в верхних отделах, а затем и по всему животу. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Исчезает или значительно уменьшается печеночная тупость. Появление притупления в правом боковом канале и правой подвздошной ямке (симптом Кервена). Часто наблюдается френикус-симптом.

В течение заболевания различают три фазы: шока, мнимого улучшения и перитонита. Описанная картина является характерной для фазы шока (через 5-6 часов от перфорации). Потом картина шока вроде бы стирается, наступает мнимое благополучие. Напряжение мышц брюшной стенки уменьшается, при пальпации наблюдается умеренная болезненность, симптомы раздражения брюшины. Перистальтика ослаблена, печеночная тупость отсутствует. При исследовании можно обнаружить нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность. Потом через 6-12 часов от перфорации состояние больных прогрессивно ухудшается, снижается пульсовое давление, возникает

вздутие живота, перистальтика отсутствует. Развивается клиническая картина перитонита.

Диагностические методы

Обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации полого органа позволяет обнаружить свободный газ под куполом диафрагмы в 76% случаев (рис. 17). В сомнительных случаях необходимо прибегать к пневмогастрографии, которая повышает достоверность метода до 95%.



Рис. 17. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости. Пневмоперитонеум

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет уточнить диагноз, указать точную локализацию язвы и ее размеры, обнаружить осложнения (стеноз, наличие формы язвенной болезни, второй язвы с кровотечением или угрозой ее развития). Кроме того, возможно получение материала для морфологической верификации Нр-инфекции. Считаем проведение ЭГДС необходимым при планировании малоинвазивного вмешательства.

Лапароскопия помогает уточнить диагноз и выбрать адекватный план лечения при невыясненной клинической картине, а в ряде случаев позволяет убедиться в возможности проведения того или другого вида операции. Это особенно касается больных с, так называемой, прикрытой перфорацией язвы.

Лабораторное исследование крови дает возможность констатировать быстро нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево. В анализах мочи при перитоните наблюдается появление форменных элементов, белка и цилиндров.

Хирургическая тактика

Оперативное вмешательство желудочной или дуоденальной перфоративной язвы остается спасительным методом лечения, особенно у больных с распространенным "поздним" перитонитом или высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

Особенности хирургического вмешательства. *Как во время интраоперационной ревизии брюшной полости можно обнаружить перфорацию желудка или двенадцатиперстной кишки?* Довольно часто сразу после рассечения брюшины из раны с характерным шипением выходит небольшое количество воздуха. Жидкость в брюшной полости обычно жёлто-зелёного цвета, мутноватая, с примесью слизи, в ней могут быть кусочки пищи. Экссудат эвакуируют отсосом, крошковидные пищевые массы убирают тампонами. Если перфорация сразу не заметна, необходимо оттянуть желудок влево, после чего на достаточном протяжении становятся видны привратник и двенадцатиперстная кишка. При этом на гиперемированной передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки удаётся выявить белесоватый инфильтрированный участок диаметром 1-3 см, с отверстием круглой или овальной формы посередине, с чёткими, как бы штампованными краями диаметром чаще всего около 5 мм.

Значительно труднее обнаружить перфорацию, если язва расположена низко, на двенадцатиперстной кишке, или, наоборот, высоко, на малой кривизне или на задней стенке желудка. Непросто ориентироваться, когда хирург встречается с резко выраженным перигастритом, перидуоденитом и обширным спаечным процессом. В таких случаях выявлению места прободения способствует методичность и очередность обследования.

Во-первых, необходимо тщательно пропальпировать трудные для осмотра области, продвигаясь по малой кривизне от кардиального отдела до нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки. Пальпировать следует не только малую кривизну желудка, но и обе его стенки, стараясь заключить их между большим и указательным пальцами. Область язвы определяется в виде плотной, ригидной инфильтрации желудочно-кишечной стенки.

Во-вторых, после того как хирург нашёл инфильтрат, но не увидел прободного отверстия, следует захватить эту область пальцами и попытаться осторожно выдавить ими содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки. При этом может выделиться всего одна капля содержимого. Обнаружив воспалительные изменения и крепитацию в области забрюшинного пространства, необходимо мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру, чтобы осмотреть её заднюю стенку.

В-третьих, в поисках места прободения необходимо учитывать направление, откуда поступает выпот. Так, если он поступает из сальникового отверстия (отверстия Винслоу), прободение следует искать

на задней стенке желудка, доступ к которой открывается после широкого рассечения желудочно-ободочной связки. Каждый оперирующий хирург не должен забывать, что можно столкнуться со случаями, когда одновременно перфорируют две язвы: на передней и задней стенках желудка. В поздние сроки с момента перфорации массивные наложения фибрина и скопления гнойного экссудата обнаруживают в самых различных местах. В таких случаях систематически осматривают и saniруют все отделы брюшной полости. Для этого отсосом эвакуируют экссудат, по возможности удаляют наложения фибрина (пинцетом и влажным тупфером), повторно промывают различные её отделы растворами антисептиков. В обязательном порядке эти манипуляции необходимо провести в подпечёночном, правом и левом поддиафрагмальных пространствах, боковых каналах, полости малого таза. После эвакуации гноя и первичного промывания этих областей целесообразно ввести в них тампоны на период вмешательства, направленного на ликвидацию основного патологического процесса. После его выполнения завершают санацию брюшной полости. Удаляют тампоны, введённые на первом этапе операции, и повторно обрабатывают все поражённые её отделы. Оставление гноя и рыхлых фибриновых наложений может привести к формированию абсцессов либо сохранению и прогрессированию перитонита. В случае необходимости осуществляют дренирование брюшной полости. Как правило, в желудке оставляют зонд, проведённый через носовой ход. В некоторых ситуациях рациональна установка двух зондов: для питания - в тощую кишку, для декомпрессии - в желудок.

Если хирург в силу «запущенности» процесса не может полноценно санировать брюшную полость во время первичного хирургического вмешательства, он должен планировать проведение повторной санационной операции (программируемая релапаротомия через 24-48 ч).

После обнаружения перфорации хирург должен решить, производить ли резекцию желудка, ушить ли прободное отверстие или иссечь язву с последующей пилоропластикой и ваготомией.

Выбор метода оперативного вмешательства и его технические особенности. Вид и объём пособия определяют строго индивидуально в зависимости от характера язвы, времени, прошедшего с момента перфорации, выраженности перитонита, возраста пациента, характера и тяжести сопутствующей патологии, технических возможностей оперирующей бригады. Различают паллиативные операции (ушивание прободной язвы) и радикальные (резекцию желудка, иссечение язвы с ваготомией и др.). Выбирая способ хирургического вмешательства,

следует иметь в виду, что главная цель операции заключается в спасении жизни больного. Именно поэтому большинству пациентов показано ушивание перфоративной язвы. Эта операция под силу любому хирургу, в крайнем случае её можно выполнить под местной анестезией.

Ушивание перфоративной язвы показано при разлитом перитоните (обычно при давности прободения более 6 ч), высокой степени операционного риска (тяжелые сопутствующие заболевания, старческий возраст), у молодых больных со свежей язвой без визуальных признаков хронического процесса и язвенного анамнеза, в случае перфорации стрессовых симптоматических язв.

«Юношеские» язвы после их ушивания и противоязвенного медикаментозного лечения склонны к заживлению и безрецидивному течению в 90% наблюдений. Определяя объём операции при перфорации язвы желудка, следует учитывать, что они, особенно у пожилых пациентов, могут быть малигнизированы. Именно поэтому, по возможности, желательна выполнение резекции желудка. Если это невыполнимо, необходимо взять биопсию.

Перфорацию в стенке желудка закрывают двумя рядами узловых серозно-мышечных швов. Каждый из них накладывают в продольном к оси желудка (кишки) направлении. Перфорацию при этом ушивают в поперечном направлении, что позволяет избежать сужения просвета органа (рис. 18).

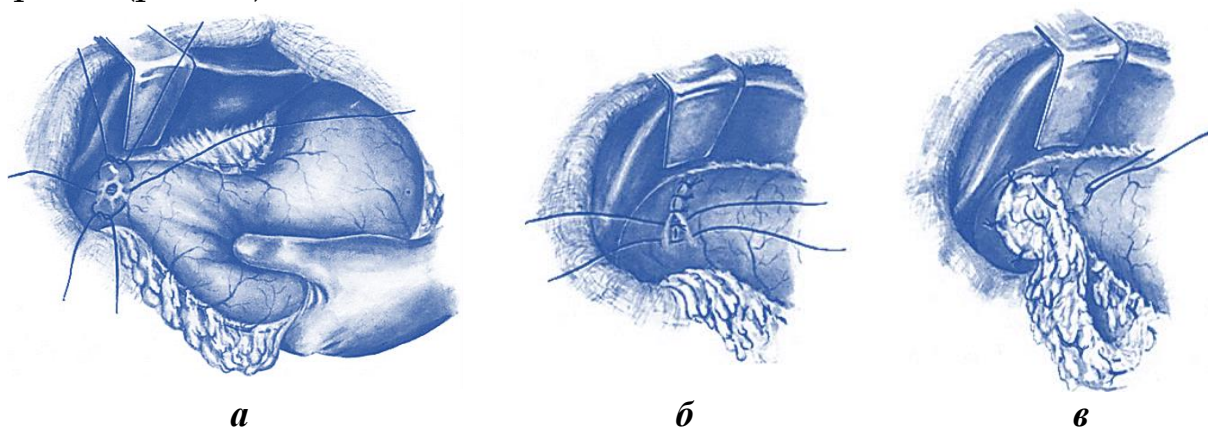


Рис. 18. Ушивание перфоративной язвы. а - первый ряд серозно-мышечных швов; б - второй ряд швов; в - подшивание сальника к линии швов.

Прободные язвы пилородуоденальной зоны предпочтительно зашивать однорядным синтетическим швом без захвата слизистой в поперечном направлении, чтобы не вызвать сужения просвета. Если стенки язвы в окружности перфорации неподвижные и рыхлые, а наложенные швы при завязывании начинают прорезаться, можно подкрепить их подшиванием пряди сальника или желудочно-ободочной связки.

Иногда при прорезывании швов используют метод Поликарпова, предложившего не стягивать края язвы швами, а свободно тампонировать прободную язву прядью сальника на ножке. Эту прядь с помощью длинной нити вводят внутрь просвета желудка через перфорацию, а затем фиксируют этой же нитью, выведенной сквозь стенку желудка обратно на серозную поверхность. При завязывании концов нити сальник плотно тампонирует отверстие. После этого в окружности язвы и несколько отступя от неё сальник дополнительно фиксируют снаружи отдельными швами (рис 19).

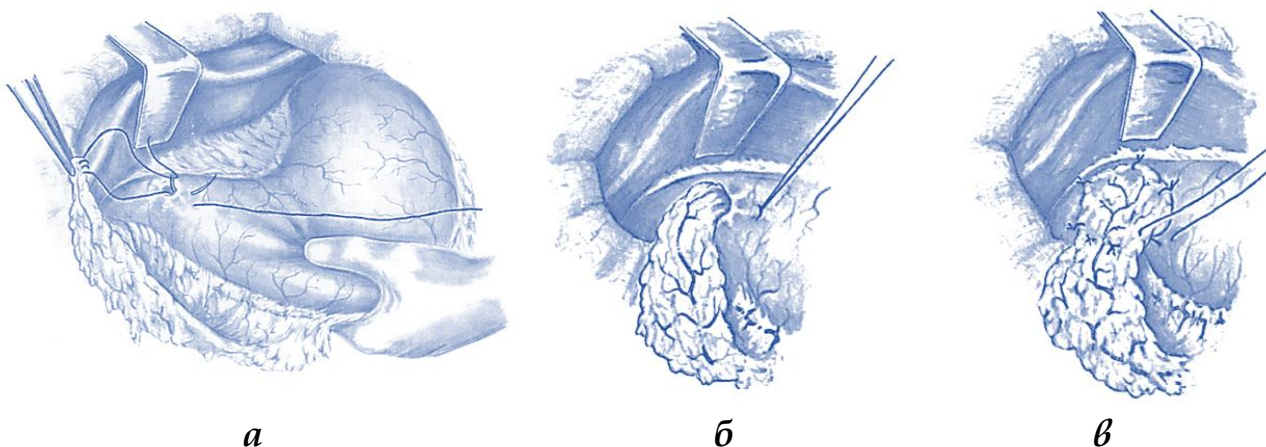


Рис. 19. Ушивание перфоративной язвы по Опелю - Поликарпову:
а - проведение шва через край прободного отверстия; б - фиксация сальника в прободном отверстии; в - подшивание сальника вокруг прободного отверстия.

Забрюшинные перфорации выявляют по наличию в парадуоденальной клетчатке воздуха и пропитывания желчью. Для ушивания такой язвы необходима предварительная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. После ушивания прободной язвы клетчатку дренируют через люмботомию.

Если прободение язвы у ослабленного больного возникло на фоне стеноза привратника, ушивание прободного отверстия необходимо дополнять задним гастроэнтероанастомозом. Как показал многолетний опыт, при этом необходимо также выполнять ваготомию. Из этого видно, что подобное вмешательство нельзя считать оптимальным, в таких ситуациях лучше предпринять иссечение язвы с пилоропластикой.

Заключительным этапом операции по поводу прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки должен быть тщательный туалет брюшной полости. Чем тщательнее было проведено удаление остатков желудочно-дуоденального содержимого и экссудата, тем легче протекает послеоперационный период и меньше возможностей для образования гнойников в брюшной полости. Если к моменту операции в брюшной полости присутствовало большое количество содержимого, то,

несмотря на тщательный туалет, брюшную полость целесообразно дренировать.

Эндовидеохирургическое (лапароскопическое) *ушивание перфоративной язвы* возможно при соответствующих оснащении и квалификации врачей. Выявление разлитого перитонита, воспалительного инфильтрата или признаков внутрибрюшного абсцесса служит показанием для перехода на лапаротомию.

Лапароскопическое лечение показано у лиц молодой возрастной группы, когда перфорирует так называемая немая язва, в анамнезе наблюдается невыраженное или благоприятное течение заболевания, а выполненная дооперационная диагностическая программа свидетельствует об отсутствии других осложнений язвенной болезни.

Стволовую ваготомию с иссечением отверстия и пилоропластикой считают золотым стандартом при перфоративной дуоденальной язве, что позволяет ликвидировать другие осложнения заболевания, сопутствующие перфорации и создать условия профилактики последующих рецидивов. Более сложную в техническом выполнении ваготомию – СПВ с язвы – применяют в небольшом количестве случаев.

Лапароскопическую стволовую ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой минилапаротомным доступом выполняют, прежде всего, при диагностированных операциях с перфорацией (компенсированный стеноз, кровотечение или угроза его развития).

Ваготомию с антрумэктомией выполняют при перфорации, когда есть другие осложнения (поздняя стадия пилородуоденального стеноза), а также при смешанной форме язвенной болезни.

Резекцию желудка (гемигастрэктомия) проводим при перфоративной желудочной язве у больных с невысоким операционно-анестезиологическим риском.

Послеоперационный период

После перфоративной язвы, – операции, которая не влияет на патогенез язвообразования, - сразу после завершения операции больному назначается курс противоязвенной терапии. Исходя из современных представлений о патогенезе язвенной болезни – антисекреторные препараты (последнее поколение H₂-блокаторов или ингибиторы протонной помпы), а также одну из схем антихеликобактерной терапии.

В дальнейшем больные, которые перенесли перфоративную язву, находятся под надзором гастроэнтеролога-терапевта, который определяет необходимость поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни антисекреторными средствами, а также показания к проведению эрадикационной антихеликобактерной терапии. Эти меры могут

существенно снизить процент рецидивов язвенной болезни у этой группы больных (В.Т. Ивашкин).

После органосберегающих операций с ваготомией особенностью является профилактика моторно-эвакуаторных расстройств прооперированного желудка. С первых суток применяли препараты группы прокинетиков. При интраоперационной диагностике выраженного стеноза или технических трудностях выполнения пилоропластики интраоперационно устанавливали зонд за участок связки Трейтца, используя его в дальнейшем для энтерального питания. В раннем послеоперационном периоде эти больные также должны решить вопрос с гастроэнтерологом о необходимости поддерживающей антисекреторной терапии, а также о проведении эрадикационной антихеликобактерной терапии.

Язвенные гастродуоденальные кровотечения

Частота заболевания

Актуальность проблемы лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОГДК), в первую очередь, определяется высоким уровнем общей летальности, который достигает 10–14%. Несмотря на общепризнанную эффективность современных "противоязвенных" средств, число больных с внутренними гастродуоденальными кровотечениями (ВГДК) из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год (Swain С.Р., 2000). Об увеличении числа язвенных кровотечений свидетельствует и наш собственный опыт. По нашим данным, средний возраст больных составил $54,1 \pm 2,5$ годы, причем практически треть больных 401 (32,9 %) составили люди старше 60 лет. У мужчин ОГДК наблюдались в 3 раза чаще, чем у женщин – 914 (74,1%) и 306 (25,9%) соответственно.

Классификация

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, усложненная кровотечением, составляет 42-47% всех случаев острых гастроинтестинальных кровотечений (по нашим данным – 45,9 %). В этой статье не обсуждаются так называемые вторичные язвы, причиной которых чаще всего есть принятие нестероидных противовоспалительных препаратов.

Классификация источника кровотечения по J.A. Forrest (в1974 г.): F Ia – струйное кровотечение, что ; F Ib – капиллярная, в виде диффузного кровотечения; F IIa – видимый большой тромбованный сосуд; F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сверток; F IIc – мелкие тромбованные сосуды в виде окрашенных пятен; F III – отсутствие признаков кровотечения в язвенном кратере.

По степени тяжести кровотечения самой рациональной является классификация, которая использует 3-ступенчатую градацию: легкую, среднюю и тяжелую степень кровотечения, которые учитывают при этом как объем перенесенной кровопотери, так и состояние самого больного.

Патофизиологические нарушения в организме

Реакция больного кровопотерей, с одной стороны, определяется массивностью самого кровотечения, то есть объемом кровопотери и времени, за которое это произошло, а другого – начальным состоянием и реакцией на кровопотерю основных систем организма самого больного. Существенным моментом для понимания патофизиологического этого процесса, а следовательно, и для формирования грамотной инфузионно-трансфузионной терапии послужило развитие учения о диссеминированном внутрисосудистом свертывании (ДВС) как универсальный механизм реализации синдрома массивной кровопотери и пусковой механизм синдрома полиорганной недостаточности. Следует подчеркнуть, что гиперкоагуляционная фаза ДВС - синдрома и микроциркуляторные нарушения, которые приводят к ухудшению обеспеченности тканей кислородом и питательными веществами, развиваются у каждого пациента с клинически значимым ОГДК. Понятно, что существующие у пациента функциональные или органические расстройства со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной систем (так называемые, сопутствующие заболевания), тяжесть состояния больного, требуют соответствующей коррекции и учитываются при принятии решения об оперативном лечении, или при подготовке к нему.

Краткий исторический очерк

Развитие желудочной хирургии (В.А. Басов, 1842; Rydygier, 1882, и др.) стало основой для первых попыток остановить профузное желудочно-кишечное кровотечение оперативным путем. В 1880 г. Eiselberg впервые выполнил иссечение кровоточащей язвы желудка и образованного отверстия. В 1882 г. van Kleef впервые выполнил успешную резекцию пилорического отдела желудка с вырезанием язвы, усложненной кровотечением. Finsterer с 1918 г. активно занимался разработкой проблемы острых гастродуоденальных кровотечений; до 1931 г. им было прооперировано 93 больных с летальностью 20,4% С.С. Юдин и Б.А. Петров с 1930 г. стали на путь активной хирургической тактики в лечении острых ВГДК. В декабре 1952 г. Weinberg впервые выполнил органосберегающую операцию – прошивку кровоточивого сосуда и пилоропластику с ваготомией при ВГДК.

Диагностика должна ответить на три основных вопроса: что стало источником кровотечения; продолжается ли кровотечение и какие ее темпы; какая тяжесть перенесенного кровотечения.

Симптоматика

Клинические проявления острых, особенно массивных, гастро-дуоденальных кровотечений достаточно яркие и состоят из общих симптомов, характерных для кровопотери (резкая слабость, головокружение, потеря сознания), и проявлений, характерных для кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта (рвота свежей или видоизмененной кровью, мелена или гематохезия).

Данные физикального обследования позволяют судить о степени тяжести кровотечения и вероятный его источник. Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального и пульсового давления, наличие в желудке большого количества крови и сгустков, а при исследовании - черного жидкого или с примесью крови являются признаками острого массивного кровотечения.

Диагностические методы

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), безусловно, является ведущим методом диагностики источника, типа и характера кровотечения.

Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта как метод экстренной диагностики ВГДК отошло на второй план; в основном, оно применяется после остановки кровотечения как метод дополнительной диагностики состояния рентген-анатомии и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Селективная ангиография при ВГДК имеет достаточно ограниченное использование и применяется в специализированных учреждениях, которые имеют необходимое оснащение, в ситуациях, когда диагноз не удается установить другими методами, или как диагностический этап лечебного эндоваскулярного вмешательства, направленного на эмболизацию кровоточащей артерии.

Лабораторные методы диагностики (исследование гемоглобина, гематокрита, дефицита глобулярного объема и объема циркулирующей крови, гемокоагуляции, биохимических показателей) предоставляют очень важные объективные сведения о степени тяжести кровотечения и нарушения, которые вызваны ею.

Лечение

В основе неоперативного лечения ВГДК лежит использование методов лечебной эндоскопии и современных средств консервативной терапии язвенной болезни.

Методы лечебной эндоскопии используются с целью временной, а в ряде случаев окончательной остановки и профилактики кровотечения. За последние годы возможности осуществления полноценного локального гемостаза существенно расширились за счет внедрения видеосистем, ширококанальных эндоскопов, методов клипования, аргоноплазмовой коагуляции, использования "эндопинцета". Непосредственная эффективность лечебной эндоскопии при ВГДК составляет 95,3%

К современным средствам медикаментозного лечения принадлежат антисекреторные препараты группы ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов; антихеликобактерные препараты; средства, ускоряющие регенеративные процессы и имеющие цитопротекторное действие.

Они позволяют создать благоприятные условия для прекращения процессов деструкции в язвенном кратере в сочетании с эндоскопическими способами – достичь адекватного гемостаза без оперативного вмешательства в 70–75 % всех случаев язвенных кровотечений, отодвинув операцию на этап плановой хирургии. У больных, которые подлежат оперативному лечению, временный гемостаз позволяет выиграть время и адекватно подготовить их к операции. У больных со значительной угрозой рецидива кровотечения, которые не подлежат оперативному лечению в результате высокой степени операционно-анестезиологического риска, неоперативный гемостаз с использованием активной динамической эндоскопии позволяет предотвратить рецидив кровотечения и достичь стойкого гемостаза без операции в 133 (76,9 %) из 173 этих предельно тяжелых больных.

Хирургическая тактика у больных с ВГДК основывается на дифференцированном подходе, что в себе активный характер диагностических и лечебных мероприятий с дифференцированным определением показаний к оперативному вмешательству. Показания к оперативным вмешательствам диктовались невозможностью достичь надежного гемостаза с помощью нехирургических методов. Экстренную операцию выполняют больным с профузным кровотечением, больным с массивным кровотечением, для которых консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались неэффективными, а также больным с рецидивом кровотечения в клинике.

Срочную операцию считают показанной больным с язвенным кровотечением, остановка которого консервативными способами была недостаточно надежной, и были показания на высокий риск рецидива кровотечения. Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, проводили на протяжении 12-24 часов от госпитализации – времени, которое необходимо для подготовки больного операции.

Выбор метода операции и решения о возможности выполнения оперативного вмешательства прежде всего зависели от тяжести состояния больного, степени операционно-анестезиологического риска и, безусловно, от локализации и характера кровоточащей язвы.

Стволовую ваготомию с пилоропластикой в сочетании с прошиванием кровоточащей язвы, а при пенетрации – с выведением кратера язвы просвета кишки (экстрадуоденизацией) считали методом выбора при дуоденальной кровоточащей язве, в том числе у больных с высокой степенью операционного риска и выполнили ее в 153 (42,9%) больных.

Лапароскопическую стволовую ваготомию и пилоропластику из мини-доступа при расположении источника кровотечения в луковице двенадцатиперстной кишки начали выполнять в последние годы; эта операция на сегодня в стадии клинического изучения.

Антрумэктомию с ваготомией при дуоденальной язве считают показанной у больных со сравнительно небольшой степенью операционного риска. Резекцию желудка (гемигастрэктомию), как правило, проводят при желудочной локализации язвы. Послеоперационный период у больных, которые перенесли прошивку кровоточащей язвы, и органосберегающие операции с ваготомией, имеет ряд особенностей и должен планироваться в соответствии с современными требованиями хирургической гастро-энтерологии.

После прошивания язвы без выполнения ваготомии (эту группу, как правило, составляют больные высокого операционно-анестезиологического риска) – в ближайшем послеоперационном периоде больному назначается курс противоязвенной терапии, который включает ингибиторы протонной помпы или последнее поколение H₂-блокаторов, а также комплекс антихеликобактерной терапии. После выписывания из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению у гастроэнтеролога, который определяет необходимость проведения поддерживающей медикаментозной терапии язвенной болезни, направленной на снижение числа рецидивов язвенной болезни и предотвращения повторных кровотечений.

После органосохраняющих операций с ваготомией особенностью послеоперационного периода является необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств оперируемого желудка. Уже на этапе оперативного вмешательства при диагностике суб- или декомпенсированного стеноза или возникновении технических трудностей при выполнении пилоропластики за участок связки Трейтца устанавливали тонкий зонд для энтерального питания. Кроме того, в послеоперационном периоде применяли препараты группы прокинетики. Существенным моментом послеоперационного ведения было принятие решения о необходимости поддерживающей антисекреторной терапии, а также о проведении эрадикационной антихеликобактерной терапии.

Тестовые вопросы

1. Язвенная болезнь относится к заболеваниям

- A. хроническим рецидивирующим
- B. врожденным
- C. вследствие алкоголизма
- D. вследствие нарушенного кровообращения

2. Гигантская язва это язва размером

- A. свыше 4-5 см
- B. свыше 3 см
- C. свыше 4 см
- D. свыше 5 см

3. В какую вену осуществляется венозный отток от желудка?

- A. портальную вену;
- B. непарную;
- C. парную;
- D. верхнюю полую;

4. Для тяжелого течения язвенной болезни характерно

- A. 2 и больше рецидивы на год
- B. 3 и больше рецидивы на год
- C. 4 и больше рецидивы на год
- D. 5 и больше рецидивов на год

5. Гастрофиброскопия позволит обнаружить следующие изменения в желудке, кроме:

- A. изменений эвакуаторной функции
- B. опухолей
- C. язвы
- D. полипов, которые кровоточат

6. Какая локализация язвы больше всего характерна для больных пожилого и старческого возраста?

- A. кардиального отделу желудка
- B. верхняя треть пищевода
- C. нижняя треть пищевода
- D. луковица 12-палой кишки

7. Симптом Юдина при перфоративной язве это:

- A. ощущение при пальпации толчка газов, которые проникают через перфоративное отверстие
- B. притупление перкуторного звука в боковых отделах живота
- C. исчезновение печеночной тупости
- D. иррадиация боли в плечо или лопатку

8. Абсолютными показами к оперативному лечению язвенной болезни является

- A. тяжелый болевой синдром
- B. рецидивы больше 2 раз в год
- C. язвенный анамнез больше 10 лет
- D. перфорация язвы

9. Длительность периода первичного шока при перфоративной язве

- A. 24-36 час
- B. 6-12 час
- C. 1-3 час
- D. 3-6 час

10. Для кровоточивой язвы характерно

- A. иррадиация боли в плечо или лопатку
- B. дефанс мышц передней брюшной стенки
- C. симптом Спигарского
- D. мелена

11. Для перфоративной язвы характерно

- A. напряжение мышц передней брюшной стенки
- B. мелена
- C. рвота кофейной гущей
- D. высокая кишечная непроходимость

12. Из какого отдела ЖКТ возникают чаще всего кровотечения при синдроме Маллори – Вейсса

- A. кардиального;
- B. дна желудка;
- C. пилорического отдела;
- D. из 12-ти перстной кишки;

13. Печеночная тупость не определяется при

- A. разрыве селезенки

- В. разрыве почки
- С. перфорации язвы желудка
- Д. завороте желудка

14. Наибольшую гарантию против рецидива язвы при операции по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки дает

- А. селективная проксимальная ваготомия
- В. резекция не менее $\frac{2}{3}$ желудка
- С. стволовая ваготомия с пилоропластикой
- Д. антрумэктомия с селективной ваготомией
- Е. истинная антрумэктомия

15. Прямой признак язвы при рентгенологическом исследовании

- А. симптом "ниши"
- В. нарушение эвакуации из желудка
- С. изменение тонуса желудка
- Д. форма желудка в виде "песочных часов"

16. Тактика семейного врача при прикрытой перфорации язвы

- А. плановая госпитализация в хирургический стационар
- В. наблюдение на дому
- С. экстренная госпитализация в хирургический стационар
- Д. госпитализация в терапевтический стационар

17. Изменения в анализе крови при прободной язве

- А. лейкопения
- В. анемия
- С. лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом
- Д. эозинофилия

18. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

- А. ушивание прободного отверстия
- В. зашивание + гастроэнтероанастомоз
- С. резекция желудка
- Д. резекция желудка для выключения

19. Число осложнений язвенной болезни

- А. 3
- В. 4
- С. 1
- Д. 5

20. Рациональная операция при субкомпенсированном язвенном стенозе привратника

- А. резекция $\frac{2}{3}$ желудка
- В. антрумэктомия
- С. передний гастроэнтероанастомоз

D. гастрэктомия

21. Неверное для дуоденальной язвы

A. может возникать при стрессе, сепсисе, ожоге

B. чаще отмечается у людей с АВ (IV) группой крови

C. чаще выявляется у мужчин, чем у женщин

D. обусловлена гипертонусом блуждающего нерва и гиперхлоргидрией

22. Длительность периода мнимого благополучия при перфоративной язве

A. 6 час

B. 6-12 час

C. 1-3 час

D. 12-24 час

23. Заказная диета при кровоточивых язвах желудка и ДПК

A. По Мейленграхту

B. № 1 по Певзнеру

C. № 5 по Певзнеру

D. № 15 по Певзнеру

24. Исчезновение или уменьшение боли с началом кровотечения из язвы это

A. симптом Менделя

B. симптом Бергмана

C. симптом Спизарского

D. симптом де Кевена

25. Какая из перечисленных операций на желудке органосохраняющая

A. резекция по Бильрот I

B. резекция по Бильрот II

C. селективная проксимальная ваготомия

D. гастрэктомия

26. Какие препараты, кроме других свойств, владеют еще и бактериостатическим эффектом на *Helicobacter pylori*

A. все перечислены препараты

B. альмагель

C. винилин

D. де-нол

27. Гектическая лихорадка возможна при

A. пенетрации

B. неосложненной язве

C. кровотечении из язвы

D. перфорации язвы в первые часы

28. Изменения в анализе крови при пилоростенозе

A. лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом

В. лейкопения, гипокальциемия

С. анемия, гипокалиемия

Д. эозинофилия

29. Напряжение мышц живота в начальный период прободения язвы

А. видимое

В. отсутствует

С. болезненность под левой лопаткой

Д. появляется при пальпации

30. При перфоративной язве желудка рвота кровью бывает:

А. не бывает никогда

В. часто

С. очень часто

Д. редко

Ситуационные задачи

1. Больной 55 лет Жалуется на периодическую рвоту употребляемой едой с тухлым запахом. Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 20 лет. Через брюшную стенку определяется большой желудок, выраженный Симптом "гласка". Ваш предварительный диагноз?

а. Нервная анорексия.

б. Язвенная болезнь. Пилородуоденальный стеноз в стадии декомпенсации.

с. Киста поджелудочной железы с сдавливанием двенадцатиперстной кишки.

д. Высокая тонкокишечная непроходимость

2. Больной К. в 26 г. обратился за помощью Через 2 часа После возникновения "кинжальной боли "в Животе. Раньше ничем не болел. При осмотре бледный, покрытый холодным потом. АД100/50 мм.рт.ст., пульс 104/мин. Живот втянут, напряжен, в дыхании участия не принимает. положительные симптомы Спигарного, Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослаблена. Какое исследование следует выполнить для постановки диагноза?

а. Обзорная рентгенограмма брюшной полости

б. Рентгенограмма желудка с бария

с. Фиброгастродуоденоскопия

д. Ультрасонография брюшной полости

3. Больной обратился к врачу с жалобами на мгновенно возникшую боль в эпигастральной области. Раньше лечился по поводу язвы желудка. пульс - 124/мин., АД-95/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот резко болезнен в эпигастральной области и правом подреберье. Определяются

напряжение мышц Живота, симптом Щеткина, свободный газ в брюшной полости. Ваш диагноз?

- a. Острый панкреатит.
- b. Пенетрация язвы в поджелудочную железу
- c. Тромбоз мезентериальных сосудов.
- d. Перфорация язвы желудка.

4. Больной обратился с жалобами на частые рвоты после употребления еды, похудел на 18 кг. Нерегулярно лечился по поводу язвенной болезни. При рентгенологическом исследовании установлено, что желудок увеличенный, нижний его контур находится на уровне линии таза. Какое осложнение возникло у больного?

- a. Перфорация язвы.
- b. Стеноз привратника.
- c. Кишечная непроходимость
- d. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

5. В Больного, 28 лет, после психоэмоциональной нагрузки возникли резкие боли в эпигастрии, а потом по всему животу. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот напряжен на всем протяжении, резко болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блумберга положителен. Перкуторно - печеночная тупость отсутствует. Какие обследования необходимо сделать больному в первую очередь?

- a. Обще клинические исследования крови и мочи, обзорную рентгеноскопии органов брюшной полости
- b. Обще клинические исследования крови и мочи.
- c. Диагностический перитонеальный лаваж.
- d. Обще клинические и биохимические обследования.

6. В санпропускник доставлен Больной 35 лет, в течение которого без причины появилась острая "Кинжальная" боль в эпигастрии. В анамнезе заболеваний желудочно - кишечного тракта не отмечает. Больной бледный, вынужденное состояние с приведенными ногами. При пальпации - выраженное напряжение передней брюшной стенки и резкая болезненность. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Наиболее вероятный Диагноз?

- a. Перфорация язвы желудка
- b. Почечная колика
- c. Кишечная непроходимость
- d. Острый панкреатит

7. У Больного 20 лет внезапно возникла боль в верхней половине живота. Боль интенсивная, постоянная, усиливается При дыхании и движениях. пульс 90/мин. АД-120/70 мм.рт.ст. При пальпации - болезненность в

эпигастрии, определяется защитное напряжение мышц живота. При перкуссии живота печеночная тупость отсутствует. Какой диагноз можно установить на основе клиники?

- a. грыжа белой линии живота.
- b. Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.
- c. Острый панкреатит.
- d. Острый холецистит.

8. У Больного 28 лет внезапно 2 часа назад появилась сильная "кинжальная" боль в животе, какой быстро переместился в правой подвздошной области. Впоследствии появилась общая слабость, жажда, сухость во рту, рвота, задержка опорожнений и отхождения газов. Из анамнеза больной в течение длительного времени жаловался на периодическую боль в эпигастрии. При осмотре: больной лежит на правой стороне с поджатыми к животу ногами,. Кожные покровы холодным потом. Пульс 100/мин, Живот напряженный, из-за боли пальпации не доступный. Какое заболевание у больного следует подозревать?

- a. Острый панкреатит
- b. Острый холецистит
- c. Острый аппендицит
- d. Перфорация язвы

9. У Больной 53 лет, 4 часа назад возникла внезапная, сильная боль в эпигастрии, которая иррадиирует в правое плечо. Объективно: кожные покровы бледные, покрытые липким потом, лежит неподвижно на спине. Дыхание поверхностное. ЧСС-56/мин. Язык сухой. Живот напряжен, доскообразный. На обзорной рентгенограмме свободный воздух под диафрагмой. Ваш диагноз?

- a. Аппендикулярный инфильтрат
- b. Перфорация язвы желудка или ДПК
- c. Острая кишечная непроходимость
- d. Острый аппендицит

10. У мужчины 28 лет остро появилась боль в эпигастрии 2 часа назад. Лежит в положении на правой стороне с приведенными к животу ногами, пульс 62/мин. Живот доскоподобный напряжен, резко болезненный во всех отделах, Положительный Симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз?

- a. Острый аппендицит
- b. Перфорация язвы
- c. Острая кишечная непроходимость
- d. Острый холецистит

11. Больной 59 лет жалуется на постоянные боли в эпигастрии, отдающие в спину, плохой аппетит, слабость, похудение. Боли появились 3 месяца тому назад и вначале мало беспокоили, но постепенно нарастали, в течение последней недели бывает рвота, приносящая облегчение. Больной пониженного питания, бледен. Тургор кожи понижен. Живот втянут, пальпация болезненна в эпигастрии, периферические лимфоузлы не увеличены. Рентгенологически - дефект наполнения в области задней стенки пилорического отдела желудка. При фиброэндоскопии глубокое изъязвление задней стенки желудка с возвышающимися бугристыми краями. Возможное осложнение

- a. Стеноз
- b. Малигнизация
- c. Пенетрация, прорастание в окружающие органы
- d. Прободение

12. Больная 62 лет жалуется на слабость, утомляемость, временами умеренные боли и чувство тяжести в подложечной области, рвоту после еды. Больна около 6 месяцев. Отмечена бледность кожных покровов, болезненность и уплотнение в эпигастральной области, реакция с бензидином резко положительна, гемоглобин 52 г/л, эр. - 2,5. При рентгенологическом исследовании в пилорическом отделе желудка определяется дефект наполнения 3×2 см, смещаемый при пальпации. Какое осложнение развилось у больной?

- a. Язвенное кровотечение
- b. Стеноз
- c. Пенетрация, прорастание в окружающие органы
- d. Прободение

13. Больная 62 лет жалуется на слабость, утомляемость, временами умеренные боли и чувство тяжести в подложечной области, рвоту после еды. Больна около 6 месяцев. Отмечена бледность кожных покровов, болезненность и уплотнение в эпигастральной области, реакция с бензидином резко положительна, гемоглобин 52 г/л, эр. - 2,5. Какой метод исследования необходимо использовать для уточнения диагноза

- a. Лимфографию
- b. Коронарографию
- c. ЭФГДС
- d. Термометрию

14. У больного, страдающего язвенной болезнью, появилась внезапная сильная боль в эпигастрии и нечеткие симптомы перитонита. В течение последующих суток проявление этих симптомов уменьшилось,

состояние больного улучшилось. При такой клинике можно предположить

- a. Предперфоративное состояние
- b. Типичную перфорацию язвы
- c. Прикрытое прободение
- d. Обострение язвенной болезни

15. Женщина 57 лет поступила в больницу по поводу массивного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Год назад перенесла операцию ушивания перфоративной дуоденальной язвы. Кровотечение на удалось остановить и была предпринята срочная операция - гастрэктомия по Бильрот-II с ваготомией. Через 6 недель развилась рецидивирующая водная диарея. Физикальное исследование выявило только болезненность в эпигастрии. Кальций и калий в норме. Укажите более вероятные причины диареи:

- a. Удаление антрума
- b. Ваготомия
- c. Малабсорбция
- d. Гиперпаратирозидизм

16. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, больной много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация, определяется шум плеска. Какой метод исследования для уточнения диагноза показан больному после стабилизации состояния?

- a. ЭКГ
- b. КТ
- c. МРТ
- d. Рентгенологическое исследование органов брюшной полости с пассажем бария

17. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, больной много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация, определяется шум плеска. Какой диагноз может быть поставлен больному?

- a. Перфорация язвы
- b. Малигнизация язвы

с. Пилоростеноз

d. Пенетрация язвы

18. Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. РОЭ 40 мм/час. О каком осложнении язвенной болезни можно думать?

a. Перфорация язвы желудка

b. Малигнизация язвы

с. Пилоростеноз

d. Пенетрация язвы

19. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром на несколько секунд потерял сознание. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?

a. Перфорация язвы

b. Малигнизация язвы

с. Язвенное кровотечение

d. Пенетрация язвы

20. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром на несколько секунд потерял сознание. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Куда Вы направите на лечение больного?

a. Терапевтическое отделение

b. Хирургическое отделение

с. Отделение интенсивной терапии

d. Ортопедия

21. Больной К. в 26 г. обратился за помощью через 2 часа после возникновения "кинжальной боли" в Животе. Раньше ничем не болел. При осмотре бледный, покрытый холодным потом. АД 100/50 мм.рт.ст., пульс 104/мин. Живот втянут, напряжен, в дыхании участия не принимает. положительные Симптомы Спигарного, Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослаблена. Какое исследование следует выполнить в первую очередь для постановки диагноза?

- a. Обзорная рентгенограмма брюшной полости
- b. Рентгенограмма желудка с бария
- c. Фиброгастродуоденоскопия
- d. Компьютерная томография брюшной полости

22. Больной, 30 лет, поступил в хирургическое отделение через 2 часа от момента прободения язвы желудка. Диагноз сомнения не вызывает, однако больной категорически отказывается от операции. Ваша тактика.

- a. Амбулаторное лечение
- b. Насильно оперировать больного
- c. Применить методику Тейлора
- d. Перевести больного в терапевтическое отделение

23. У больного, страдающего язвенной болезнью, появилась внезапная сильная боль в эпигастрии и нечеткие симптомы перитонита. В течение последующих суток проявление этих симптомов уменьшилось, состояние больного улучшилось. Какой метод исследования позволит уточнить диагноз?

- a. Лапароцентез
- b. Ангиография
- c. Доплерография
- d. Реовазография

24. Пациент 48 лет, 16 лет болеет стенозом привратника, жалуется на слабость, массивное рвоту в течение недели, жажду, резкое похудение. Объективно: возбужденный, бледный, АД - 80/60 мм.рт.ст., ЧСС - 110-120/мин. , аритмия, ЦВД - 0, Диурез менее 50 мл / ч, гематокрита - 48%, Na^+ - 125 ммоль/л, K^+ - 2,7 ммоль / л, рН - 7,6. Чем определяется тяжесть состояния Больного?

- a. Кардиогенным шоком
- b. Гиповолемическим шоком
- c. Метаболическим алкалозом
- d. Геморрагическим шоком

25. У Больного 28 лет внезапно 2 часа назад появилась сильная "кинжальная" боль в животе, Какой быстро переместился в правой подвздошной области. Впоследствии появилась общая слабость, жажда, сухость во рту, рвота, задержка опорожнений и отхождения газов. Из анамнеза Известно, что Больной В течение длительного времени жаловался на периодическую Боль в эпигастрии, печени. При осмотре: Больной лежит на правой стороне с поджатыми к Животу ногами, холодный пот покрывает Кожные покровы, пульс 100/мин, Живот напряженный, из-за боли пальпации не доступный. Какое заболевание у больного следует подозревать?

- a. Острый панкреатит
- b. Острый холецистит
- c. Острый аппендицит
- d. Перфорация язвы

26. В пациента 15 течение во время операции отмечен эпизод кровотечения. Кровопотеря оценена в 400 мл (10-12% ОЦК). Восполнена кристаллоидами и коллоидами. Шоковый индекс 0,9. Витальные показатели не нарушены, Диурез достаточный. В Анализах: Нв-130 г/л, Ht - 32%. Необходимали гемотрансфузия в данном случае

- a. Нет
- b. Да. Гемотрансфузия показана При потере 10% ОЦК.
- c. Нет. Гемотрансфузия не должна проводится ни При каких условиях.
- d. Нет. Гемотрансфузия показана При утрате более 25% ОЦК.

27. У Больного Р. 33 лет на язвенную болезнь 12-перстной кишки на фоне выраженного обострения заболевания внезапно возникла "кинжальная" боль в эпигастрии. Объективно определяются симптомы раздражения брюшины, исчезновения печеночной тупости; Рентгенологически - свободный воздух в брюшной полости. Какое осложнение болезни развилось у пациента?

- a. Инфаркт миокарда
- b. Пенетрация язвы
- c. Перфорация язвы
- d. Тромбоз мезентериальных сосудов

28. Больной обратился с жалобами на частые рвет после употребления еды, похудел на 18 кг. Нерегулярно лечился по поводу язвенной болезни. При рентгенологическом исследовании установлено, что желудок увеличенный, нижний его контур находится на уровне линии гребенки. Какое осложнение возникло у больного?

- a. Перфорация язвы.
- b. Стеноз привратника
- c. Кишечная непроходимость
- d. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

29. Больной С., 54 лет доставленный в приемное отделение жалуется на слабость, многократное рвоту"кофейной гущей", черный стул. При осмотре: состояние тяжелое, кожа и слизистые оболочки бледные, пульс 120/мин, АД-90/60 мм. рт.ст. Какой из методов инструментальной диагностики следует использовать немедленно с целью установления правильного диагноза?

- a. Ректороманоскопия
- b. Фиброгастродуоденоскопия

- c. Обзорная Рентгенография органов брюшной полости
- d. Рентгеноскопии желудка

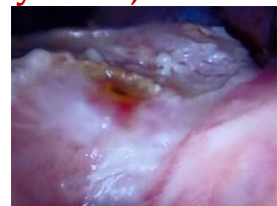
30. В Больного, 28 лет, после психоэмоциональной нагрузки возникли резкие боли в эпигастрии, а потом по всему животу. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот напряжен на всем протяжении, резко болезненный при пальпации. Пальпаторно - печеночная тупость отсутствует, симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Какие обследования необходимо сделать больному в первую очередь?

- a. Обще клинические исследования крови и мочи, обзорную рентгеноскопии органов брюшной полости
- b. Обще клинические исследования крови и мочи.
- c. Диагностический перитонеальный лаваж.
- d. Биохимические обследования и УЗИ органов брюшной полости.

Практические навыки (тестовые вопросы к рисункам)

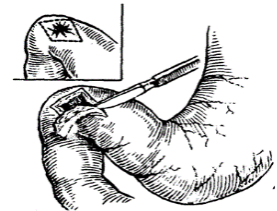
1. Какая патология изображена на данном рисунке?

- A. Малигнизация язвы
- B. Пенетрация язвы
- C. Перфорация язвы
- D. Кровотечение из язвы



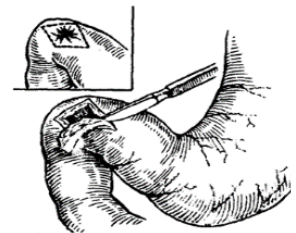
2. Что изображено на рисунке?

- A. Иссечение перфоративной язвы по Джааду
- B. Иссечение язвы по Микуличу
- C. Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу
- D. Пилоротомия по Финнейу



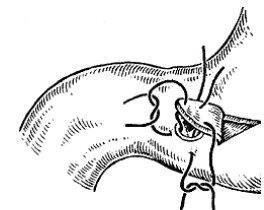
3. При какой патологии производится данная операция?

- A. При больших каллезных язвах
- B. При пенетрации язвы в печень
- C. При перфоративных язвах
- D. При малигнизации язвы



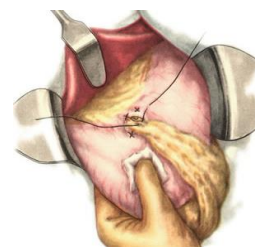
4. Какой метод ушивания перфоративной язвы изображена на рисунке?

- A. По Опшел-Поликарпову
- B. По Абрумянцу
- C. По Серебренникову-Снежкову
- D. По Микуличу



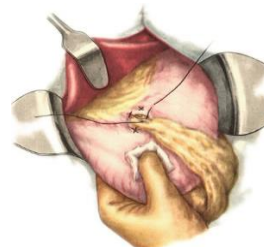
5. Какая методика ушивания перфоративной язвы изображена на рисунке

- A. По Микуличу
- В. По Абрумянцу
- С. По Серебренникову-Снежкову
- D. По Оппел-Поликарпову



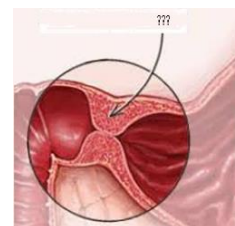
6. Какой орган использован для тампонады перфоративной язвы?

- A. Большой сальник
- В. Малый сальник
- С. Поджелудочная железа
- D Серозно-мышечный лоскут



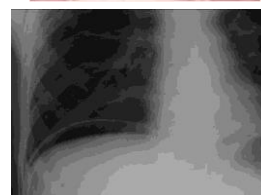
7. Какая патология изображена на данном рисунке?

- A. Пилоростаз
- В. Пилоростеноз
- С. Расширение пилорического канала
- D. Гастроэктазия



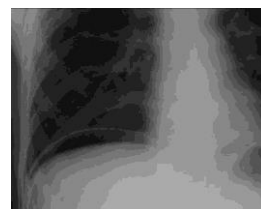
8. Какое патологическое изменение изображена в данной рентгенограмме?

- A. Чаши Клойбера
- В. Свободный газ в брюшной полости
- С. Увеличение желудка
- D. Релаксация диафрагмы



9. Для какого заболевания характерна данная рентгенограмма?

- A. Для перфорации язвы желудка
- В. Для пенетрации язвы в печень
- С. Для поддиафрагмального абсцесса
- D. Экссудативный плеврит



10. Какая рентгенологическая стадия пилоростеноза изображена на рисунке?

- A. Компенсация
- В. Субкомпенсация
- С. Декомпенсация
- D. Без патологии



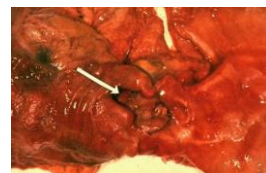
11. Что изображена на этой картинке?

- A. пенетрация язвы на малой кривизне в печень
- В. малый сальник
- С. печеночно-желудочная связка
- D. малигнизация язвы



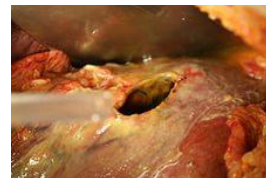
12. Что изображена на этой картинке?

- A. Пенетрация дуоденальной язвы
- B. Большой сальник
- C. Печеночно-желудочная связка
- D. Малигнизация язвы



13. Что изображена на этой картинке?

- A. Перфорация дуоденальной язвы
- B. Большой сальник
- C. Печеночно-желудочная связка
- D. Малигнизация язвы



14. Что изображена на этой картинке?

- A. Пенетрация язвы
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Печеночно-желудочная связка
- D. Малигнизация язвы



15. Что изображена на этой картинке?

- A. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Печеночно-желудочная связка
- D. Малигнизация язвы



16. Что изображена на этой картинке

- A. Ушивание язва
- B. Мобилизация желудка
- C. Формирование гастроэнтероанастомоз
- D. Операция Бильрот I



17. Что изображена на этой картинке

- A. Язвенная болезнь осл. пенетрация язвы
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. малигнизация язвы
- E) язва антрального отдела



18. Что изображена на этой картинке

- A. Малигнизация язвы
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. Операция на желудке



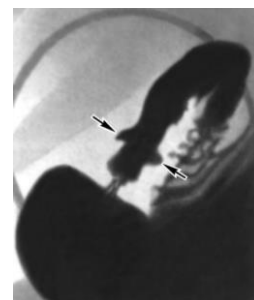
19. Что изображена на этой картинке

- A. Операция на ДПК.
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. малигнизация язвы



20. Что изображена на этой картинке

- A. Рентгенограмма луковицы ДПК : стрелками указаны две ниши, расположенные на луковицы
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. Малигнизация язвы



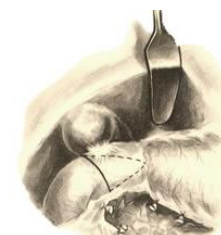
21. Что изображена на этой картинке?

- A. Язва антрального отдела
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. малигнизация язвы



22. Что изображена на этой картинке?

- A. Лоскут при пенетрации язвы в печеночно-двенадцатиперстную связку
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. Малигнизация язвы



23. Что изображена на этой картинке?

- A. Язва желудка
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. Выделение кардиального отдела пищевода малигнизация язвы



24. Что изображена на этой картинке?

- A. Хирургическая манипуляция с помощью фиброгастроскопа
- В. Язва антрального отдела
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. Малигнизация язвы



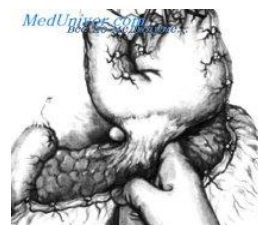
25. Что изображена на этой картинке?

- A. Пенетрация пептической язвы. Опухоли оперированного желудка
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. Малигнизация язвы



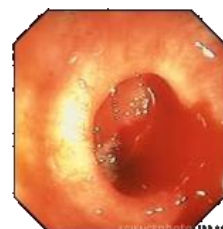
26. Какая патология изображено на данном рисунке?

- A. Пенетрация язвы на поджелудочную железу
- B. Пенетрация язвы на гепатодуоденальную связку
- C. Пенетрация язвы на поперечноободочную кишку
- D. Пенетрация в малый сальник



27. Какой тип кровотечения язвы по Форесту?

- A. F I B
- B. F I A
- C. F II A
- D. F II B



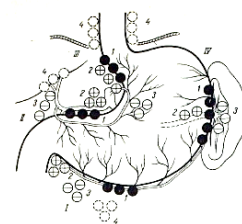
28. Что изображено на рисунке?

- A. Свежий тромб в основе язвы
- B. Видимый участок кровеносного сосуда в язве
- C. Язва без признаков свежего кровотечения
- D. Кровотечение из язвы с медленным выделением крови



29. Какая система желудка представлено на рисунке?

- A. Иннервация желудка
- B. Венозная система
- C. Кровоснабжение желудка
- D. Лимфатическая система



30. Какое осложнение язвы желудка изображено на данном рисунке?

- A. Малигнизация язвы
- B. Кровотечение из язвы
- C. Пенетрация язвы
- D. Острая язва желудка



Ответы

Тестовые вопросы

1	A	6	A	11	A	16	C	21	B	26	A
2	B	7	A	12	A	17	C	22	A	27	A
3	A	8	D	13	C	18	A	23	A	28	C
4	A	9	E	14	B	19	D	24	B	29	A
5	A	10	E	15	A	20	A	25	C	30	D

Ситуационные задачи

1	B	6	A	11	A	16	D	21	A	26	A
2	A	7	B	12	A	17	C	22	C	27	C
3	D	8	D	13	D	18	B	23	A	28	B
4	B	9	B	14	C	19	C	24	B	29	B
5	A	10	B	15	B	20	C	25	D	30	A

Практические навыки

1	D	6	A	11	A	16	C	21	B	26	A
2	A	7	B	12	A	17	A	22	A	27	B
3	C	8	B	13	A	18	D	23	D	28	A
4	A	9	A	14	A	19	A	24	A	29	D
5	D	10	C	15	A	20	A	25	D	30	A

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. // Ташкент. 2005.
2. Кузин М.И. Хирургические болезни. // Москва, Медицина. 2005.
3. Савельев В.С. Хирургические болезни: Учеб.: в 2 томах /Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

Дополнительная литература

4. Афанасьева О.В. Язвенная болезнь:- Москва, АСТ, Астрель-СПб, ВКТ, 2009 г.- 128 с.
5. Вячеслав Чернин Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. руководство для врачей. Медицинское информационное агеннтство, 2010 г. – 528 с.
6. Кобозева Е.И. Язвенная болезнь. Лучшие методы лечения: Е.И. Кобозева – Санкт-Петербург, Вектор, 2008 г.- 128 с.
7. Лавренова Г.В. Язвенная болезнь:- Москва,2007 г.- 175 с.
8. Савельев В.С. с соавт. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 2004.
9. Окорочков А.Н., Базеко Н.П. Язвенная болезнь:- Санкт-Петербург, Медицинская литература, 2005 г.- 256 с.
10. Попова Ю. Язвенная болезнь желудка. Самые эффективные методы лечения: Юлия Попова – Санкт-Петербург, Крылов, 2010 г.- 128 с.
11. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь: Москва, Миклош, 2009 г.- 432 с.
12. surgerylinks.ru
13. surgerylib.ru
14. moodle.sammi.uz
15. medicinform.net/surgery

