

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа на тему

Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Выполнила:

Студентка 4 курса 7 группы
Педиатрического факультета
Михайлова Яна Вячеславовна

Проверил:
Кудренко Ю.В.
"Хор" КС

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение	3
Этиология, патогенез.....	3
Классификация.....	4
Клиническая картина	5
Симптомы, течение.....	8
Осложнения.....	9
Диагностика	13
Хирургическое лечение.....	15
Вывод.....	24
Список литературы.....	25

Введение.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).

Этиология, патогенез.

Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке является лишь следствием расстройств указанных выше функций. Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и др. нередко являются причиной развития язвенной болезни. Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипофизарно-надпочечниковой системы и функции половых гормонов, а также нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина, энтерогастрона, холицистокинина - панкреозимина и др.), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенную роль играют наследственные конституциональные факторы (наследственное предрасположение встречается среди больных язвенной болезнью в 15-40% случаев).

Непосредственное формирование язвы происходит в результате нарушения физиологического равновесия между "агрессивными" (протеолитически активный желудочный сок, заброс желчи) и "защитными" факторами (желудочная и дуоденальная слизь, клеточная регенерация, нормальное состояние местного кровотока, защитное действие некоторых интестинальных гормонов, например секретина, энтерогастрона, а также щелочная реакция слюны и панкреатического сока). В формировании язв в желудке наибольшее значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки, ослабление ее сопротивляемости повреждающему воздействию кислого желудочного сока. В механизме же развития язв в выходном отделе желудка и особенно в двенадцатиперстной кишке, напротив, решающим фактором является усиление агрессивности кислотно-пептического фактора. Образованию язв предшествуют ультраструктурные изменения и нарушения в тканевом обмене слизистой желудка.

Раз возникнув, язва становится патологическим очагом, поддерживающим афферентным путем развитие и углубление болезни в целом и дистрофических изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в частности, способствует хроническому течению болезни, вовлечению в патологический процесс других органов и систем организма. Предрасполагающими факторами являются нарушения режима питания, злоупотребление острой, грубой, раздражающей пищей, постоянно быстрая, поспешная еда, употребление крепких спиртных напитков и их суррогатов, курение.

Сочетанные язвы желудка и 12-перстной кишки - это активная язва желудка и зарубцевавшаяся язва 12-перстной кишки. Характерны упорное течение болезни, длительное сохранение болевого синдрома, рецидивы болезни, осложнения, медленное рубцевание язвы.

Гигантскими называются язвы, при которых рентгенологически определяемый ее диаметр превышает 2,5-3,0 см. Гигантская язва желудка наиболее часто встречается у мужчин на шестом десятилетии жизни. Локализация этой язвы - по малой кривизне желудка, клинически по течению трудно отличима от "обычной" язвы. При локализации гигантской язвы в 12-перстной кишке болезнь имеет особенности, обусловленные пенетрацией язвы в поджелудочную железу.

Классификация.

Тип I. Большинство язв I типа возникает в теле желудка, а именно в области, называемой местом наименьшего сопротивления (*locus minoris resistentiae*) - т.н. переходная зона, расположенная между телом желудка и антральным отделом.

Тип II. Язвы желудка, возникающие вместе с язвой двенадцатиперстной кишки.

Тип III. Язвы пилорического канала. По своему течению и клиническим проявлениям они больше похожи на язвы двенадцатиперстной кишки, чем желудка.

Тип IV. Высокие язвы, локализующиеся около пищеводно-желудочного перехода на малой кривизне желудка. Несмотря на то, что они протекают как язвы I типа, их выделяют в отдельную группу, т.к. они склонны к малигнизации. Их оперативное лечение имеет свои особенности,

Клиническая картина.

Суждение о возможности ЯБ должно основываться на изучении жалоб, анамнестических данных, физикальном обследовании больного, оценке функционального состояния гастродуоденальной системы.

Для типичной клинической картины характерна четкая связь возникновения боли с приемом пищи. Различают ранние, поздние и "голодные" боли. Ранняя боль появляется спустя 1/2-1 ч после еды, постепенно нарастает в интенсивности, длится 1/2-2 ч и стихает по мере эвакуации желудочного содержимого. Поздняя боль возникает через 1/2-2 ч после еды на высоте пищеварения, а "голодная" боль - через значительный промежуток времени (6-7 ч), т. е. натощак, и прекращается после приема пищи. Близка к "голодной" ночная боль. Исчезновение боли после еды, приема антацидов, антихолинергических и спазмолитических препаратов, а также стихание болевого синдрома в течение первой недели адекватного лечения является характерным признаком болезни.

Кроме болевого синдрома, в типичную клиническую картину ЯБ включают различные диспепсические явления. Изжога - частый симптом болезни, встречается у 30-80% больных. Изжога может чередоваться с болью, предшествовать ей в течение ряда лет или быть единственным симптомом болезни. Однако следует учитывать, что изжога весьма часто наблюдается и при других заболеваниях органов пищеварения и служит одним из основных признаков недостаточности кардиальной функции. Тошнота и рвота наблюдаются реже. Рвота обычно возникает на высоте боли, являясь своеобразной кульминацией болевого синдрома, и приносит облегчение. Нередко для устранения болевых ощущений больной сам искусственно вызывает рвоту.

У 50% больных ЯБ наблюдаются запоры. Они усиливаются в периоды обострения болезни и бывают порой настолько упорными, что беспокоят больного даже больше, чем болевые ощущения.

Отличительная особенность ЯБ - цикличность течения. Периоды обострения, которые обычно продолжаются от нескольких дней до 6-8 нед, сменяются фазой ремиссии. Во время ремиссии пациенты нередко чувствуют себя практически здоровыми, даже не соблюдая какой-либо диеты. Обострения болезни, как правило, имеют сезонный характер, для средней полосы это преимущественно весеннее или осеннее время года.

Подобная клиническая картина у лиц с не установленным ранее диагнозом с большей долей вероятности позволяет предполагать ЯБ.

Типичная язвенная симптоматика чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки или пилорическом отделе желудка (пилородуоденальная форма ЯБ). Однако она нередко наблюдается и при язве

малой кривизны тела желудка (медиогастральная форма ЯБ). Все же у больных с медиогастральными язвами болевой синдром отличается меньшей очерченностью, болевые ощущения могут иррадиировать в левую половину грудной клетки, поясничную область, правое и левое подреберье. У части больных медиогастральной формой ЯБ наблюдают снижение аппетита и похудание, что не характерно для пилородуоденальных язв.

Наибольшие клинические особенности имеют место у больных с локализацией язвы в кардиальном или субкардиальном отделе желудка, пилорическом канале и постбульбарной части двенадцатиперстной кишки.

К особенностям язв верхнего отдела желудка относятся слабая выраженность болевого синдрома, атипичная локализация и иррадиация боли. Чаще больные жалуются на ощущение жжения и давления под мечевидным отростком, за грудиной или слева от нее. Боль может иррадиировать в область сердца, левое плечо, под левую лопатку и напоминать приступы стенокардии. В отличие от коронарной эта боль возникает через 20-30 мин после еды и снимается приемом щелочей.

Болевой синдром при язве пилорического канала обычно проявляется в трех вариантах:

- 1) приступообразная, сильная боль продолжительностью 20-40 мин, многократно возобновляющаяся в течение суток;
- 2) постепенно нарастающая и медленно стихающая сильная боль;
- 3) боль умеренной силы, различной продолжительности. Почти у половины больных возникновение боли не связано с приемом пищи, у многих отсутствует сезонность обострений, характерны упорные тошнота и рвота.

Постбульбарная язва в клинических проявлениях имеет много общего с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, однако отличается более упорным течением, значительной частотой и длительностью обострений, тенденцией к стенозированию и кровотечениям. Боль обычно локализуется в правом верхнем квадранте живота, распространяясь под правую лопатку и в спину. Иногда она имеет приступообразный характер и напоминает печеночную или почечную колику. Болевые ощущения исчезают после приема пищи не сразу, как при бульбарной язве, а лишь спустя 15-20 мин.

Своеобразная клиническая симптоматика наблюдается при сочетанных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Для них характерны упорное течение, длительность сохранения болевого синдрома и отсутствие сезонности обострений. В течении сочетанных язв можно выделить 2 периода: период типичной клинической симптоматики, характерной для той или иной локализации язвы, и период изменения симптоматики в связи с возникновением язвы другой локализации. Однако у половины больных

характер первичного болевого синдрома после возникновения язвенного поражения новой локализации существенно не меняется.

Типичные клинические проявления ЯБ могут изменяться в зависимости от пола и возраста больного.

Клиническая картина ЯБ у женщин молодого возраста с нормальной функциональной деятельностью половых желез отличается легкостью течения и маловыраженным болевым синдромом при сохранении типичных черт болезни. Более тяжелое течение ЯБ наблюдается у женщин в климактерическом периоде, а также у женщин молодого возраста с нарушением менструального цикла.

ЯБ в подростковом и юношеском возрасте часто протекает латентно или атипично с преобладанием в клинической картине нейровегетативных сдвигов. Реже ЯБ в этих возрастных группах проявляется выраженной болью. Иногда единственным симптомом болезни служит изжога. Болевые ощущения при этом отличаются упорством и длительно не проходят, несмотря на активное лечение. Однако нередко ЯБ у лиц подросткового и юношеского возраста по клинической картине не отличается от таковой у взрослых.

ЯБ у больных пожилого и старческого возраста наблюдается в трех вариантах:

- 1) длительно протекающая ЯБ, возникшая в молодом и среднем возрасте и сохранившая характерную периодичность течения;
- 2) ЯБ, начавшаяся в пожилом и старческом возрасте ("поздняя" ЯБ);
- 3) "старческая" язва, которую в связи с особенностями ульцерогенеза с большим основанием следует рассматривать как симптоматическую.

Длительно протекающая ЯБ у больных старше 60 лет по клинической картине напоминает таковую у лиц молодого и среднего возраста, но отличается более тяжелым течением. Рецидивы болезни возникают чаще, протекают дольше и в то же время болевой синдром бывает мало выраженным, наблюдают снижение аппетита, похудание. Характерна для этой возрастной группы смена локализации язвы. У больных ЯБ двенадцатиперстной кишки к старости происходит миграция язвы в желудок.

ЯБ, впервые развившаяся у лиц пожилого и старческого возраста, также отличается преобладанием диспепсических явлений. Однако у 1/3 больных "поздняя" ЯБ протекает с типичным болевым синдромом.

Симптомы, течение.

Характерны боль, изжога, нередко рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды на высоте боли. В период обострения боль ежедневная, возникает натощак, после приема пищи временно уменьшается или исчезает и появляется вновь (при язве желудка через 0,5-1 ч, двенадцатиперстной кишки - 1,5-2,5 ч). Нередка ночная боль. Боль купируется антацидами, холинолитиками, тепловыми процедурами на эпигастральную область. Часто язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сопровождается запорами. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса. Копрологическое исследование определяет скрытое кровотечение. При локализации язвы в желудке кислотность желудочного сока нормальна или несколько снижена, при язве двенадцатиперстной кишки - повышена. Наличие стойкой гистаминорезистентной ахлоргидрии исключает язвенную болезнь (возможна раковая, трофическая, туберкулезная и другая природа изъязвления).

При рентгенологическом исследовании в большинстве случаев (60-80%) выявляется ограниченное затекание бариевой взвеси за контур слизистой оболочки - язвенная ниша. В желудке язвы обычно локализуются по малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке - в луковице. Редко встречаются и трудно диагностируются язвы привратника, внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки.

Наиболее достоверным методом диагностики является гастродуоденоскопия, позволяющая обнаружить язву, определить ее характер, взять биопсию (при язвах желудка).

Дифференциальную диагностику проводят с симптоматическими язвами желудка, изъязвленной опухолью (в том числе первично-язвенным раком), туберкулезной, сифилитической язвой; изъязвлениями при коллагенозах, амилоидозе. Особенностью язвенной болезни является характер болей (голодные, после еды через определенный срок, ночные), длительный анамнез заболевания с периодическими обострениями в весенне-осенние периоды, наличие хлористо-водородной кислоты в желудочном соке при исследовании.

Течение обычно длительное с обострениями в весенне-осенний период и под воздействием неблагоприятных факторов (стрессовые ситуации, пищевые погрешности, прием крепких алкогольных напитков и пр.).

Прогноз относительно благоприятный, за исключением тех случаев, когда возникают осложнения. Трудоспособность сохранена, однако не показаны все виды работ, связанные с нерегулярным питанием, большими эмоциональными и физическими перегрузками.

Осложнения.

Кровотечение, перфорация, пенетрация, деформации и стенозы, перерождение язвы в рак, вегетативно-сосудистая дистония, спастическая дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, жировой гепатоз, реактивный панкреатит.

Кровотечение. Его источник - хроническая дуоденальная или медиогастральная язва: острые язвы либо эрозии желудка; сочетание той и другой причин. Клиника - кровавая рвота, черный дегтеобразный стул, коллапс. Рвотные массы типа "кофейной гущи". Слабость, головокружение, иногда эйфория, мелькание "мушек" перед глазами, затуманивание зрения, бледность, холодный липкий пот, тахикардия, гипотония. В первые часы периферическая кровь не меняется. Снижение гематокрита. Ретикулоцитоз. Со 2-х сут - снижение гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, увеличение СОЭ. Для уточнения источника кровотечения используются рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки, фиброгастродуоденоскопия в условиях искусственной гипотермии желудка.

Кровотечение - наиболее частое осложнение ЯБ. Скрытое кровотечение, как правило, сопровождает почти каждый рецидив болезни, но не имеет практического значения и обычно не фиксируется. Явные кровотечения наблюдаются у 10-15% больных ЯБ.

Диагностика кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта должна быть направлена на подтверждение самого факта геморрагии, установление его источника и оценку степени кровопотери.

Желудочно-кишечное кровотечение клинически проявляется кровавой рвотой, дегтеобразным стулом и симптомами острой кровопотери.

Кровавая рвота чаще наблюдается при язве желудка. Желудочное содержимое обычно имеет вид кофейной гущи, что обусловлено превращением гемоглобина крови под воздействием HCl в гематин, имеющий черный цвет. При обильном кровотечении HCl не успевает реагировать с гемоглобином, и рвота в этих случаях бывает алой кровью.

Черная окраска кала наблюдается после потери более 200 мл крови. При обильном кровотечении стул становится жидким и напоминает деготь.

Клинические проявления острой кровопотери зависят от скорости и объема кровотечения. Кровотечение, не превышающее 500 мл, обычно не вызывает ярких симптомов, если нет существенных нарушений компенсаторных возможностей организма. Легкое снижение объема циркулирующей крови (ОЦК) быстро компенсируется путем включения в кровоток депонированной крови. При массивных кровопотерях, когда на протяжении короткого времени, измеряемого минутами или часами, большой

теряет более 1500 мл крови или 25% ОЦК, развивается коллапс, а при дальнейшем увеличении кровопотери гиповолемический шок. При обильной кровопотере весьма часто возникает почечная и печеночная недостаточность. Первым грозным симптомом почечной недостаточности является снижение диуреза до 20 мл/ч.

По тяжести кровотечения разделяют на 4 степени: легкую, средней тяжести, тяжелую и крайне тяжелую. Для определения степени кровопотери в настоящее время принято в основном ориентироваться на ОЦК. При легкой степени кровопотери дефицит ОЦК не превышает 20%, состояние больного остается удовлетворительным. Могут беспокоить слабость, головокружение, определяется умеренная тахикардия, гемоглобин выше 100 г/л, гематокрит более 0,30. При кровопотере средней степени дефицит ОЦК колеблется в пределах 20-30% и появляются отчетливые клинические признаки кровотечения. Состояние больного средней тяжести, отмечается общая слабость, пульс до 100 в минуту, умеренная гипотония, уровень гемоглобина снижается до 70 г/л, гематокрит 0,25-0,30. Кровопотеря тяжелой степени характеризуется дефицитом ОЦК от 30 до 40%. Состояние больного тяжелое, пульс 100-150 в минуту; систолическое АД падает до 60 мм рт. ст., гемоглобин - до 50 г/л, гематокрит менее 0,25. При крайне тяжелой степени кровопотери дефицит ОЦК снижается свыше 40%. Состояние больного крайне тяжелое, сознание часто отсутствует, АД и пульс не определяются, гемоглобин ниже 50 г/л.

Одним из важных достижений современной медицины стало применение эндоскопического исследования для установления источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эндоскопическое исследование позволяет диагностировать источник кровотечения в 92-98% случаев и, что не менее важно, определить, остановилось кровотечение или продолжается.

Прободение. Клинически выделяются три стадии. Стадия шока: нестерпимая "кинжальная" боль в эпигастрии. Больной лежит на спине или на правом боку, поджав ноги, стонет. Кожа бледная, влажная, покрыта холодным липким потом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перкуторно определяется исчезновение печеночной тупости. Брадикардия, гипотония. Лихорадки нет. Продолжительность стадии шока 6-10 ч. В стадии клинической ремиссии интенсивность боли уменьшается, появляется жажда. Исчезает "пепельная" бледность, кожа сухая. Температура тела повышается до малых фебрильных цифр. Тахикардия, гипотония. Язык сух. Живот умеренно вздут, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печеночная тупость перкуторно не определяется. Стадия перитонита развивается обычно к 16-24 ч от начала болезни. Вновь появляются нестерпимые боли в животе. Присоединяются тошнота, икота, рвота. Сохраняется лихорадка. Тахикардия, гипотония. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут. Симптомы

раздражения брюшины резко положительные. Аускультативно перистальтические шумы резко ослаблены или отсутствуют.

Перфорация является тяжелым осложнением ЯБ, требующим неотложного оперативного вмешательства. Это осложнение встречается у мужчин в 10-20 раз чаще, чем у женщин. До 80% всех перфораций приходится на язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Классическими симптомами перфорации являются острая "кинжальная" боль в эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, признаки пневмоперитонеума, а затем - перитонита с быстрым ухудшением состояния больного. В 75-80% случаев при прободной язве рентгенологически удается определить свободный газ в брюшной полости.

При снижении реактивности организма у ослабленных больных и больных старческого возраста заболевание может протекать без выраженного болевого синдрома. Несмотря на прободение в свободную брюшную полость, напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации и симптом Щеткина - Блюмберга в этих случаях бывают слабо выраженными или практически отсутствуют.

Атипичная клиническая картина наблюдается и при прикрытой перфорации язвы. Особенность течения прикрытой перфорации заключается в том, что после возникновения характерных признаков перфорации резчайшая боль и напряжение мышц передней брюшной стенки постепенно уменьшаются. В дальнейшем в зоне прикрытой перфорации формируются обширные спайки и возможно образование абсцессов.

Пенетрация язвы чаще происходит в поджелудочную железу, печень, сальник, печеночно-дуоденальную связку. Клиника: интенсивные боли в животе, лишенные "язвенного ритма", не купирующиеся антацидами; повторная рвота, не снимающая боли и не облегчающая состояния больного. Живот умеренно напряжен в эпигастрии, болезнен при пальпации. При пенетрации в поджелудочную железу выявляются опоясывающие боли, боли в левом подреберье, тошнота, рвота, понос со стеатореей, снижение массы тела, гиперамилаземия, гиперамилазурия. Если язва пенетрирует в свободную брюшную полость, ее дно фиксируется к сальнику или печеночно-дуоденальной связке. Возникает перипроцесс с болями, лихорадкой, иногда пальпируемым инфильтратом.

Под пенетрацией понимается распространение язвы за пределы стенки желудка и двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани и органы. Точных сведений о частоте пенетрации нет, поскольку это осложнение обычно остается нераспознанным.

На возможность пенетрации язвы прежде всего указывает изменившаяся клиническая симптоматика. Клиническая картина пенетрации зависит от глубины проникновения язвы и того, какой орган вовлечен в процесс.

Если язва достигает серозной оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки, но не контактирует с другими органами, отмечается усиление болевого синдрома и его стойкость к проводимому лечению. Болевые ощущения обычно не теряют связи с приемом пищи. При поверхностной пальпации живота нередко определяются местное напряжение мышц передней брюшной стенки и локальная болезненность.

При пенетрации язвы в окружающие ткани и смежные органы боль утрачивает суточный ритм и связь с приемом пищи, не купируется приемом антацидов. Язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка чаще пенетрирует в поджелудочную железу, боль при этом иррадирует в спину, иногда становится опоясывающей. Язва малой кривизны тела желудка обычно пенетрирует в малый сальник, обуславливая распространение болевых ощущений в правое подреберье. Язва субкардиального и кардиального отделов желудка, проникая к диафрагме, приводит к иррадиации боли вверх и влево, нередко имитируя ИБС. При пенетрации язвы в брыжейку тонкой кишки (постбульбарная язва) возникает боль в области пупка.

В области патологического очага обычно определяется выраженная пальпаторная болезненность и удается прощупать воспалительный инфильтрат. Могут также наблюдаться общие признаки воспаления: субфебрильная температура, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Прямых эндоскопических признаков, указывающих на пенетрацию язвы, нет. Предположить возможность этого осложнения можно при обнаружении глубокой язвы с обрывистыми подрытыми краями и выраженным воспалительным валом. Более информативен в этих случаях рентгенологический метод. Характерными признаками пенетрирующей язвы являются дополнительная тень взвеси сульфата бария рядом с силуэтом органа, трехслойность в язвенной "нише" (бариевая взвесь, жидкость, воздух), пальпаторная неподвижность дополнительного образования, наличие перешейка и длительная задержка бария.

Стеноз привратника или 12-перстной кишки. Очень часто пилородуоденальная локализация язвы в фазе обострения сопровождается переходящими нарушениями эвакуации за счет воспалительной инфильтрации и отека пилорического или бульбарного отдела, что ликвидируется адекватной противоязвенной терапией. Поэтому выделяют органический стеноз, обусловленный постязвенными рубцовыми изменениями, и функциональное сужение, возникающее в период обострения ЯБ вследствие спастических сокращений. Эндоскопическое исследование с прицельной биопсией

позволяет уточнить природу стеноза, а рентгенологическое - степень его выраженности.

Органический стеноз (вследствие рубцевания язвы) характеризуется прогрессирующим течением. Период компенсации сопровождается жалобами на тошноту, изжогу, отрыжку съеденной пищей, рвоту, облегчающую состояние больного. Нижняя граница желудка, определяемая методом аускультотеркуссии, располагается ниже пупка. С помощью рентгенологического исследования в желудке натощак определяется большое количество жидкости, перистальтика его усилена, но эвакуация не нарушена. Симптомом субкомпенсированного стеноза является рвота пищей, съеденной накануне; типичны интенсивная эпигастральная боль и чувство распирания, возникающее после приема незначительного количества пищи; прогрессирует потеря массы тела. Возможно визуальное определение усиленной перистальтики желудка и (при толчкообразной пальпации) - шума плеска. Рентгенологически определяется снижение тонуса желудка, обилие жидкости натощак, замедление эвакуации (бариевая взвесь находится в желудке через сутки после ее приема). Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз манифестирует учащением рвоты "тухлой", съеденной 2-3 дня назад пищей, истощением, азотемией, дегидратацией (снижение тургора кожи, олигурия, судороги мышц из-за резкого нарушения электролитного баланса - т.н. желудочная тетания). Рентгенологически определяется растянутый гипотоничный желудок на фоне резкого замедления эвакуации.

Диагностика.

В диагностическом плане больным с заболеваниями желудка должно быть обязательно проведен следующий объем обследования: исследование желудочной секреции рН-метрическим методом, исследование на хеликобактер пилори (дыхательный тест и морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка), эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой желудка, ультрасонография печени, желчного пузыря с функцией его поджелудочной железы, биохимический анализ крови (печеночные пробы), клинический анализ крови, электрокардиография. При наличии сопутствующей патологии необходимо специальное дообследование.

Исследование желудочной секреции (интрагастральная рН-метрия) отражено в соответствующем разделе. Пилородуоденальная локализация язвенного дефекта сопровождается резким снижением рН в теле желудка (0,6-1,5) с нарушением ощелачивания среды в антральном отделе (рН=0,9-2,5). Документация истинной ахлоргидрии (повторная рН-метрия после введения стимулятора секреторной функции слизистой желудка) требует поиска иного заболевания.

При исследовании желудочной секреции обычна норма- или гипохлоргидрия, гиперхлоргидрию отмечают редко. Анализ желудочного сока помогает дифференцировать доброкачественные и злокачественные язвы. Редкость находок доброкачественных язв на фоне ахлоргидрии требует проведения в подобных случаях цитологического исследования биоптатов. Язвы желудка при ахлоргидрии почти всегда злокачественные; тем не менее большинство злокачественных язв желудка обнаруживают при нормоацидных состояниях.

"Золотым стандартом" диагностики ЯБ является эндоскопический метод с последующим цитологическим и гистологическим исследованием материала прицельной биопсии.

В настоящее время общепризнано, что эндоскопический метод является самым надежным в диагностике ЯБ. К преимуществам метода относятся:

- 1) подтверждение заболевания;
- 2) установление доброкачественного или злокачественного характера изъязвления;
- 3) визуальный и морфологический контроль за темпами заживления язвы;
- 4) выявление сопутствующих поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

Клинический анализ крови при неосложненных формах ЯБ малоинформативен и имеет значение, в основном, в контексте наблюдения за больным с язвенным кровотечением.

Рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ позволяет обнаружить язву желудка примерно в 70% случаев. Диагностическую точность повышает метод двойного контрастирования. Язвы желудка, в отличие от язв двенадцатиперстной кишки, могут быть злокачественными. Рентгенологические критерии доброкачественных язв желудка: Кратер язвы (ниша) в виде углубления на контуре стенки желудка или стойкого контрастного пятна. Складки желудка конвергируют к основанию язвы. Основание язвы окружает широкий валик отёчности (линия Хёмптона). Кратер язвы гладкий, округлый или овальный. Стенка желудка в области язвы смещается и нормально растяжима.

Как комплексный вариант существует специальная диагностическая программа: Исследование желудочной секреции с пентагастрином и внутрижелудочная рН-метрия. Рентгенологическое исследование с изучением моторно-эвакуаторной функции желудка. ФЭГДС с биопсией. Электрогастроэнтерография.

Хирургическое лечение.

Все показания к операции делятся на две большие группы- показания абсолютные и относительные.

Абсолютные показания к операции, когда невыполнение таковой непосредственно угрожает жизни больного. Это:

- 1.Перфорация язвы;
- 2.Профузное желудочно-кишечное кровотечение;
- 3.Рубцовый стеноз привратника;
- 4.Малигнизация язвы или веское подозрение на таковое.

Перфорация язвы - грозное осложнение язвенной болезни, требующее немедленной операции, поскольку в данной ситуации промедление смерти подобно. Любой вид перфорации несет в себе угрозу жизни больного поскольку попадание в брюшную полость инфицированного содержимого желудочно-кишечной трубки ведет к развитию прогрессирующего смертельного перитонита.

Профузное желудочное кровотечение также непосредственно угрожает жизни больного. Быстро нарастающая анемия и расстройства обменных процессов как следствие этого требуют немедленного оперативного пособия для ликвидации развивающихся расстройств гомеостаза, непосредственно угрожающих жизни пациента.

Стеноз привратника из-за рубцовых изменений в выходном отделе желудка или в начальной части двенадцатиперстной кишки также непосредственно угрожает жизни больного. Более медленное по сравнению с предыдущими осложнениями развитие процесса- иногда в течение месяцев или даже лет приводит к постепенному, но неуклонному развитию высокой непроходимости желудочно-кишечного тракта со всеми вытекающими от этого последствиями: хроническому обезвоживанию, серьезным расстройствам минерального обмена, из которых главное - гипохлоремия, потери соков и прогрессирующая потеря массы тела, вплоть до полного истощения. Судорожный синдром в виде хлоропривной тетании может симулировать эпилептические припадки, что весьма затрудняет своевременную диагностику заболевания. Все это приводит к гибели больного, если не предпринято хирургическое вмешательство, направленное на коррекцию сложившейся ситуации. Данное осложнение наиболее характерно для язв двенадцатиперстной кишки и язв выходного отдела желудка.

Малигнизация хронической язвы желудка также является абсолютным показанием для операции. Оперативное вмешательство должно быть

предпринято в случаях веского подозрения на злокачественное перерождение язвы. В любой из этих ситуаций непосредственная угроза жизни больного из-за прогрессирования злокачественного процесса не вызывает сомнений. Промедление с операцией может стоить больному жизни, поскольку в ряде случаев рост злокачественной опухоли бывает быстрым и диссеминация в виде отдаленных метастазов может исключить возможность радикально помочь пациенту.

Малигнизация довольно часто осложняет течение хронической язвы желудка, особенно длительно существующей каллезной или пенетрирующей. Клинически этот процесс проявляется в виде изменения характера болей, которые становятся постоянными, появления постоянного микрокровотечения (определяется реакцией Грегерсена), извращением аппетита, нарастающей гипохромной анемией. Появление этих симптомов требует использования специальных методов исследования. Но даже отрицательные результаты специальных методов исследования при наличии веских клинических данных в пользу злокачественного перерождения требуют незамедлительного осуществления операции.

Кроме абсолютных показаний к операции существуют также относительные показания к ней. Промедление с вмешательством в этих случаях не всегда приводит к гибели пациента, что значительно осложняет течение процесса и нередко приводит к развитию дополнительных осложнений, усугубляющих положение больного. Среди относительных показаний различают:

1. Каллезные язвы;
2. Пенетрирующие язвы;
3. Повторные желудочно-кишечные кровотечения, особенно в стационаре;
4. Безрезультатность консервативного лечения на протяжении 2-3 лет.

Каллезные язвы (чаще желудочные) очень трудно поддаются консервативному лечению, поскольку плотные оmozолелые края длительно существующего язвенного дефекта препятствуют эпителизации язвы под влиянием лекарственной терапии, а метаплазия эпителия, развивающаяся при длительном существовании язвы, способствует злокачественному ее перерождению.

Пенетрирующие язвы, когда язвенная ниша проникает в соседние близлежащие органы - печень, поджелудочную железу, печеночно-двенадцатиперстную связку приносит больному значительные страдания в виде стойкого болевого синдрома и расстройств функции тех органов, в которые проникает язва. Заживление таких язв под влиянием консервативного

лечения весьма проблематично, а успешное оперативное вмешательство позволяет разрешить сложившуюся сложную ситуацию.

Повторные кровотечения, особенно повторяющиеся в стационаре, безусловно являются веским показанием к оперативному вмешательству по следующим причинам. Во-первых, каждое повторное кровотечение, даже очень незначительное, может в любое время повториться или превратиться в профузное, которое непосредственно угрожает жизни больного. Во-вторых, повторные кровотечения приводят к развитию постгеморрагической анемии. В условиях ее оперативное вмешательство значительно усложняется из-за риска развития постгеморрагических осложнений. Заслуга в активизации хирургической тактики при повторных кровотечениях принадлежит ученику С.С. Юдина Б.С. Розанову и А.А. Русанову, которые утверждали, что каждое язвенное кровотечение должно подвергнуться хирургической коррекции в первые сутки после проявления.

Безрезультатность консервативного лечения многие хирурги, в том числе и наша клиника относят к показаниям для оперативного лечения. Дело заключается в том, что консервативное лечение, к сожалению, не всегда (особенно при язвах двенадцатиперстной кишки) приводит к излечению больного, а ведет к более или менее длительной ремиссии с последующим рецидивом заболевания. Это особенно часто наблюдается, если больной после курса лечения остается в прежних условиях жизни, работы, питания и т.д. В подобных случаях длительность ремиссии становится кратковременной, а обострения процесса закономерными. Нам, как и другим хирургам, зачастую приходится сталкиваться с пациентами, стаж которых при язвенной болезни исчисляется годами и даже десятками лет. Эти люди постоянные мученики, страдающие от болей, вынужденные ограничивать себя в характере питания, зачастую теряющие работоспособность из-за частых обострений болезни. В то же время рациональная хирургическая терапия может вернуть им здоровье и работоспособность. Поэтому большинство хирургов считает, что безрезультатность консервативного лечения язвы в течение двух-трех лет, особенно если в этот период больной проходил курсы противоязвенного лечения в стационарах, является показанием к оперативному лечению.

В настоящее время хирургические операции при язвенной болезни осуществляются под современным наркозом. Но любое вмешательство при этой патологии может быть осуществлено под местной анестезией и под спинальным обезболиванием. Преимущества наркоза в данной ситуации не только в осуществлении безболезненной операции, но в достижении миорелаксации, значительно облегчающей действия хирурга, а также в возможности во время современного наркоза осуществлять управление жизненно важными функциями организма, что не менее важно у тяжелого больного.

В настоящее время большинство хирургов различают две основные формы язвенной болезни - язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Вероятно это связано с характером и причинными моментами образования данных видов патологии. По мнению Г.К. Жерлова и Г.Е. Соколовича, ведущими моментами ульцерогенеза при язвах желудка является нарушение барьерной функции слизистой оболочки желудка (снижение защитных свойств слизи и регенераторной способности эпителия, нарушения кровотока и обмена веществ), изменения двигательной и эвакуаторной функции желудка и повреждения слизистой вредными веществами (никотин, этиловый спирт, хеликобактериоз и др.).

При язвах двенадцатиперстной кишки в основном ульцерогенез зависит от высокого уровня секреции желудочного сока, уменьшения способности к нейтрализации желудочного сока, снижение резистентности слизистой кишки к хеликобактериям. При этой локализации язвы большую роль в развитии патологического процесса принадлежит стрессовым ситуациям, особенно часто повторяющимся.

Соотношение мужчин и женщин среди больных язвой желудка составляет 3:1, а у больных с язвами двенадцатиперстной кишки 4:1 (С.С. Юдин, 1955, Ю.М. Панцырев, 1973).

Приведенные материалы послужили основой для ряда хирургов настаивать на индивидуальном подборе характера оперативного вмешательства при различных локализациях язвы (М.И. Лыткин, 1998; Ю.М. Панцырев, 1973; А.Ф. Черноусов, 1996). Тем не менее, существуют общепринятые положения, знание которых поможет врачу выбрать наиболее оптимальный способ оперативного пособия при язвенной болезни.

В настоящее время для хирургического лечения язвы существуют следующие оперативные пособия:

1. Ушивание язвы;
2. Прошивание язвы;
3. Резекция желудка;
4. Операции на блуждающих нервах:
 - 4.1. Стволовая ваготомия;
 - 4.2. Селективная ваготомия (СВ);
 - 4.3. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ);
 - 4.4. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка.

Ушивание язвы. Операция, которая производится только при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Впервые такое вмешательство осуществил 7 октября 1880 года Iochan Miculiz. В России ее впервые произвел в 1899 году Г.Ф. Цейдлер.

Обычно ушивание перфоративной язвы достаточно простая операция. После лапаротомии и ревизии находят место перфорации и ушивают его узловыми швами в два этажа. Линию швов можно прикрыть сальником на ножке. После туалета брюшную полость ушивают наглухо или с микроирригатором. В случае перфорации большой каллезной язвы, когда швы прорезываются, то язву следует ушивать по Опелю-Поликарпову: взяв на иглу прядь большого сальника, сделать прокол стенки желудка со стороны перфоративного отверстия. Эту манипуляцию повторяют дважды с обеими концами нити. При завязывании нити сальник в виде пробки закупоривает перфоративное отверстие. Дополнительно накладывают несколько узловых швов, фиксирующих сальник к стенке желудка (рис. рис.). В последние годы с развитием эндохирургии стали осуществлять при перфоративной язве ушивание перфоративного отверстия во время лапароскопии (Сажин).

Летальность после операций ушивания язвы низкая и в основном зависит от сроков осуществления операции. В сроки несколько часов после перфорации она составляет сотые доли процента, а в сроки после суток с момента перфорации достигает 80% и более. По данным Д.Ф. Скрипниченко операции, произведенные в первые 6 часов после перфорации дают летальность 1-2%, а сделанные в сроки после 24 часов сопровождаются летальностью 30%. По сведениям В.С. Савельева в 1972 году летальность по РСФСР составила 5,3%. По сведениям В.Д. Федорова в России в 2000 году смертность после операций по поводу перфоративной язвы составила %.

Преимущества операции ушивания язвы. Оперативное вмешательство чрезвычайно просто технически и может быть осуществлено почти в любых условиях (участковая больница, полевые условия). При своевременной операции в первые часы после перфорации вмешательство почти не дает смертности и спасает жизнь больного.

Недостатком операции является то, что она не устраняет ни одного фактора, ведущего к образованию язвы. Следовательно, как и следовало ожидать, процент рецидивов после ушивания язвы достаточно велик и по данным различных авторов составляет до 67%. Таким образом, ушивание язвы спасает жизнь больного, но не излечивает его от язвенной болезни. В литературе известны случаи повторных (до 5 раз) перфораций язв после ушивания перфораций.

Прошивание язвы - редкая операция, применяющаяся в виде крайнего исключения в случаях, когда при язвенном кровотечении состояние больного настолько тяжелое, что он не в состоянии выдержать какое-либо другое

вмешательство, а другие методы остановки кровотечения (лазерная или бесконтактная коагуляция во время гастроскопии) оказываются неэффективными. Эта операция делается у крайне тяжелых пожилых больных. После лапаротомии осуществляется гастротомия, находят язву, кровоточащий сосуд в дне ее и прошивают сосуд блоковидными швами. После этого в два этажа зашивают рассеченную стенку желудка и брюшную стенку.

Основная операция, применяющаяся в настоящее время для лечения язвенной болезни - резекция желудка. Впервые резекцию желудка при раке осуществил французский хирург Жюль Пеан (Pean) 9 апреля 1879 года. Больная погибла на четвертые сутки после операции. Первую успешную резекцию желудка также при раковом поражении осуществил в Вене Теодор Бильрот (Billroth) 29 января 1881 года. Больная 38 лет после операции поправилась. После операции Бильрот соединил культю желудка с двенадцатиперстной кишкой анастомозом конец-в-конец. 15 января 1885 года он же во время резекции не сумев соединить культю желудка с двенадцатиперстной кишкой зашил последнюю, а желудок соединил анастомозом конец-в-бок с петлей тощей кишки. Первая операция получила название резекция желудка по Бильрот I (французы ее называют резекция по Пеан-Бильрот), а вторая - резекция желудка по Бильрот II. Каждая из этих операций имеет до 30 модификаций, но принцип операции (соединение культи желудка с кишкой) остается таким, как его осуществил Бильрот. Первое вмешательство осуществляется почти по методике Бильрот с той разницей, что культя желудка со стороны малой кривизны ушивается. Вторая модификация чаще осуществляется по модификации Гофмейстер-Финстерер или Гаккер-Савиных, когда часть культи желудка со стороны малой кривизны ушивается, а культя его соединяется по типу анастомоза конец-в-бок с начальным отделом тощей кишки.

При язвенной болезни впервые успешную резекцию желудка осуществил в Вене Ридигер (Riediger) 21 ноября 1881 года, а в России эта же операция при язвенной болезни сделана также в 1881 году Китаевским.

Основные положения, по которым должна осуществляться резекция желудка по поводу язвенной болезни сформулированы С.С. Юдиным еще 50 лет назад и остаются действенными до настоящих дней. В основу этих требований С.С. Юдин положил условия, при соблюдении которых у больного в результате операции должна быть удалена язва и максимально подавлена желудочная секреция. Эти условия следующие:

1. Во время операции необходимо удалить кислотопродуцирующую зону желудка. Это практически $\frac{2}{3}$ желудка. При очень высокой кислотности $\frac{3}{4}$ желудка.

2. Необходимо удалить зоны, продуцирующие гастрин (просекретин Эдкинса), то есть удалить антральный и пилорический отделы желудка и начальный отдел (до 2 см) двенадцатиперстной кишки.

3. По линии резекции необходимо пересечь волокна блуждающего нерва (практически почти от пищевода).

Таким образом оказывается радикальное воздействие на первую (рефлекторную) и вторую (гормональную) фазы желудочной секреции, уменьшается зона продуцирующая желудочный сок и устраняются условия, способствующие образованию язвы в остающихся отделах желудка.

Операция резекции желудка при язвенной болезни в большинстве лечебных учреждений делается при соблюдении этих условий. В нашей клинике резекция желудка, как более физиологичная, осуществляется при язвах желудка и когда это технически возможно при язвах двенадцатиперстной кишки по методике Бильрот I. Во время операции часть культи желудка со стороны малой кривизны ушивают и погружают в просвет органа, а с остающейся частью культи накладывается по общим правилам анастомоз конец-в-конец с культей двенадцатиперстной кишки (рис.). При язвах двенадцатиперстной кишки с большими изменениями начального отдела кишки, при пенетрациях язв двенадцатиперстной кишки осуществляется резекция желудка по методике Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера, которая заключается в том, что после удаления части желудка и пересечения двенадцатиперстной кишки часть культи желудка со стороны малой кривизны ушивается и погружается в просвет желудка в виде киля. Культи двенадцатиперстной кишки ушивается обычным или атипичным способом наглухо. Культи желудка соединяется анастомозом конец-в-бок с начальным отделом тощей кишки. Обычно этот анастомоз проводится позади поперечноободочной кишки через брыжейку ее (рис.).

При трудностях с ушиванием культи двенадцатиперстной кишки используют ряд разработанных методик: метод Юдина когда культи двенадцатиперстной кишки закрывается в виде улитки (рис.) или по методу Кривошеева, когда ушитая культи двенадцатиперстной кишки погружается в кисетный шов в виде «погружного капюшона» (рис.).

Преимущества операции резекции желудка: наступает стойкое и длительное излечение больного. Если операция сделана по строгим показаниям с четким соблюдением названных выше правил, то хорошие и удовлетворительные результаты после этой операции составляют свыше 90% (А.Г. Савиных, С.С. Юдин). Неудовлетворительные результаты достигают всего 5%. Летальность после плановых резекций желудка составляет по данным большинства авторов от 2 до 5 % (С.С. Юдин, В.С. Маят, А.А. Гринберг). В клинике Савиных она была после 1000 операций к 1963 году равна нулю.

Недостаток резекции желудка: операция достаточно сложная и требует скрупулезного выполнения всех деталей вмешательства. Его должен выполнять высококвалифицированный хирург. Для успешного осуществления операции требуются определенные условия – это: наличие достаточно оснащенной операционной, квалифицированного анестезиолога, опытного помощника и достаточного запаса крови. Операцию нельзя производить в условиях перитонита при перфорации язвы и в случаях тяжелой анемии при язвенных кровотечениях.

Если операция осуществляется в плановом порядке, то перед ней следует пробу на демпинг-синдром: больному через зонд вводят в желудок глюкозу, следят за уровнем сахара крови и состоянием больного. При наличии признаков демпинга желателен производиться резекцию по методике Бильрот I, поскольку она более физиологична. При необходимости целесообразно осуществлять операцию по Ру, когда культи желудка после ушивания малой кривизны соединяется с тощей кишкой анастомозом конец-в-бок тощей кишки, мобилизованной по Ру, а культя двенадцатиперстной кишки ушивается наглухо.

В 1947 году Dragstedt опубликовал осуществленную им двухстороннюю поддиафрагмальную ваготомию для лечения осложненной язвы двенадцатиперстной кишки. Целью операции было исключение первой рефлекторной фазы желудочной секреции для заживления дуоденальной язвы с высоким уровнем кислотности. Язва зажила. Основываясь на материалах Дрегстедта и его предшественников, проводивших частичные пересечения блуждающих нервов, с той же целью подобные операции начали осуществлять тысячами при язвах двенадцатиперстной кишки. Оказалось, что после подобных вмешательств у больных несмотря на заживление язвы развивались тяжелейшие осложнения в виде стойких спазмов привратника и различных расстройств со стороны печени, поджелудочной железы и кишечника, поскольку они также иннервируются блуждающими нервами. В связи с этим для ликвидации стойкого спазма привратника Дрегстедт же осуществлял в дополнение к стволовой ваготомии дренирующие желудок операции в виде пилоропластики или гастроэнтеростомии. Эти же операции стали использовать в экстренных случаях как дополнение после ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки (А.И. Краковский, Ю.М. Панцырев и др.). Все же эти вмешательства в настоящее время осуществляются редко. На XXIV Международном конгрессе хирургов в Москве Дрегстедт сообщил, что он является учеником русского ученого И.П.Павлова и основывает свои выводы на основании его работ и 2000 операций на животных по изучению различных вариантов ваготомий. На этом же конгрессе он выступил в пользу предложенной Franksson в 1948 году двухсторонней селективной ваготомии, во время которой пересекаются только ветви блуждающего нерва, идущие к желудку. При этом следует щадить нерв Latarjet, который осуществляет парасимпатическую иннервацию элементов

солнечного сплетения , то есть иннервацию печени и поджелудочной железы (рис.).

Преимущества стволовой ваготомии. Операция технически достаточно проста и почти не дает летальности при высоком терапевтическом эффекте, то есть дуоденальные язвы с высокой кислотностью в большинстве случаев заживают после операции. Недостатки операции, как уже сказано, заключаются в наличии во всех случаях стойкого спазма привратника и значительных расстройств функции печени , поджелудочной железы и моторики кишечника, что делает больных мучениками и постоянными клиентами хирургов, осуществивших эту операцию. Если ваготомия осуществлена неполностью, то язва не заживает и могут развиваться все осложнения заболевания. Всегда эта операция должна быть дополнена дренирующими желудок операциями - пилоропластикой или гастроэнтероанастомозом.

Селективная ваготомия. Преимущества операции - язва заживает в 80-90% случаев. Желудок сохраняется. Смертность после нее значительно ниже, чем после резекции желудка. Недостатки операции: сложность выполнения ее – требуется тщательная препаровка ветвей блуждающего нерва с учетом вариантов их, необходимость также как после стволовой ваготомии производить дренирующую желудок операцию пилоропластики или гастроэнтеростомии. Кроме того, при неполноценной операции, когда остаются непересеченными отдельные ветви блуждающего нерва язва не заживает и остается высоким процент развития пептических язв анастомоза. Частота их по данным разных авторов колеблется от 6 до 19% (А.А. Курыгин, Ю.М. Панцырев, А.А. Гринберг).

Hart a. Holle (1966, 1968) предложили селективную проксимальную ваготомию, во время осуществления которой пересекаются только ветви блуждающего нерва, идущие к кислотопродуцирующей зоне последнего с сохранением ветви Латарже и ветвей блуждающего нерва, идущих к привратнику.

Преимущества селективной проксимальной ваготомии (СПВ): небольшая смертность. Язва заживает. Желудок сохраняется. Не требуется осуществлять дренирующую желудок операцию.

Недостатки операции СПВ: техническая сложность осуществления операции - сложнее резекции желудка (по времени и технике осуществления). Если пересечение веточек вагуса произведено неполноценно из-за технических ошибок или вариантов развития, то язва не заживает, могут развиваться все осложнения заболевания и пептические язвы, осложняющие и без того серьезное состояние больного.

В связи с перечисленными недостатками операций селективной (СВ) и селективной проксимальной (СПВ) ваготомии Holle (1968) и В.С.Савельев

(1980) предложили сочетать операцию СПВ с экономной резекцией желудка. Это предложение В.С. Савельев и Ю.М. Панцырев в своем докладе на XXX Всесоюзном съезде хирургов рекомендовали как операцию выбора при осложненных дуоденальных язвах.

При выполнении этого вмешательства после селективной проксимальной ваготомии осуществляется резекция желудка, но не 2/3 как обычно, а антрумэктомия, когда резецируется антральный отдел желудка с язвой и начальный отдел двенадцатиперстной кишки. Ваготомия исключает первую фазу желудочной секреции, а антрумэктомия вторую фазу ее. В результате достигается подавление желудочной секреции и удаление язвы.

Преимущества операции: соблюдение правил, рекомендованных С.С.Юдиным и оставление больному большей части желудка.

Недостатки операции: сложность осуществления селективной проксимальной ваготомии и длительность вмешательства.

При осуществлении операций на блуждающих нервах следует учитывать следующие моменты: обязательное изучение всех фаз желудочной секреции для выявления преобладания одной из них. При высокой кислотности и язвах двенадцатиперстной кишки ваготомия снижает продукцию соляной кислоты примерно на 55%. В связи с этим легко представить, что операция СПВ эффективна только в случаях, когда базовая секреция ВАО не превышает 10 мэкв/час, а стимулированная 40 мэкв/час. (Ю.М. Панцырев, А.А. Гринберг). Когда ВАО составляет от 10 до 20 мэкв/час, а стимулированная 41-45 мэкв/час, то следует прибегать к СПВ в сочетании с антрумэктомией (экономной резекцией желудка). В случаях, когда ВАО превышает 11 и достигает 15 мэкв/час, а стимулированная достигает 45 мэкв/час, то следует прибегать к типичной резекции желудка (Г.Е. Соколов, Г.К. Жерлов).

Вывод.

Оценивая в целом хирургическое лечение язвенной болезни, следует прийти к заключению, что успешный исход операции зависит от строгого соблюдения показаний к операции и осуществления ее в интересах больного. При перфоративных язвах - это ушивание язвы и резекция желудка в показанных случаях. У крайне тяжелых больных как операция отчаяния при кровотечениях - прошивание язвы. В большинстве случаев типичная резекция желудка, как детально разработанная операция, дающая хорошие результаты в случаях осложненных язв двенадцатиперстной кишки с высоким уровнем первой фазы желудочной секреции селективная проксимальная ваготомия или СПВ в сочетании с антрумэктомией (экономной резекцией желудка). Соблюдение этих правил дает у большинства больных хорошие непосредственные и отдаленные результаты и возвращает людей к труду.

Список литературы

1. Соколович Г.Е., Белобородова Э.И., Жерлов Г.К.-Язвенная болезнь Желудка и двенадцатиперстной кишки. Изд-во СТТ.Томск 2014г.- 382с.
2. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. - Ваготомия при осложненных Дуоденальных язвах. М.Медицина.2013.159 с.
3. Э. Итала – Атлас абдоминальной хирургии. Медицина. Перевод с англ. под редакцией проф. Ю.Б. Мартова в 3-х томах. Том 2.-478с.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 7 группы
Михайловой Я.В.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент

Кухтенко Ю.В.