**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

I. **Вопросы, которые необходимо изучить**

Общая часть.

Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки (их отделы, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

Функция желудка (моторная, секреторная, экскреторная и инкреторная).

Виды желудочной секреции (базальная, нервно-рефлекторная, нервно-химическая, кишечная).

Теории возникновения язвенной болезни (ЯБ): механическая, сосудистая, пептическая, воспалительная или гастритическая, нервно-вегетативная и нейро-трофическая, токсическая, инфекционная, роль Helicobacter pylori, аллергическая, гормональная, авитаминоза "С" и "К", кортико-висцеральная теория Быкова-Курцина.

Частота ЯБ вообще, в зависимости от пола, возраста.

Стадии развития язвы (ишемия расплавление, эрозия, острая язва, хроническая язва).

Преимущественная локализация язв.

Классификация язв (неосложненные и осложненные), виды осложнений.

Болевой синдром и его характер при ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки.

Диспепсические явления и особенность их при ЯБ.

Характерность анамнеза и длительность его при ЯБ.

Предрасполагающие моменты.

Данные объективного исследования.

Картина крови при язвенной болезни.

Исследование кала на скрытую кровь.

Методы исследования желудочной секреции.

Рентгенологическое исследование – прямые и косвенные признаки язвы.

Фиброгастродуоденоскопия, биопсия.

Дифференциальная диагностика язвы желудка и двенадцатиперстной кишки со сход ными заболеваниями.

Показания к операции – абсолютные, условно-абсолютные, относительные.

Виды оперативных вмешательств при ЯБ: а) гастроэнтеростомия (передняя, задняя, впереди- и позадиободочная, на длинной и короткой петле), б) резекция (по типу Бильрот – I, Бильрот – II, по Сержанину, резекция выключения), в) ваготомия (над- и поддиафрагмальная, трункулярная и селективная, в сочетании с дренирующими операциями – пилоропластикой, экономной резекцией, гастроэнтеростомией).

Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при операциях на желудке.

Виды оперативных доступов.

Виды обезболивания.

Послеоперационные осложнения (ранние и поздние).

Осложнения язвенной болезни

I. Перфорация язвы.

Понятие о перфорации язвы.

Частота, возраст, пол.

Характер язв и их локализация.

Предшествующие и способствующие перфорации моменты.

Характер болевого синдрома.

Общие симптомы.

Местные симптомы со стороны живота (форма живота, защитное напряжение мышц, перитонеальные симптомы, печеночная тупость, притупление во флангах, кремастер- симптом, отсутствие перистальтики).

Данные рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости, лапароскопия и лапароцентез.

Причины атипичного течения (перфорация язв задней стенки, прикрытая перфорация, на фоне кровотечения, алкогольного или наркотического опьянения).

Три периода течения перфоративных язв.

Летальность в зависимости от сроков операции, пола, возраста.

Осложнения при прободении язвы.

Дифференциальный диагноз.

Обоснование необходимости срочной операции и предоперационная подготовка.

Выбор вида операции – показания к резекции и ушиванию прободного отверстия.

Особенности операции при перфорации (санация, дренирование, показания к планируемой лапаросанации).

Непосредственная летальность после резекции и ушивания, отдаленные результаты при них.

Понятие о методе Тейлора, показания к его применению.

II. Пенетрация язвы.

Понятие о пенетрации и патологоанатомические особенности пенетрирующих язв.

Особенности клинического течения.

Рентгенологические особенности пенетрирующих язв.

Обоснование условно-абсолютных показаний к операции.

Характер и особенности оперативного вмешательства при пенетрирующих язвах, трудности ушивания культи двенадцатиперстной кишки.

III. Кровотечение.

Частота и летальность, возраст больных.

Патологоанатомические особенности кровоточащих язв.

Клинические признаки (признаки явного кровотечения, синдром острой кровопотери, язвенный анамнез).

Дополнительные исследования (картина крови, гематокрит, удельный вес, ОЦК, ЦВД, кал на кровь, ректальное исследование, рентгеноскопия и фиброгастроскопия).

Классификация по степени тяжести кровотечения.

Дифференциальная диагностика с неязвенными гастро-дуоденальными кровотечениями (при раке желудка, варикозном расширении вен, эрозивном гастрите, синдроме Мэллори-Вейсса, болезнях крови и пр.).

Обоснование условно-абсолютных показаний к операции, оптимальные сроки и виды оперативного вмешательства (резекция желудка, прошивание сосуда в дне язвы, в сочетании с резекцией выключения при низких дуоденальных язвах).

Консервативное лечение (комплекс мероприятий).

Возможности эндоскопического лечения кровоточащих язв, использования гелевых сорбентов.

Непосредственные и отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения при кровоточащих язвах.

Сочетание кровотечения с перфорацией. Частота, особенности течения, тактика.

IV. Стеноз привратника.

Определение понятия, степени стенозирования, нарушения метаболизма при стенозе.

Патологоанатомическая картина.

Особенности клинического течения при разных степенях стеноза.

Рентгенологическая картина при компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном стенозе (обязательное исследование через 12 и 24 часа после дачи бария).

Дифференциальная диагностика (спазм привратника, рак желудка).

Обоснование абсолютных показаний к операции при стенозе привратника.

Возможные виды оперативных вмешательств (типичная резекция, резекция выключения, гастроэнтероанастомоз).

V. Перерождение в рак (малигнизация)

Локализация и характер язв, опасных в отношении возможности малигнизации, значение пола и возраста.

Клинические признаки малигнизации.

Рентгенологические признаки перерождения язв.

Значение повторных исследований желудочного сока и кала на скрытную кровь.

Роль повторных фиброгастроскопий с биопсией, аспирационной биопсии для выявления начинающегося перерождения.

Обоснование абсолютных показаний к операции при подозрении на малигнизацию язвы.

Особенности предоперационной подготовки к операции при перерожденных язвах.

Особенности операции, показания к экспресс-биопсии.

**II. Литература**

Боброва Н.В. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и две надцатиперстной кишки по материалам клиники.- Актовая речь. Воронеж, 1977.

Бова С. М. Профузные язвенные кровотечения.- Москва, 1967.

Братусь Б. Д. Острые желудочные кровотечения.- Киев, 1972.

Войленко В. Н., Меделян А. И., Омельченко В. М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости.- Москва, 1965.

Литтманн И. Брюшная хирургия.- Будапешт, 1970.

Лекции по курсу факультетской хирургии.

Чередников Е.Ф. с соавт. Интенсивная терапия при гастродуоденальных кровотечениях // Методические рекомендации.- Воронеж, 1999.

Любых Е.Н. с соавт. Эндоскопическое лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Методические рекомендации.- Воронеж, 1999.

Маят В. С., Панцырев Ю. М. и др. Резекция желудка и гастрэктомия.- Москва, 1975.

Многотомное руководство по хирургии.- Москва, 1960. т. VII, с. 232-317.

Неймарк П. П. Диагностика и лечение острых заболеваний органов брюшной полости.- Барнаул, 1963.

Петерсон Б. Я. (ред.) Справочник по онкологии.- Москва, 1974.

В. С. Савельев (ред.). Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.- Москва, 1976.

Шалимов А. А. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки.- Киев, 1972.

Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии.-

**III. Особенности обследования больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки**

Опрос

Боли: а) их локализация (в эпигастральной области, справа, посредине, слева); б) характер; в) время появления и связь с приемом пищи (ранние, поздние, "голодные", ночные); г) в связи с физическим или психическим перенапряжением; д) иррадиация болей (в спину, правую или левую половину грудной клетки).

Диспепсические расстройства: а) чувство горечи во рту, запах изо, рта; б) изжога, ее связь со временем принятия и характером пищи; в) отрыжка (воздухом, пищей, кислым, горьким, тухлым); г) наличие тошноты, рвоты (одно- или многократная, время появления, облегчает ли рвота состояние больного, вызывает ли он ее сам), характер рвотных масс (свежепринятой или давно съеденной пищей, с тухлым или кислым запахом), количество рвотных масс; д) примесь крови в рвотных массах (в виде прожилок алая кровь, темная жидкая или в виде сгустков, цвета "кофей ной гущи"); е) аппетит, его изменения с началом, заболевания – повышен, снижен, отвращение к отдельным (каким?) видам пищи; ж) стул, его регулярность, поносы, запоры, характер каловых масс, наличие в них крови (дегтеобразный кал или в виде прожилок свежей крови).

Течение заболевания: а) давность заболевания, причина его появления, по мнению больного (нерегулярность питания, качественная и количественная характеристика пищи, частый прием алкоголя, нервно-психические перенапряжения, отравления и т. п.), частота и длительность обострений, цикличность течения заболевания (весенние и осенние обострения), изменения в проявлениях заболевания (возможность присоединения осложнений – см. стеноз, пенетрация, перерождение в рак); б) предшествующие обследования и их результаты (исследование кислотности желудочного содержимого, рентгенологическое исследование, гастроскопия); в) проводившееся ранее лечение (амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное, оперативное (указать вид операций) и их эффективность; г) бытовые условия, характер питания, курение, прием алкоголя; д) перенесенные ранее заболевания, наследственная предрасположенность к заболеванию.

Объективное исследование

1. Общие данные: общее состояние больного, тип телосложения (нормостеник, астеник, пикник); степень питания, цвет кожных покровов, тургор тканей; состояние языка, зубов; нервно-психический статус.

2. Исследование органов брюшной полости:

осмотр: форма живота, пигментация в эпигастральной области, наличие рубцов и их характер, степень участия в дыхании брюшной стенки, видимая перистальтика желудка;

пальпация: наличие зон болезненности, напряжения мышц и их локализация, пальпация большой кривизны желудка, печени, сигмовидной и слепой кишки; проверить симптомы сходных заболеваний.

Дополнительные исследования.

Общий анализ крови, гематокрит.

Белковый состав и электролиты крови.

Кислотность желудочного содержимого (фракционное исследование, РН-метрия).

Нагрузка глюкозой и максимальный гистаминовый тест.

Данные рентгенологического исследования. Наличие прямых и косвенных признаков язвы. При наличии язвенной ниши – ее локализация, размеры, смещаемость желудка, характер эвакуации при стенозе..

Данные фиброгастроскопии и биопсии.

Исследование на наличие Helicobacter pylori.

ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки.

Дифференциальный диагноз

С гастритом, опухолями желудка, заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы, хроническим аппендицитом, колитом, нарушением мезентериального кровообращения, абдоминальными болями при инфаркте миокарда.

Клинический диагноз

В нем должны быть отражены:

а) характер процесса (острый, хронический – острая язва или язвенная болезнь?),

б) локализация язвы (желудок, привратник, малая кривизна, кардия, двенадцатиперстная кишка), в) наличие осложнений – пенетрация, рубцово-язвенный стеноз (степень его выраженности), кровотечение, каллезная язва, злокачественное перерождение.

Лечение

1) Обоснование вида лечения – консервативного или оперативного и характера операции. 2) Предоперационная подготовка. 3) Вид обезболивания. 4) Протокол операции. 5) Ведение послеоперационного периода: а) аспирация желудочного содержимого, б) медикаменты, в) профилактика легочных осложнений, г) борьба с послеоперационным парезом кишечника, д) диета.

Послеоперационное лечение

Время снятия швов, характер заживления раны. Имевшие место осложнения. Время выписки, рекомендации при выписке, сроки нетрудоспособности. Рекомендуемые курорты.

IV. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ.

Опрос

а) локализация боли, точное время и характер начала, интенсивность (внезапно появившаяся, острая, "кинжальная" боль – симптом Делафуа, постоянная); б) рвота, ее частота и время появления, характер рвотных масс; в) наличие язвенного анамнеза (боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи, изжога, отрыжка, приносящая облегчение рвота, сезонность течения, язва установленная эндоскопически или рентгенологически, перенесенные по поводу язвы операции); г) предшествующие и способствующие моменты (обильная еда, употребление алкоголя, физическое, психическое перенапряжение, обострение болей).

Объективное исследование

1. Общие данные: а) общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое); б) тип телосложения, рост, степень упитанности; в) состояние кожных покровов (бледные, покрытые холодным потом); г) состояние языка (влажный, сухой, "как щетка"); д) положение (вынужденное – лежа на боку или спине с приведенными к животу ногами); е) характер пульса (редкий в первые часы, затем частый, слабого наполнения); ж) артериальное давление.

2. Исследование органов брюшной полости:

осмотр: втянутый ("ладьевидный"), вздутый, степень участия в дыхании;

пальпация: степень напряжения брюшной стенки ("доскообразный живот"), на каком протяжении; симптомы раздражения брюшины (симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя), их локализация (чаще по всему животу), степень выраженности, кремастер-симптом;

перкуссия: отсутствие печеночной тупости (у 55-60% больных), притупление в боковых отделах живота (чаще справа);

аускультация: резкое ослабление или полное исчезновение перистальтических шумов.

Дополнительные исследования:

а) общий анализ крови (выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево);

б) рентгенологическое исследование – наличие свободного газа в виде серповидного просветления между печенью и куполом диафрагмы справа (определяется у 75-80% больных), пневмогастрография, рентгеноскопия желудка с контрастированием; в) фиброгастроскопия; и) лапароцентез, лапароскопия (при сомнениях в диагнозе).

Дифференциальный диагноз

Проводится со следующими заболеваниями: острый гастрит, обострение язвенной болезни желудка, острый холецистит, острый аппендицит, заворот желудка, тромбоз сосудов брыжейки, расслаивающая аневризма аорты, почечная колика, табетический криз, инфаркт миокарда, базальная пневмония.

Клинический диагноз

Перфоративная язва с указанием ее локализации, распространенности и характера перитонита.

Лечение

Срочная госпитализация в хирургическое отделение и неотложное оперативное вмешательство (жизненные показания).

Предоперационная подготовка: а) борьба с шоком (введение обезболивающих, сердечных, переливание растворов электролитов, крови и ее заменителей) начинается на операционном столе и продолжается во время операции; б) опорожнение желудка зондом,

Вид обезболивания.

Протокол операции и показания к тому или другому виду операции (ушивание, иссечение язвы, резекция желудка). Особенности операции – тщательная санация брюшной полости, дренирование.

Показания к планируемой лапаросанации.

Ведение послеоперационного периода и послеоперационное течение (см. предшествующую тему "Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки").

V. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Опрос

Примесь крови в рвотных массах (прожилки крови, рвота в виде "кофейной гущи", сгустки, темная или алая кровь).

Когда началась, сколько раз повторялась рвота, количество выделившейся крови.

Наличие мелены (черного цвета неоформленного, "дегтеобразного", "мазутоподобногой" кала), когда появилась, сколько раз и в каком количестве наблюдалась. (Примесь неизмененной крови в каловых массах – прожилки и капли свежей крови характерны для кровотечения из толстого кишечника).

Самочувствие больного (головокружение, слабость, обмороки, повышенная потливость, учащенное сердцебиение).

Наличие "язвенного анамнеза" (см. схему "Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки") и желудочно-кишечных кровотечений в прошлом.

Перенесенные заболевания печени, кишечника, болезни крови – (повышенная кровоточивость, кровоподтеки), заболевания легких, злоупотребление алкоголем, лечение стероидными гормонами и другими медикаментами, могущими вызвать изъязвления.

Объективное исследование

1. Общее состояние больного (степень тяжести): а) цвет кожных покровов, слизистых (бледность восковая, с желтушным оттенком, цианоз, наличие кровоподтеков, кровоизлияний); б) частота и полнота пульса, высота артериального давления.

2. Исследование органов брюшной полости:

осмотр: наличие пигментации кожи, расширенных подкожных вен брюшной стенки ("голова медузы"), "лягушачий живот".

пальпация: наличие опухоли в эпигастрии, увеличенной печени, селезенки;

перкуссия: притупление в отлогих местах (при асците), границы печени по Курлову.

3. Осмотр рвотных масс (при необходимости зондирование желудка), каловых масс, исследование пальцем прямой кишки (на наличие дегтеобразного кала, геморроидальных узлов, опухоли).

Дополнительные исследования

1) Общий анализ крови (наличие анемии, степень выраженности ее, изменение формулы при лейкозах). Подсчет эритроцитов и гемоглобина производится повторно. 2) Гематокрит, удельный вес, ОЦК, ЦВД – для определения степени кровопотери. 3) Геморрагический синдром (повышенная кровоточивость, уменьшение числа тромбоцитов при болезнях крови). 4) Исследование рвотных масс и кала на кровь (бензидиновая проба). 5) Фиброгастродуоденоскопия. 6) Рентгеноскопия пищевода, желудка и грудной клетки (при необходимости). 7) Функциональные пробы печени, АСАТ, АЛАТ (для выявления цирроза). См. заболевания желчного пузырей и желч-ных путей.

Дифференциальный диагноз.

Проводится с гастродуоденальным кровотечением при раке желудка, варикозном расширении вен желудка и пищевода, эрозивном гастрите, стероидных, медикаментозных язвах желудка, синдроме Меллори-Вейсса, болезнях крови (лейкоз, болезнь Верльгофа, гемофилия), а также с легочными кровотечениями при туберкулезе, абсцессах, бронхоэктазах и т. п.).

Клинический диагноз.

Должны быть указаны: острая или хроническая язва (язвенная болезнь), ее локализация, степень кровотечения, динамика кровотечения (продолжающееся, стабильно или нестабильно остановившееся кровотечение), риск рецидива.

Лечение

Срочное применение лечебно-диагностических мероприятий – фиброгастродуоденоскопии, эндоскопических средств остановки кровотечения.

Срочное применение комплекса гемостатических и патогенетических средств (перечислить).

Решение вопроса о показаниях к операции, сроках и характере ее. Далее смотри схему лечения больных при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**VI. Контрольные вопросы**

Какова частота язвенной болезни у населения по статистическим данным?

Какие больные подлежат хирургическому лечению при язвенной болезни желудка и ДПК?

Что относится к условно-абсолютным показаниям к операции?

Какие осложнения относятся к абсолютным показаниям к операции?

Что относится к относительныи показаниям к операции?

Перечислите операции, применяющиеся при язвенной болезни и ее осложнениях.

Каков характер болей при перфорации язвы.

Каков рентгенологический признак перфорации язвы?

Какова излюбленная локализация прободных язв?

Перечислите ранние симптомы прободения язв.

Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны при перфорации язвы?

Какие виды оперативных вмешательств применяются при прободении язвы?

Что определяет выбор способа операции при прободной язве?

В какой орган чаще всего пенетрируют язвы?

Как меняется характер болей при пенетрации язвы?

Язвы какой локализации чаще осложняются пенетрацией?

С каким другим осложнением чаще всего сочетается пенетрация?

Каковы рентгенологические признаки пенетрации язвы?

Какой вид операции предпочтителен при пенетрирующей язве?

К какому виду показаний к операции относится пенетрация язвы?

Результатом чего является стенозирование при язвенной болезни?

Какие жалобы и симптомы характерны для стеноза в стадии декомпенсации?

Какие жалобы и симптомы характерны для стеноза в стадии субкомпенсации?

Какие рентгенологические формы желудка встречаютчя при стенозе привратника?

К какому виду показаний к операции относится стеноз?

Как изменяется характер болей при малигнизации?

Какие язвы и какой локализации чаще перерождаются?

Какие исследования показаны для подтверждения факта малигнизации?

Что является противопоказанием к операции при язве желудка с малигнизацией?

Какого характера язвы чаще перерождаются?

Какие изменения кислотности желудочного сока возможны при перерождении язвы?

К какой категории показаний к операции относится малигнизация язвы?