

	<p align="center"> <b>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</b>  <b>Образовательная программа</b>  <b>специальность</b>  <b>31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)</b>  <b>Кафедра госпитальной хирургии</b> </p>	<p align="center"> <b>УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Госпитальная хирургия, детская хирургия» МОДУЛЬ «Госпитальная хирургия»</b> </p>
---	---	---

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию  
для студентов V курса лечебного факультета

**Тема: Болезни оперированного желудка.**

“Утверждаю”  
Зав. кафедрой, профессор

  
 \_\_\_\_\_ син

“\_02\_” \_\_\_\_\_ июля \_\_\_\_\_ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № \_13\_

**Волгоград, 2018 год.**

## ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин создать целостное представление об этиологии и патогенезе, клинической картине, методах исследования и основных направлениях как консервативной терапии, так и оперативного лечения.

## ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

1. научиться правильно собрать жалобы, анамнез настоящего заболевания;
2. овладеть принципами обследования больного с данной патологией;
3. научиться строить, формулировать, обосновывать клинический диагноз и проводить дифференциальный диагноз;
4. овладеть знаниями основных принципов консервативной терапии, хирургическими методами лечения данного заболевания;
5. детально ознакомиться и научиться оценивать результаты специальных методик исследования;
6. научиться проводить беседу с больным и его близким окружением;
7. ознакомиться с принципами профилактики данной патологии и элементами санитарно-просветительской и организационно-тактической работы.

## I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Язвенная болезнь желудка и двенадциперстной кишки является распространенным во всем мире заболеванием (6-10% взрослого населения). Стабильно количество осложнений данного заболевания. Количество оперативных вмешательств по поводу осложненного течения язвенной болезни из года в год значительно не меняется.

В связи с этим число постгастрорезекционных расстройств составляет 10-40% (Кузин М.И., 1987; Панцирев Ю.М., 1987; Власов А.В., 1989).

Частота постгастрорезекционных расстройств после резекции желудка (по Вахрушеву, Иванову, 1998 г.):

- Операция Бильрот-1: анастомозит – 44%, гастрит культи желудка – 27%, демпинг-синдром – 28%, пептическая язва анастомоза-11,8%, дуадено-гастральный синдром –9,1%.
- Операция Бильрот-2: анастомозит-55%, гастрит культи желудка-32%, демпинг-синдром-37%, пептическая язва анастомоза-15%, дуадено-гастральный синдром-14%.

Показания к оперативному вмешательству при постгастрорезекционных заболеваниях:

1. Демпинг-синдром тяжелой степени;
2. Непрерывно-рецидивирующая пептическая язва анастомоза;
3. Тяжелая степень синдрома приводящей петли.

### • Пептическая язва анастомоза (0,5-13,5%).

Описал впервые Н. Braun (1899), Н. Haberer (1929).

*Причины сохранения кислотности:* экономная резекция (менее 2/3) без ваготомии с сохранением кислотопродуцирующей зоны; оставление части антральной слизистой оболочки на культе 12-ти перстной кишки при резекции

по Бильрот-2; гипертонус блуждающих нервов и неполная ваготомия, если она выполнялась в сочетании с экономной резекцией желудка; эндокринные заболевания – первичный гиперпаратиреозидизм, синдром Золлингера-Эллисона, синдром Вермера (поражение паращитовидных желез, поджелудочной железы, гипофиза, надпочечников), синдром Сиппла (медуллярная карцинома щитовидной железы, медуллярная феохромоцитома и гиперпаратиреозидизм), синдром Шимке (то же, что и синдром Сиппла плюс выступающая челюсть, толстые губы, марфаноподобный вид, множественные невриномы на слизистых оболочках, плоскостопие) и др. Чаще встречаются первые два.

Они являются техническими погрешностями операции. Распространенная ошибка – экономная резекция желудка без ваготомии.

*Патогенез:* агрессия за счет повышения продукции соляной кислоты (С.С.Юдин, 1962). Большая культя желудка, коническая ее форма, широкий гастро-энтероанастомоз, слабая перистальтика культы желудка. Технические ошибки – длинная петля тощей кишки. Нарушение нейроэндокринной регуляции. Повышение кислотности в межпищеварительный период за счет оставшейся части антрального отдела со слизистой оболочкой, повышение тонууса блуждающего нерва, гиперпродукция гастрин.

*Клиника:* появление у больных признаков язвенной болезни, только боли становятся более интенсивными, приступы мучительными и не связанными с приемом пищи. Характерно также появление болей после употребления подкисленной пищи.

*Диагностика:* 1. ФГДС – язва обнаруживается в зоне наложенных анастомозов или в отводящем колене кишки, ближе к брыжеечному краю.

2. Ретроградная дуоденоскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов.

3. Определение гастрин в крови (нагрузочные тесты – пищевой, секретинный, с кальцием).

1. Тест медикаментозной ваготомии.

2. Радионуклидное исследование с технецием-99-пертехнетатом (накопление радиофармпрепарата в функционирующей слизистой оболочке желудка – применяется при оставлении антрума).

3. Рентгенологическая диагностика – большой атоничный желудок с грубыми складками или признаки гиперсекреции в маленькой культе; большая атоничная двенадцатиперстная кишка; усиленная перистальтика, быстрый пассаж по тонкой кишке, отек слизистой оболочки; необычная локализация язвы с признаками пенетрации.

4. РН – метрия.

*Лечение.* Оперативные методы лечения различны – резекция по обоим способам Бильрота в различных модификациях; ваготомия стволовая (трансторакальная, поддиафрагмальная), селективная желудочная; различные способы ваготомии в сочетании с резекцией.

*Самой простой операцией является трансторакальная ваготомия.* Удаление самой язвы принципиально не обязательно, но вопрос этот в каждом конкретном случае решается индивидуально. При большой пенетрирующей язве, резко деформирующей и стенозирующей зону анастомоза, лучше выполнить резекцию (но мобилизация желудка очень сложна)

При большой желудочной культе необходима резекция культы. При пептической язве после резекции по Бильрот-2 выполняют резекцию по Бильрот-1 в сочетании с СПВ.

При синдроме Золлингера-Эллисона показана гастрэктомия. Также предлагают два типа хирургического лечения данного синдрома: лечение блокаторами желудочной секреции, затем резекция желудка в сочетании с ваготомией, затем очень длительное, иногда пожизненное, лечение Н-2-блокаторами; лечение блокаторами секреции, затем СПВ, включение Н-2-блокаторов в лечение вновь. Лечение завершают консервативной терапией.

- **Демпинг-синдром /выдавливание, выбрасывание – dumping/ (0,33-30-80%)** – это совокупность клинических, рентгенологических и лабораторных признаков, появляющихся после резекции желудка вследствие быстрого поступления желудочного содержимого из культи желудка в тонкую кишку (Б.В.Петровский, 1982 г.). Чаще встречается после резекции по Бильрот-2. У женщин синдром развивается примерно в 69% случаев, у мужчин – в 50,6%.
- **Существует до 20 теорий этого синдрома, что лишний раз говорит о невыясненности данного направления.**

Панцирев Ю.М., 1973 г. – снижение функции поджелудочной железы и печени; потеря желудочной резервуарной функции.

Abbott, 1960 г. – уменьшение емкости желудочного резервуара; быстрое поступление в тонкую кишку пищи, приводящее к выбросу серотонина; быстрое всасывание углеводов.

Постолов П.М. – утрата запирающей функции привратника.

Ясно одно – стремительный пассаж химуса по тонкой кишке с неадекватными осмотическими и рефлекторными влияниями провоцирует нарушения гуморальной регуляции за счет изменения внутрисекреторной функции поджелудочной железы (инсулин, глюкагон), активацию симпатико-адреналовой системы. Своеобразным фоном для проявления синдрома у больных являются нарушения функционального состояния системы гипофиз-корковое вещество надпочечников-нервно-психические нарушения.

*Проявления демпинг-синдрома:*

*Вазомоторные (системные):*

- Слабость.
- Усталость.
- Головокружение.
- Головная боль.
- Чувство жара.
- Шум в ушах.
- Потливость.
- Сердцебиение.
- Одышка.
- Обморочное состояние.

*Гастроинтестинальные:*

- Чувство переполнения желудка.
- Эпигастральный дискомфорт.
- Тошнота.
- Рвота.
- Вздутие живота.
- Диарея.

### Разливают 3 типа демпинг-синдрома:

- Тип симпатико-адреналовый криз: бледность, возбуждение, тремор, озноб, сухость во рту, головная боль, тахикардия, повышение АД, вздутие живота.
- Ваготонический тип: гиперемия, повышенная саливация, потоотделение, брадикардия, падение АД, урчание, схваткообразные боли в животе, диарея.
- Смешанный тип.

По данным Самсонова М.А., 1984 г. демпинг-синдром чаще возникает в первые 6 месяцев после операции и прогрессирует в течении 6-12 месяцев. Затем приступы, как правило, урежаются. В 30% случаев демпинг-синдром может прогрессировать, в 26% - не изменяет своего течения.

### Провокационные пробы:

- Введение в культю желудка 150 мл. 50% глюкозы.
- Проба Фишера – интраеюнальное или интрадуоденальное введение раствора глюкозы.
- Введение в желудок сернокислого бария с концентрированным раствором глюкозы.

**Лечение:** представляет серьезные трудности. Больные с легкой и средней степенью заболевания лечат *консервативно. Это:*

- Частые приемы пищи небольшими порциями. Пища богата белками и жирами, бедна углеводами. Рекомендуют избегать прием жидкости во время еды. Из легко усвояемых углеводов можно употреблять сорбит.
- Блокаторы центральных дофаминовых рецепторов – метоклопрамид (церукал, реглан, примеран, примперил) по 5-10 мг 2-3 раза в день, сульпирид (эглонил, догматил) – в/м по 2 мл 2-3 раза в день или по 10 мг 3-4 раза в день до еды, цизаприд, мотилиум.
- Седативные препараты.
- Спазмолитические препараты.
- H-2 блокаторы желудочной секреции.
- При диарее – имодиум (лоперамид) 4 мг/сут, белая глина, препараты висмута.
- Заместительная терапия – хлористоводородная кислота с пепсином, желудочный сок, панкреатин, креон, фестал, панзинорм.
- Пентагастрин и сандостатин 0,025% по 1 мл за 15-30 минут до приема пищи; 50-100 мкг/сут).
- Нормализация углеводного обмена – инсулин по 5-10 ЕД в/м за 10-15 минут до еды или букарбан или другие производные сульфонилмочевины.
- Витаминотерапия, анаболики.

*Оперативное лечение* – повторные вмешательства при тяжелом демпинг-синдроме направлены на увеличение емкости желудочного резервуара, замедление эвакуации из культы желудка и включение в пассаж пищи 12-ти перстной кишки.

- Гастроэюнодуоденопластика. Вставка сегмента тощей кишки между культей желудка и 12-ти перстной кишкой. Она служит дополнительным резервуаром и обеспечивает порционность поступления пищи в дуоденум. Осложняется часто пептической язвой тонкокишечной вставки.
- Операция Хенли-Хенденстедту (1952) - вставка между желудочной культей и 12-ти перстной кишкой тощекишечного сегмента длиной 10-20 см в

изоперистальтическом направлении. Оба анастомоза “конец-вконец”. Хенденстедт в 1954 году предложил проводить еще и стволовую ваготомию. При язвах желудка ваготомию не проводят.

- Операция Морони (1951) – толстокишечная пластика (вставка антиперистальтически участка толстой кишки).
- Изоперистальтическая реконструктивная гастроеюнодуоденопластика по Супо-Букэлю (1954) после резекции желудка по Бильрот-2. Приводящая кишка пересекается непосредственно выше анастомоза, а отводящая – на 10-15 см ниже его. Этот отрезок отводящей петли, проведенный через окно брыжейки поперечной кишки в верхний этаж брюшной полости, служит изоперистальтической вставкой. Операция дополняется стволовой ваготомией для профилактики образования пептической язвы.
- Операция по Поту (1957) – для увеличения резервуарной способности тонкокишечной вставки сшивают между собой продольно два сегмента тощей кишки, один из которых располагается в изо-, а другой – в антиперистальтическом направлениях.
- Операция Кнох (1965) – операция Пота + ваготомия.
- Реверсия коротких сегментов (длиной 10-20 см) тонкой кишки (Singleton et Rose, 1954-1959).
- Резекция по Бильрот-1 – оптимальное вмешательство.

- **Гипогликемический синдром (10-50) /поздний демпинг-синдром/** - это состояние, связанное с изменением сахара в крови у больных после операций на желудке и 12-ти перстной кишке. Характерным для синдрома является устранение симптомов после приема углеводов (зачастую больные носят с собой повсюду сладкое).

**Патогенез** связан с ускоренным опорожнением содержимого культи желудка в тонкую кишку (выброс углеводов). Параллельно в крови увеличивается уровень глюкозы. Гипергликемия способствует высвобождению инсулина и снижению уровня глюкозы в плазме. Избыточная секреция инсулина или повышенная чувствительность организма к нему и провоцирует приступ.

**Клиническая картина** напоминает демпинг-синдром: редко бывает потеря сознания, может быть непроизвольное мочеиспускание, дефекация, спастические боли в животе, чувство пульсации в эпигастральной области, шум в голове. Характерны бледность кожных покровов, ее влажность, снижение мышечной силы. В отличие от демпинг-синдрома клиника нехарактерна и непостоянна.

**Лечение.** При легкой и среднетяжелой степени синдрома показано консервативное лечение – диетотерапия (стол № 1) в течении 3-4 месяцев. Пища должна быть протертой, щадящей. Принимать ее следует 5-6 раз в день с интервалами не более 2-3 часа. Исключают сахар, варенье, мед, молоко, сметану, жидкости и жидкие блюда. После приема пищи следует лечь на левый бок. Показан прием танина (антидиарейное средство). Можно использовать стимуляторы – сырые овощи, черный хлеб, фрукты, урюк, чернослив, кисломолочные блюда, витамины.

1-3 раза в год показано амбулаторное и стационарное лечение и обследование.

- **Синдром приводящей петли (дуоденобилиарный синдром, синдром желчной регургитации)** – специфическое осложнение резекции желудка по Бильрот-2. Осложнение проявляется различными нарушениями

опорожнения двенадцатиперстной кишки и рвотой желчью. Синдром может иметь функциональную и механическую природу. При функциональном синдроме внимание придают дуоденостазу, иногда не диагностированному во время операции или до нее. Механический синдром обусловлен спайками, изгибами и перекрутами кишки, внутренними грыжами и стенозом области гастроеюноанастомоза (при пептической язве последнего).

**Клиника характерна** – постоянная, усиливающаяся боль в правом подреберье и в эпигастральной области, тошнота, рвота, нарастающая интоксикация. Развиваются признаки острого панкреатита, желтухи из-за гипертензии в 12-ти перстной кишке. Реальна угроза развития несостоятельности культи 12-ти перстной кишки.

**Диагностика** строится в основном на клинике. Отсутствие затекания сульфата бария в приводящую петлю не исключает синдром, а наоборот, подтверждает его. Наличие желчной рвоты бывает при короткой приводящей петле с перегибом в области шпоры над анастомозом. Показано ФГДС – определение деформации, стеноз в области гастроеюноанастомоза, расширение приводящей петли с застоем в ней большого количества содержимого.

**Лечение** синдрома обычно оперативное. Во время релапаротомии устраняют механические препятствия для эвакуации содержимого из приводящей петли. Для улучшения эвакуации накладывают межкишечный анастомоз (Брауна). При невыраженном расширении приводящей петли и сохранении ее тонуса оптимальной операцией является реконструкция в Бильрот-1. В других случаях накладывают анастомоз Брауна или проводят резекцию по Ру (в последнее время данная операция очень распространена). Консервативная терапия заключается в придании больному возвышенного положения; приема минеральной воды, дуоденального промывания приводящей петли через зонд.

## II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.
2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

## III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.

3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

#### IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

#### V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Расскажите о причинах возникновения постгастрэктомиального синдрома.
2. Приведите распространенные классификации болезней оперированного желудка.
3. После каких оперативных вмешательств возникают постгастрэктомиальные синдромы чаще?
4. Демпинг-синдром. Диагностика и принципы лечения.
5. Объясните патогенез возникновения гипогликемического синдрома?
6. Сформулируйте причины возникновения пептической язвы анастомоза?
7. Перечислите основные операции при пептической язве анастомоза. В чем их преимущества и недостатки?
8. Что такое синдром Золлингера-Эллисона?
9. Укажите методы диагностики синдрома приводящей петли?
10. Объясните основные направления профилактики заболеваний оперированного желудка?

#### VI. УЧЕБНО-НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:

- таблицы;
- набор Ro- грамм по разбираемой теме;
- патолого-анатомические препараты;
- схемы операций;
- макеты, муляжи;
- слайды, видеофильмы, хирургические инструменты.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

##### **Основная литература.**

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.

3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

#### **Дополнительная литература.**

1. Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. Оперированный желудок. – М.: Медицина, 1974.
2. Баршаденко Д.Д. Этиология и патогенез постгастрэктомиальных пептических язв тощей кишки. //Хирургия. – 1988. - № 5. – С. 96-101.
3. Вахрушев Я.М., Иванов Л.А. Постгастрэктомиальные синдромы. – Ижевск: “Экспертиза”, 1998. – 140 с.
4. Вилявин Г.Ю., Бердов Б.А. Болезни оперированного желудка. – М.: Медицина, 1975. – 296 с.
5. Витебский Я.Д., Суетин Г.Н. Оперативное лечение пептической язвы анастомоза после резекции желудка. //Хирургия. – 1987. - № 5. – С. 26-31.
6. Гаджиев А.С. Патогенез демпинг-синдрома. //Хирургия. – 1990. - № 3. – С. 66-70.
7. Ермолов А.С. Послеоперационный рефлюкс-эзофагит. //Вестник хирургии. – 1994. - № 5-6. – С. 7.
8. Кузнецов В.А. Демпинг-синдром. //Хирургия. – 1993. - № 5. – С. 14-15.
9. Кузнецов В.А., Федоров И.В. Демпинг-синдром как терапевтическая и хирургическая проблема. //Хирургия. – 1993. - № 5. – С. 78-81.
10. Самсонов М.А., Лоранская Т.И., Нестерова А.П. Постгастрэктомиальные синдромы (патогенез, клиника, лечение). – М.: Медицина, 1984. – 192 с..
11. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.
12. Чистова М.А., Чистов Л.В. Хирургическое лечение постгастрэктомиальных синдромов. //Хирургия. – 1994. - № 5. – С. 29-32.