**Паспортная часть.**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 19 мая 1959г.

**Место жительства:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Место работы:** лесоповал.

**Национальность:** русский.

**Диагноз при поступлении:** Язва желудка.

**Клинический диагноз:**

**основное заболевание:** ulcus ventriculi callosum;

**осложнения основного заболевания:** gastrorrhagia, penetration ad pancreate, gastritis atrophycus dystalis, pancreatitis;

**сопутствующие заболевания:** opisthorchosis chronica, cholecystitis incalculosa secundaria chronica; bronchitis chronica.

**Операция, обезболивание:** Пилоросохраняющая корпоральная резекция желудка по Бильрот I под внутривенным наркозом с применением ИВЛ.

**Осложнения операции:**

**Исход заболевания:** выздоровление.

**Анамнез.**

**Жалобы при поступлении.**

На боль в эпигастрии, левом подреберье, ноющую, опоясывающую, постоянную, средней интенсивности, иррадиирующую в правое плечо, под правую лопатку.

На слабость, утомляемость.

На момент осмотра больной жалоб не предъявляет.

**Дополнительные жалобы.**

Периодический утренний кашель с небольшим количеством вязкой серой мокроты.

**Анамнез развития заболевания.**

Больным себя считает с 1998 года, когда впервые появились боли в эпигастрии и правом подреберье. Они носили ноющий характер. Связь болей с приёмом пищи, физическими или эмоциональными нагрузками, простудными заболеваниями, а также сезонность их возникновения пациент отрицает. К врачу он по этому поводу не обращался из-за сильной занятости на работе.

Летом 2004 года пациент обратился к невропатологу по поводу болей в правом плече и области правой лопатки (постоянная, ноющая). Был поставлен диагноз остеоартроза и назначено лечение (алоэ, витамины группы В). Заодно больной пожаловался и на боли в эпигастрии. От рекомендованной ему госпитализации отказался в связи с большой занятостью.

30 сентября боль в эпигастрии усилилась, стала носить опоясывающий характер, появились боли в левом подреберье, иррадиация в правое плечо, под правую лопатку. Больной вынужден был обратиться к врачу, и был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ОКБ с диагнозом описторхоза, панкреатита. В ходе обследования была выявлена язва желудка, в связи с чем, 11 октября больного перевели в отделение общей хирургии.

**Анамнез жизни.**

Родился 19 мая 1959 года в селе \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*Томской области. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. В детстве перенёс ветрянку, ломал себе плечо, ключицу. В школу пошёл с 7 лет, закончил 10 классов. После школы окончил лесопромышленный техникум. В 1979 году пошёл в армию. Отслужил 2 года в ВДВ. После армии устроился работать в лесхоз, где и работает до настоящего времени.

Около десяти лет назад (когда именно – больной не помнит), появились жалобы на сильные боли в позвоночнике (до потери сознания). От предложенного лечения (новокаиновой блокады) отказался. Долгое время носил согревающий пояс. Последние 6 лет боли в пояснице пациента не беспокоят.

За время своей трудовой деятельности получил множество травм (переломы лодыжки, обеих голеней, руки, ребер). Последний раз травмировался в январе 2004 года, когда сломал себе 4 ребра справа. Переломы всегда заживали хорошо, без осложнений.

Со слов больного, он много лет страдает хроническим описторхозом. Когда именно ему был поставлен такой диагноз, больной не помнит, никакого лечения по этому поводу он не получал.

**Семейный анамнез.**

Мать жива. Перенесла инсульт. Отец умер в 83 года от инфаркта. Женат, имеет двоих детей, внуков. Сахарный диабет, туберкулёз, заболевания ЖКТ, аллергические реакции, психические заболевания у родственников пациент отрицает.

**Профессиональный анамнез.**

Начал трудовую деятельность с 20 лет. Всю жизнь проработал в лесном хозяйстве. Последнее время работает на лесоповале. Со слов больного, работа связана с большими физическими нагрузками, постоянным нарушением режима труда и отдыха, питания (1 раз в день), повышенной травматичностью.

**Семейно-бытовой анамнез.**

Проживает в собственном доме в селе\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*. На материально-бытовые проблемы не жалуется. Пока живёт дома, соблюдает режим дня и питания. Когда выезжает на вахту – питание крайне нерегулярное, качественно неполноценное.

**Эпидемиологический анамнез.**

Гепатит, малярию, туберкулёз отрицает. С инфекционными больными контакта не имел.

**Вредные привычки.**

Курит с 12 лет примерно по пачке в день. Частое употребление алкоголя отрицает.

**Аллергологический анамнез.**

Аллергические реакции на пищу, бытовые аллергены и лекарственные средства отрицает.

**Объективное обследование.**

**Рост:** 176 см.

**Вес:** 65 кг.

**Тип телосложения:** астенический.

**Температура тела:** 36,5

**Артериальное давление:** 120/60

**Пульс:** 80.

**Частота дыхательных движений:** 20.

**Выражение лица:** без особенностей.

**Состояние:** удовлетворительное.

**Сознание:** ясное.

**Положение:** активное.

**Кожные покровы:** сухие, тёплые, чистые, нормальной окраски, тургор снижен, отёков, цианоза нет.

**Видимые слизистые:** Конъюнктива бледно-розовая, влажная, чистая. Сосуды склер слегка расширены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая.

**Ногти, волосы:** Волосяной покров соответствует полу, равномерный, симметричный. Ногти чистые, нормального цвета, без трещин и «часовых стёкол».

**Подкожная жировая клетчатка:** мало развита.

**Мышцы:** развиты удовлетворительно, симметрично, безболезненны, тонус сохранён.

**Кости:** без деформации, периоститов.

**Суставы:** не увеличены, симметричны, движения в полном объёме, при движении безболезненны.

**Лимфоузлы:** Пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева диаметром 1 см, справа – 0,5 см, подмышечные – с обеих сторон 0,5 см безболезненные, легко смещаемы. Затылочные, над- и подключичные, паховые лимфоузлы не пальпируются.

**Позвоночник:** Без искривлений, движения в полном объёме, безболезненны.

**Шея:** Без видимого искривления, щитовидная железа не увеличена, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие.

**Органы дыхания.**

**Грудная клетка:** Грудная клетка конусовидная. Ключицы симметричны. Над- и подключичные ямки хорошо выражены. Ход рёбер косой. Межрёберные промежутки не расширены. Эпигастральный угол острый. Эластичность грудной клетки сохранена. Движение обеих половин при дыхании симметрично. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Голосовое дрожание проводится симметрично во всех точках.

**Сравнительная перкуссия лёгких:** перкуторный звук лёгочный, в симметричных участках – одинаковый.

**Аускультация лёгких:** над периферическими отделами лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система.**

**Осмотр и пальпация:** видимой пульсации в области сердца нет.

**Верхушечный толчок:** пальпируется на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии.

**Ширина сосудистого пучка:** 6 см.

**Аускультация сердца:** тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

**Сосуды:** Без видимой пульсации. Определяется пульс на сонных, височных, лучевых, бедренных, задних большеберцовых и тыльных артериях стопы.

**Пульс:** симметричный на обеих руках, 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластична.

**Органы пищеварения.**

**Ротовая полость:** Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

**Живот:** Живот правильной формы, мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. Подкожный жировой слой развит слабо.

**Желудок:** не пальпируется.

**Поджелудочная железа:** не пальпируется.

**Печень:** Нижний край печени на 3 см выходит из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии, ровный, при пальпации болезненный. Границы по Курлову 10×6×5.

**Желчный пузырь:** не пальпируется.

**Кишечник:** Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется.

**Селезёнка:** Селезенка не пальпируется. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксиллярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

**Мочевыделительная система:** В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пальпация надлобковой области безболезненна.

**Неврологический статус.**

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей.

**Status localis morbi.**

Жалобы на боли в эпигастральной области и правом подреберье, опоясывающие, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, в правое плечо, под правую лопатку.

При осмотре живот симметричный, без внешних проявлений патологического процесса (гиперемии, видимой перистальтики и др.). Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Признаков асцита нет.

При глубокой пальпации в эпигастральной области отмечается напряжение мышц брюшного пресса, хотя какие-либо неприятные ощущения больной отрицает. Симптом Менделя отрицательный. При пальпации в правом подреберье отмечается болезненность. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи. Симптомы Мюсси и Мейо-Робсона – отрицательны. Пальпация в зонах Шоффара, Губергрица, параумбиликальной, надлобковой областях безболезненна. Болезненность в точках Боаса и Опенховского отсутствует. Перитонеальные симптомы отрицательны.

**Лабораторные данные.**

***Общий анализ крови*** (05.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Тромбоциты, 109/л  Нейтрофилы п/я, %  Нейтрофилы с/я, %  Эозинофилы, %  Базофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 134  4,2  14,5  26  324  11  59  3  0  21  6 | 115 – 164  3,7 – 5,1  4,78 – 7,68  1 – 15  180 - 320  1 – 6  47 – 72  0,5 – 5  0 – 1  19 – 45  3 – 11 |

***Заключение:*** *Нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ – признаки воспалительного процесса.*

***Общий анализ мочи*** (01.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | жёлтый  прозрачная  1010  отрицательный  единичные эритроциты и клетки плоского эпителия в полях зрения, кристаллы фосфатов | |

***Заключение:*** *Понижение удельного веса мочи. Следует провести повторный анализ после ограничения количества выпитой жидкости. Наличие кристаллов фосфатов говорит о риске развития мочекаменной болезни.*

***Биохимический анализ крови*** (1.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Билирубин (общий/прямой), мкмоль/л  Общий белок, г/л  Глюкоза, ммоль/л  α-амилаза сыворотки, мг×сек/л  АСТ, мкат/л  АЛТ, мкат/л  Щелочная фосфатаза, мкмоль/л | 8,6/отр.  62  4,5  4,9  28  18  155 | 8,55 – 20,05/не более 25% от общего  65 – 85  3,5 – 5,5  3 – 9  35 мкат/л  35 мкат/л  139 - 360 |

***Заключение:*** *Понижение общего белка в крови может быть признаком нарушения питания, пищеварения, хронического кровотечения, а также нефроза, цирроза, энтеропатии и др.*

***Показатели свёртываемости крови*** (01.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  ПТВ, с  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 94  16  3,7  + | 80 – 105  15 – 17  2,5 – 3,5  отр. |

***Заключение:*** *Увеличение общего фибриногена является признаком острого воспалительного процесса в организме или нефротического синдрома.*

***Общий анализ крови*** (12.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы п/я, %  Нейтрофилы с/я, %  Эозинофилы, %  Базофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 160  4,9  6,8  15  1  61  4  0  28  6 | 115 – 164  3,7 – 5,1  4,78 – 7,68  1 – 15  1 – 6  47 – 72  0,5 – 5  0 – 1  19 – 45  3 – 11 |

***Общий анализ мочи*** (12.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | светло-жёлтый  прозрачная  1014  отрицательный  единичные эритроциты и клетки плоского эпителия в полях зрения | |

***Биохимический анализ крови*** (12.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Билирубин (общий/прямой), мкмоль/л  Общий белок, г/л  Глюкоза, ммоль/л  α-амилаза сыворотки, мг×сек/л  Калий, ммоль/л  Натрий, ммоль/л | 8,3/отр.  75  4,8  4,9  4,2  139 | 8,55 – 20,05/не более 25% от общего  65 – 85  3,5 – 5,5  3 – 9  3,7 – 5,2  134 – 150 |

***Показатели свёртываемости крови*** (12.10.04)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  ПТВ, с  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 94  16  5,1  отр. | 80 – 105  15 – 17  2,5 – 3,5  отр. |

***Заключение:*** *За время пребывания больного в стационаре удалось нормализовать картину крови (снизить лейкоцитоз, замедлить СОЭ), повысить уровень белка и гемоглобина.***Инструментальные исследования.**

***УЗИ***.

Печень - 122×65 мм. Контур ровный, край острый. Эхогенность умеренно повышена. Структура однородна. Желчные протоки не расширены. Сосудистый рисунок не деформирован. ВВ׃11.

Желчный пузырь - 62×22 мм, стенки толщиной 2 мм, плотные. В полости – хлопья желчи. Холедох = 3.

Поджелудочная железа 22×13×21 мм, контуры ровные, эхогенность повышена, структура однородна.

Почки: правая 118×52, толщина коркового слоя – 20 мм, левая 116×45, толщина коркового слоя – 18 мм. Контуры ровные, подвижность сохранена, границы сосудов нечёткие. В левой почке – гиперэхогенные включения в умеренном количестве.

*Заключение:* умеренные деформирующие изменения печени, почек. Признаки хронического холецистита.

***Гастродуоденоскопия*** (30.09.04).

Пищевод и кардия без особенностей. Желудок обычной формы, содержит слизь. Слизистая в своде и верхней трети розовая. В средней трети по большой кривизне в задней стенке глубокая (до 1,5 – 2,0 см) язва 1,5×2,0×4,0 с подрытыми краями. Края плотные, мягкие, выбухают в виде вала высотой до 0,5 см. Слизистая гиперемирована. Дно язвы покрыто серовато-белым налётом с чёрно-коричневыми налётами (диаметр – 0,1-0,3 см). В нижней трети тела, антруме слизистая истончена, розовая, без дефектов.

Угол без особенностей, привратник проходим. Луковица ДПК и подкова не деформированы, слизистая не изменена.

*Заключение:* Дистальный атрофический гастрит, язва средней трети тела желудка с признаками пенетрации и состоявшегося кровотечения из мелких сосудов в дне язвы. Вероятна малигнизация в краях язвы.

*Цитологическое исследование биоптата:* 1) картина выраженного хронического воспаления с некрозами, очаговым грубым склерозом, в срезах обнаружен Helicobacter pylory. Данных за малигнизацию нет (спирт). 2) слизистая желудка с очаговой кишечной железистой метаплазией (формалин).

***Рентгенологическое исследование желудка*** (05.10.04).

Лёгкие без очаговых инфильтративных изменений.

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим для бариевой взвеси, контуры ровные, стенки эластичные, функция кардии сохранена. Газовый пузырь желудка обычной величины и формы. Рентгенологических признаков его деформации и смещения не выявлено. В желудке натощак содержится жидкость. В ходе исследования в проекции средней трети тела желудка на рельефе выявлено депо бариевой взвеси овальной формы (2×2,5 см), треугольной формы в виде ниши, высотой до 3,5 см. На рентгенограмме в вертикальном положении в проекции депо бария над контрастом визуализируется просветление, обусловленное наличием воздуха. Отмечается спазм средней трети тела желудка, конвергенция складок слизистой оболочки к зоне депо бариевой взвеси.

Пассивная и активная смещаемость стенок желудка сохранена. Перистальтика ритмичная, волны перистальтики неглубокие, прослеживаются по обеим кривизнам до привратника и ДПК. Луковица и подкова ДПК без особенностей.

*Заключение:* Гигантская язва средней трети тела желудка с локализацией на задней стенке и рентгенологическими признаками пенетрации.

***ЭКГ***

Ритм синусовый, ЧСС 76 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Синдром ранней поляризации желудочков.

**Клинический диагноз.**

**Основное заболевание:** ulcus ventriculi callosum penetrans, gastrorrhagia;

**осложнения основного заболевания:** gastritis atrophycus dystalis, pancreatitis;

**сопутствующие заболевания:** opisthorchosis chronica, cholecystitis incalculosa secundaria chronica; bronchitis chronica.;

**Обоснование диагноза.**

Диагноз основного заболевания поставлен на основании

- жалоб больного на боли в эпигастрии, слабость, утомляемость;

- данных анамнеза: нарушение режима питания, качественно неполноценная диета, курение в течение 33 лет как способствующие факторы;

- данных объективного обследования: напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации в эпигастрии, болезненность при пальпации в правом подреберье;

- данных гастродуоденоскопии: в средней трети по большой кривизне в задней стенке глубокая (до 1,5 – 2,0 см) язва 1,5×2,0×4,0 с подрытыми краями, края плотные, мягкие, выбухают в виде вала высотой до 0,5 см, слизистая гиперемирована, дно язвы покрыто серовато-белым налётом с чёрно-коричневыми вкраплениями (диаметр – 0,1-0,3 см) – гигантская каллёзная язва с признаками кровотечения и, возможно, малигнизации;

- данных микроскопического исследования биоптата: картина выраженного хронического воспаления с некрозами, очаговым грубым склерозом, в срезах обнаружен Helicobacter pylory, данных за малигнизацию нет, слизистая желудка с очаговой кишечной железистой метаплазией;

- данных рентгенологического исследования: в проекции средней трети тела желудка на рельефе выявлено депо бариевой взвеси овальной формы (2×2,5 см), треугольной формы в виде ниши, высотой до 3,5 см, на рентгенограмме в вертикальном положении в проекции депо бария над контрастом визуализируется просветление, обусловленное наличием воздуха, отмечается спазм средней трети тела желудка, конвергенция складок слизистой оболочки к зоне депо бариевой взвеси.

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференцировать язвенную болезнь желудка следует с обострением хронического гастрита, раком желудка, обострением хронического холецистита, холангита, гепатитом, панкреатитом, и др.

Болевой синдром у данного больного сходен с таковым при гастрите (отсутствие периодичности, сезонности). Данные анамнеза и объективного обследования также не являются специфичными. Гастрит как основное заболевание исключается на основании ФЭГДС и рентгенологического исследования, при которых была выявлена гигантская язва.

В пользу рака желудка говорят характер боли (нет сезонности, периодичности), данные ФЭГДС (приподнятые края язвы – сходство с язвенной формой рака). Однако при язве обычно выражена кахексия, интоксикация, больные находятся в более тяжёлом состоянии. Исключить рак желудка помогает гистологическое исследование – отсутствие атипичных клеток.

В пользу гепатита говорят характер болевого синдрома (боли в правом подреберье), увеличение и болезненность печени. Однако в анамнезе нет факторов, способствующих развитию гепатита (контакт с вирусоносителями, алкоголизм, интоксикации), лабораторные данные не выявляют нарушений функции печени (повышения активности АЛТ и АСТ, ЩФ, содержания билирубина, выраженной диспротеинемии). УЗИ также не подтверждает диагноз гепатита.

За холангит говорят боли в правом подреберье, увеличение и болезненность печени, описторхоз в анамнезе. На УЗИ не выявляется расширения желчных протоков, что позволяет исключить этот диагноз.

В пользу панкреатита говорит опоясывающий характер болей. Однако интенсивность болей невысока, нет объективных симптомов, характерных для панкреатита, α-амилаза крови не повышена. При ультразвуковом исследовании не было найдено специфических признаков панкреатита.

За обострение хронического холецистита говорит характерная иррадиация болей, положительные пузырные симптомы, изменения крови, указывающие на воспалительный процесс. Однако возникновение болей больной не связывает с погрешностями в диете. Заболевания желчного пузыря обычно сопровождаются повышением температуры, также при обострении холецистита может появляться желтуха, повышается непрямой билирубин в крови, чего не наблюдается при язвенной болезни, и не было у данного больного. УЗИ подтверждает диагноз хронического холецистита, но язвенная болезнь представляет большую опасность для жизни больного, поэтому холецистит может быть только сопутствующим заболеванием.

**Этиология и патогенез.**

Этиология язвенной болезни окончательно не выяснена. В возникновении заболевания играют роль многие факторы, в т.ч. нарушения режима и характера питания (например, систематическое употребление острой и грубой пищи, торопливая еда и еда всухомятку, большие перерывы между приемами пищи), курение, злоупотребление алкогольными напитками, крепким кофе, психоэмоциональные перегрузки (недостаточные отдых и сон, ненормированный рабочий день, стрессовые ситуации), физическое перенапряжение. Важное место отводится наследственным и конституциональным факторам. Свидетельством этому служат часто встречающийся у больных с дуоденальными язвами астенический тип телосложения и 0(1) группа крови, язвенная болезнь у близких родственников, отсутствие способности у лиц, страдающих язвенной болезнью, выделять антигены системы АВН, ответственные за выработку гликопротеинов желудочной слизи, и др. Спровоцировать развитие язвенной болезни может длительный прием лекарственных препаратов, неблагоприятно воздействующих на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (ацетилсалициловой кислоты, глюкокортикоидов, резерпина, кофеина и др.). Предполагают, что определенную роль в развитии язвенной болезни и ее рецидивирующем течении играют кампилобактерии, паразитирующие в слизистой оболочке желудка.

В основе язвенной болезни лежит нарушение равновесия между агрессивными свойствами желудочного содержимого и защитными возможностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Причинами усиления кислотно-пептической агрессии могут быть увеличение секреции соляной кислоты (например, вследствие увеличения числа обкладочных клеток либо нарушения нейрогуморальной регуляции их функции при повышении тонуса блуждающего нерва или увеличении выработки гастрина) и нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, приводящее к длительной задержке кислого содержимого в выходном отделе желудка, слишком быстрому поступлению его в луковицу двенадцатиперстной кишки, дуодено-гастральному рефлюксу желчи. Ослабление защитных свойств слизистой оболочки может происходить при уменьшении выработки желудочной слизи и ухудшении ее качественного состава, угнетении выработки бикарбонатов, входящих в состав желудочного и панкреатического сока, нарушении регенерации эпителиальных клеток слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшении содержания в ней простагландинов, снижении регионарного кровотока. Немаловажную роль в нарушении равновесия между агрессивными свойствами желудочного сока и барьерной функцией слизистой оболочки играет эндокринная система. Так, АКТГ, тиреотропный гормон, инсулин способствуют увеличению, а минералокортикоидные гормоны и глюкагон — снижению выработки соляной кислоты, соматотропный гормон, пролактин и андрогены стимулируют, а глюкокортикоиды подавляют регенераторную активность эпителиальных клеток слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; АКТГ и глюкокортикоиды тормозят слизеобразование. В прогрессировании язвенной болезни большое внимание уделяется изменениям иммунной системы (аутоагрессии в результате антигенного воздействия на организм продуктов распада тканей дна язвы, нарушениям клеточного и гуморального иммунитета и др.).

Соотношение патогенетических факторов агрессии и защиты в патогенезе заболевания в каждом отдельном случае может быть различным, тем не менее, принято считать, что роль кислотно-пептического фактора язвообразования наиболее выражена при дуоденальной локализации язв, тогда как снижение резистентности слизистой оболочки чаще всего выступает ведущим патогенетическим фактором язв желудка.

**Лечение.**

Лечение строится по принципу воздействия на различные звенья патогенеза язвенной болезни. Оно является комплексным, предусматривает не только применение медикаментозных средств, но и проведение широкого круга других мероприятий (лечебное питание, прекращение курения и исключение алкоголя, нормализация режима труда и отдыха, отмена ульцерогенных лекарственных препаратов и др.).

Больным с неосложненным течением в большинстве случаев проводится консервативная терапия. Она осуществляется по этапному принципу. При обострении язвенной болезни больных госпитализируют в гастроэнтерологическое или общетерапевтическое отделение стационара. В стационаре им обеспечивается лечебно-охранительный режим с максимальным ограничением физических и эмоциональных нагрузок. При стихании обострения пациентов переводят в реабилитационное (загородное) отделение. В поликлинике осуществляют диспансеризацию и противорецидивное лечение.

Питание должно быть дробным (5—6 раз в сутки), пища — механически и химически щадящей. Большинству больных, как в период обострения, так и в процессе дальнейшего, в т.ч. противорецидивного, лечения показана диета № 1 по Певзнеру (диеты № № 1А и 1Б как физиологически неполноценные используются только при резко выраженной симптоматике и на очень короткий срок). Из пищи исключают жареные блюда, сырые овощи и фрукты, содержащие грубую растительную клетчатку (репу, капусту, груши, персики и др.), маринады, соления, копчености, крепкие бульоны, специи, газированные напитки, кофе, какао. Пища должна содержать достаточное количество белка и витаминов. Наиболее предпочтительны молоко и молочные продукты, по утрам яйцо всмятку и овсяная или манная каша. Мясо и рыбу употребляют в виде блюд, приготовленных на пару, яблоки, свеклу, морковь, черную смородину — только протертыми. При выявлении признаков нарушения функционального состояния центральной нервной системы (повышенной возбудимости, расстройств сна и др.) целесообразно применение седативных средств (например, экстракт валерианы) и транквилизаторов (феназепам, мезапам и др.).

С целью воздействия на кислотно-пептический фактор язвообразования применяют холинолитики периферического действия (атропина сульфат подкожно или внутрь, метацин, платифиллина гидротартрат парентерально и внутрь, а также селективный м-холинолитик гастроцепин, обладающий меньшим побочным действием). У больных с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, а также с язвами желудка, протекающими на фоне сохраненной и повышенной секреции соляной кислоты, холинолитики периферического действия часто комбинируют с антацидными средствами (окисью магния, карбонатом кальция, нитратом висмута, гидроокисью алюминия и фосфатом алюминия, входящими в состав препаратов алмагель, алмагель-А и фосфалугель), которые целесообразно применять через 11/2—2 ч после еды, приурочивая их эффект к моменту возникновения болей.

При тяжелом течении язвенной болезни, например при повторных кровотечениях, чрезмерно высоком уровне соляной кислоты, неэффективности обычной противоязвенной терапии применяют блокаторы Н2-рецепторов гистамина (циметидин по 200 мг 3 раза в день и 400 мг на ночь, ранитидин по 150 мг 2 раза в день, фамотидин по 20 мг 2 раза в день или 40 мг на ночь), которые, однако, следует продолжать принимать в поддерживающих дозах (по 400 мг циметидина или 150 мг ранитидина вечером) и после рубцевания язвы в течение 11/2—2 мес. Быстрое прекращение приема блокаторов Н2-рецепторов гистамина при достижении эффекта может принести к развитию «синдрома отмены» (связан с гиперплазией гастринпродуцирующих клеток на фоне приема этих препаратов, вследствие чего резко повышается секреция соляной кислоты), заключающегося в рецидивировании болезни, иногда с гастродуоденальным кровотечением и перфорацией язвы. Избежать «синдрома отмены» позволяет назначение холинолитических средств, и в первую очередь гастроцепина, в комбинации с антацидными препаратами в момент прекращения поддерживающей терапии блокаторами Н2-рецепторов гистамина.

В случае усиления моторики желудка и двенадцатиперстной кишки применяют спазмолитические миотропные средства (но-шпу, папаверина гидрохлорид и др.). При снижении моторной активности желудка, выраженном дуоденогастральном и гастроэзофагеальном рефлюксе назначают метоклопрамид (церукал) внутрь или внутримышечно 2—3 раза в сутки.

Для стимуляции регенерации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки используют солкосерил (внутривенно или внутримышечно), метилурацил, аллантон, облепиховое масло, экстракт алоэ, винилин, анаболические стероиды, витамины, аутогемотерапию. Вышеперечисленные средства показаны в первую очередь больным с локализацией язвы в желудке в связи с нередкими нарушениями трофики слизистой оболочки.

Широкое применение при язвенной болезни нашли препараты, способствующие повышению защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны — сукралфат, представляющий комплекс сульфатированной сукрозы и гидроокиси алюминия (назначают по 1 г 3—4 раза в день за 1 ч до или через 2 ч после еды и на ночь), и де-нол — коллоидный субцитрат висмута (назначают по 0,24 г 2 раза в день за 1 ч до или через 2 ч после приема пищи). При приеме внутрь эти препараты образуют комплекс с некротическими массами зоны язвенного кратера, создающий барьер для кислотно-пептического фактора. Они также способствуют уменьшению активности пепсина, увеличению выработки слизи, ускорению регенерации эпителиальных клеток, повышению содержания простагландинов в слизистой оболочке желудка; де-нол, кроме того, угнетает жизнедеятельность кампилобактерий.

При труднорубцующихся язвах желудка и двенадцатиперстной кишки используют [гипербарическую оксигенацию](mmdtp://$371271270), лазертерапию (5—10 сеансов по 1—3 минуты 2—3 раза в неделю). Применяются также различные способы местного воздействия на язву через эндоскоп: механическое очищение дна и краев язвы, промывание язвенного дефекта спиртом и колларголом, орошение язвы антибиотиками, облепиховым маслом, солкосерилом и другими препаратами, введение веществ, блокирующих нервные окончания (например, раствора новокаина) и образующих пленку на поверхности язвы (гастрозоля, лифузоля и др.).

Физиотерапевтическое лечение можно назначать лишь при стихании обострения и отсутствии признаков кровотечения. Рекомендуются тепловые процедуры (грелки, припарки, парафиновые и озокеритовые аппликации), электрофорез 3—5% раствора новокаина, микроволновое излучение и др.

Санаторно-курортное лечение показано не ранее чем через 2—3 мес. после стихания обострения. Оно проводится на бальнеологических курортах — Арзни, Боржоми, Дорохове, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Краинка, Миргород, Моршин, Трускавец и др. Помимо основного лечебного фактора — минеральных вод — используют грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, климатические факторы,

*Оперативное лечение* при язвенной болезни проводят по абсолютным и относительным показаниям. К абсолютным показаниям относятся перфорация язвы, профузное желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсированный стеноз привратника, малигнизация язвы. Относительными показаниями служат пенетрирующие гастродуоденальные язвы, каллезные язвы желудка, грубые рубцово-язвенные деформации желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающиеся нарушением эвакуаторной функции желудка, а также повторные желудочно-кишечные кровотечения. Вопрос об оперативном лечении ставится также при часто рецидивирующем течении язвенной болезни, длительно не заживающих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

При неосложненной язвенной болезни предпочтение отдается плановым операциям, которые позволяют избежать развития тяжелых осложнений, увеличивающих риск операции и ухудшающих ее отдаленные результаты. При осложненной язвенной болезни сроки вмешательства зависят от характера осложнения. Так, при пенетрирующих язвах операция может быть выполнена в плановом порядке.При прободении язвы единственным надежным методом лечения является экстренная операция. В редких случаях, когда операция не может быть выполнена из-за тяжести состояния больного (например, при свежем обширном инфаркте миокарда, декомпенсированной сердечно-легочной недостаточности), прибегают к постоянной аспирации содержимого желудка через назогастральный зонд на фоне введения антибиотиков в больших дозах и внутривенного вливания жидкостей; по показаниям выполняют лапароскопию, в процессе которой в брюшную полость вводят дренаж для эвакуации излившегося желудочного содержимого. При язвенном кровотечении экстренная операция связана с предельно высоким риском. Летальность после таких операций по поводу массивных кровотечений из язвы почти в 5 раз выше летальности после плановых операций, осуществленных после остановки кровотечения и ликвидации анемии. Поэтому нередко желудочно-кишечные кровотечения вначале пытаются остановить с помощью консервативных мероприятий, которые, однако, чаще носят временный характер. В числе консервативных методов остановки кровотечения могут быть использованы промывание желудка холодной водой, декомпрессия желудка через назогастральный зонд, местное введение тромбина, ингибиторов протеаз, аминокапроновой кислоты, эндоваскулярная эмболизация и др. Применяют эндоскопическую электрокоагуляцию и лазерную фотокоагуляцию источника кровотечения, на кровоточащую поверхность наносят пленкообразующие вещества. Однако консервативное лечение не всегда эффективно. При массивном кровотечении, сопровождающемся резкой анемизацией с выраженными клиническими признаками геморрагического шока (падение АД, бледность кожи, учащение дыхания и пульса, уменьшение содержания гемоглобина ниже 70 г/л), необходима экстренная операция. Абсолютным показанием к экстренному вмешательству служит также рецидив кровотечения, ранее остановленного консервативными способами. Показанием к срочной операции является продолжающееся кровотечение (наиболее информативными его критериями являются непрекращающееся обильное поступление крови через назогастральный зонд, устойчивые выраженные изменения гемодинамических показателей, несмотря на массивную инфузионную терапию и переливание более 1500 мл крови на протяжении 24 ч), особенно у больных старше 60 лет, когда консервативные способы его остановки в течение 24—48 ч оказываются неэффективными. Больным, перенесшим кровотечение из язвы (особенно если оно повторное), остановленное консервативными методами, в связи со склонностью массивных кровотечений к рецидивированию показана плановая операция.

Предоперационная подготовка в полном объеме, в т.ч. с тщательной подготовкой желудочно-кишечного тракта, возможна лишь при плановых вмешательствах. При массивном кровотечении или прободении язвы с развитием перитонита предоперационная подготовка строится на принципах интенсивной терапии.

Обезболивание должно обеспечивать релаксацию мышц живота и надежное управление функциями дыхания и кровообращения. Всем этим требованиям, особенно при экстренной операции, отвечает многокомпонентный эндотрахеальный наркоз с использованием нейролептаналгезии, мышечных релаксантов и управляемого дыхания*.*

Вопрос о выборе метода операции решается в зависимости от локализации язвы (двенадцатиперстная кишка или желудок), характера осложнений, особенностей течения заболевания, степени операционного риска.

При язве двенадцатиперстной кишки, неподдающейся консервативной терапии, наиболее обосновано такое вмешательство, которое создает условия для заживления язвенного дефекта и снижения желудочной секреции. К таким операциям относится ваготомия (у значительной части больных селективная проксимальная ваготомия). У больных с высокой желудочной секрецией, осложнениями язвенной болезни в анамнезе (кровотечение, прободение) при отсутствии сопутствующих заболеваний и высокой степени операционного риска применяют ваготомию в сочетании с антрумэктомией или гемигастроэктомией по способу Бильрот I или Бильрот II. Субтотальная резекция желудка в данном случае каких-либо преимуществ не имеет. При трудноудалимых язвах двенадцатиперстной кишки может быть применена так называемая резекция желудка на выключение, предложенная в 1918 г. Финстерером, при которой оставляют дуоденальную язву вместе с пилорическим отделом желудка. Ряд хирургов рекомендует при этом тщательное удаление всей слизистой оболочки оставленного антрального отдела желудка, что и обеспечивает профилактику рецидива язвы двенадцатиперстной кишки.

При локализации язвы в желудке выбор операции зависит от характера желудочной секреции, наличия атрофических изменений слизистой оболочки, возможности малигнизации процесса. Операцией выбора является дистальная резекция желудка (гемигастрэктомия) с иссечением антрального отдела. При отсутствии рубцово-воспалительных изменений в двенадцатиперстной кишке выполняют гастродуоденальный анастомоз по способу Бильрот I, а также резекцию желудка с сохранением привратника. При высоко расположенных околопищеводных язвах желудка может быть применена резекция желудка по Шемакеру с высоким иссечением желудка по малой кривизне. У больных с высокой степенью операционного риска возможна резекция дистального отдела желудка с оставлением высоко расположенной язвы или ваготомия с пилоропластикой.

Оперативное лечение язв с локализацией в области привратника, а также язв при сочетанных формах язвенной болезни (язва двенадцатиперстной кишки и желудка) проводят по принципам лечения язв двенадцатиперстной кишки.

При осложнениях язвенной болезни (прободение, массивное кровотечение, стеноз привратника или сочетание нескольких осложнений) вопрос о выборе метода операции решается с учетом характера осложнения, тяжести состояния больного и степени операционного риска. Так, при прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и развитии перитонита или у больных с высокой степенью операционного риска в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями основным методом лечения является ушивание язвенного дефекта. Однако после такой операции в последующие 3—5 лет в 50—75% случаев требуется повторное оперативное вмешательство в связи с вновь развивающимися осложнениями. Поэтому после ушивания прободной язвы желудка и подтверждения ее доброкачественной природы следует решать вопрос о радикальном оперативном вмешательстве. В случае прободения язвы двенадцатиперстной кишки у больных молодого и среднего возраста, доставленных в стационар не позднее чем через 6 часов после прободения при отсутствии признаков распространенного перитонита и тяжелых сопутствующих заболеваний применяют стволовую ваготомию с пилоропластикой. У больных с упорным течением заболевания с уже имевшимся в анамнезе кровотечением или прободением в случае отсутствия признаков перитонита применяют ваготомию с антрумэктомией. При трудностях в определении степени операционного риска вопрос о выборе метода операции решается в пользу менее травматичного вмешательства.

При кровотечении операция должна обеспечить остановку кровотечения, а в последующем предотвратить рецидив заболевания. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста и у больных с высокой степенью операционного риска производят стволовую ваготомию с пилоропластикой и прошиванием кровоточащей язвы или ее иссечением. Сравнительно малая травматичность этой операции, отсутствие осложнений, связанных с недостаточностью швов дуоденальной культи или желудочно-кишечного соустья, уменьшают вероятность рецидива кровотечения из ушитой язвы в раннем послеоперационном периоде. Больным со сравнительно малой степенью операционного риска (молодой возраст, небольшая или средняя степень кровопотери), особенно при упорном течении заболевания, при этой же локализации кровоточащей язвы показана ваготомия с антрумэктомией, выполняемой обычно в модификации Бильрот II. Эта операция отличается большой технической сложностью, однако обеспечивает более надежную остановку кровотечения и является радикальным методом лечения.

При кровоточащей язве желудка у больных с малой степенью операционного риска показана резекция дистального отдела желудка с удалением кровоточащей язвы. У больных с высокой степенью операционного риска кровотечение из язвы желудка может быть остановлено с помощью менее сложных оперативных вмешательств, не связанных с иссечением органа и наложением анастомозов. В этих случаях можно также применить локальное иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией или прошивание высоко расположенной кровоточащей язвы малой кривизны через гастротомический доступ и перевязку левой желудочной артерии в сочетании с ваготомией и дренирующей операцией.

При стенозе привратника применяют различные виды пилоропластики в сочетании с ваготомией. Используют и другие (менее травматичные) дренирующие операции (гастродуоденостомию, гастроеюностомию) в сочетании с ваготомией. Радикальным методом лечения при этом осложнении является антрумэктомия с ваготомией.

В послеоперационном периоде всем больным, оперированным по поводу язвенной болезни, проводят инфузионную терапию (в день операции и в первые два дня после нее больной обычно получает внутривенно капельно 1,5—2 л жидкости) под контролем данных лабораторных исследований и диуреза с учетом как почечных, так и внепочечных потерь. Адекватность проведения инфузионной терапии имеет особое значение для больных, оперированных по поводу пилородуоденального стеноза, а также при развившихся после операции нарушениях эвакуации из желудка.

В первые дни послеоперационного периода больным дважды в сутки производят контрольное зондирование желудка. Лицам с нарушенной эвакуацией из желудка показана постоянная аспирация содержимого желудка через желудочный зонд.

Прием жидкости в ограниченном количестве (до 500 мл) разрешается, как правило, уже в первый день после операции (не считая дняоперации). Со 2—3-го дня больной может пить практически без ограничения. Пищу дают со 2—3-го дня (диета № 0) каждые 2—3 часа малыми порциями. Постепенно диету расширяют, и на 6—7-й день больные получают диету № 1А с исключением блюд, приготовленных на цельном молоке: питание дробное — 6 раз в сутки.

Оперированным больным показана двигательная активность. Движение ногами (как пассивное, так и активное) разрешается сразу же при пробуждении после наркоза. Начиная с первого дня послеоперационного периода назначается дыхательная гимнастика. Вставать с постели при отсутствии противопоказаний (тяжесть общего состояния, угроза рецидива кровотечения из ушитой язвы, дренирование брюшной полости) разрешается на 2—3-й день после операции. При благоприятном течении процесса швы снимают на 7—8-й день, выписывают больных из стационара после органосохраняющих операций с ваготомией на 10-й день, после резекции желудка (антрумэктомии) — на 12—14-й день.

К ранним послеоперационным осложнениям относят перитонит, обусловленный недостаточностью швов соустья или возникающий без расхождения швов, инфильтраты и абсцессы брюшной полости, кровотечения (внутрибрюшинные или в просвет пищеварительного тракта), послеоперационный панкреатит, кишечную непроходимость, нарушение эвакуации из желудка или его культи. Для устранения осложнений, как правило, требуется повторная операция. К поздним осложнениям относятся демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза и др.

**Лечение данного больного.**

**Показания к операции:** Пенетрация язвы, большие её размеры, отсутствие эффекта от консервативной терапии (относительные показания).

**Противопоказания:**  не выявлено.

**Подготовка к операции.**

В ходе предоперационной подготовки были проведены лабораторные и инструментальные исследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, исследования показателей свёртываемой системы крови, ЭКГ.

Питание согласно диете № 1.

Непосредственная подготовка больного к плановой операции состояла в приеме гигиенической ванны, бритье операционного поля, опорожнении желудка (с 18 часов предыдущего дня и до операции больному запрещается есть, а утром перед ней – и пить тоже).

**Операция.**

**Анестезиологическое пособие.**

Больной взят на операцию в плановом порядке.

845 – больной в операционной. Общее состояние удовлетворительное, в сознании, адекватен, АД 110/70, пульс 80, ЧСС 80. Премедикация эффективна. Положение на столе – на спине. С целью надёжного контакта с венозной системой пациента и проведения ИТТ в операционной в асептических условиях проведена пункция и катетеризация правой подключичной вены из подключичного доступа без технических трудностей, катетер диаметром 1,4 мм, проходим, кровь поступает свободно, подшит к коже, асептическая повязка.

Операция: резекция желудка по Бильрот I.

Премедикация на столе: атропин 0,7; сибазон 5,0.

Миорелаксация: дитилин 200 мг. Поддерживающая миорелаксация: ардуан 10.

Вводный наркоз: кетамин 150 мг, дитилин 200 мг.

920 интубирован трубкой диаметром 8,5 р/о со 2 попытки. Дыхание проводится одинаково над симметричными точками. ИВЛ в режиме нормовентиляции. Аппарат РО-603, МОД – 12,0, ДО – 0,7, контур п/о.

Основной наркоз: кетамин 650, фентанил 0,5.

Инфузионная терапия: физ. раствор 800 мл, раствор Рингера 800 мл, полиглюкин 400 мл, СЗП 210 мл – итого 2210 мл, учитывая объём операционного вмешательства и состояние больного.

После операции больной доставлен в ОАиР II на ручной ИВЛ.

**Описание операции.**

Операционное поле обработано септоцидом. Брюшная полость вскрыта верхнесрединным доступом. В брюшной полости выпота, спаечного процесса нет. Печень обычных размеров, цвета. Желудок обычных размеров, в средней трети желудка по задней стенке ближе к малой кривизне катетерообразный язвенный дефект до 2 см, пенетрирует в тело поджелудочной железы. Железа уплотнена, головка незначительно увеличена, плотная. Пристеночная мобилизация желудка по обоим кривизнам по ½ с сохранением нерва Латарже и пилорического жома. Язва отделена от железы, вскрыт просвет, ушит. Проксимально желудок отсечён выше края язвы с иссечением задней стенки и формированием желудочной трубки, дистально – на уровне препилорического отдела. Участок малой кривизны с задней стенкой ушиты и перитонизированы. Наложен двухрядный гастрогастроанастомоз. Малый и большой сальник фиксированы к культе желудка. Контроль гемостаза, инородных тел. Швы на рану. Асептическая повязка.

Препарат: тело желудка с язвой по задней стенке до 2 см, вокруг вал инфильтрации до 1 см.

**Дневник наблюдения течения заболевания.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Рекомендации |
| 13.10.04 | На момент осмотра пациент жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа нормального цвета, сухая. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации в эпигастральной области – защитное напряжение мышц, болезненность в правом подреберье, пузырные симптомы положительны. Отправления в норме. АД 120/60, пульс 80, ЧДД 20 в мин., t = 36,5° | Диета №1.  угнетение желудочной секреции (омез, димедрол)  слабительные и желчегонные средства (магния сульфат)  предотвращение расстройств нервной системы (сибазон)  анальгезия  витаминотерапия |
| 14.10.04 | Операция. Доставлен в ОАиР в тяжёлом состоянии. Гемодинамически стабилен. После восстановления сознания и самостоятельного дыхания выполнена экстубация трахеи.  Пульс 76 , АД 120/80, ЦВД 4 см вод.ст., диурез 500 мл | Парентеральное питание. Аспирация желудочного содержимого при помощи назогастрального зонда.  Обезболивание (промедол, анальгин).  Инфузионная терапия (глюкоза, реополиглюкин, раствор Рингера, физиологический раствор натрия хлорида)  Профилактика фибринолитических кровотечений, панкреатита (ингитрил)  Улучшение микроциркуляции, снабжения тканей кислородом (пентоксифиллин)  Профилактика гнойных осложнений (цефазолин) |
| 15.10.04 | Больного перевели в хирургическое отделение. Удалён назогастральный зонд. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение клиностатическое. Язык обложен белым налётом. Жалобы на боль в области рубца, усиливающуюся при любых движениях, кашле. Живот не участвует в акте дыхания. Резкая болезненность при любом прикосновении к коже живота. Послеоперационный рубец слегка гиперемирован, припухший, без отделяемого.  Пульс 80 , АД 120/80, t = 37°. Диурез сохранён. Стул отсутствует. | Те же  Показана двигательная активность (движения ногами, дыхательная гимнастика). |
| 16.10.04 | Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение клиностатическое. Жалобы на боль в области послеоперационного рубца. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот плоский, напряжён, не участвует в акте дыхания. Послеоперационный рубец припухший, не гиперемирован, отделяемого нет.  Пульс 92 уд/мин, АД 120/70, t = 37,2°, ЧДД – 20 в мин. Диурез сохранён. | Те же  Больному разрешено пить (минеральную воду, кефир). |
| 18.10.04. | Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение клиностатическое.  Жалобы те же. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот ограниченно участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации. Послеоперационный рубец не гиперемирован, без отделяемого.  АД 120/70 , пульс 88 уд/мин. ЧДД – 16 в мин., t = 37,1°. Диурез сохранён. | Разрешается принимать жидкую пищу (диета №0), вставать с постели  в остальном рекомендации те же. |
| 19.10.04. | Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение клиностатическое.  Жалобы те же. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот ограниченно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный. Послеоперационный рубец не гиперемирован, без отделяемого.  АД 120/70, пульс 80 уд/мин. t = 36,5° ЧДД 16 в мин. Отправления в норме. | То же. |

**Прогноз.**

В плане выздоровления благоприятный, учитывая радикальность операции. Для жизни относительно благоприятный, однако больной должен пожизненно соблюдать строгую диету и прочие рекомендации врача. Качество жизни при этом сильно страдает. Для трудоспособности прогноз неблагоприятный. Рекомендуется проведение врачебно-трудовой экспертизы и присвоение пациенту инвалидности. Возможны опасные для жизни послеоперационные осложнения: кровотечения, расхождение швов.

**Рекомендации.**

Лечение фоновых и сопутствующих заболеваний (гастрита, описторхоза, холецистита).

Диетическое питание. Общая характеристика: диета физиологически полноценная; ограничиваются сильные возбудители желудочной секреции, раздражающие слизистую оболочку желудка. Пища готовится в протертом виде, отдельные блюда запекают после отваривания продукта, негрубые сорта мяса в отварном виде можно давать куском. Поваренная соль ограничивается до 6 г*.* Первые блюда из хорошо протертых овощей и круп — вегетарианские, молочные; исключаются мясные, рыбные, грибные бульоны. Разрешаются: отварные и запеченные блюда из говядины, телятины, курицы, кролика; яйца всмятку — 2—3 штуки в день, молоко, сливки, свежий некислый творог, сметана в натуральном виде и в блюдах; исключаются белокочанная капуста, репа, редька, брюква, щавель, шпинат, лук, соленые огурцы, квашеные и маринованные овощи, грибы. Химический состав: белки — 100 г(60% животные), жиры 90—100 г (30% растительные), углеводы 400 г*.* Энергетическая ценность — 2930—3130 ккал. Количество поваренной соли — 6 г*.* Необходимо соблюдать режим питания: приём пищи дробный, небольшими порциями. Пища не должна быть слишком горячей или холодной.

Общеукрепляющие мероприятия (витаминотерапия, соблюдение режима дня, физическая активность). Профилактика ОРЗ, поддержание иммунитета.

Санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах — Арзни, Боржоми, Дорохове, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Краинка, Миргород, Моршин, Трускавец и др.

Отказ от курения и употребления алкоголя.

Перевод на менее тяжёлую работу с возможностью соблюдать режим питания, ограничением воздействия стрессовых факторов.

Наблюдение у гастроэнтеролога.

**Выписной эпикриз.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* поступил в плановом порядке 11.10.04 в хирургическое отделение областной клинической больницы. До этого обследован в отделении гастроэнтерологии.

Жалобы при поступлении на боли в эпигастрии и правом подреберье, опоясываюшие, средней интенсивности, иррадиирующие в правое плечо, под правую лопатку.

Анамнез болезни: больным себя считает с 1998 года, когда впервые появились боли в эпигастрии и правом подреберье ноющие, без связи с приёмом пищи, физическими или эмоциональными нагрузками, простудными заболеваниями. 30 сентября 2004 года боль в эпигастрии усилилась, стала носить опоясывающий характер, появились боли в левом подреберье, иррадиация в правое плечо, под правую лопатку. Больной вынужден был обратиться к врачу и был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ОКБ с диагнозом описторхоза, панкреатита. В ходе обследования была выявлена язва желудка, в связи с чем, 11 октября больного перевели в отделение общей хирургии.

Анамнез жизни: работа связана с большими физическими нагрузками, несоблюдением режима питания. Перенёс множество переломов. Много лет страдает остеоартрозом позвоночника, описторхозом. Курит в течение 33 лет.

Status localis при поступлении. Жалобы на боли в эпигастральной области и правом подреберье, опоясывающие, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, в правое плечо, под правую лопатку. При осмотре живот симметричный, без внешних проявлений патологического процесса (гиперемии, видимой перистальтики и др.). Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Признаков асцита нет. При глубокой пальпации в эпигастральной области отмечается напряжение мышц брюшного пресса, хотя какие-либо неприятные ощущения больной отрицает. При пальпации в правом подреберье отмечается болезненность. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи. Перитонеальные симптомы отрицательны.

Были проведены ОАК, БАК, ОАМ, исследования свёртывающей системы крови: на 12.10.04 все показатели были в норме;   
УЗИ: умеренные деформирующие изменения печени, почек, признаки хронического холецистита; ФЭГДС: дистальный атрофический гастрит, язва средней трети тела желудка с признаками пенетрации и состоявшегося кровотечения из мелких сосудов в дне язвы; рентгенография: гигантская язва средней трети тела желудка с локализацией на задней стенке и рентгенологическими признаками пенетрации.

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб больного на боли в эпигастрии, слабость, утомляемость;

- данных анамнеза: нарушение режима питания, качественно неполноценная диета, курение в течение 33 лет как способствующие факторы;

- данных объективного обследования: напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации в эпигастрии, болезненность при пальпации в правом подреберье;

- данных параклинических исследований (ФЭГДС, рентгенографии): гигантская каллёзная язва задней стенки средней трети тела желудка, с признаками пенетрации и кровотечения, атрофический гастрит, кишечная метаплазия.

Эффекта от консервативного лечения нет. По относительным показаниям (пенетрация, кровотечения) планировалась операция резекции желудка по Бильрот I (пилоросохраняющая). Противопоказаний не выявлено.

Лечение: операция пилоросохраняющая корпоральная резекция желудка по Бильрот I под внутривенным наркозом с применением ИВЛ. Операция прошла успешно. В раннем послеоперационном периоде осложнений не возникало.

Рекомендации: Лечение фоновых и сопутствующих заболеваний (гастрита, описторхоза, холецистита).

Диетическое питание. Стол №1 по Певзнеру, режим питания: приём пищи дробный, небольшими порциями.

Общеукрепляющие мероприятия (витаминотерапия, соблюдение режима дня, физическая активность). Профилактика ОРЗ, поддержание иммунитета.

Санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах — Арзни, Боржоми, Дорохове, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Краинка, Миргород, Моршин, Трускавец и др.

Отказ от курения и употребления алкоголя.

Перевод на менее тяжёлую работу с возможностью соблюдать режим питания, ограничением воздействия стрессовых факторов.

Наблюдение у гастроэнтеролога.

**Использованная литература:**

1. Ф.И. Комаров и др. Внутренние болезни. – М.: Медицина, 1990.
2. Г.Е. Островерхов и др. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – Курск; М.: АОЗТ «Литера», 1996.
3. М.Д. Машковский. Лекарственные средства. – М.: ООО «Новая волна», 2003.
4. Б.И. Шулутко. Справочник терапевта. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.
5. М.И. Кузин. Хирургические болезни: учебник для медицинских институтов. – М.: Медицина, 1987.
6. В.А.Альбицкий. Клинические лекции по хирургическим болезням. – Томск: ТГУ, 1976.
7. Абасов И.Т. и Радбиль О.С. Язвенная болезнь. Баку, 1980.
8. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, М., 1986.