ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

Ф.И.О. x

Возраст: 59 лет.

Место работы: пенсионерка.

Дата поступления в клинику 1.02.97.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ: на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи.

На момент осмотра жалобы не изменились.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Считает себя больной с осени 1970 года, когда впервые появились ночные боли в эпигастральной области; боли купировались приемом пищи (молока, киселя). К врачу не обращалась, самостоятельно препаратов не принимала. В последующие два года весной и осенью беспокоили подобные боли. В сентябре 1973 года впервые появились голодные боли, отрыжка кислым, изжога; интенсивность ночных болей увеличилась. Впервые по поводу данных болей стала принимать соду, которая снимала боли. Обратилась к терапевту по месту жительства. Обследование не проводилось. В течение трех недель принимала таблетированные препараты (названий не помнит). От проводимой терапии был эффект: исчезли ночные боли, уменьшилась изжога. До 1980 года в осенний период регулярно возникали подобные обострения, во время которых больная к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно (принимала альмагель, циметидин). С весны 1980 года появились боли, которые возникали через 30-40 минут после приема пищи, сопровождающиеся отрыжкой воздухом. На этом фоне сохранялись голодные и ночные боли, изжога. По этому поводу обратилась к терапевту по месту жительства. Было проведено обследование (общий анализ крови, мочи, фиброгастроскопия, рентгеновское исследование желудка). Был поставлен диагноз язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Было назначено лечение Н2-гистаминоблокаторами, антацидами. Проводимая терапия дала положительный эффект: интенсивность ранних болей уменьшилась, а ночные боли прошли. В течение последующих 10 лет во время обострений, повторяющихся 1 раз в год, регулярно принимала рекомендованные препараты (циметидин, альмагель).

В 1991 году осенью, во время очередного обострения, почувствовала “кинжальную” боль в эпигастральной области. Появился холодный пот. Потеряла сознание. По скорой была госпитализирована в гатчинскую районную больницу, где была выполнена резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера. Послеоперационный период протекал без осложнений. В последние пять лет периодически отмечала появление болей слабой интенсивности в эпигастральной области через 1.5-2 часа после приема пищи.

4 января 1997 года почувствовала острую, колющую боль в эпигастральной области, иррадиирующую в правую лопатку. По скорой была госпитализирована в хирургическое отделение гатчинской районной больницы, где проводилось следующее лечение: инфузионная терапия, обезболивающие средства. Эффекта от проводимой терапии не было. Для уточнения диагноза и дальнейшего лечения 1 февраля 1997 года была переведена в клинику В.А. Оппеля больницы Петра Великого.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Родилась в 1938 году, в городе Ленинграде. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Получила среднее специальное образование, и работала товароведом в магазине. С 1993 года на пенсии.

Семейная жизнь: за мужем с 22 лет. Имеет сына 32 лет.

Наследственность не отягощена.

Профессиональный анамнез. Трудовую деятельность начала с 20 лет. Рабочий день был нормирован, работа не была связана с какими-либо профессиональными вредностями. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило, в летнее время.

Материально-бытовые условия: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечена относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Перенесенные заболевания: холецистэктомия в 1994 году. Частые простудные заболевания, внематочная беременность в 1967 году.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции, венерические заболевания отрицает. Внутримышечные, внутривенные инъекции во время последней госпитализации в районной гатчинской больнице. Гемотрансфузия в 1967 году. За пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжала.

Привычные интоксикации: не курит, алкоголем и наркотиками не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Страховой анамнез: на пенсии.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Состояние больной средней тяжести, положение вынужденное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 155 см, вес 45 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

*Костно-мышечная система*. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Молочные железы обычной формы, сосок не втянут, выделений из соска нет. Патологических образований при пальпации не выявлено.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

*Щитовидная железа* не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

*Сердечно-сосудистая система*. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 130/80 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок не пальпируется.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье |  |
|  |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре |
|  |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5 |
| межреберье |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Тоны ослаблены на верхушке, ритмичные.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

*Система органов дыхания*. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 7 см

слева 7 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

*Система органов пищеварения*.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, резко болезненная в эпигастральной области, ненапряженная. В области послеоперационного рубца отмечается выпячивание, не смещаемое, мягкой консистенции, размерами 3 на 4 см.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии. Поперечник селезенки 6 см. Длинник 8 см.

*Мочеполовая система*. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички, плотноэластической консистенции.

*Нервно-психический статус*. Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентирована в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера. Пептическая язва анастомоза. Подозрение на пенетрацию в поджелудочную железу.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.

На основании жалоб больной (на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи); данных анамнеза заболевания (в 1970 году впервые появились ночные боли в эпигастральной области; боли купировались приемом пищи (молока, киселя). В сентябре 1973 года появились голодные боли, отрыжка кислым, изжога; интенсивность ночных болей увеличилась. До 1980 года в осенний период регулярно возникали подобные обострения, во время которых больная к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно (принимала альмагель, циметидин). С весны 1980 года появились боли, которые возникали через 30-40 минут после приема пищи, сопровождающиеся отрыжкой воздухом. На этом фоне сохранялись голодные и ночные боли, изжога. В 1980 году проведен фиброгастродуоденоскопия, рентгеновское исследование желудка на основании которых поставлен диагноз язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Было назначено лечение Н2-гистаминоблокаторами, антацидами. Проводимая терапия дала положительный эффект: интенсивность ранних болей уменьшилась, а ночные боли прошли. В течение последующих 10 лет во время обострений, повторяющихся 1 раз в год, регулярно принимала рекомендованные препараты (циметидин, альмагель). В 1991 году была выполнена резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера по поводу перфорации язвы. В последние пять лет периодически отмечала появление болей слабой интенсивности в эпигастральной области через 1.5-2 часа после приема пищи. 4 января 1997 года почувствовала острую, колющую боль в эпигастральной области, иррадиирующую в правую лопатку. Госпитализирована в хирургическое отделение гатчинской районной больницы, где проводилось следующее лечение: инфузионная терапия, обезболивающие средства. Эффекта от проводимой терапии не было; на основании объективного обследования: при пальпации определяется резкая болезненность в эпигастральной области.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. анализ мочи на диастазу
4. анализ кала на яйца глист, реакция Грегерсена.
5. анализ крови Ф-50 и на RW
6. биохимический анализ мочи: общий белок, белковые фракции АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, холестерин, бета - липопротеиды, креатинин, билирубин, натрий, хлор, калий, кальций. Протромбиновый индекс, фибриноген. Определение времени свертывания.
7. Фиброгастродуоденоскопия.
8. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза.
9. Электрокардиография.

Клинический анализ крови от 4.02.97.

гемоглобин 115 г\л

эритроциты 4.5 1012 / л

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 5.7 109 /л

эозинофилы 0

палочкоядерные 5

сегментоядерные 60

лимфоциты 20

моноциты 10

СОЭ 5 мм\ч

анизоцитоз -, пойкилоцитоз -

Клинический анализ крови от 7.02.97.

гемоглобин 115 г\л

эритроциты 4.5 1012 / л

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 5.7 109 /л

эозинофилы 1

палочки 5

сегментоядерные 60

лимфоциты 20

моноциты 10

СОЭ 5 мм\ч

анизоцитоз -, пойкилоцитоз -

Анализ мочи 4.02.97.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-4 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

Биохимический анализ крови от 04.02.97.

белок общий 64

альбумин 38

альфа 1 глобулин 6

альфа 2 глобулин 16

гамма глобулин 19

тимоловая проба 17

сулемовая проба 2.0

АСТ 0.20

АЛТ 0.26

общий билирубин 6

мочевина 5.0

холестерин и креатинин в пределах нормы.

Биохимический анализ крови от 28.03.96

белок общий 63

альбумин 36

тимоловая проба 11

сулемовая проба 5.1

калий 5.1

липопротеиды 43

ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

ЭКГ от 7.03.96: неполная блокада ножки пучка Гиса, возможны нарушения питания миокарда передней стенки.

Фиброгастродуоденоскопия от 05.02.97. Заключение: язва культи желудка с пенетрацией в соседние органы диаметром 4 см, недоостаточность кардии.

Контрастное исследование желудка и двендцатиперстной кишки от 07.02.97. Обнаружена язвенная ниша диаметром 4 см, края ниши неровные.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера. Пептическая язва анастомоза. Пенетрация в поджелудочную железу.

ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.

На основании жалоб больной (на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи); данных анамнеза заболевания (в 1970 году впервые появились ночные боли в эпигастральной области; боли купировались приемом пищи (молока, киселя). В сентябре 1973 года появились голодные боли, отрыжка кислым, изжога; интенсивность ночных болей увеличилась. До 1980 года в осенний период регулярно возникали подобные обострения, во время которых больная к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно (принимала альмагель, циметидин). С весны 1980 года появились боли, которые возникали через 30-40 минут после приема пищи, сопровождающиеся отрыжкой воздухом. На этом фоне сохранялись голодные и ночные боли, изжога. В 1980 году проведена фиброгастродуоденоскопия, рентгеновское исследование желудка на основании которых поставлен диагноз язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Было назначено лечение Н2-гистаминоблокаторами, антацидами. Проводимая терапия дала положительный эффект: интенсивность ранних болей уменьшилась, а ночные боли прошли. В течение последующих 10 лет во время обострений, повторяющихся 1 раз в год, регулярно принимала рекомендованные препараты (циметидин, альмагель). В 1991 году была выполнена резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера по поводу перфорации язвы. В последние пять лет периодически отмечала появление болей слабой интенсивности в эпигастральной области через 1.5-2 часа после приема пищи. 4 января 1997 года почувствовала острую, колющую боль в эпигастральной области, иррадиирующую в правую лопатку. Госпитализирована в хирургическое отделение гатчинской районной больницы, где проводилось следующее лечение: инфузионная терапия, обезболивающие средства. Эффекта от проводимой терапии не было); на основании объективного обследования: при пальпации определяется резкая болезненность в эпигастральной области; на основании данных лабораторного и инструментального исследования: при фиброгастродуоденоскопия обнаружено: язва культи желудка с пенетрацией в соседние органы, недостаточность кардии; при контрастном исследовании желудка и двендцатиперстной кишки от 07.02.97. Обнаружена язвенная ниша диаметром 4 см, края ниши неровные.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Ведущими симптомами язвенной болезни у нашей больной являются жалобы на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи. Однако некоторые из этих симптомов могут встречаться и при других заболеваниях, таких как: гастрит типа В, рак желудка, холецистит.

Хронический холецистит, как правило, развивается на фоне желчно-каменной болезни, и характеризуется болями в правом подреберье, которые возникают после приема жирной и острой пищи. Боли сопровождаются тошнотой, а иногда рвотой желчью. Кроме того, при хроническом холецистите могут наблюдаться симптомы Мерфи, Мюсси, Ортнера. Так как у нашей больной данная клиническая картина отсутствует, то это позволяет исключить наличие хронического холецистита.

Рак желудка. Ведущими симптомами в картине заболевания является тошнота, возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также постоянные, ноющие боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, мелена, а также проявления анемии возникшей на фоне хронической кровопотери вследствие изъязвления рака и возможно длительно протекающего атрофического гастрита. При раке желудка наблюдается значительная потеря веса, а также появление изменений вкусовых ощущений (например отвращение к мясу, жирной пище и т.п.). У нашей больной боли хотя и носят постоянный характер, однако они не заканчиваются рвотой, кроме того, отсутствуют симптомы хронической кровопотери (нарастающая анемия в анализах крови). Кроме того, диагноз рака желудка подтверждается гистологическим исследованием, материал для которого берется во время фиброгастродуоденоскопии. У нашей больной данных за рак желудка (клинической картины и лабораторных и инструментальных исследований) нет.

Хронический гастрит чаще наблюдается в молодом возрасте, преимущественно у мужчин, основными симптомами являются боли и диспепсические расстройства. Также как и при язвенной болезни, при гастрите наблюдаются тупые, ноющие боли, которые локализуются в подложечной области и стихают после приема пищи. Также как и при язвенной болезни, гастрит может сопровождаться изжогой, отрыжкой кислым. Однако язвенная болезнь характеризуется глубокими морфологическими изменениями, которые обнаруживаются при фиброгастродуоденоскопии. У нашей больной при фиброгастродуоденоскопии получены убедительные данные, подтверждающие наличие язвы анастомоза, однако не исключается возможность развития язвенной болезни у нашей больной на фоне хронического гастрита (из анамнеза заболевания можно предположить, что фоновым или этиологически связанным заболеванием для язвенной болезни у нашей больной явился хронический гастрит с повышенной кислотностью).

ИЗЛОЖЕНИЕ ДАННЫХ О СУЩНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

***Анатомия и физиология желудка.***

По международной анатомической номенклатуре в желудке различают кардиальную часть, дно, тело и привратниковую часть. В клинической литературе употребляется иное деление. Принято делить желудок на трети: верхнюю - кардиальный отдел, среднюю - тело желудка и нижнюю - пилорический отдел. Границами между ними считают условные линии, делящие малую и большую кривизну на 3 примерно равных отрезка. Кардиальный отдел состоит из 3 функционально различных участков. Различают собственно кардию - место перехода пищевода в желудок, субкардиальный отрезок протяженностью около 5 см и дно - куполообразное выпячивание, расположенное под диафрагмой. Злокачественные опухоли возникают в области кардиального отверстия в субкардиальном отделе и в дне желудка с неодинаковой частотой и различаются по клинической картине.

В пилорическом отделе различают широкую часть - привратниковую пещеру, или антральный отдел, и более узкую - канал привратника. Опухоли, возникающие в канале привратника или распространяющиеся на этот участок, приводят к стенозу привратника или нарушению эвакуации из желудка.

Поступающая в желудок пища проходит по так называемой желудочной дорожке, представляющей собой желобок на малой кривизне, ограниченный продольными складками слизистой оболочки. Не исключено, что с этим связана большая часть опухолей в области малой кривизны.

Кровоснабжение осуществляется за счет желудочных и желудочно-сальниковых артерии. Левые и правые желудочные артерии и вены проходят в малом сальнике вдоль малой кривизны желудка. Вдоль большой кривизны между листками желудочно-ободочной связки располагаются правые и левые желудочно-сальниковые сосуды. Короткие желудочные сосуды, являющиеся ветвями селезеночной артерии, принимают участие в кровоснабжении дна желудка.

Лимфатические сосуды вне желудка расположены вдоль кровеносных и образуют 4 (по некоторым авторам 3) коллектора, по которым осуществляется лимфоотток и лимфогенное метастазирование рака желудка.

Поскольку кровеносные и лимфатические сосуды и лимфатические узлы располагаются между листками сальников, последние при радикальной операции удаляются вместе с резецируемой частью пораженного желудка.

Структура и функции слизистой оболочки. Стенка желудка имеет неровную внутреннюю поверхность из-за большого количества складок, состоящих из слизистой оболочки и подслизистой основы. При рентгенологическом исследовании промежутки между складками заполняются контрастной взвесью, что дает возможность изучить рельеф слизистой оболочки.

Слизистая оболочка желудка выстлана цилиндрическим железистым эпителием. Эпителий формирует железки, разделенные прослойками соединительной тканью Наибольшее количество желез расположено в дне и теле желудка. Эти железы получили название собственных желез желудка. Формирующие их клетки продуцируют пепсиногены ( главные клетки), соляную кислоту ( париетальные клетки) и мукоид ( слизистые клетки).

Пепсиногены в кислой среде превращаются в пепсины, которые расщепляют белки до крупных полипептидов. Соляная кислота активирует пепсиногены, вызывает денатурацию и набухание белков. Облегчает действие ферментов, обеспечивает антибактериальное действие желудочного сока, регулирует двигательную функцию желудка.

Снижение секреции соляной кислоты при атрофическом гастрите приводит к повышению рН и уменьшению бактерицидных свойств желудочного сока.

Слизь содержащая мукоиды, защищает слизистую оболочку от механических и химических повреждений. К числу продуцируемых железами мукоидов относится гастромукопротеид ( внутренний фактор Касла), нарушение синтеза которого приводит к В - 12 дефицитной анемии. Такая анемия может явиться результатом наследственно обусловленного атрофического гастрита ( пернициозная анемия)

***Этиология и патогенез.***

Как показывают наблюдения, повышенные секреция и кислотность желудочного сока отмечаются у больных главным образом при поражении язвенным процессом двенадцатиперстной кишки и в меньшей степени при локализации язвы в желудке. Высокая кислотность желудочного сока при язвах двенадцатиперстной кишки является настолько установившимся фактом, что, по мнению некоторых авторов (А.В. Рыбинский, 1947, 1950 и др.), наличие5 низкой кислотности или отсутствие кислотности исключают диагноз язвы двенадцатиперстной кишки.

Динамика развития послеоперационной пептической язвы подобна той, которая наблюдается при язве желудка или двенадцатиперстной кишки: первый этап - простая язва; второй этап - пептическая язва и третий этап - каллезная язва. Макро - и микроморфологически эти язвы также не отличаются от первичных гастродуоденальных язв. В первом случае язвенный процесс ограничивается лишь поверхностным слоем слизистой оболочки в виде эрозии, во втором язвенный процесс распространяется на всю толщу слизистой, достигая подслизистого слоя, и тогда речь идет о неосложненной, поверхностной пептической язве. Наконец, процесс может захватить глубжележащие ткани, и тогда края и дно язвы принимают каллезный характер.

Язвы не первых двух этапах при некоторых условиях могут рубцеваться. Каллезная язва чаще осложняется пенетрацией в соседние органы и ткани, перфорацией в полые органы с образованием внутренних свищей или перфорацией в свободную брюшную полость.

Величина пептической язвы может быть различной. Иногда наблюдается возникновение нескольких язв, чаще же обнаруживают одну пептическую язву.

Операции на желудке - гастроэнтероанастомоз или резекция желудка - при язвенной болезни вносят новые факторы, могущие быть предрасполагающими моментами в возникновении пептической язвы анастомоза или тощей кишки. Существует целый комплекс причины, обусловливающих развитие послеоперационной пептической язвы. Одни авторы отдают предпочтение факторам вторичного заживления раневой каемки стенки желудка и кишки, другие - повреждению кишечной стенки клеммами, нерассасывающимся шовным материалом, третьи - ошибкам при выполнении операции: неправильный выбор места соустья и петли, недостаточная резекция желудка.

В настоящее время механическая теория образования пептических язв по мере накопления клинического материала становится все более и более несостоятельной, так как далеко не всегда при развитии пептической язвы имеются механические агенты, которыми можно было бы объяснить ее возникновение. Наложение зажимов на кишку во время производства анастомоза при соблюдении известной осторожности вряд ли может сыграть существенную роль в развитии пептической язвы. Экспериментальные данные Montgomery, Gallagher подтверждают, что еюнальные язвы, развивающиеся после гастроэнтеростомии у собак, не зависят от применения шелка и клеммов, а острые повреждения, наносимые клеммами на слизистой оболочке тощей кишки, заживают достаточно быстро даже при введении в желудок собак соляной кислоты высокой концентрации. К такому выводу пришел также Scoff, производя опыты на животных. Против механической теории выступают также Г.Ф. Петрашевская, С.Е. Соколов, Lewinson, Mayo.

Ни одна из теорий не может полностью объяснить причину образования пептической язвы. В ее развитии могут играть роль различные факторы. Однако можно твердо сказать, что среди этиологических и предрасполагающих моментов возникновения пептической язвы анастомоза или тощей кишки на первом месте стоят повышенная кислотность и повышенная переваривающая способность желудочного сока.

Протеолитическая активность желудочного сока после операций на желудке у больных язвенной болезнью еще недостаточно изучена. Имеющиеся данные литературы свидетельствуют о снижении ее после резекции желудка. А. И. Гошкина, изучая пептическое действие желудочного сока у больных с резецированным желудком в различные сроки после операции, установила резкое снижение его, причем чем обширнее резекции, тем ниже переваривающая сила желудочного сока; после субтотальной резекции она практически отсутствует.

Т.А. Зайцева, исследовав переваривающую силу желудочного сока у 50 больных с резецированным желудком в первый месяц после операции, отмечала ее снижение как у больных с сохранившейся свободной соляной кислотой в желудочном соке, так и у больных с ахлоргидрией, наступившей после операции. Ферментативная активность желудочного сока, определяющаяся по способу Метта, колебалась в пределах 2-4-6 мм.

После операции слизистая тощей кишки приходит в прямое соприкосновение с кислым содержимым желудка. Обычная локализация пептической язвы по краю отводящей петли тощей кишки или прямо против соустья также указывает на непосредственное пептическое действие желудочного сока на незащищенную кишечную стенку, тогда как на край приводящей петли и сама петля сравнительно хорошо защищены от действия желудочного сока благодаря орошению щелочным дуоденальным содержимым.

Я. О. Гальперн считал, что гастроэнтеростомия явилась массовым экспериментов, лишний раз подтверждающим значение желудочного сока в патогенезе пептической язвы. Он отметил, что переваривающее действие желудочного сока может проявиться только при наличии расстройства питания стенки. Наложение клеммов при операции может способствовать язвенному процессу, но основная причина не в этих технических деталях. Такого же мнения придерживаются А.А. Попов, Г.Я. Гуревич, И.С. Епифанов, и Genens.

С.С. Юдин указывал на то, что в этиологии пептических язв чаще всего мы имеем дело с совокупностью многих причин, но основным, решающим и совершенно обязательным моментов следует все-таки считать переваривающее действие активного желудочного сока на незащищенную слизистую оболочку кишечника. Поэтому после гастроэнтеростомии пептические язвы возникают во много раз чаще, чем после резекции. Это объясняется тем, что гастроэнтеростомия почти никогда не снижает кислотности желудочного сока.

Wangensteen утверждает, что при короткой петле нейтрализация соляной кислоты желудочного сока происходит лучше , чем после наложения анастомоза на длинной петле. Это объясняется трем факторами: а. Снижением секреции панкреатического сока из-за нарушения дуоденального рефлекса; б. Расстоянием между желчным и панкреатическим протоками и гастроеюностомой; в. Нарастанием чувствительности нижележащих сегментов кишки и переваривающей активности желудочного сока.

Важной особенностью при язвенной болезни является то, что у больных вне пищеварения, даже ночью, натощак наблюдается значительная секреция кислого желудочного сока. В результате небольшое изъязвление в области анастомоза превращается в большую, незаживающую пептическую язву. С этой точки зрения ставится понятной неодинаковая частота развития пептических язв при различных типах гастроэнтеростомии.

Таким образом, из оперативных способов, предрасполагающих к развитию пептической язвы, наибольшее значение имеют соустья с брауновским энтероанастомозом и способ Ру. При них щелочные соки попадают в отводящий отрезок кишки, минуя участок кишки от желудочно-кишечного до межкишечного соустья. В этот отдел кишки поступает лишь кислое желудочное содержимое.

При полном выключении привратника рефлекторное возбуждение поджелудочной железы со стороны двенадцатиперстной кишки отсутствует, желудочный сок не ощелачивается панкреатическим и процент возникновения пептических язв резко увеличивается.

А.П. Попов на основании проведенной экспериментальной работы на животных пришел к следующим выводам.

1. Возникновение послеоперационной пептической язвы зависит от комплекса причин. Главную роль играет воздействие непосредственно желудочного содержимого на не привичную к этому стенку подшитой тонкой кишки. Второстепенная роль принадлежит механическим причинам, таким например, как употребление клеммов, нерассасывающего шовного материала и др.
2. пептические язвы у животных возникают как после наложения соустья, так и после резекции желудка по Бильрот 2. Чрезвычайно редко они развиваются после резекции желудка по Бильрот 1.
3. различные способны выключения привратника в одинаковой степени предрасполагают к образованию пептической язвы.

Сохранение высокой кислотности желудочного сока после полноценной резекции желудка объясняется тем что существуют три условия, при которых не достигается подавления кислотности:

1. распространение гормональной эдкинсоновской зоны влево больше, чем обычно, то обуславливает неполное удаление этой зоны и частичное сохранение второй, химической фазы секреции.
2. Первая, рефлекторная, фаза секреции, регулируемая блуждающими нервами, в зависимости от высоты резекции по малой кривизне и топографии блуждающих нервов также может сохраняться;
3. повышенная секреторная способность и реактивность самой слизистой желудка.

Таким образом, у некоторых больных после резекции желудка благодаря сохранению обоих регулирующих механизмов сохраняется высокая кислотность желудочного сока, что может привести к развитию пептической язвы.

В 1955 году Zollinger and Ellison описали синдром, включающий наличие пептической язвы, высокой кислотности желудочного сока и аденомы не секретирующих инсулин островковых клеток поджелудочной железы. С тех пор количество сообщений о сочетании язвенных диатезов с эндокринными нарушениями все увеличивается. Появляются описания случаев синдрома Золлингера-Эллисона у больных с опухолями других эндокринных желез, а также наблюдения этого синдрома у больных с полиэндокринным аденоматозом. Больные с такими опухолями являются постоянными носителями пептических язв, несмотря на неоднократное производство операций не желудке. Характерным для них является наличие высокой ночной секреции желудочного сока, содержащего большое количество свободной соляной кислоты.

Таким образом, патогенез послеоперационных пептических язв анастомоза или тощей кишки, так же как и гастродуоденальных язв, не может определяться каким-нибудь одним фактором. Скорее развитие пептической язвы обусловливается комплексом различных причин, из которых какая-нибудь одна в каждом отдельном случае играет ведущую роль. Надо полагать также, что некоторые операции предрасполагают к образованию пептических язв тонкой кишки: операция выключения привратника, передняя гастоэнтеростомия с брауновским анастомозом и др. Большая частота возникновения язв после применения этой группы операций подтверждает важность ощелачивания желудочного сока дуоденальным содержимым. Устранение этого фактора или его ослабление увеличивает возможность образования пептической язвы. Предрасполагающим моментом является также нарушение техники операций: недостаточная по объему резекция желудка, неправильный выбор места наложения анастомоза и длины приводящей петли тонкой кишки, использование неподходящего шовного материала и др. Все это - важные моменты, влияющие на функцию анастомоза и связанные с ней секреторные и моторные процессы в желудке. В некоторых случаях имеет значение и конституциональная предрасположенность.

***Клиника и диагностика пептических язв.***

Клинические проявления пептической язвы анастомоза или тощей кишки, так же как гастродуоденальной язвы, характеризуются большой вариабельностью. Следует, однако, отметить, что течение заболевания у больных с пептической язвой более тяжелое и имеет большую наклонность к осложнениям, чем у больных с гастродуоденальными язвами.

Основным симптомом пептической язвы является боль. Характер болей при язве анастомоза и тощей кишки чрезвычайно разнообразен. Больные обычно отмечают, что боли носят «иной» характер, чем бывшие до операции, причем часто новые страдания оказываются мучительнее прежних. Важным обстоятельством является их «сдвиг влево» по сравнению с прежними болями или в область пупка, в некоторых случаях они приобретают более распространенный характер. В начале заболевания боли обычно зависят от приема пищи. На интенсивность болей влияет также характер пищи: они более выражены после приема грубой, раздражающей пищи. Течение заболевания вначале нередко носит периодический характер, периоды обострения сменяются более или менее длительными «светлыми» промежутками. С течением времени эти промежутки укорачиваются, интенсивность болей достигает значительной степени. Теряется связь болей с приемом пищи. Боли обостряются при резких движениях, ходьбе, тряске, принимают постоянный характер. Сильные боли, боязнь принятия пищи нередко приводят больного к истощению. Болевым ощущениям обычно сопутствуют те или иные диспепсические расстройства: изжога, отрыжка тухлым, кислым, желчью, тошнота и рвота различной частоты, иногда с примесью крови. С другой стороны, следует отметить, что в некоторых случаях язв анастомоза и особенно тощей кишки рвота отсутствует. В происхождении диспепсических явлений существенную роль играет также и гастрит, как правило, сопутствующий пептической язве. Некоторые больные жалуются на запоры или поносы. В ряде случаев отмечается нарушение водного обмена, нередко понижение гемоглобина крови, ускорение СОЭ, нарушение функций сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.

Очень частым симптомом пептических язв является желудочно-кишечное кровотечение, проявляющееся либо в виде рвоты с примесью крови, либо черным стулом. Иногда кровотечения из пептических язв бывают значительными, даже профузными, угрожающими жизни больных.

При сочетании пептической язвы тощей кишки или анастомоза с желудочной или дуоденальной язвой боли носят весьма распространенный характер или локализуются преимущественной в подложечной области и в правом подреберье. Пальпаторные данные большей частью ограничиваются защитным напряжением и болезненностью в эпигастральной области и в области пупка.

При пептической язве тощей кишки после наложения передней гастроэнтеростомии иногда развивается инфильтрат, хорошо пальпирующийся в виде опухоли без четких контуров. Этот инфильтрат нередко может достигать больших размеров и быть резко болезненным при пальпации.

Известно, что после гастроэнтеростомии или резекции желудка часто имеется ускоренная эвакуация желудочного содержимого или забрасывание желчи из приводящей петли, в связи с чем иногда создается ложное представление о наличии ахилии.

Диагностика пептической язвы - это прежде всего использование фиброгастродуоденоскопии, однако наряду с этим методом используются методы определения кислотности желудочного сока, рентгенологические исследования.

По данным Н.С. Утешева и др. Стойкое анацидное состояние чаще говорит против пептической язвы. У больного с подозрением на пептическую язву анастомоза или тощей кишки *исследование желудочной* секреции должно производиться только фракционным способом с помощью тонкого зонда, что позволяет повторными откачиваниями желудочного содержимого получить кимотографическую картину функции желез желудка. При узком просвете зонда приходится пользоваться жидким пробным завтраком. Наиболее часто применяют следующие пробные завтраки:1. Мясной бульон, который вводят в количестве 30 мл в теплом виде; 2. Отвар капустных листьев по Лепорскому.

Большое значение в диагностике пептической язвы тощей кишки и анастомоза приобрели современные методы *рентгенологического исследования* рельефа слизистой при использовании высококонтрастной бариевой взвеси. Безусловную достоверность рентгенологический диагноз приобретает при установлении прямого признака - типичной «ниши». Однако иногда за симптом «ниши» ошибочно принимают деформацию культи желудка или области анастомоза вследствие перигастрита или перекрест складок слизистой. Особенно часто за язвенную нишу анастомоза принимают всякого рода карманы и дивертикулы, образующиеся в результате ушивания культи желудка или подшивания стенки приводящей петли тощей кишки для уменьшения забрасывания в нее пищи. Поэтому всякую нишу следует стремиться наблюдать в разных положениях и тщательно оценивать наличие окружающего вала и изменений рельефа окружающей слизистой. Несоблюдение этих основных положение нередко приводит к ложному обнаружению ниши в области анастомоза или в тощей кишке, тем более что в этой области нередко имеются стойкие воспалительные изменения и спаечный процесс, меняющие нормальную конфигурацию этих органов. При глубоко проникающих в соседние органы больных язвах тощей кишки наряду с нишей обнаруживается горизонтальный уровень бария с воздушным пузырьком над ним. С другой стороны, при наличии пептической язвы далеко не всегда удается установить симптом ниши. Особенно трудно найти его при неглубоких, плоских поражениях, а также при обширных сращениях, плохой смещаемости и при недостаточной функции анастомоза. Поэтому следует придавать значение не только прямым, но и косвенным рентгенологическим признакам пептической язвы. К ним относятся резко выраженные воспалительные изменения слизистой желудка в области анастомоза или тощей кишки, строго локализованная болезненность в этой области и нарушения функции анастомоза.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

К консервативным методам лечения относится противоязвенная терапия.

1. антисекреторные препараты:
2. блокаторы Н2-гистаминорецепторов ( циметидин, ранитидин, фамотидин). Данные препараты угнетают секрецию желудочного сока, что связано с блокадой Н2-рецепторов в стенке желудка. Препараты угнетают спонтанную секрецию и секрецию стимулированную гистамином, пентагастрином, кофеином, а также растяжением желудка.
3. блокаторы протонной помпы (лосек). Препарат липофилен, легко проникает в париетальные клетки слизистой оболочки желудка, концентрируется в них и оказывает цитопротекторное действие.
4. Цитопротекторы (де-нол, вентер). Де-нол - коллоидный субцитрат висмута, оказывает антацидное и обволакивающее действие. Вентер - основная алюминивая соль октасульфата сахарозы. Препарат нейтрализует кислоту желудочного сока, угнетает секрецию пепсина. При поступелнии в желудок на поверхности слизистой оболочки образует полимерную защитную пленку и оказывает цитопротекторное действие.
5. Антациды (альмагель, фосфалюгель). Комбинированые препараты, содержащие коллоидный гель и магния окись с добавлением D-сорбита. Оказывают антацидное, адсорбирующее, обволакивающее действие.
6. Антибиотики (трихопол, амоксициллин). Данные препараты оказывают действие на Campillobacter, которая обязательно присутствует при язвенной болезни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Повторные операции по поводу пептических послеоперационных язв анастомоза или тощей кишки представляют одну из наиболее сложных проблем хирургии. Они производятся почти всегда в условиях резко измененных топографо-анатомических соотношений органов брюшной полости, нередко с тяжелыми патофизиологическими нарушениями в организме больного в результате предыдущих операции и вновь развившихся тяжелых патологических процессов в желудке, тощей кишке, часто в поперечноободочной и в других соседних органах. Эти операции отличаются большой сложностью и вариабельностью, требуют от хирурга большого опыта, хорошей ориентировки в сложных взаимоотношениях органов и предусмотрительности в выборе способа и масштаба операции, безупречного владения методикой и техникой выполнения этих сложных вмешательств.

В настоящее время установлено, что пептические язвы анастомоза или тощей кишки плохо поддаются терапевтическому лечению, больным страдающим этим заболеванием, рано или поздно приходится производить операцию.

Реконструктивные операции при пептических язвах после резекции желудка.

Наибольшую трудность для хирурга и опасность для больного представляют повторные реконструктивные операции на желудке по поводу пептических язв соустья или тощей кишки, развившихся после его резекции.

СХЕМА ОПЕРАЦИИ:

При пептической язве анастомоза или тощей кишки, развившейся после резекции желудка по Бильрот 2, распространенной реконструктивной операцией является повторная резекция культи желудка вместе с анастомозом и язвой. Методика операции в деталях различна в зависимости от вида анастомоза - переднего или заднего. При заднем анастомозе производят его выделение из отверстия в mesocolon. Брыжейку резецируемой тощей кишки мобилизуют, оба колена тощей кишки пересекают и анастомоз с язвой остается в связи желудком. Непрерывность тонкого кишечника восстанавливают путем наложения энтероэнтероанастомоза конец в конец. Далее производят мобилизацию культи желудка по большой и малой кривизне и резецируют ее в месте с анастомозом. Затем культю повторно резецированного желудка анастомозируют с тощей кишкой на короткой петле по Финстереру. Накладывать анастомоз культи желудка с тощей кишкой на длинной петле с брауновским анастомозом невыгодно, так как этот вид анастомоза может повести вновь к развитию пептической язвы, что обусловлено отсутствием нейтрализации желудочного сока дуоденальным содержимым в области гастроэнтероанастомоза, кислотность которого даже после повторной резекции желудка может оставаться на довольно высоких цифрах.

Особенно большие трудности представляют реконструктивные операции при пептических язвах, развившихся после резекции желудка с наложенным анастомозом на очень короткой петле, так как накладывать энтероэнтероанастомоз приходится в глубине, при наличии очень небольшого участка стенки приводящей петли тощей кишки. В этом случае необходимо рассечь трейцеву связку, что приведет к возможности дополнительной мобилизации приводящей петли и ее удлинения.

При пептической язве после резекции желудка по Бильрот 2 с передним анастомозом и брауновским энтероэнтероанастомозом может быть произведено пересечение тощей кишки выше энтероэнтероанастомоза, который сохраняется. Дефект в кишке ушивают, а само соустье остается и обеспечивает непрерывность кишечника. Пересечь тощую кишку можно и ниже брауновского анастомоза. Тогда непрерывность тонкого кишечника восстанавливают наложением энтероэнтероанастомоза конец в конец. После дополнительной мобилизации культи желудка вместе с анастомозом в первом и двумя анастомозами во втором случае желудок резецируют с дальнейшим наложением анастомоза по Финстереру на короткой петле.

При пептической язве анастомоза или тощей кишки, развившейся после резекции желудка по Полиа-Райхель, повторная операция состоит в выделении анастомоза из окна брыжейки поперечноободочной кишки, перенесении приводящей петли у верхнего края анастомоза, отводящей у нижнего края, повторной резекции культи желудка вместе с анастомозом. Затем производят анастомозирование культи желудка с тощей кишкой по Финстереру на короткой петле или же, в крайнем случае, на длинной петле с добавлением брауновского энтероэнтероанастомоза.

Некоторые авторы настаивают на целесообразности производства резекции желудка по Бильрот 1 при пептических язвах анастомоза или тощей кишки.

Необходимо знать, что повторные операции на желудке при пептических язвах, развивающихся после его резекции, желательно, если это технически выполнимо, дополнять поддиафрагмальной ваготомией. Как показали наши наблюдения, не редки случаи, когда после повторной резекции желудка кислотность его остается на высоких цифрах и у больного вновь развивается пептическая язва. Произведенная ваготомия может исключить основной фактор повторного развития пептической язвы то есть снизить кислотность желудочного сока.

Во время операций по поводу пептических язв, развившихся после гастроэнтеростомии, а особенно после резекций желудка, тщательному визуальному и пальпаторному исследованию должна подвергаться поджелудочная железа. Особенно необходимо такое исследование у больных у которых пептическая язва развилась после неоднократных операций. Целью исследования является выявление возможной опухоли поджелудочной железы, которая в ряде случаев может быть причиной вызывающей гиперсекрецию и повышенную кислотность желудочного сока. Обнаруженная опухоль должна быть удаления, так как она является причиной развития пептической язвы у такого больного.

Больные, перенесшие тяжелые реконструктивные операции на желудке и кишечнике по поводу пептических послеоперационных язв, нуждаются в особо тщательном послеоперационном уходе. Они, как правило, ослаблены тяжелой болезнью, а оперативное вмешательство является чрезвычайно травматичным. Наряду с такими мероприятиями, как подкожные и внутривенные вливания физиологического раствора с глюкозой для восполнения нарушенного водного баланса, для питания организма целесообразно внутривенное переливание плазмы. Так как операции в большинстве случаев сопровождаются значительной кровопотерей, то переливание крови во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде является незаменимым средством.

С целью предотвращения застоя содержимого в культе желудка целесообразно после операции постоянная аспирация с помощью тонкого зонда, проведенного через носовой ход и соединенного с трехбаночным отсосом.

Реконструктивные операции при пептических язвах после гастроэнтеростомии.

Для лечения больных с пептическими язвами соустья и тощей кишки, развившихся после наложения гастроэнтероанастомоза, был предложен целый ряд радикальных и паллиативных операций. Паллиативные операции заключаются в иссечении язвы с анастомозом и наложении нового желудочно-кишечного соустья, в наложении добавочного гастроэнтероанастомоза. Однако многие авторы указывают на то, что эти методы дают лишь временное улучшение и после их применения весьма часты новые, более тяжелые осложнения, требующие повторных операций в еще более сложных условиях.

Наиболее рациональным вмешательством при пептических язвах анастомоза или тощей кишки, развивающихся после гастроэнтеростомии, является радикальная операция с обязательной резекцией желудка вместе с анастомозом, язвой и участком тощей кишки. Последовательность операции несколько меняется в зависимости от наличия заднего или переднего гастроэнтероанастомоза.

При заднем гастроэнтероанастомозе эта операция производится по следующему плану. Первый этап состоит в мобилизации желудка по большой кривизне по обе стороны от анастомоза и выделении последнего из окна в брыжейке поперечноободочной кишки. Эта манипуляция должна быть очень осторожной, так как возможно повреждение средней толстокишечной артерии, которая часто вовлекается в язвенный инфильтрат. Для этого следует держаться как можно ближе к стенкам анастомоза и контролировать пульсацию брыжеечных сосудов. Повреждение средней толстокишечной артерии может повести к необходимости резекции поперечноободочной кишки, что намного усложняет операцию и ухудшает прогноз.

Следующий этап операции заключается в выделении петель тонкой кишки по обе стороны от анастомоза, в пределах здоровых их отделов, вне язвенного инфильтрата. При этом могут встретиться трудности в период мобилизации приводящей петли тощей кишки, особенно если анастомоз был наложен на очень короткой петле. В таком случае приходится рассекать трейцеву связку для удлинения приводящей петли либо применять способ Мельникова, заключающийся в сохранении стенки кишки со стороны брыжейки и восстановлении ее непрерывности наложением анастомоза на оставшиеся 3/4 ее окружности. Этот способ не всегда выполним в силу встречающихся иногда больных воспалительных и рубцовых изменений в области анастомоза.

Nissen предлагает в этих случаях производить ушивание пилорического конца двенадцатиперстной кишки и в области дуоденоеюнальной связки, а затем накладывать анастомоз между тощей кишкой и оральной частью двенадцатиперстной кишки с последующей резекцией желудка, наложением гастроэнтероанастомоза и брауновского анастомоза. Если приводящий отрезок тощей кишки достаточен по длине, то после перевязки соответствующего участка брыжейки пересекают оба колена кишки у анастомоза. Резецированный участок тонкой кишки с пептической язвой остается в связи с желудком. Концы участка резецированной кишки туго перевязывают лигатурами и изолируют марлевыми салфетками. Непрерывность тонкого кишечника восстанавливают наложением анастомоза конец в конец. Отверстие в брыжейке тонкой кишки ушивают несколькими швами.

После окончания тонкокишечного анастомоза переходят к мобилизации желудка по малой кривизне, пересекают двенадцатиперстную кишку и ушивают культю ее. Эта манипуляция не всегда бывает простой и типичной, так как пептические язвы тощей кишки и анастомоз часто сочетаются с язвой двенадцатиперстной кишки либо ее рубцовым стенозом. Последний этап операции заключается в резекции желудка вместе с анастомозом, пептической язвой и выключенным участком тощей кишки. При пенетрирующей пептической язве производят обработку дна ее в поджелудочной железе, в брыжейке поперечноободочной кишки или в других органах, затем культю желудка анастомозируют с короткой петлей тощей кишки, а в случаях, когда брыжейка поперечноободочной кишки рубцово изменена, то с длинной петлей впереди поперечноободочной кишки с дополнительным межкишечным анастомозом.

ПРОФИЛАКТИКА. Профилактика развития пептической язвы анастомоза заключается в технически правильно проведенной операции ( предпочтительна резекция желудка по Бильрот 1 так как при этой операции гастроэнтероанастомоз максимально физиологичен; при операциях по Бильрот 2 необходимо оставление приводящей петли оптимальной длины, достаточная резекция желудка - удаление гормональной зоны желудка). Также необходимо во время операции исключить гормонпродуцирующую опухоль поджелудочной железы - гастриному. В последующем необходимо проводить курсы противоязвенной терапии, наблюдаться у гастроэнтеролога.

ДНЕВНИК КУРАЦИИ.

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Содержание |
| 3.02.97. | Жалобы: на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку.  Объективно: температура 36.6, состояние больной средней тяжести. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен беловато-желтоватым налетом.  Живот симметричный, при пальпации определяется резкая болезненность в эпигастральной области. |
| 4.02.97. | Жалобы: не изменились.  Объективно: температура 36.6, состояние больной средней тяжести. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен беловато-желтоватым налетом.  Живот симметричный, при пальпации определяется резкая болезненность в эпигастральной области. |
| 5.02.97. | Жалобы: на появление болей высокой интенсивности в эпигастральной области, ночью из-за болей больная не может спать, после введения спазмолитических средств внутривенно ( платифиллин) боли стихли, однако через час возобновились.  Объективно: температура 36.6, состояние больной средней тяжести. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен беловато-желтоватым налетом.  Живот симметричный, при пальпации определяется резкая болезненность в эпигастральной области. Положительный симптом Менделя. |
|  |  |

ЭПИКРИЗ.

Больная x 59 лет поступила в клинику хирургических болезней имени В.А. Оппеля 1.02.97. с жалобами: на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи. Из анамнеза известно что страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 1970 года, в 1980 году диагностирована язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В 1991 году произведена резекция желудка по Бильрот 2 в модификации Гофмейстера-Финстерера в связи с перфорацией язвы желудка. Не смотря на постоянную противоязвенную терапию состояние после операции улучшилось на короткое время. До настоящего времени отмечала постоянные боли в эпигастральной области.

В клинике проведено обследование (клинический и биохимический анализы крови, фиброгастродуоденоскопия, контрастное исследование желудка) в результате которого выявлена язва анастомоза диаметром 4 см с пенетрацией в поджелудочную железу. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и инструментального обследования поставлен диагноз: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера. Пептическая язва анастомоза. Пенетрация в поджелудочную железу.

В связи с тем, что у больной имеется язва анастомоза, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу, а также имеется прогрессивное нарастание интенсивности болей, ухудшение общего состояния больной после предоперационной подготовки (восстановление электролитных нарушений, коррекция кислотно-щелочного равновесия и белкового обмена) показана ререзекция желудка.

Подпись куратора

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Н.Н. Трапезников , А.А. Шайн. Онкология, учебник. Москва, медицина 1992 год.
2. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Болезни желудка и 12-перстной кишки. Москва , медицинца 1981 год.
3. Частная хирургия, учебник под редакцией профессора Лыткина М.И. 1991 года, ВМА.
4. Усатов Н.Н. Клиника и диагностика болезней оперированного желудка. Ленинград, Медицина, 1989 год.
5. Лекционный материал.