

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Г.Ц. Дамбаев, Н.Э. Куртсеитов,
М.М. Соловьев, А.Н. Вусик, В.В. Скиданенко,
О.А. Фатюшина, Е.А. Авдошина, Т.В. Дубакова**

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ

Учебное пособие

Под редакцией проф. Г.Ц. Дамбаева

ТОМСК
Издательство СибГМУ
2019

УДК 616.33/.342–089.168.1–06 (075.8)

ББК 54.574.652я73+54.53я73

П 206

Авторы:

Г.Ц. Дамбаев, Н.Э. Куртсеитов,
М.М. Соловьев, А.Н. Вусик, В.В. Скиданенко,
О.А. Фатюшина, Е.А. Авдошина, Т.В. Дубакова

П 206 Патологические синдромы после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке: учебное пособие / Г.Ц. Дамбаев [и др.]; под ред. Г.Ц. Дамбаева. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2019. – 81 с.

В учебном пособии представлены классификация, клинические проявления и лечение основных патологических синдромов, развивающихся после оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке.

Издание предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов, клинических ординаторов, врачей общей практики.

УДК 616.33/.342–089.168.1–06 (075.8)

ББК 54.574.652я73+54.53я73

Рецензенты:

Тихонов В.И. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Кошель А.П. – доктор медицинских наук профессор, хирург высшей категории, главный врач ОГАУЗ Городской клинической больницы № 3 им. Б.И. Альперовича, г. Томск.

Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 96 от 31 августа 2018 г.).

© Дамбаев Г.Ц., Куртсеитов Н.Э., Соловьев М.М.,
Вусик А.Н., Скиданенко В.В., Фатюшина О.А.,
Авдошина Е.А., Дубакова Т.В. 2019

© Издательство СибГМУ, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
Введение.....	5
1. ДИАГНОСТИКА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ	8
1.1. Физикальное обследование пациентов	8
1.2. Лабораторные методы исследования.....	20
1.3. Инструментальные методы исследования.....	25
1.4. Определение качества жизни.....	37
2. КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.....	41
3. ДЕМПИНГ-СИНДРОМ	44
4. СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ.....	48
5. ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА И ТОЩЕЙ КИШКИ	50
6. РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ	53
7. ЩЕЛОЧНОЙ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ	56
8. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	58
Ситуационные задачи	59
Тестовые задания.....	67
Эталоны ответов на ситуационные задачи	73
Эталоны ответов на тестовые задания	73
Аттестационный лист (образец)	74
Заключение.....	75
Литература	76
Приложение	77

ПРЕДИСЛОВИЕ

Необходимость публикации настоящего пособия продиктована стремлением обеспечить учебный процесс на выпускных курсах медицинских университетов учебным материалом, в котором бы подробно освещался патогенез, клиника и диагностика довольно большой и разнообразной группы патологических синдромов, возникающих после операции на желудке и 12-перстной кишке, объединенных под общим названием «болезни оперированного желудка».

В последние годы студенты хорошо ориентированы и успешно применяют на практике национальные стандарты обследования и лечения больных с хирургическими заболеваниями. Особенно актуальны вопросы лабораторной и инструментальной диагностики, что, безусловно, с точки зрения доказательной медицины является правильным. Однако, навыки и знания физикальных методов обследования пациентов (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация), которые студенты получили на начальных курсах обучения, требуют осмысленного повторения. В этой связи мы уделили целую главу физикальному обследованию пациентов с патологическими состояниями оперированного желудка.

*Заведующий кафедрой госпитальной хирургии
с курсом сердечно-сосудистой хирургии
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАН,
Заслуженный деятель науки РФ*

Георгий Цыренович Дамбаев

ВВЕДЕНИЕ

Более ста лет назад Клод Бернар (1878), а затем В. Кеннон (1929) дали понятие о гомеостазе. На основе физиологических исследований они пришли к заключению о роли постоянства внутренней среды организма, к которому он стремится даже при воздействии экстремальных факторов внешней среды.

Проблемы гомеостаза, в которых отражаются разнообразные проявления относительной устойчивости организма и которые не характеризуются стабильностью процессов, приобрели обобщающее значение. Любой частный случай, находящийся в поле зрения исследователя, так или иначе, связан с изучением вопросов сохранения постоянства внутренней среды, компенсации нарушенных функций, взаимодействия организма с внешней средой, приспособительных реакций в возникшей на данный момент ситуации. С этих позиций стало возможным говорить о функциональном и структурном анализе частных аспектов проблемы гомеостаза на всех уровнях организации, начиная с субклеточного. Разумеется, организм, являясь сложной биологической системой, имеет огромные, но не безграничные возможности адаптации к изменившимся условиям внешней и внутренней среды. Нарушение или, в худшем случае, выпадение функции того или иного органа сопровождается напряженной компенсацией всех систем организма и его стремлением обеспечить если не первоначальный, то новый стационарный уровень, необходимый для сохранения жизнеобеспечения. В результате адаптации в перестройку организма вовлекаются сложные механизмы с участием таких компонентов, как нервная и эндокринная системы, с запуском не только специализированных, но и вспомогательных процессов саморегуляции.

Исследованиями И.П. Павлова, Б.П. Бабкина, Е.С. Лондона, И.А. Разенкова доказано функциональное единство органов пищеварения и их взаимосвязь на всех этапах переваривания пищи и всасывания продуктов ее расщепления.

В сложном процессе пищеварения одну из ведущих ролей играет желудок. Кроме своей резервуарной функции, он выполняет механическую обработку пищи, ее перемешивание и разжижение желудочным соком. После этого волнами желудочной перистальтики пища отдельными порциями эвакуируется в 12-перстную кишку. Это обеспечивает синхронное поступление в просвет кишечника сока поджелудочной железы и желчи. Количество и ферментативный состав пищеварительных соков, поступающих в 12-перстную кишку, находятся в прямой зависимости от объема и вида принимаемой пищи. В этой корреляции особое значение придается рефлексам, идущим со слизистой 12-перстной кишки, особенно фатерова соска, на основные пищеварительные железы (поджелудочная железа и печень) с участием гастроинтестинальных гормонов (гастрин, секретин).

Помимо чисто резервуарной функции желудок непосредственно участвует в ферментативной обработке пищи; здесь наступает первая фаза расщепления белков. Высокая кислая среда желудочного сока обезвреживает организм от па-

тогенных микроорганизмов, поступающих в желудочно-кишечный тракт из внешней среды. В то же время соляная кислота желудочного сока является естественным раздражителем внешне-секреторной функции поджелудочной железы.

Путем выделения особых белковых соединений (гастромукопротеинов) слизистая желудка принимает участие во всасывании и освоении витамина В₁₂ и, следовательно, в кроветворной функции организма (инкреторная функция желудка). Выделительная (эксреторная) функция слизистой желудка приобретает особое значение при некоторых патологических состояниях, когда основные эксреторные органы (почки, печень) функционально не обеспечивают очищение организма от «шлаков» – продуктов метаболизма.

И, наконец, путем выделения ионов хлора слизистая желудка участвует в регуляции кислотно-щелочного равновесия и электролитного баланса организма. Хирургическое лечение язвенной болезни в настоящее время осуществляется преимущественно операцией резекции желудка, при которой удаляется его часть. Кроме того, если резекция желудка производится по методу Бильрот-П, то после создания гастроюнального анастомоза 12-перстная кишка с её богатыми рефлексогенными и гормональными зонами оказывается выключенной из пищеварения.

В сложной иерархии структур, функций и органов 12-перстная кишка (ДПК) занимает особое место. Она является центральным звеном регуляции деятельности органов пищеварения. Как никакой другой отдел желудочно-кишечного тракта, ДПК обладает мощными рефлексогенными зонами, с которых осуществляются рефлекс, принимающие участие в регуляции многих функций организма. Известно, что многочисленные гормоны ДПК активно участвуют в адаптационных реакциях, конечным результатом которых является обеспечение устойчивого состояния организма.

Резекция желудка, ставшая методом выбора при хирургическом лечении осложнений язвенной болезни, в отдаленном периоде дает определенный процент неудовлетворительных результатов, выражающихся в нарушении процесса пищеварения в различных формах и проявлениях. По литературным данным, он колеблется от 6% до 80%. Если принимать во внимание, что в России ежегодно производится более 30 000 резекций желудка, то число людей, страдающих различными пострезекционными нарушениями, значительно. Поэтому изучение вопросов патогенеза патологических синдромов после резекции желудка, разработка мер их профилактики и лечения имеет большое социальное и экономическое значение.

Коллектив кафедры и клиники госпитальной хирургии СибГМУ внес существенный вклад в исследование патологических состояний, возникающих после операции на пищеводе, желудке и ДПК. История госпитальной хирургической клиники Сибирского государственного медицинского университета им. А.Г. Савиных насчитывает 126 лет и связана, прежде всего, с именами таких выдающихся хирургов и организаторов хирургической службы, как Эраст Гаврилович Салищев, Платон Иванович Тихов, Николай Иванович Березнеговский, Андрей Григорьевич Савиных. Особого внимания заслуживают труды

В.Д. Добромыслова – создателя и основоположника торакоплеврального метода в хирургии. Во всем мире хирургический доступ к органам грудной полости и средостения (пищеводу, крупным сосудам, легким, сердцу) проводят по Добромыслову. Достижения клиники связаны с разработанными в деталях физиологическим направлением в хирургии, смысл которого заключается в стремлении хирурга после операции восстановить физиологическую функцию оперированного органа. Для этих целей под руководством А.Г. Савиных была детально изучена секреторная функция поджелудочной железы, эвакуаторная и моторная функция желудка и кишечника, желчевыделение, состояние обмена веществ в послеоперационном периоде. Предложен новый доступ к органам средостения через брюшную полость и широкое рассечение диафрагмы, который во всем мире называется: «сагитальная диафрагмокруротомия по А.Г. Савиных». А.Г. Савиных и его коллеги разработали оригинальную методику резекции желудка, которая была доведена до совершенства во время применения в клинике.

Особенности резекции желудка по методике А.Г. Савиных заключаются в следующем:

- отказ от использования жомов, раздавливающих и травмирующих ткани, участвующие в формировании анастомозов;
- прошивание сосудов подслизистого слоя желудка и тонкой кишки;
- использование съемного «шва Пенелопы» при обработке культи желудка;
- наложение серо-серозных швов на приводящую петлю и ротация по оси приводящей петли при резекции по второму способу Бильрот.

Сотрудниками кафедры госпитальной хирургии Т.И. Цеханович и А.Н. Вусик в 1976 году были разработаны методы профилактики и лечения синдромов после резекции желудка. В настоящее время коллектив кафедры и клиники под руководством члена корреспондента РАН Дамбаева Г.Ц. работает над совершенствованием реконструктивно-восстановительных технологий в хирургической гастроэнтерологии с формированием физиологических, артерифлюксных жомно-клапанных анастомозов.

Следует сказать, что болезни оперированного желудка, как сравнительно новый раздел брюшной хирургии, в систематизированном и полном изложении нигде не представлены. В руководствах по оперативной хирургии и хирургическим болезням об этом говорится вскользь. В периодической печати имеется разрозненный материал, в котором авторы излагают свои личные наблюдения по какому-то одному вопросу этой большой и сложной проблемы.

Вопрос о болезнях оперированного желудка актуален и после выполнения ваготомии в различных ее вариантах. Оказалось, что после ваготомии (особенно стволовой) нередко отмечаются рецидивы, стойкие эвакуаторные нарушения деятельности желудка, диарея, не поддающаяся консервативной терапии, стенозы в участках, где производилась пилоропластика, и т. д. В таких случаях часто приходится идти на повторную операцию, чтобы восстановить нормальную моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта, или производить резекцию желудка вместе с незажившей (рецидивировавшей) язвой.

1. ДИАГНОСТИКА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ

1.1. Физикальное обследование пациентов

Обследование пациентов

Патологические симптомы, развивающиеся после операций на желудке и ДПК, от верификации которых зависит правильно сформулированный диагноз и проведение патогенетически обоснованного лечения, выявляются при субъективном (расспрос) и объективном обследовании больного, которые проводятся в строгой последовательности: сначала – осмотр, затем – пальпация, следующим этапом – перкуссия и аускультация. Кроме того, к объективным исследованиям с точки зрения доказательной медицины относятся дополнительные методы исследования: лабораторные и инструментальные исследования.

Субъективные методы исследования

Основным этапом субъективного обследования является расспрос. Методически правильно проведённый расспрос, целью которого является выявление жалоб пациента, тщательное в хронологическом порядке изучение начала и развития настоящего заболевания. Во время расспроса о симптомах и развитии самой болезни от врача требуется создание доверительного диалога с активным участием пациента. На основании полученной информации в результате расспроса необходимо сформулировать предварительный диагноз и назначить план обследования.

Жалобы

Нервно-психические расстройства: отрицательные эмоции, физические, умственные нагрузки, заболевания нервной системы, травмы являются существенными факторами развития язвенной болезни желудка и ДПК. После операции психические нарушения приобретают более выраженный характер и дополняются новыми симптомами, такими как раздражительность, эмоциональная неустойчивость, снижение работоспособности. Развиваются депрессивные состояния. В этой связи от врача требуется внимательно и терпеливо дать возможность пациенту изложить свои ощущения. Только после этого необходимо задать дополнительные вопросы для уточнения характера и связи патологических симптомов с возможными вариантами постгастрорезекционных расстройств, которых на сегодняшний день описано более 80. Большинство расстройств клинически проявляются болевыми ощущениями, что требует от исследователя детально изучить индивидуальные особенности болей, их интенсивность при каких условиях возникают, особенно связь с

погрешностями в диете. Приступы резкой слабости, головокружения, сердцебиения, возникающие через 15–20 мин после приема пищи, особенно молочных и сладких блюд являются клиническими признаками демпинг-синдрома, которые часто сочетаются с другими патологическими симптомами.

В клинической практике условно выделяют пять категорий жалоб:

- 1) сосудистые и нейровегетативные: приступы слабости, побледнения и чувство жара с покраснением лица, дрожание пальцев и кисти, головокружение, потемнение в глазах, холодный пот. Характерные жалобы имеют четкую взаимосвязь с приемом пищи и наблюдаются во время демпинговой реакции;
- 2) диспептический и абдоминальный дискомфорт: отсутствие аппетита, тошнота, срыгивание, рвота, урчание в животе, жидкий или неустойчивый стул, запоры. Данные клинические жалобы, обусловлены нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и развившимися в послеоперационном периоде нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы;
- 3) метаболические нарушения: исхудание, хроническая железодефицитная анемия, слабость, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, эректильная дисфункция;
- 4) периодически возникающие боли по всему животу различной интенсивности и характера, обусловленные воспалительными изменениями печени и поджелудочной железы, дуоденостазом и спаечным процессом после операции;
- 5) постгастрорезекционная астения: раздражительность, плаксивость, бессонница, частые головные боли, фиксационная невралгия.

Анамнез настоящего заболевания

Методически правильно в хронологической последовательности выяснить начало и развитие заболевания. Необходимо подробно выяснить по поводу какого заболевания выполнено оперативное вмешательство. На современном этапе развития у хирургов имеется большой арсенал вариантов резекции желудка в различных модификациях, и для каждого из этих методов в послеоперационном периоде характерны специфические осложнения.

В этой связи мы предлагаем в клинической практике использовать алгоритм сбора анамнеза настоящего заболевания:

1. Когда выполнена резекция желудка?
2. Какое заболевание послужило поводом для оперативного вмешательства?
3. Операция выполнялась в плановом порядке или в порядке экстренной помощи? Так как оперативные вмешательства, выполняемые в порядке неотложной помощи при осложнениях язвенной болезни (перфорация, кровотечение) носят жизнеспасаящий характер. В этом случае физиологически обоснованные, но более сложные оперативные технологии не применяются;
4. Изучение медицинской документации, имеющейся в амбулаторной карте больного. Особое внимание необходимо уделить «Выписке из истории

- болезни» при которой выполнено оперативное вмешательство;
5. При каких условиях и через какое время после операции появились первые признаки настоящего заболевания?
 6. Какое реабилитационное лечение и обследование проводилось на догоспитальном этапе?
 7. Субъективная оценка пациентом результатов проводимого лечения.
 8. Проводилась ли медико-социальная экспертиза трудоспособности больного?

Анамнез жизни – anamnesis vitae

Обязательным этапом исследования пациента, является анализ истории жизни, который проводится со слов пациента в деликатной форме и в строгой последовательности. Целью изучения медицинской биографии больного является глубокий анализ этиологии и патогенеза настоящего заболевания. Возможна связь заболевания с географической зоной рождения, наследственностью, условиями жизни, образованием, материальным состоянием, производственными вредностями, физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Алгоритм сбора анамнеза жизни:

1. Биографические сведения: место и время рождения, возраст родителей на период рождения, каким ребенком в семье родился, детские болезни, занятия спортом, прохождение военной службы, в каких войсках, на какой должности и специальности (если нет, то по какой причине).
2. Информация об образовании, которая позволит оценить интеллектуальный потенциал пациента и прогнозировать его комплаентность.
3. Профессиональный анамнез: необходимо выяснить наличие профессиональных вредностей (радиочастотное, ультразвуковое и ионизирующие излучения, контакты с агрессивными жидкостями, работа в шахтах, воздействия высоких и низких температур). Особого внимания заслуживают профессии, которые связаны с психоэмоциональным напряжением: учителя, летчики и врачи. Знание условий труда пациента позволит врачу провести патогенетически обоснованную терапию и реабилитацию.
4. Жилищные условия и материальная обеспеченность изучается для оценки возможностей соблюдения режима питания и отдыха, что для пациентов с постгастрорезекционным синдромом имеет первостепенное значение в послеоперационном периоде.
5. Ранее перенесенные операции, заболевания и травмы. В результате первичной операции нарушается взаимосвязь всех органов и систем, что приводит к нарушениям процесса пищеварения и развитию синдромов мальабсорбции и мальдигестии.
6. Эпидемиологический анамнез (контакт с инфекционными больными, инъекции, хирургические вмешательства, перенесённые ранее инфекционные заболевания, переливания крови).
7. Гинекологический анамнез (характер менструаций, течение беременностей)

и родов, аборт, климакс). Необходимо также выяснить информацию о мерах контрацепции (длительное использование гормональных препаратов).

8. Вредные привычки, в том числе прием наркотиков. Курение является фактором риска заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Алкогольная интоксикация влияет на нервную систему, изменяет функционирование жизненно важных органов, особенность их течения.
9. Аллергологический анамнез (прежде всего, аллергические реакции на лекарства и диагностические препараты. У большей части населения отмечается сенсibilизация к различным аллергенам (пыльца, продукты и другие).
10. Наследственность. Очень важным является изучение наследственного анамнеза, т. е. сведений о состоянии здоровья родителей и близких родственников. Вначале собирают сведения об отце и матери, а затем о родственниках по восходящей (дедушки и бабушки) и по боковым линиям.
11. Страховой анамнез, наличие страхового полиса, группы инвалидности (группа инвалидности может быть дана не по медицинским, а по социальным причинам).

При сборе анамнеза желательно стремиться к возможно более откровенной беседе с больным, создавая психологическую атмосферу доверия, уверенности больного в важности и необходимости лечебных мероприятий.

Объективные методы обследования

Объективные методы обследования больного позволяют получить сумму достоверных симптомов, необходимую для того, чтобы установить диагноз. Объективное исследование состоит из:

- 1) осмотра;
- 2) ощупывания (пальпация);
- 3) выстукивания (перкуссия);
- 4) выслушивания (аускультация).

Общий осмотр

Осмотр является основным объективным физическим методом клинического обследования. Он начинается при первом общении с пациентом. Различают общий и местный осмотры.

При общем осмотре определяют состояние сознания, выражение лица, положение, походку, осанку, общий вид, телосложение, состояние кожи и видимых слизистых, волосяного покрова и ногтей, подкожно-жировой клетчатки, опорно-двигательного аппарата; измеряют температуру тела и антропометрические показатели.

Общий осмотр больного проводится при хорошем освещении (прямом и боковом), в горизонтальном и вертикальном положении. Туловище и грудную клетку лучше осматривать в вертикальном положении обследуемого; живот – в вертикальном и горизонтальном положениях. При внешнем осмотре больных с постгастрорезекционным синдромом обращает на себя внимание пониженное

питание, достигающее иногда до степени истощения. В тяжелых случаях наблюдаются безбелковые отеки с резко выраженными дистрофическими изменениями внутренних органов. С прогрессированием тяжести заболевания увеличивается дефицит массы тела пациента.

Оценивают положение в постели (активное, пассивное, вынужденное) пассивное положение встречается при бессознательном состоянии или при крайней слабости и истощении. Вынужденное положение пациент принимает для облегчения своих страданий (уменьшения болей, одышки). Оценка положения тела имеет значение для определения тяжести состояния больного.

Важным моментом является оценка телосложения и типа конституции (астеническое, гиперстеническое, нормостеническое). Это важно выяснить, так как расположение внутренних органов у астеников и гиперстеников различно. И, наконец, оценка осанки и походки может свидетельствовать о состоянии опорно-двигательного аппарата. Таким образом, оценивается:

- 1) форма грудной клетки;
- 2) наличие отеков, которые могут быть местными и общими (анасарка);
- 3) состояние лимфатических узлов.

Исследование лимфатических узлов проводят в одноименных симметричных областях, начиная с подчелюстных.

Осмотр кожи и слизистых оболочек

Осмотр кожи позволяет выявить изменение окраски, шелушение, пигментацию, сыпь, кровоизлияния, пролежни, рубцы и т. д. Изменение цвета кожи зависит от тяжести нарушений всех видов метаболизма, развивающиеся после операции на желудочно-кишечном тракте, толщины кожи, просвета сосудов кожи. Цвет кожи может меняться из-за отложения в ее толщине пигментов.

Бледность кожи и слизистых может быть постоянной и временной. Постоянная бледность может быть связана с острыми и хроническими кровопотерями (например, маточное кровотечение, язвенная болезнь). Также бледность бывает при анемии, обмороках. Временная бледность может возникнуть вследствие спазма кожных сосудов во время озноба, при испуге и охлаждении.

Аномальная краснота кожи зависит от вазодилатации и избыточного наполнения кровью мелких сосудов (наблюдается при психическом возбуждении). Покраснение кожи может появляться у некоторых больных из-за большого количества эритроцитов и гемоглобина в крови (полицитемия).

Цианоз – это синевато-фиолетовая окраска кожи и слизистых оболочек, связанная с избыточным накоплением в крови углекислого газа и снижением уровня кислорода. Выделяют общий и местный цианоз. Общий цианоз развивается при сердечной и легочной недостаточности; при некоторых врожденных пороках сердца, когда часть венозной крови, минуя малый круг кровообращения, смешивается с артериальной; при отравлении ядовитыми веществами (бертолетова соль, анилин, нитробензол), превращающими гемоглобин в метгемоглобин. Акроцианоз может наблюдаться при многих заболеваниях легких вследствие гибели их капилляров (пневмосклероз, эмфизема, хроническая

пневмония). При местном цианозе окраска изменяется лишь на отдельных участках тела. Данная форма может возникать при закупорке или сдавлении вен, чаще на почве тромбоза.

Желтуха – окрашивание кожи и слизистых оболочек вследствие отложения в них пигментов желчи (билины). Истинную желтуху, от пожелтения другого генеза (загар, применение акрихина), отличает пожелтение склер и слизистой твердого неба. Интенсивность желтушной окраски варьирует от светло-желтой до оливково-зеленой. Слабая интенсивность желтушности называется субиктеричностью.

Желтушное окрашивание кожи наблюдается при избыточном содержании билинов в крови. Это может происходить, когда нарушается нормальный отток желчи из печени в кишечник по желчному протоку при закупорке его, например, желчным камнем или опухолью, а также при спайках и воспалительных изменениях в желчных путях. Такая форма желтухи называется механической или застойной.

Количество желчных пигментов в крови может увеличиваться при заболевании печени (гепатит), когда желчь, образовавшаяся в гепатоците, частично поступает обратно в кровеносные сосуды, а не только в желчные протоки. Такая форма желтухи называется паренхиматозной или печеночной.

Встречается и гемолитическая (надпеченочная) желтуха. Она развивается в результате значительного разрушения эритроцитов (гемолиз), из которых освобождается много гемоглобина, являющегося субстратом билирубина. Данное состояние возникает при врожденной и приобретенной ломкости эритроцитов, малярии, а также при отравлении различными ядами.

Бронзовое или темно-бурое окрашивание кожи свойственно для болезни Аддисона (при недостаточности функции коры надпочечников).

Причиной изменения цвета кожи может быть и усиленная пигментация. Различают местную и общую пигментацию. Иногда на коже имеются ограниченные участки пигментации – веснушки, родимые пятна.

Альбинизм называется частичное или полное отсутствие пигментации кожи. Отсутствие пигмента на отдельных участках кожи называется витилиго. Небольшие участки кожи, которые лишены пигмента, называются лейкодермы. Если же они возникли на месте сыпей – псевдолейкодермы.

Кожные сыпи и кровоизлияния. Наиболее характерные высыпания встречаются при кожных, острых инфекционных заболеваниях (например, менингококцемия, брюшной тиф).

При аллергических состояниях может развиваться крапивница, которая напоминает сыпь при ожоге крапивой и сопровождается зудом.

Может иметь место гиперемия кожи на ограниченном участке вследствие вазодилатации. Большие розово-красные пятна на коже называют эритемой.

Бугорки представляют собой легко пальпируемые скопления клеток в коже, которые могут наблюдаться, например, при острой ревматической лихорадке.

Влажность кожи зависит от потоотделения. Повышенная влажность бывает при острой ревматической лихорадке, туберкулезе, гипертиреозе. Сухость встречается при микседеме, сахарном и несахарном диабете, диарее, общем ис-

тощени.

Важно оценить тургор кожи – ее эластичность и напряжение. Тургор кожи зависит от содержания в ней внутриклеточной и внеклеточной жидкости, уровня кровоснабжения, адекватности лимфооттока и степени развития подкожно-жировой клетчатки. Снижение тургора наблюдается при обезвоживании, опухолях.

Кровоизлияния наблюдаются при ушибах, кожных, инфекционных болезнях, сепсисах, анемии, авитаминозе и т. д. Кровоизлияния в кожу бывают различной величины и формы.

Состояние волос и ногтей

Избыточный рост волос в областях, свободных от волосяного покрова, свидетельствует об эндокринных расстройствах. Выпадение волос и их ломкость характерны для гипертиреоза, гнездное выпадение волос – при сифилисе. Волосы выпадают и при заболеваниях кожи – фавусе, себорее. Ломкость и расщепление ногтей наблюдается при нарушении витаминного обмена, недостатке микро- и макроэлементов, заболевании нервной системы. При грибковых поражениях ногти становятся мутными, утолщаются и крошатся.

Пролежни возникают вследствие нарушения кровообращения и целостности поверхностных слоев у лежачих больных в местах наибольшего давления. Пролежни могут захватывать подкожный жировой слой и мышцы.

Пальпация периферических лимфатических узлов

Исследование лимфатической системы производится в следующей последовательности: затылочные лимфатические узлы, околоушные, шейные, подчелюстные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные. У здорового человека прощупываются мягкие (до 1 см), безболезненные, эластичные, неспаивающиеся между собой и окружающими тканями, подвижные лимфатические узлы.

Объективные методы исследования

Метод перкуссии основан на том, что при поколачивании по какому-либо участку тела в близко расположенных органах или тканях возникают колебания, которые проводятся окружающим воздухом и воспринимаются ухом как звук. Перкуссия может быть громкой, тихой и тишайшей, а перкуторный звук ясным, тимпаническим, коробочным, с металлическим оттенком. По изменению звука судят о наличии полости, жидкости и т. п. Кроме того, перкуссия важна с топографической точки зрения, например, для определения границ сердца, легких, печени. Исследование границ печени по Курлову у больных после операции на желудке в условиях изменения топографии всех органов верхнего этажа брюшной полости имеет важное дифференциально-диагностическое значение.

Михаил Георгиевич Курлов был первым выборным ректором Томского университета (с 5 сентября 1903 г. по 18 ноября 1906 г.), занимался усовершенствованием физических методов диагностики и, в частности, клинической ор-

ганометрии. Детально разработал методику перкуссии сердца, предложив формулу определения размеров сердца, названную его именем. Под руководством Курлова были установлены перкуторные размеры нормальной печени, селезенки, легких, желудка.

Аускультация основана на выслушивании самостоятельно возникающих в организме звуковых явлений. Может осуществляться прямым и непрямым методом (стал возможен после изобретения стетоскопа Лаэннеком).

Пальпация может быть поверхностной и глубокой, бимануальной и одной рукой. Глубокая пальпация широко используется благодаря В. П. Образцову и Н.Д. Стражеско. Все исследования проводятся в удобном для больного положении, стоя и лежа.

На основании проведенного обследования необходимо оценить состояние больного состояние больного оценивается при первом осмотре и затем фиксируется при каждом наблюдении. Общее состояние больного является важным параметром для составления прогноза течения заболевания. Правильная оценка тяжести состояния больного позволяет исключить самые негативные сценарии развития патологии. При своевременной госпитализации и оказании медицинской помощи пациент восстанавливает свое здоровье в кратчайшие сроки. И, напротив, если оценка состояния больного проведена неправильно и недооценены риски для жизни, то может наступить летальный исход. В этом материале описаны основные показатели состояния больного и шкала определения, по которым можно проводить сравнительный анализ и выявлять скрытые патологии. Описанные виды состояния больного унифицированные и используются докторами по всему миру для классификации признаков развития заболеваний.

Степени тяжести состояния больного

Тяжесть состояния больного определяют в зависимости от наличия и степени выраженности уже имеющихся или грозящих развиться в ближайшее время нарушений жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения и др.), способных негативно повлиять на жизнь больного.

Основные степени тяжести состояния больного:

- удовлетворительная,
- среднетяжелая,
- тяжёлая,
- крайне тяжелая,
- критическая,
- терминальная.

Степени состояния больного оценивают на основании двух групп критериев: физического обследования и результатов лабораторно-инструментальной диагностики. Особое значение имеет определение функционального состояния сердечно-сосудистой системы и системы органов дыхания. В некоторых случаях определить тяжесть состояния при относительно удовлетворительном самочувствии больного и отсутствии выраженных нарушений объективного статуса поможет лабораторно-

инструментальная диагностика. Например, используются критерии оценки тяжести состояния больного на основании выявления признаков острого лейкоза в анализе крови, инфаркта миокарда (ИМ) на электрокардиограмме (ЭКГ), кровоточащей язвы желудка при гастроскопии, метастазов рака в печени при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Удовлетворительное состояние больного

Состояние больного определяют как удовлетворительное, если функции жизненно важных органов относительно компенсированы. Как правило, общее удовлетворительное состояние больного остается таковым при легких формах болезни. Субъективные и объективные проявления заболевания у таких больных чаще выражены неярко, их сознание обычно ясное, положение активное, питание не нарушено, температура тела нормальная или субфебрильная, пульс 60–90 уд./мин, артериальное давление (АД) 110–140/60–90 мм рт. ст., частота дыхания (ЧД) – в пределах нормальных значений (16–20 уд./мин).

По классификации состояний больного удовлетворительным оно бывает также в период реконвалесценции после острых заболеваний и при стихании обострений хронических процессов.

Физическое объективное состояние больного средней тяжести

О состоянии больного средней тяжести говорят при субкомпенсации – заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Такое физическое состояние больных обычно наблюдают при заболеваниях, протекающих с выраженными субъективными и объективными проявлениями. Больные могут жаловаться на интенсивные боли различной локализации, выраженную слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, головокружение. Сознание больного обычно ясное, однако иногда бывает оглушенным. Двигательная активность нередко ограничена: положение больных в постели вынужденное или активное, но при этом они могут обслуживать себя. В ряде случаев отмечают высокую температуру с ознобом, распространенные отеки подкожной клетчатки, выраженную бледность или желтушное окрашивание кожи и склер, умеренный цианоз или обширные геморрагические высыпания. При исследовании сердечно-сосудистой системы отмечают тахикардию (частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое > 100 уд./мин) либо брадикардию (< 40 уд./мин), аритмию, повышение ($> 140/90$ мм рт. ст.) или понижение ($< 110/60$ мм рт. ст.) АД. При среднетяжелом объективном состоянии больного ЧД в покое превышает 20 уд./мин, при этом может наблюдаться нарушение проходимости – бронхиальной или верхних дыхательных путей (ВДП). Возможны также неоднократная рвота, выраженная диарея, умеренное желудочно-кишечное кровотечение. При осмотре больного могут быть обнаружены признаки местного диффузного перитонита. Таким больным необходима неотложная врачебная помощь и экстренная госпитализация в связи с возможным быстрым прогрессированием заболевания и развитием опасных для жизни осложнений.

Тяжелое состояние больного

Состояние больного определяют как тяжелое, когда развившаяся в результате заболевания декомпенсация функций жизненно важных органов представляет непосредственную опасность для жизни больного, либо может привести к его глубокой инвалидизации. Тяжелое состояние больного наблюдается при осложненном течении болезни с ярко выраженными и быстро прогрессирующими клиническими проявлениями. Больные жалуются на нестерпимые длительные боли в области сердца или в животе, выраженную одышку в покое (> 40 уд./мин), длительную анурию и т. п. Нередко больной стонет, просит о помощи, черты его лица заострены. В других случаях сознание значительно угнетено (ступор или сопор), возможны бред, выраженные менингеальные симптомы. Положение больного пассивное или вынужденное, он, как правило, не может себя обслуживать, нуждается в постоянном уходе. Могут наблюдаться значительное психомоторное возбуждение или судорожное состояние. О тяжелом общем состоянии больного свидетельствуют нарастающая кахексия, анасарка (в сочетании с водянкой полостей), признаки резкого обезвоживания организма (снижение тургора кожи, сухость слизистых оболочек), выраженная бледность кожи или диффузный цианоз в покое, гиперпиретическая лихорадка либо значительная гипотермия. При исследовании сердечно-сосудистой системы у таких больных выявляются нитевидный пульс, выраженное расширение границ сердца, резкое ослабление I тона над верхушкой, значительные артериальная гипертензия (АГ) или гипотония, нарушение проходимости крупных артериальных или венозных стволов.

У больных в тяжелом состоянии отмечают тахипноэ > 40 уд./мин, выраженную обтурацию ВДП, затянувшийся приступ бронхиальной астмы (БА) либо начинающийся отек легких. О тяжелом состоянии свидетельствуют также неукротимая рвота, профузный понос, признаки распространенного перитонита, массивного продолжающегося желудочно-кишечного (рвота типа «кофейной гущи», мелена), маточного или носового кровотечения. Такие больные нуждаются в экстренной госпитализации; их лечение проводят, как правило, в палате интенсивной терапии.

Крайне тяжелое состояние больного

Крайне тяжелое состояние больного характеризуется настолько резким нарушением основных жизненно важных функций организма, что без экстренных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут. У таких больных сознание обычно резко угнетено, вплоть до комы, хотя в ряде случаев остается ясным. Положение чаще пассивное, иногда отмечают двигательное возбуждение, общие судороги с вовлечением дыхательной мускулатуры. Лицо мертвенно-бледное, с заостренными чертами, покрыто каплями холодного пота («маска Гиппократата»), пульс определяют только на сонных артериях; АД не определяется, тоны сердца едва выслушиваются. ЧСС достигает 60 уд./мин. При тотальном отеке легких дыхание становится клокочущим, изо рта выделяется пенная мокрота розового цвета, над всей поверхностью легких

выслушиваются разнокалиберные незвучные влажные хрипы. У больных, находящихся в астматическом статусе, дыхательные шумы над легкими не выслушиваются.

Критическое терминальное (предсмертное) состояние больного

При терминальном состоянии больного наблюдают полное угасание сознания, мышцы расслаблены, рефлексы (в том числе корнеальный) исчезают. Роговица становится мутной, нижняя челюсть отвисает. В критическом состоянии у больного даже на сонных артериях пульс не прощупывается, АД не определяется, тоны сердца не выслушиваются, хотя при этом на ЭКГ еще регистрируется электрическая активность миокарда. У них отмечаются редкие периодические дыхательные движения по типу дыхания Биота. Предсмертное состояние больного может длиться несколько минут или час. Появление на ЭКГ изоэлектрической линии или волн фибрилляции и прекращение дыхания свидетельствуют о наступлении клинической смерти. Непосредственно перед смертью у больного могут развиваться судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Продолжительность состояния клинической смерти составляет всего несколько минут, тем не менее, своевременно начатые реанимационные мероприятия могут вернуть человека к жизни.

Оценка общего состояния сознания больного

Адекватно оценить состояние сознания больного возможно при его способности вступать в контакт, уровню интеллекта, характеру речи. Так, сознание больного может быть ясным и помраченным. Больной может быть возбужденным, безразличным, эйфоричным (приподнятое настроение). При оценке общего состояния больного помраченное сознание характеризуется отрешенностью больного (невозможность правильного восприятия окружающего мира), нарушением ориентировки в пространстве и времени, а также в собственной личности, бессвязностью мышления, полной или частичной амнезией.

Ступор (от лат. torpor – оцепенение; синоним: ступорозное состояние) характеризуется недостаточной ориентировкой больного и его запоздалой реакцией, может, равно как и сопор, сопровождаться бредом и галлюцинациями.

Сопор (от лат. sopor – беспмятство; синоним: супорозное состояние, субкома) – глубокое угнетение сознания характеризуется тем, что сохраняется возможность психической деятельности, хотя и в очень малой степени, больные лежат неподвижно или совершают автоматические рефлекторные движения, не обнаруживая признаков сознания, не проявляя никакой инициативы и не реагируя на окружающее; однако при резком воздействии (сотрясение, шум, яркий свет) они могут быть на короткое время выведены из такого состояния с появлением той или иной реакции (открытие глаз с направлением их на раздражающий предмет, то или иное движение, короткий ответ на вопрос), после чего возвращаются в прежнее состояние. Даже в мгновения такого относительного прояснения психическая деятельность носит

характер крайней неясности и автоматичности: нередко вся реакция состоит в кратковременном пробуждении внимания без возвращения способности понимать происходящее. При сопоре рефлексы сохранены, глотание не нарушено, больной самостоятельно поворачивается в постели. Иными словами, сопор – глубокая стадия оглушения, при которой отсутствует реакция на словесное обращение и сохранены лишь реакции на болевое раздражение.

Бессознательное состояние больного

Кома (от греч. кома – глубокий сон, дремота; синоним: коматозное состояние) характеризуется бессознательным состоянием с нарушением рефлекторной деятельности и расстройством жизненно важных функций (кровообращения, дыхания, обменных процессов) в результате глубокого торможения коры головного мозга с распространением на подкорку и нижележащие отделы центральной нервной системы (ЦНС). Больной находится как бы в глубоком сне. Согласно другому определению кома – бессознательное состояние больного в форме глубокого угнетения функции ЦНС, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

Постановка диагноза

При постановке диагноза учитываются:

- Сбор анамнеза болезни, жизни.
- Объективное обследование больного.
- Инструментальные методы обследования.
- Расширение поиска (дополнительные методы).
- Консилиумы, консультации.
- Прижизненная биопсия, диагностическая лапаротомия.

Типы диагностики:

- прямой (симптоматический),
- методический.

Прямой тип состоит том, что врач на основании какого-либо симптома проводит ряд исследований, которые имеют отношение к этому симптому, например, при оказании неотложной помощи. Он может привести к ряду ошибок из-за односторонности исследования.

Методический тип более доскональный, так как учитываются основные жалобы, анамнез, исследуются все органы.

Прогноз

Прогноз – это обоснованное предположение о том, чтоб произойдет с больным.

Виды прогноза:

- для жизни (*prognosis quoad vitam*),
- для полноты выздоровления (*prognosis quoad valitudinem*),
- для продолжительности жизни (*prognosis quoad decursum morbi*),

- для восстановления функции пораженных органов (*prognosis quoad functionem*),
- для труда (*prognosis quoad laborem*).

А также хороший (*bona*), плохой (*mala*), сомнительный (*dubia*), очень плохой (*pessima*), предвещающий смерть (*letalis*). Необходимо учитывать возможность врачебной ошибки.

Дополнительные: инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют объективизировать предварительный клинический диагноз и контролировать результаты проводимого лечения. К лабораторным методам относят клинические, иммунологические и биохимические исследования крови, исследование мочи, кала, спинномозговой и плевральной жидкостей. К инструментальным методам относят рентгенологические, электрокардиографические, эндоскопические, ультразвуковые, радиоизотопные, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, позитронно-эмиссионную томографию.

1.2. Лабораторные методы исследования

Лабораторные анализы по общепризнанным методикам необходимы для изучения эритропоеза, коагулограммы, белкового и углеводного обменов, электролитного состава крови.

С целью выявления степени нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы и изучения характера расстройств регуляции ее деятельности выполняется исследование с двойной нагрузкой 50% раствором глюкозы (проба Штаубе–Трауготта). У практически здорового человека после нагрузки сахаром уровень сахара крови в первые 15–30 мин круто поднимается и к 30–60 мин достигает максимума. Наибольшая величина превышает исходную концентрацию не более чем на 60–80%. В течение следующего часа содержание сахара в крови быстро снижается и к 120-й мин становится на 5–15 мг% ниже исходного уровня. Если спустя 1 ч после первой нагрузки дать такую же вторую, у здорового взрослого человека количество сахара в крови снова увеличивается, но достигаемый максимум ниже того, который был после первой нагрузки (положительный эффект Штаубе–Трауготта). Среди многих теорий наиболее признанная объясняет это тем, что вторая порция глюкозы застаёт в организме известное количество свободного инсулина, выделенного поджелудочной железой (вследствие ее раздражения сахаром от первой нагрузки). Это обуславливает быстрое усвоение всосавшейся глюкозы, благодаря чему ее концентрация в крови не поднимается до первого максимального уровня. При гипoinsулинемии вторая нагрузка глюкозой вызывает новое, более значимое повышение содержания сахара в крови, и второй максимум оказывается выше первого (отрицательный эффект Штаубе–Трауготта). Двукратная нагрузка глюкозой представляет собой более специфическую и информативную пробу на функциональную недостаточность β -клеток по сравнению с однократной.

Лабораторные методы оценки питательного статуса характеризуют прежде всего висцеральный пул белка, с которым тесно связано состояние белково-синтетической функции печени, органов кроветворения и иммунитета.

Среди этих методов наибольшее распространение получили следующие:

1. Определение в сыворотке крови общего белка, альбумина, креатинина, мочевины.
2. Определение в периферической крови абсолютного числа лимфоцитов (табл.1).
3. Определение суточной экскреции с мочой общего азота, мочевины, креатинина.

В среднем белки содержат 16% азота, следовательно, 1 г выделенного азота соответствует 6,25 г белка. Для оценки направленности белкового метаболизма (катаболизм, анаболизм) определяют азотистый баланс (АБ) по формуле $АБ (г/сут) = \text{введенный белок (г)} / \text{азот мочевины (г)} \times 6,25 - 4 г$.

Этот показатель считается самым надежным критерием состояния белкового питания. Он позволяет своевременно диагностировать катаболическую стадию, оценить эффективность нутриционной поддержки и динамику анаболических процессов (табл. 1).

Таблица 1

Лабораторные критерии диагностики недостаточности питания

Показатели	Стандарты	Степени недостаточности питания		
		легкая	средняя	тяжелая
Альбумин, г/л	> 35	35–30	30–25	< 25
Трансферрин, г/л	> 2,0	2,0–1,8	1,8–1,6	< 1,6
Лимфоциты, $10^6/л$	> 1800	1800–1500	1500–900	< 900

Этот показатель считается самым надежным критерием состояния белкового питания. Он позволяет своевременно диагностировать катаболическую стадию, оценить эффективность нутриционной поддержки и динамику анаболических процессов.

Для оценки соматического пула белка, наряду с использованием соматометрических показателей, важное значение имеет определение суточной экскреции креатинина с рассчитываемыми на ее основе креатинин-ростовым индексом (КРИ) и отношения фактической экскреции креатинина (ФЭК) к идеальной (ИЭК). ИЭК составляет 23 мг/кг для мужчин и 18 мг/кг для женщин. Если ФЭК составляет 80–90% от ИЭК, то состояние расценивают как легкую степень, 70–80% – как среднюю степень, менее 70% – как тяжелую степень алиментарной недостаточности.

Адекватное проведение нутритивной поддержки, в том числе при использовании парентерального питания, требует определения энергопотребностей организма в тех или иных условиях. С этой целью широко применяется уравне-

ние Харриса–Бенедикта, позволяющее оценить величину основных энергетических потребностей (ОЭП, ккал/сут) в состоянии покоя:

$$\text{ОЭП у мужчин} = 66,5 + (13,8 \times \text{МТ}) + (5 \times \text{Р}) - (6,8 \times \text{В});$$

$$\text{ОЭП у женщин} = 65,5 + (9,6 \times \text{МТ}) + (1,8 \times \text{Р}) - (4,7 \times \text{В}),$$

где МТ – фактическая масса тела, кг; Р – рост, см; В – возраст, годы.

Фактические энергетические затраты можно определить путем расчета основного обмена (ОО): трижды с промежутками в 1–2 мин определяют частоту сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД), находят их средние величины и рассчитывают ОО по следующей формуле:

$$\text{ОО} = 0,75 \times (\text{ЧСС} + \text{амплитуда артериального давления} \times 0,74) - 72,$$

где амплитуда АД – разница между максимальным и минимальным АД.

Энергетические потребности организма составляют 25–30 ккал/кг в день без фактора метаболической активности. Энергетический баланс определяется полученной и затраченной энергией. Если полученная человеком энергия равна затраченной, говорят о нулевом балансе. Положительный энергетический баланс достигается в том случае, если полученная энергия больше затраченной. Уровень полученной энергии складывается из суммы калорийной ценности жиров и углеводов. Соотношение жиров и углеводов должно составлять 30–70%. При ограниченных резервах дыхания оно может быть изменено в пользу жиров.

Качественное копрологическое исследование до и после операции проводится по стандартным методикам. Это простой и надежный способ оценки изменений пищеварительной системы. Так, значительное содержание в кале мышечных волокон, сохранивших поперечно-полосатую исчерченность, говорит о нарушении перевариваемости белка. Мышечные волокна, подвергшиеся значительному действию пищеварительных соков, имеют вид небольших однородных комочков овальной или цилиндрической формы с закругленными краями, окрашенных стеркобилином в ярко-желтый цвет. При недостаточном переваривании белков мышечные волокна присутствуют в большом количестве (креаторея). Слабо переваренные волокна имеют выраженную цилиндрическую форму со слегка сглаженными углами; в них видна продольная, а иногда и слабозаметная поперечная полосатость. Непереваренные мышечные волокна имеют более удлиненную цилиндрическую форму с хорошо сохранившимися прямыми углами и ясно выраженную поперечную исчерченность. Такого вида мышечные волокна встречаются у больных с недостаточностью желудочного и, особенно, панкреатического переваривания, а также при значительно ускоренной перистальтике кишечника. Наличие нейтрального жира у пациентов, выделяемого с испражнениями, свидетельствует о нарушениях в первой фазе расщепления жиров. Поступивший с пищей нейтральный жир, если он принят в умеренном количестве (не более 100 г), усваивается на 95–96%. При этом нейтральный жир в копрограммах почти или полностью отсутствует. Остатки жиров обнаруживаются в виде мыл (щелочные и щелочно-земельные соли жирных кислот). Так как расщепляющий жиры фермент липаза выделяется преимущественно соком поджелудочной железы, то заболевания этого органа

ведут к нарушению усвоения жира и в копрограмме появляется значительное количество его капель. Недостаток, а тем более отсутствие поступления желчи в кишечник также нарушает усвоение жира: выпадают процессы эмульгирования жира и активирования липазы, вследствие чего нейтральный жир слабее подвергается действию ферментов; кроме того, образующиеся в процессе расщепления жира жирные кислоты не растворяются и не всасываются в отсутствие желчных кислот. По этим причинам непоступление желчи приводит к выделению с калом некоторого количества нейтрального жира и большого количества жирных кислот и мыл.

Присутствие в значительных количествах в экскрементах клетчатки и крахмала указывает на нарушение утилизации углеводов. Различают клетчатку переваримую, представляющую собой мягкотные паренхиматозные клетки картофеля, корнеплодов, овощей и фруктов; непереваримую, представляющую преимущественно опорную ткань – оболочку злаков, бобовых, плодов и т. д. В нормальной копрограмме крахмал отсутствует, так как серия амилалитических ферментов, воздействующих на него на протяжении всего пищеварительного тракта, приводит к полному его расщеплению. Неполное переваривание крахмала чаще всего наблюдается при заболеваниях тонкого кишечника, особенно если они сопровождаются ускорением продвижения его содержимого.

Исследование кислотопродуцирующей функции культи желудка у пациентов с постгастрорезекционным синдромом является обязательным и проводится методом внутрижелудочной рН-метрии. Секреторная функция культи желудка изучалась для определения объема резекции и селективной ваготомии. Устройство оснащено желудочными зондами, которые, в зависимости от концентрации ионов водорода желудочного сока, подают электрический сигнал в интервале рН 1,0 до 9,3.

Кратковременная рН-метрия проводится при помощи стационарной установки «Ацидогастрометр АГМ-05К» в условиях специально оборудованного отделения.

Программное обеспечение установки автоматически последовательно проводит 4 тестовых этапа:

– получасовое исследование кислотности желудочного сока (базальная секреция). Когда полученные результаты кислотности рН < 3 автоматически проводится щелочной тест;

– щелочной тест, больному предлагается выпить раствор в составе которого 0,5 г пищевой соды и 30 мл воды. За счет химической реакции кислая среда желудочного сока нейтрализуется, индикаторы фиксируют щелочную реакцию. Через определенное время (его обозначат «щелочным») показатели вновь возвращаются к первоначальным данным. В зависимости от полученных результатов кислотопродуцирующая функция культи желудка классифицируется: при щелочном времени менее 10 мин – гиперацидность; от 10–20 мин – повышенная продукция; 20–25 мин – нормальная продукция; более 25 мин – гипоацидная функция культи желудка (рис. 1);

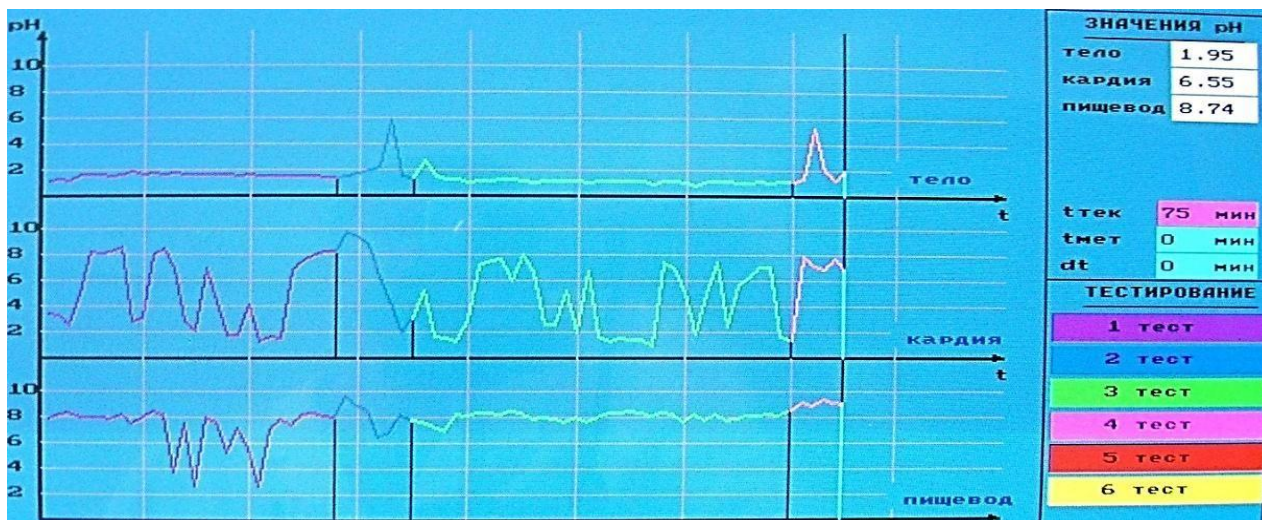


Рис. 1. Кратковременная рН-метрия. Больная А., 52 года.

Нормацидность, резкое повышение интенсивности кислотопродукции на фоне базальной секреции и при субмаксимальной стимуляции гистамином. Положительный тест медикаментозной ваготомии. Регистрируются эпизоды кислого и интенсивного гастроэзофагеального рефлюкса на фоне базальной секреции

– исследование изменения кислотности в культе желудка на фоне стимуляции раствором инсулина. Обязательным условием данного этапа исследования является постоянный контроль за уровнем сахара крови пациента. Полученные данные изменения кислотности желудочного сока в культе желудка будут истинными при снижении уровня сахара крови на 50%;

– повторный щелочной тест является обязательным условием исследования на фоне стимуляции, проводится в течение 15 мин. При щелочном времени менее 5 мин – гиперацидность; от 5–10 мин – повышенная продукция; 10–15 мин – нормальная продукция; более 15 мин – гипоацидная функция культы желудка.

Суточный мониторинг динамики кислотности желудочного сока в просвете культы желудка проводится портативным устройством «Ацидогастрометр АГМ-24МП». Полученная информация дает объективную доказательную картину о секреторных возможностях культы желудка, особенно в ночное время в так называемый период «вагусной ирретации» (рис. 2).

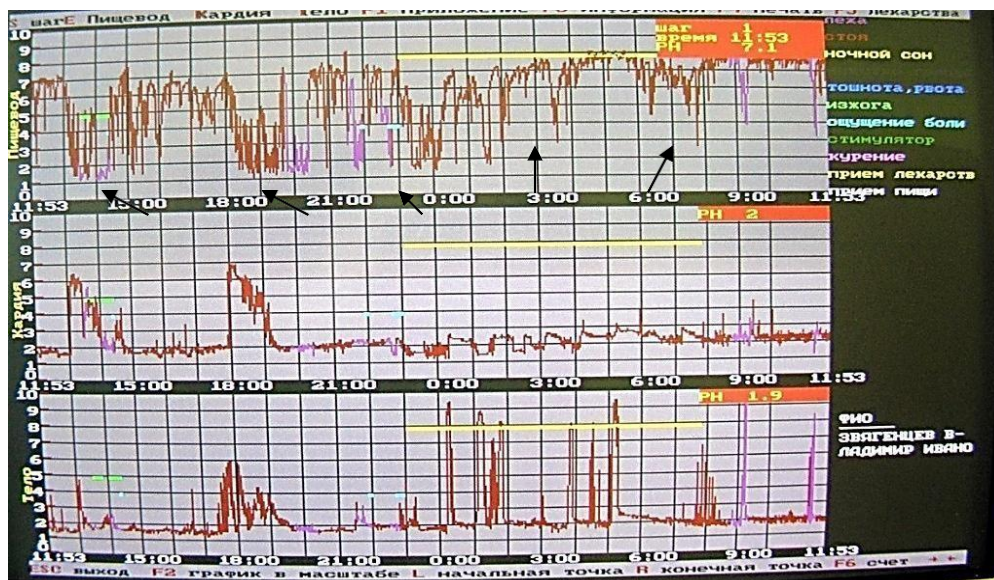


Рис. 2. Суточный рН-мониторинг. Больная З., 49 лет.

На фоне гиперацидности множественные массивные патологические гастроэзофагеальные рефлюксы, преимущественно в дневное время ($pH < 4$ в пищеводе, указано стрелкой)

1.3. Инструментальные методы исследования

Рентгенологический метод позволяет оценить моторную и эвакуаторную функции культи желудка, его размеры, характер перистальтических волн, время начала и окончания эвакуации из культи желудка и прохождения контрастной массы по тощей кишке в дооперационном периоде и по включенной двенадцатиперстной кишке в послеоперационном периоде.

Специальных методов изучения постгастрорезекционного синдрома не существует, все они являются модификациями общепринятого метода исследования пищеварительного тракта или дополнением к обычному исследованию. Авторы, занимающиеся изучением болезней оперированного желудка, подчеркивают, что исследовать его труднее, чем неоперированный.

При исследовании резецированного желудка следует придерживаться определенной тактики. Обследование должно быть полипозиционным в вертикальном и горизонтальном положении, поскольку только оно позволяет выявить все изменения и правильно их интерпретировать.

Обязательным условием рентгенологического исследования является то, что больной за шесть часов до исследования прекращает прием пищи и воды. Во время рентгеноскопии, проводится исследование состояния внутрипросветной рентгеноанатомии пищевода, культи желудка, тощей кишки, а в послеоперационном периоде и двенадцатиперстной кишки. Учитывая клинические особенности течения заболевания пациентов после резекции желудка обязательным условием исследования, являлся хронометраж пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту. В зависимости от времени эвакуации контрастной массы оцениваются степени выраженности демпинг-синдрома, наличия и

выраженности регургитационного синдрома. У пациентов с рентгенологическими признаками синдрома приводящей петли особое внимание необходимо обратить на состояние рельефа слизистой оболочки и на наличие остатков пищи в приводящей петле. Обязательным компонентом рентгенологического исследования при подозрении на синдром приводящей петли (СПП) является оценка рефлюкса бария в приводящую петлю (ДПК + начальный отдел тощей кишки), длительностью задержки в ней контраста, ее динамику и пропульсивную активность. Признаками СПП является задержка контраста в приводящей петле более чем на 20 мин, в сочетании с дуоденостазом, дилатацией приводящей петли и клиническими проявлениями СПП.

Клинически важными рентгенологическими признаками патологии пищевода являются снижение тонуса и нарушения двигательной активности пищевода (рис. 3, 4), расширение дистального отдела пищевода, утолщение, ригидность, зернистость, оборванность контуров пищевода, наличие «дефектов наполнения» в просвете.



Рис. 3. Рентгенограмма.
Больной А., 68 лет.
Дилатация терминального отдела
пищевода до 3–4 см

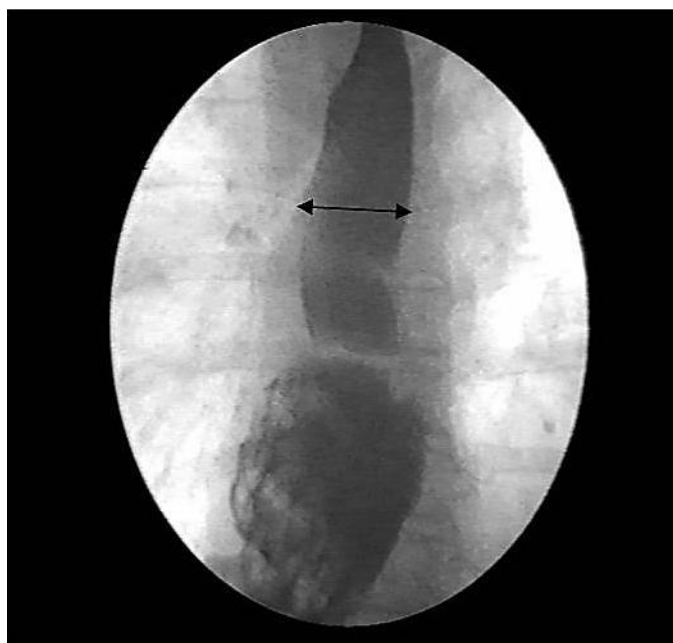


Рис. 4. Рентгенограмма.
Больной Б., 64 года.
Расширение до 4–5 см пищевода
(указано стрелкой)

Существует ряд косвенных рентгенологических признаков, указывающих на недостаточность пищевода-желудочного перехода:

- 1) отсутствие на обзорных рентгенограммах газового пузыря культи желудка;
- 2) расширение угла Гиса до 45° (рис. 5).

Во время исследования необходимо документировать двигательную способность и новые топографоанатомические особенности верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Пристальное внимание необходимо обращать на переходные зоны, и фиксировать функциональные и анатомические (органические) изменения. Состояние пищевода-кардиального перехода изучается в положении Тренделенбурга.



Рис. 5. Рентгенограмма. Больной П., 64 года.
Состояние после резекции желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера, снимок в положении на животе. Отсутствует газовый пузырь, тупой угол Гиса

Эндоскопические исследования являются неотъемлемой частью дифференциально-диагностического поиска у пациентов с болезнями оперированного желудка, проводятся в специализированном эндоскопическом отделении с использованием фиброскопов на волоконной оптике. С целью уменьшения саливации за полчаса до исследования проводится премедикация 1 мл 0,1% раствора сульфата атропина, противопоказанием для ее проведения является наличие у пациента глаукомы. Методика проведения исследования предполагает, что пациент лежит на левом боку, голова приподнята. Для купирования рвотного рефлекса ротоглотку орошают 2% раствором лидокаина. Эзофагогастродуоденоскопия осуществляется по методу, предложенному Ю.В. Васильевым.

Во время исследования обращаем внимание на состояние слизистых оболочек дистальной части пищевода (рис. 6, 7), культи желудка (рис. 8) и тощей кишки её приводящей и отводящей петель (рис. 9, 10). Особенно ценную информацию ФГДС дает для дифференциальной диагностики эрозий в области гастроэнтероанастомоза, происхождение которых связано с забросом в культю желудка желчи с пептическими язвами желудочно-кишечного соустья.

По глубине, объему и характеру воспалительных изменений слизистой оболочки исследуемых органов оценивается степень тяжести воспаления. Существенное отличие эрозивного гастрита от пептической язвы тощей кишки заключается в том, что эрозивный гастрит развивается на фоне ахлоргидрии, он реже приводит к тяжелым осложнениям в виде перфорации, кровотечения и пенетрации.

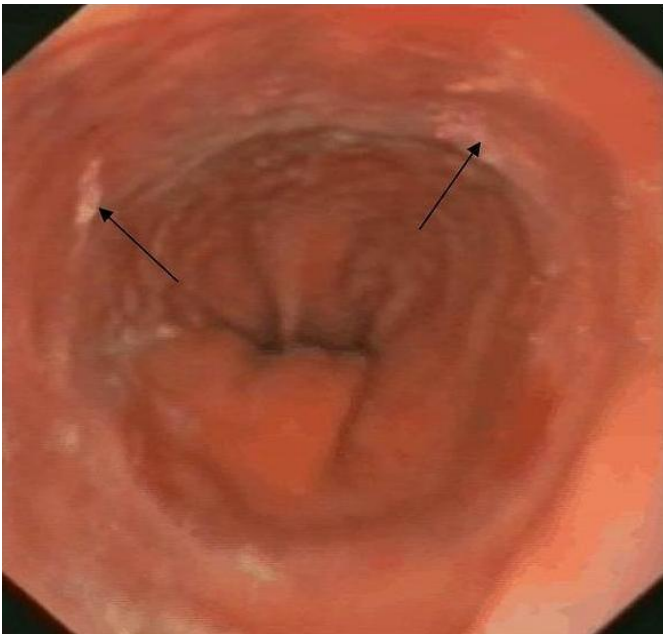


Рис. 6. Эндофотограмма.

Больной П., 44 года.

Отчетливо прослеживаются белесоватые нити фибрина на фоне отека и покраснения слизистой оболочки терминального отдела пищевода

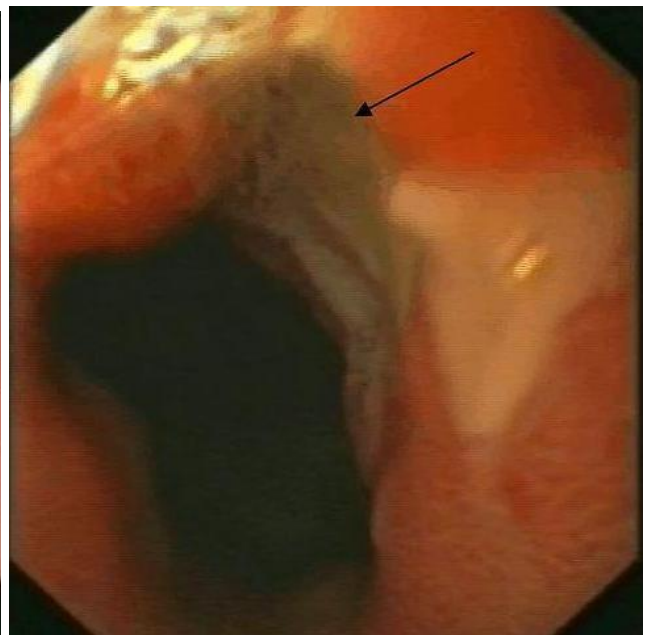


Рис. 7. Эндофотограмма.

Больной К., 49 лет.

В области пищеводно-желудочного перехода прослеживается кратерообразный дефект с выраженными признаками воспаления вокруг и зияние просвета на 1/3 диаметра

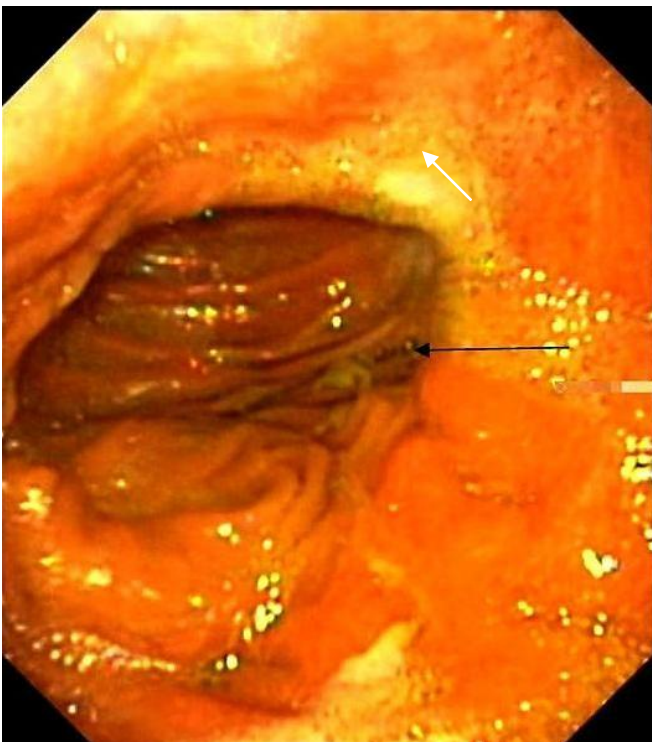


Рис. 8. Эндофотограмма. Больная А., 51 год.

Смешанный рефлюкс-гастрит культи желудка. Слизистая культи желудка с участками гиперемии и атрофии, просвет гастроэнтероанастомоза зияет (указано стрелкой)



Рис. 9. Эндофотограмма зоны анастомоза.

Больной Л., 37 лет.

Приводящая петля расширена, атонична, слизистая оболочка отечная, гиперемированная



Рис. 10. Эндофотограмма. Больная А., 51 год.

Отводящая кишка атонична, слизистая оболочка с участками гиперемии и атрофии

С целью гистологического исследования и морфологической верификации характера изменений тканей проводится забор биоптатов из слизистой оболочки исследуемых органов в переходных зонах.

Исследование внутриполостного давления. Самым информативным и распространенным методом диагностики недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) является проведение эзофагеальной манометрии на мультиканальной (12 каналов) стационарной системе (Poligraf ID). Исследование НПС выполняется посредством введения водно-перфузионного катетера, соединенного с компьютером. При таком способе зонд состоит из нескольких (от 3 до 8) полихлорвиниловых или резиновых трубок, имеющих просвет около 1 мм и длину 120 см, сцепленных вместе так, чтобы дистальные отверстия трубок располагались на расстоянии 5 см друг от друга. Начальные концы трубок соединяются с регистрирующей системой, состоящей из преобразователя, усилителя и устройства регистрации. С помощью специального устройства через систему трубок с постоянной скоростью 6–10 мл/час пропускается вода.

При этом производится измерение среднего базального давления, которое в норме составляет 14–34 мм рт. ст. (рис. 11). Этот метод даёт лишь приблизительную оценку функции сфинктера, поскольку при нём определяется общее давление в области НПС, которое складывается из собственного тонуса НПС и давления извне ножек диафрагмы.

С целью повышения точности, информативности и объективности полученных результатов нами был предложен новый способ определения степени недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (регистрационный № 2005108149 от 22.03.05. Авторы: Г.К. Жерлов, С.В. Козлов, А.П. Кошевой, Н.Э. Куртсеитов и др.).



Рис. 11. Эзофагограмма. Больной С., 56 лет.
 Нижний пищеводный сфинктер 2 см по протяженности (указан стрелкой),
 нормальный тонус (до 18 мм рт. ст.)

Способ осуществляется следующим образом.

Проводят эзофагеальную манометрию, при которой измеряют исходное и стимулированное среднереспираторное давление нижнего пищеводного сфинктера 8-канальным водно-перфузионным катетером, соединенным с регистрирующей системой для записи давления НПС. Для этого за 48 ч до начала исследования пациент должен прекратить прием таких лекарственных препаратов, как нитраты, блокаторы кальциевого канала, прокинетики, H₂-блокаторы, седативные средства, анальгетики, антидепрессанты, антихолинергетики. Чтобы уменьшить риск рвоты и аспирации пациент должен быть голодным, по крайней мере, в течение 6 ч до начала исследования. Перед исследованием катетеры выдерживают в теплой воде 1 ч, чтобы уменьшить риск отклонения катетера. Выполняют калибровку оборудования. Датчик устанавливают сначала на уровне 0,0 мм рт. ст., затем на уровне 50,0 мм рт. ст. Далее производят назальную интубацию. Положение пациента лежа на спине. Высота кровати должна быть откорректирована так, чтобы преобразователи давления размещались на уровне средней подмышечной линии. Респираторный датчик необходимо зафиксировать лейкопластырем к нижнему краю грудной клетки с любой стороны. Он измеряет экскурсию грудной клетки во время дыхания. При этом пациент должен дышать обычно. Катетер устанавливают в желудке, что подтверждается низкоамплитудными колебаниями во время дыхания. Записывают исходный желудочный уровень. Устанавливают исходный желудочный уровень, то есть исходный уровень отсчета (нулевая величина). Выполняют пошаговое перемещение зонда через НПС, медленно подтягивая катетер на 0,5 см так, чтобы каждый канал проходил через НПС в течение 10 дыхательных экскурсий. Постоянное увеличение давления, превышающее 2 мм рт. ст., на уровне желудочной базисной линии в конце выдоха также указывает, что канал вошел в НПС (дистальная граница НПС). Отмечают исходное давление и проводят

стимуляцию тонуса НПС внутримышечным введением 2 мл метоклопрамида, регистрируют реакцию НПС (рис. 12).

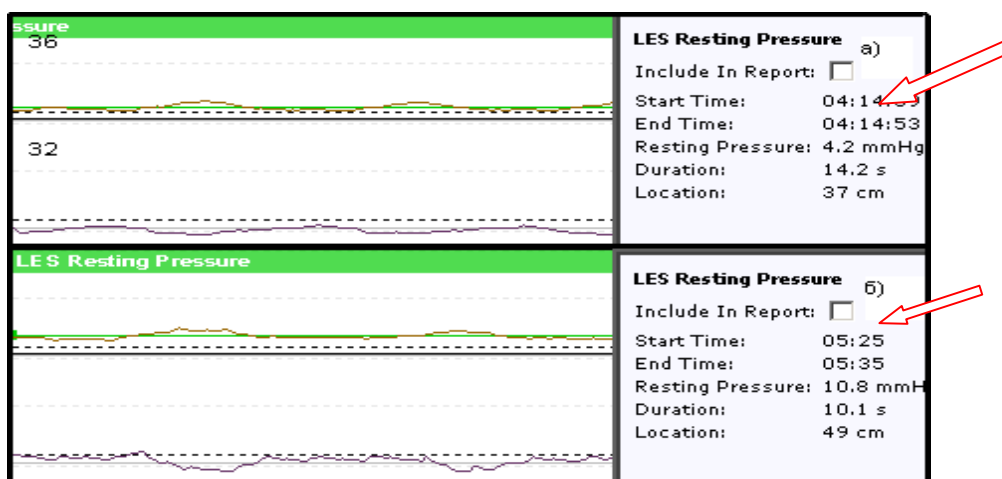


Рис. 12. Эзофагограмма. Больной У., 47 лет. Недостаточность ПКА IV степени (до стимуляции давление в области ПКА 4,2 мм рт. ст, после – 10,8 мм рт. ст.)

По полученным в результате проведенного исследования критериям определяют степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (табл. 2).

Таблица 2

Степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера

Уровень исходного давления					
10–13 мм рт. ст.		6–9 мм рт. ст.		2–5 мм рт. ст.	
при повышении давления до 14–34 ммрт. ст.	при отсутствии повышения давления	при повышении давления до 14–34 ммрт. ст.	при отсутствии повышения давления	при повышении давления до 14–34 ммрт. ст.	при отсутствии повышения давления
I степень	II степень	II степень	III степень	III степень	IV степень

Эндоскопическая ультрасонография верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводится при помощи миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов UM-2R/ UM-3R с частотой сканирования 12/20 МГц, соединенных с блоком генерации и обработки звукового сигнала EU-M30 через рабочий канал видеогастроскопа GIF-1T140 видеосистемы EVIS EXERA GLV-160 компании Olympus, Япония.

Эндоскопическая ультрасонография способна оценить строение стенок пищевода, культи желудка тощей и двенадцатиперстной кишки, отдельно сканируя все слои исследуемых органов. На полученных изображениях сонографической картины стенка пищеварительной трубки представляется в виде округлой структуры, образованной из последовательных тонких «колец» различной интенсивности принимаемого сигнала. Во время сканирования частотой 12 МГц, стенка исследуемого органа верифицируется как структура, состоящая из 7 слоев. При сравнении с анатомическим строением кишечной стенки прослеживается закономерное соответствие (рис. 13, 14, 15).

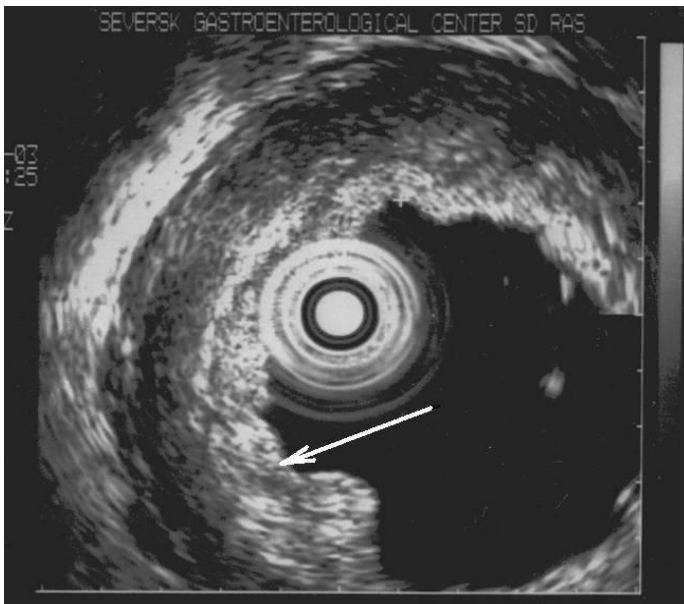


Рис. 13. Эндоскопическая ультрасонограмма терминального отдела пищевода.

Больной К., 59 лет. Картина катарального рефлюкс-эзофагита. Сонографические признаки поверхностного воспаления в пределах слизистой оболочки обозначены стрелкой

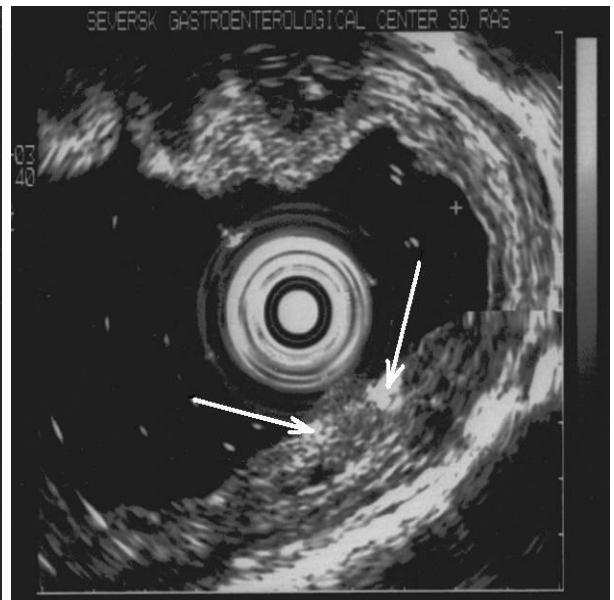


Рис. 14. Эндоскопическая ультрасонограмма пищевода.

Больной Ф., 56 лет. Картина эрозивного рефлюкс-эзофагита. Эрозии обозначены стрелками

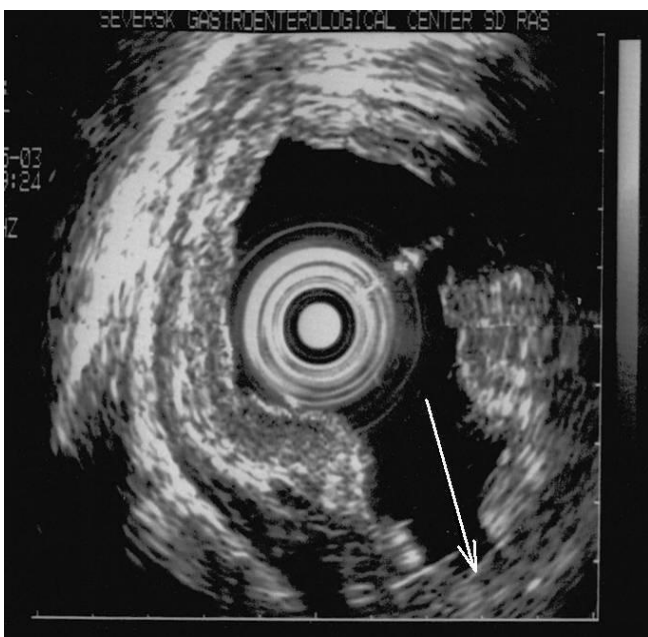


Рис. 15. Эндоскопическая ультрасонограмма пищевода.

Больной Б., 48 лет. Сонографические признаки деструктивной формы рефлюкс-эзофагита. Дно язвы обозначено стрелкой

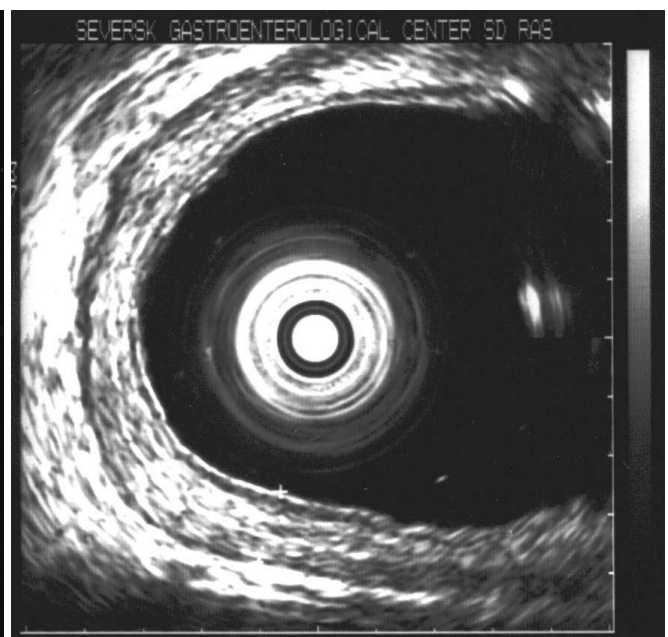


Рис. 16. Эндоскопическая ультрасонография пищевода с частотой сканирования 12 МГц.

Больной Н., 66 лет. Ультразвуковая картина рубцовой формы рефлюкс-эзофагита

IV степень (рис. 16) – изменения ультразвукового сигнала с признаками истончения слизистого слоя и отсутствием послойной дифференциации эхосигнала на протяжении всей стенки, замещение его на хаотичные точечные и линейные структуры – рубцово-стенотическая форма РЭ.

При проведении эндоскопической ультрасонографии в области эзофаго-энтероанастомоза выявляется фиброзная трансформация структур стенки анастомозируемых органов. При этом у пациентов с пептической язвой анастомоза визуализировалась десятислойная стенка гастроэнтероанастомоза, отсутствие послойной дифференциации эхосигнала на протяжении всей стенки соответствует признакам язвы анастомоза с явлениями выраженного воспаления распространяющегося на соседние органы (рис. 17).

Отсутствие послойной дифференциации эхосигнала на протяжении всей стенки, замещение его на хаотичные точечные и линейные структуры, что расценено как пенетрирующая язва с рубцовыми структурами (рис. 18).

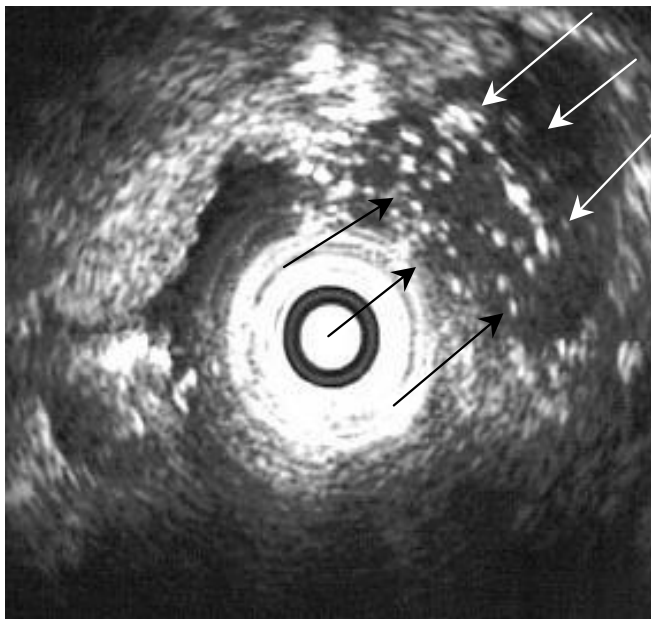


Рис. 17. Эндоскопическая ультрасонограмма. Больной Р., 37 лет. Пептическая язва культи желудка в области анастомоза, с выраженной воспалительной реакцией окружающих тканей обозначена стрелками

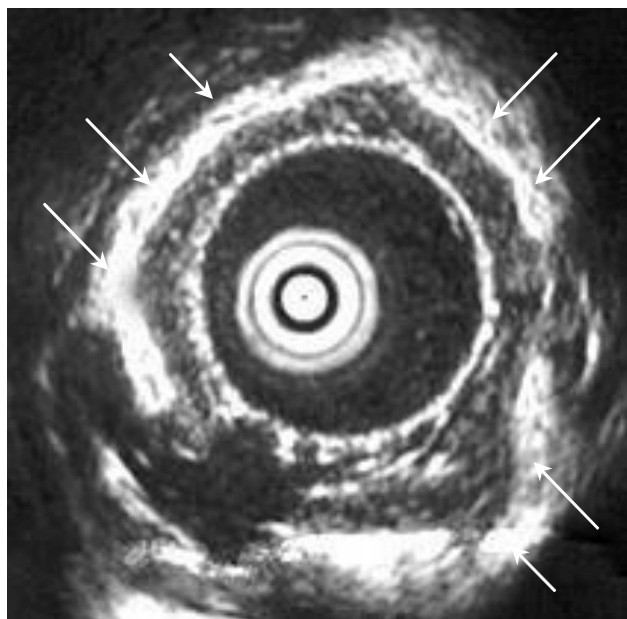


Рис. 18. Эндоскопическая ультрасонограмма. Больной Г., 46 лет. Пенетрирующая язва анастомоза с признаками рубцовой трансформации. Стрелками обозначена область с усиленным эхосигналом соединительной ткани

Ультрасонографическое исследование культи желудка проводится на аппарате Aloka SSD-2000 конвексными датчиками 3,5 и 5 МГц. Трансабдоминальная ультрасонография позволяет объективно изучить особенности анатомического и функционального состояния вновь сформированных арефлюксных анастомозов.

В процессе ультрасонографического исследования изучаются характеристики:

- строение и сократительные особенности пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного переходов (рис.19, 20);
- моторно-эвакуаторная функция культи желудка и кишечного трансплантата (периодичность, скорость, высота перистальтической волны);

- время полувыведения содержимого культи желудка и кишечного трансплантата;
- размеры культи желудка и кишечного трансплантата в фронтальной плоскости;
- выраженность регургитационного синдрома в области сформированных соустьев.

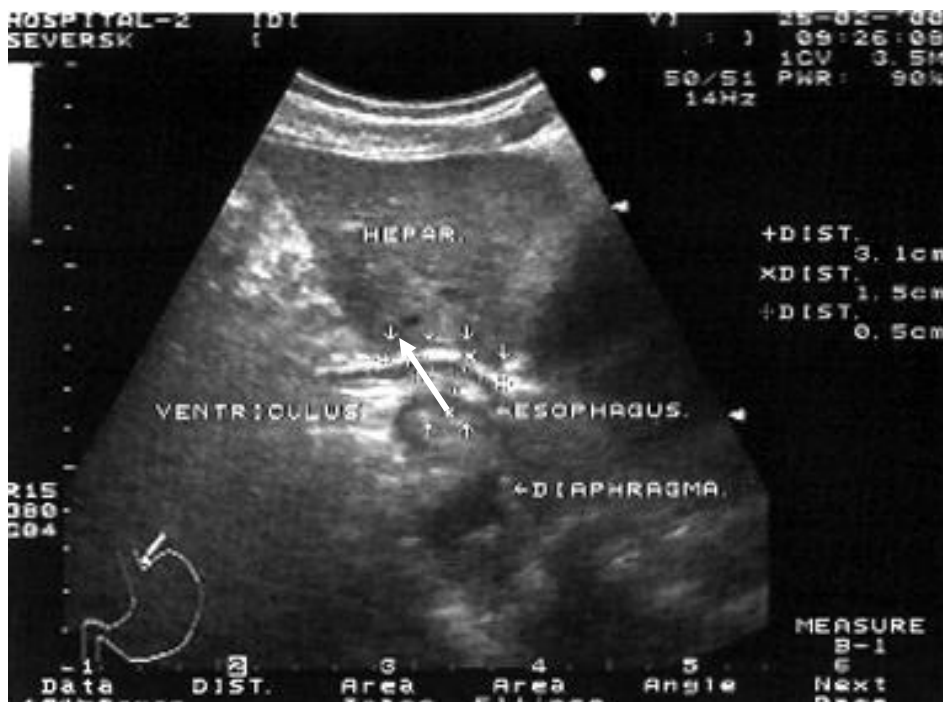


Рис. 19. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование. Больная С., 49 лет. Острый угол гастроэзофагеального перехода указан стрелкой

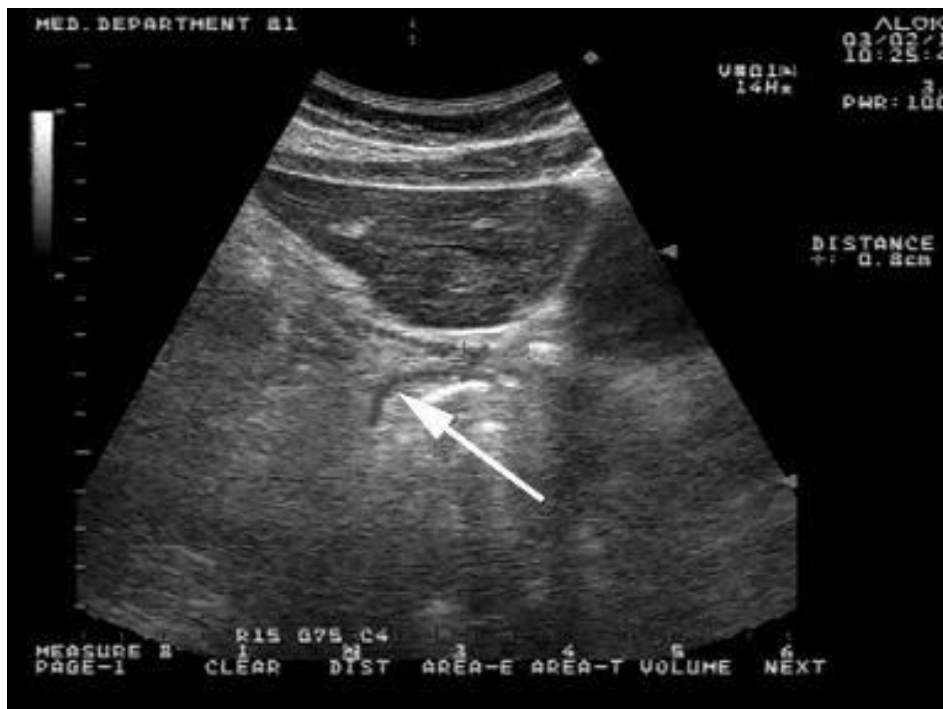


Рис. 20. Трансабдоминальное ультразвуковое исследование. Больной С., 45 лет. Тупой угол гастроэзофагеального перехода указан стрелкой

Электрогастрография

Основными критериями прогностической значимости диагностических мероприятий являются чувствительность и специфичность применяемых методик. Вместе с тем в современной медицине предпочтение отдается неинвазивным и скрининговым методам диагностики. По этой причине особое значение следует уделить изучению возможностей электрогастрографии в выявлении моторно-эвакуаторных нарушений культи желудка у пациентов, перенесших дистальную резекцию (рис. 21).

Поскольку основными методами исследования двигательной функции пищевода и культи желудка являются рентгеноскопия, ультрасонография и иономанометрия, нами была предпринята попытка оценить возможности ЭГГ в сравнении с данными методиками.

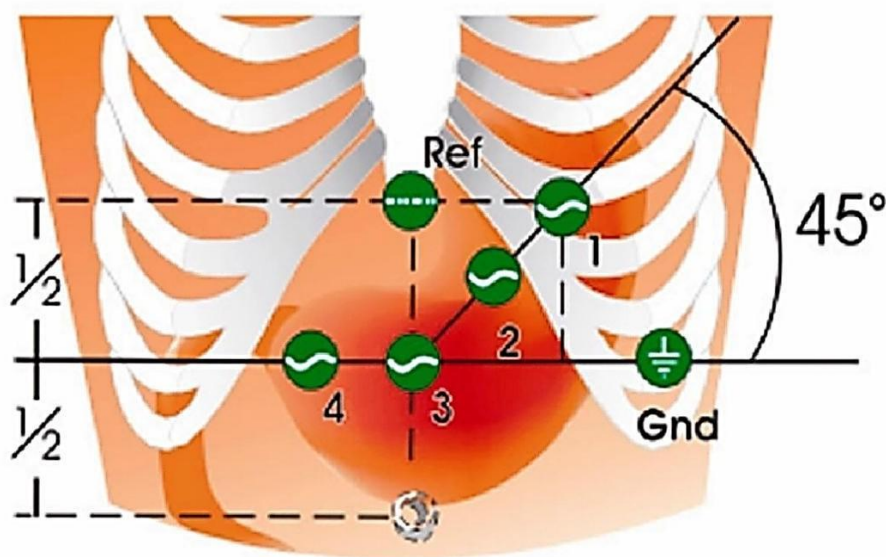


Рис. 21. Схема установки электродов на теле пациента для исследования моторной функции желудка на аппарате «Polygraf ID»

Учитывая особенности первичного хирургического вмешательства у обследованных пациентов после резекции желудка по Бильрот-II, из стандартных четырех электродов методики, соответствующих кардиальному отделу, телу, антральному отделу и привратнику желудка, в оценке состояния культи желудка применялись лишь первые два.

Нормальные значения электрической активности культи указанных отделов желудка являются: частота сокращений 1–3 в минуту, мощность 46–56 дБ (рис. 22).

Преобладание в препрандиальном тахигастрии в сочетании с увеличением доминантной мощности сокращений тела (дистального отдела) культи желудка (рис. 23) указывает на проявления демпинг-синдрома у данной группы пациентов, что подтверждается результатами клинических и инструментальных исследований. Данные нарушения усиливаются после приема пищи. Вместе с тем изменения кардиального (проксимального) отдела культи желудка характеризуются менее специфичной аритмией и преобладанием низких значений доминантной мощности.

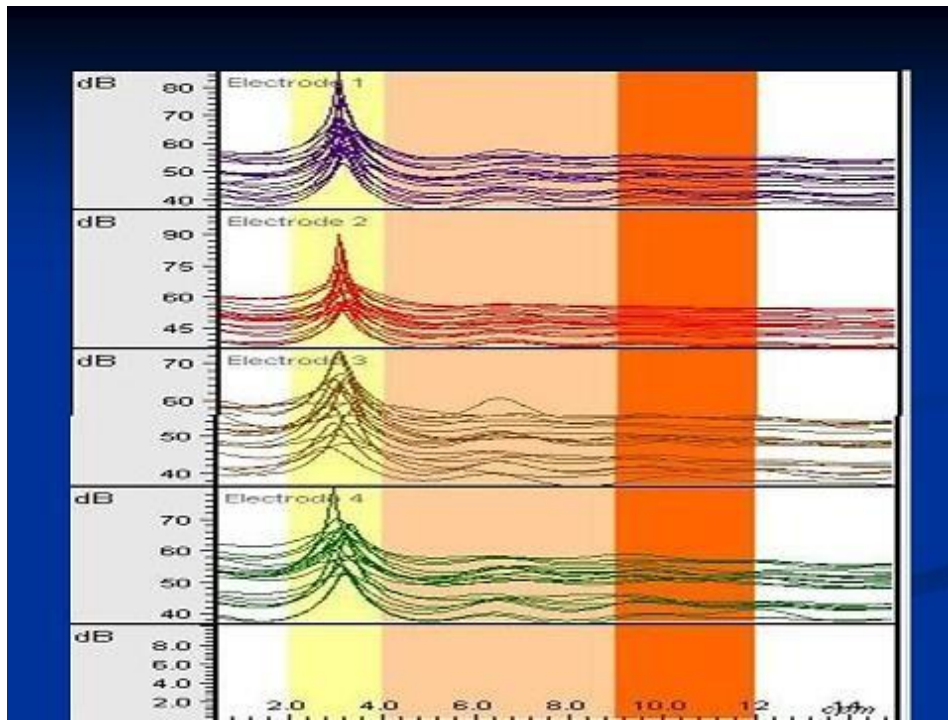


Рис. 22. Электрогастрография. Представлен вариант нормогастрии

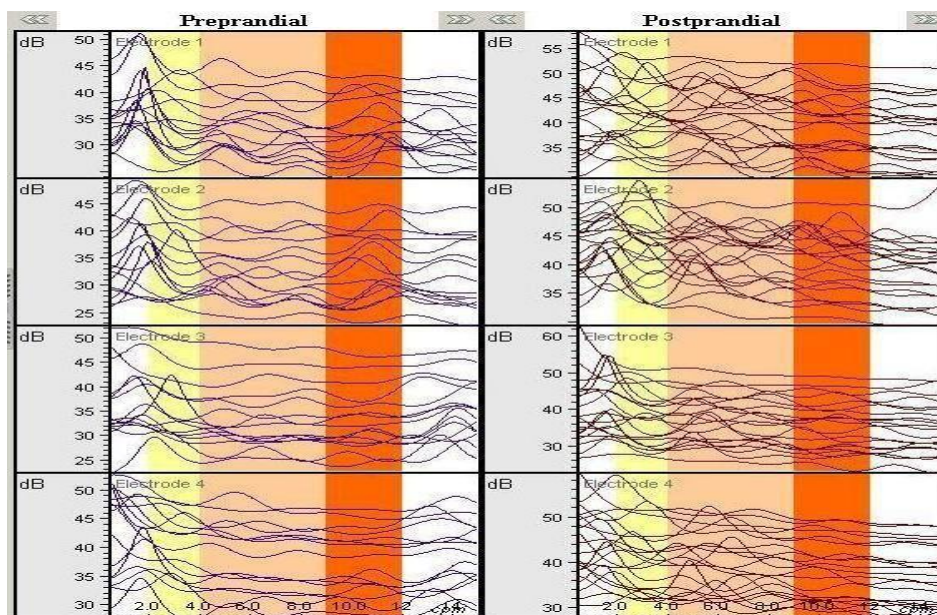


Рис. 23. Электрогастрография.

Больной Б., 42 лет. Представлен вариант электрической активности по типу препрандиальной и постпрандиальной аритмии во всех отделах культи желудка

В целом разрушение гастродуоденального комплекса в результате дистальной резекции желудка по Бильрот-II приводит к утрате единого пейсмейкера и рассогласованию в работе проксимальных и дистальных отделов культи желудка, а именно: преобладанию тахиритмических электромеханических сокращений повышенной мощности в дистальных отделах и аритмических электромеханических сокращений сниженной мощности в проксимальных отделах (рис. 24).

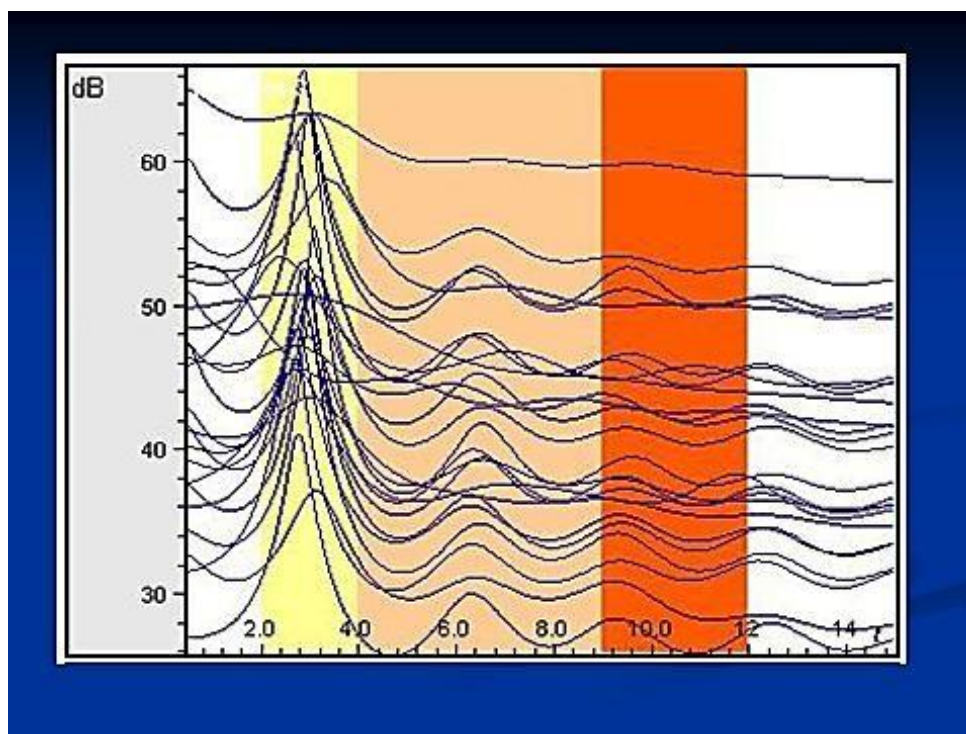


Рис. 24. Электрогастрограмма больного С., 6 мес. после операции

Выявление указанных нарушений при проведении электрогастрографии у пациентов с резекцией желудка в анамнезе может быть способом скрининговой диагностики демпинг-синдрома и недостаточности эзофагокардиального перехода.

Обязательным гистологическим исследованиям должны быть подвергнуты ткани резецированных органов во время выполнения реконструктивно-восстановительных операций и биоптаты слизистых оболочек, взятых при выполнении ФГДС.

Морфологическое и морфометрическое изучение зоны анастомозов оцениваются на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Микроскопирование осуществляется на микроскопах БИОЛАМ-70 и MICROS LC30A с последующей цифровой съемкой. Оцениваются: воспалительная активность, степень атрофии, аденоматоз, метаплазии и дисплазии.

1.4. Определение качества жизни

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного широко используют метод оценки качества жизни (КЖ). Качество жизни – субъективная оценка совокупности физического, социального, психического и эмоционального состояния больного, обеспечивающего максимальную его адаптацию к полноценному существованию.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания». В этой связи КЖ, связанное

со здоровьем, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ. Участие больного в оценке его состояния особенно важно. Оценка КЖ, сделанная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни. До и после операции у всех пациентов определялся уровень качества жизни при помощи модифицированного опросника для исследования качества жизни у больных гастроэнтерологического профиля GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index). Опросник был сформулирован и адаптирован для пациентов абдоминального профиля, международной комиссией, созданной по инициативе Всемирной Организацией Здравоохранения. Анкета включает 36 вопросов, ответы на которые характеризуют 5 основных категорий качества жизни: общее субъективное восприятие своего здоровья (ВСЗ), психическое состояние (ПС), физическое состояние (ФС), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование (РФ). Обследуемый отвечает на предложенные вопросы по 5-балльной системе. Суммарный показатель КЖ называется «гастроинтестинальным индексом» (ГИ).

Ниже приведен вариант анкеты, который может быть использован для оценки качества жизни обследованных.

АНКЕТА

Внимательно прочтите все вопросы. Дайте ответы на каждый из них. Для ответа подчеркните то утверждение, которое наиболее справедливо по отношению к Вам в период времени «за последние 2 недели».

1. Как часто Вы отмечали боли в животе? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
2. Как часто Вы ощущали чувство переполнения в верхней части живота? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
3. Как часто Вы отмечали вздутие живота? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
4. Вас беспокоило избыточное отхождение газов? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
5. Вас беспокоила отрыжка? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
6. Вас беспокоило урчание в животе? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
7. Как часто Вас беспокоил частый стул? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
8. Вас беспокоили срыгивание пищи или рвота? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
9. Как часто Вы испытывали неудобство из-за медленного приема пищи? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).

10. Вы испытывали затруднения при глотании? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
11. Вас беспокоили резкие позывы к опорожнению кишечника? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
12. Как часто Вас беспокоил жидкий стул? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
13. Как часто Вас беспокоил запор? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
14. Вас беспокоила тошнота? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
15. Вы отмечали кровь в стуле? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
16. Вас беспокоила изжога? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
17. Вас беспокоил неконтролируемый стул? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
18. Как часто Вы получали удовольствие от еды? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
19. Как часто Вам приходилось изменять питание из-за своей болезни? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
20. Как Вы справлялись с повседневными стрессами? (очень плохо, умеренно, хорошо, очень хорошо).
21. Как часто Вы были угнетены? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
22. Как часто Вы были возбуждены или раздражены? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
23. Как часто Вы ощущали себя совершенно счастливым (ой)? (никогда, редко, иногда, большую часть времени, все время).
24. Как часто Вы были расстроены? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
25. Вы испытывали чувство усталости или переутомления? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
26. Как часто Вы чувствовали себя больным? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
27. Просыпались ли Вы по ночам за последние две недели? (каждую ночь, 5–6 ночей, 3–4 ночи, 1–2 ночи, ни разу).
28. Отразилось ли Ваше самочувствие на Вашем внешнем облике? (очень сильно, умеренно, в некоторой степени, незначительно, нет).
29. Как изменилась Ваша физическая сила? (резко снизилась, умеренно снизилась, в некоторой степени снизилась, незначительно снизилась, совершенно не изменилась).
30. Ваша выносливость изменилась? (резко снизилась, умеренно снизилась, в некоторой степени снизилась, незначительно снизилась, совершенно не изменилась).
31. Как изменилась Ваша способность к труду? (совершенно не работоспосо-

бен (на), снизилась умеренно, снизилась в некоторой степени, снизилась незначительно, не изменилась).

32. Вы выполняли свою повседневную обычную работу (профессиональная деятельность, учеба)? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
33. Вы имели возможность отдыхать в свободное время (хобби, развлечения)? (все время, большую часть времени, иногда, редко, никогда).
34. В какой степени Ваше самочувствие повлияло на половую жизнь? (значительно, к большей степени, в некоторой степени, мало, не повлияло).
35. Ухудшились ли Ваши отношения с близкими Вам людьми (родственники, друзья)? (значительно, в большей степени, в некоторой степени, мало, не изменились).
36. Вас тревожит проводимое (проведенное) вам лечение? (очень сильно, в значительной мере, в некоторой степени, немного, совсем не беспокоит).

2. КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Почти одновременно с внедрением в клиническую практику операций на желудке наступил новый этап в желудочной хирургии из-за своеобразных болезненных состояний, связанных с произведенной операцией. О таких болезненных состояниях сообщалось еще на заре развития резекции желудка зарубежными исследователями: Deneschau (1907); Herzt (1911); Mix (1920). Более широкое их изучение началось с 40-х годов прошлого столетия: Д.Г. Ойстрах (1938); Е.Л. Березов (1940); О.Л. Гордон (1947); А.А. Бусалов (1949) и др.

Отсутствие конкретных исследований по вопросам патогенеза этих расстройств послужило причиной появления многочисленных терминов, которыми авторы обозначали те или иные расстройства после резекции желудка. В литературе описано более 70 названий указанных расстройств. При этом речь нередко идет об одних и тех же патологических синдромах и болезненных состояниях, но не имеющих прямого отношения к произведенной резекции желудка.

На симпозиуме по пострезекционным патологическим синдромам (Москва, 1967) было констатировано, что отсутствие приемлемой классификации болезненных состояний после резекции желудка и существующая путаница в терминологии создают дополнительные трудности для клиницистов в их своевременной диагностике и эффективном лечении. Еще А.В. Гуляев (1969), касаясь вопроса терминологии пострезекционных патологических синдромов, в своем выступлении на заседании хирургического общества г. Москвы говорил о том, что необходимо упростить терминологию и пользоваться старым термином «болезнь оперированного желудка», введенным в литературу известным «желудочным» хирургом Е.Л. Березовым (1940).

Г.Д. Вилявин, Б.А. Бердов (1969) различают три вида расстройств: функциональные, органические и сочетанные. Примерно такую же классификацию предлагали В.И. Кукош с соавт. (1969), Г.В. Мыш, В.Е. Кузнецов (1969). Они выделили постгастрорезекционную болезнь, постгастрорезекционные синдромы и болезни резецированного желудка. Классификация страдала расплывчатостью, авторы не объясняли разницу между «постгастрорезекционной болезнью» и «болезнью резецированного желудка».

В.С. Маят, Ю.М. Панцырев (1968) различали органические поражения, функциональные расстройства и их сочетания. Авторы впервые отметили важную роль воспалительных изменений поджелудочной железы в патогенезе и клинике «болезней оперированного желудка».

Не исключено и развитие осложнений при ваготомии, в течение последних 20 лет энергично внедряемой в практику как метод хирургического лечения

язвенной болезни. Появился новый, ранее неизвестный раздел гастроэнтерологии – постваготомические расстройства. С учетом этого, в классификацию пострезекционных осложнений внесены терминологические коррективы.

На наш взгляд, наиболее полную и логичную классификацию предложил М.А. Самсонов (1984).

Постоперационные синдромы, связанные с резекцией желудка и ваготомией

I. Синдромы, связанные с нарушением нейрогуморальной регуляции деятельности органов желудочно-кишечного тракта:

- демпинг-синдром;
- синдром гипогликемии;
- синдром приводящей петли функциональной природы;
- постваготомические расстройства.

II. Синдромы, связанные с нарушением функциональной деятельности органов пищеварения и их компенсаторно-приспособительной перестройкой:

- нарушения в гепатобилиарной системе;
- кишечные нарушения, включая синдром мальабсорбции;
- нарушения функций культи желудка;
- нарушения функций поджелудочной железы;
- рефлюкс-эзофагит.

III. Органические поражения:

- рецидивы язвенной болезни;
- перерождение слизистой оболочки культи желудка (полипоз, рак культи желудка).

IV. Сочетанные нарушения (сочетания патологических синдромов).

Наблюдения над более чем за полутора тысячами больных с болезнями оперированного желудка, проведенные Г.Р. Аскерхановым в течение последних тридцати лет, позволили разработать и применить в клинике классификацию болезней резецированного желудка, основанную на клинической картине заболевания и принимающую во внимание патогенетические особенности синдрома. Она отличается от других предложенных классификаций сравнительной простотой и удобством клинического использования. В то же время классификация охватывает все известные патологические синдромы, встречающиеся у больных после операции на желудке и патогенетически связанные с произведенной операцией. Здесь следует сказать о том, что по мере накопления опыта классификация усовершенствовалась и дополнялась новыми данными.

Согласно данной классификации все пострезекционные и постваготомические осложнения в различных их вариантах подразделяются на органические и функциональные.

Классификация болезней оперированного желудка по Аскерханову

I. Органические

1. Пептическая болезнь оперированного желудка (пептическая язва анастомоза и тощей кишки, рецидивная язва, незажившая язва).
2. Рак культи желудка.
3. Рубцовое сужение гастроэнтероанастомоза.
4. Желудочно-кишечные, желудочно-билиарные, юноободочные свищи.
5. Синдром приводящей петли.
6. Порочный круг.
7. Осложнения вследствие нарушения методики операций.
8. Каскадная деформация желудка.

II. Функциональные

1. Демпинг-синдром.
2. Гипо-гипергликемический Синдром.
3. Энтерогенный синдром.
4. Функциональный синдром приводящей петли.
5. Постгастрорезекционная анемия.
6. Постгастрорезекционная астения.
7. Гастростаз.
8. Диарея.
9. Дисфагия.
10. Щелочной рефлюкс-гастрит.

Вопросы для самоконтроля

1. В каком году и где состоялся симпозиум по пострезекционным расстройствам?
2. Кем впервые были введены понятия «органические расстройства» и «функциональные расстройства»?
3. В чем принципиальное отличие классификации М.А. Самсонова (1984) от ранее предложенных классификаций?
4. Какие органические и функциональные расстройства выделил в своей классификации Г.Р. Аскерханов?

3. ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

Среди патологических синдромов после резекции желудка наиболее частым является демпинг-синдром. Хотя в трактовке этого термина существовали самые различные мнения, в настоящее время большинство авторов, изучавших функциональные нарушения после резекции желудка, понимают под демпинг-синдромом тот приступ резкой слабости с характерными сосудистыми и нейро-вегетативными расстройствами после приема пищи, который наблюдается у больных, перенесших резекцию желудка.

Термин «dumping stomach» («сбрасывающий желудок») ввели Andrews и Mix в 1920 году на основании наблюдения за больной, перенесшей гастроэнтеростомию. У больной наблюдалось «молниеносное» прохождение контрастной массы из желудка через анастомоз в тонкий кишечник. Излечение наступило после ликвидации соустья путем повторной операции. Термин же «dumping syndrome» («синдром сбрасывания» или «провала») предложили Gilbert и Dunlop (1947).

Быстрое поступление пищевого комка в кишечник, помимо агрессивного механического и температурного влияния, провоцирует ярко выраженный гиперосмотический эффект. Как следствие в просвет кишки из сосудов поступают жидкость и электролиты, что приводит к падению объема циркулирующей плазмы (ОЦП) и сосудодвигательным реакциям (расширение сосудов периферического русла). В ответ на расширение тонкой кишки и раздражение её слизистой оболочки, из её проксимальных отделов, в кровеносное русло выбрасывается серотонин. Во время приступа «провала» пищи в плазме крови обнаружены различные биологически активные вещества, как-то: кинины, субстанция P, вазоактивный интестинальный пептид, неуротензин, энтероглюкагон. Из-за них возникает ряд общих и гастроинтестинальных расстройств. Стремительное прохождение химуса по тонкой кишке с ненормальными осмотическими и рефлекторными влияниями ведет к нарушению гуморальной регуляции за счет изменения внутрисекреторной функции поджелудочной железы (инсулин, глюкагон), активацию симпатико-адреналовой.

В клинической картине демпинг-синдрома доминирующим является приступ резкой слабости с вегетативно-сосудистыми расстройствами. Как правило они возникают через 15–20 мин после еды, в особенности после сладких и молочных блюд. Тяжесть приступов варьирует от небольшой общей слабости до приступов полного физического бессилия. По времени приступы также могут различаться: от 20–25 мин до 2-х и более часов. Длительность пароксизма находится в прямой зависимости от тяжести заболевания. Кроме приступов астении пациенты отмечают головокружение, шум в ушах, сердцебиение. У некоторых пациентов появляется неприятное ощущение жара, которое сопровождается резкой гиперемией или, наоборот, бледностью кожи, тремором пальцев

рук. У части больных выявляется потливость, вплоть до того, что некоторые буквально купаются в поту. Во время пароксизма у больные стремятся лечь, поскольку в горизонтальном положении их состояние улучшается и приступ проходит намного легче и быстрее.

По характеру жалобы можно разделить на пять категорий:

1. Сосудистые и нейровегетативные: приступы астении, головокружение, ощущение сердцебиения, бледность или чувство жара с гиперемией лица, тремор пальцев и кисти, потемнение в глазах, холодный пот. Эти жалобы напрямую связаны с приемом пищи и наблюдаются исключительно во время пароксизма демпинг-синдрома.

2. Диспептические и абдоминального дискомфорта: снижение аппетита или его полное отсутствие, тошнота, срыгивание, рвота, урчание в животе, диарея, запоры. Данные жалобы связаны с расстройством моторно-эвакуаторной функции ЖКТ и нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

3. Жалобы, связанные с недостаточным пищеварением, с нарушениями метаболических процессов: похудение, анемия, общее ослабление организма, снижение трудоспособности, физическое бессилие, импотенция.

4. Различные болевые ощущения: возникают чаще вследствие воспалительных процессов в гепато-панкреато-дуоденальной системе, дуоденостазом и иногда спаечным процессом в брюшной полости.

5. Психо-неврологические нарушения и астенизация личности: лабильность психики (в частности проявляющаяся раздражительностью, плаксивостью, дезадаптацией эмоционального фона), нарушения сна, головные боли, фиксационная неврастения и т. д.

Демпинг-синдром характеризуется длительным и прогрессирующим течением. Как правило, пароксизмы возникают у пациентов в течение первого года после операции, в связи с расширением меню потребляемой пищи. Если в первые 2–3 года после операции болезнь в основном проявляется приступами слабости, возникающие после еды, то с течением времени также присоединяются жалобы, связанные с физической и нервно-психической астенизацией личности.

При внешнем осмотре больных обращают внимание на снижение питания, достигающее иногда до степени кахексии. В тяжелых случаях наблюдаются онкотические отеки с ярко выраженными дистрофическими изменениями внутренних органов. С прогрессированием заболевания увеличивается дефицит массы тела больных, особенно он выражен при тяжелой форме демпинг-синдрома.

Язык у больных демпинг-синдромом всегда обложен. Пальпаторные данные со стороны живота при данном синдроме также неспецифичны.

Тяжесть демпинг-синдрома оценивается на основании изложенных выше жалоб, клинической картины, качества питания и уровня потери трудоспособности.

Демпинг-синдром I степени – это легкая форма заболевания, которая характеризуется слабовыраженными и непродолжительными (10–15 мин) приступами слабости или недомогания после приема сладкой пищи и молока. Если

пациент соблюдает диету и режим питания, то чувствует себя хорошо и вполне трудоспособен. Хотя недостатка питания нет, имеется дефицит массы тела до 3–5 кг. При исследовании теста на толерантность к глюкозе коэффициент Бодуэна (гипергликемический) не превышает 1,5–1,6. Пульс во время приступа ускоряется на 10 ударов в минуту, систолическое давление снижается на 5 мм рт. ст. Эвакуация бария из культи желудка совершается в течение 15–20 мин, а пищевого завтрака – за 60–70 мин. Время прохождения тонкого кишечника контрастным веществом длится не менее 5 часов.

Демпинг-синдром II степени определяется клиническими проявлениями средней степени тяжести. Атаки могут возникать после приема любой еды и длятся 30–40 мин, характеризуются большей степенью интенсивности. Стул неустойчивый - диарея сменяется запором. Трудоспособность снижена. Дефицит массы тела достигает 8–10 кг. Коэффициент Бодуэна доходит до 1,6–1,7. Пульс во время приступа увеличивается на 10–15 ударов, систолическое артериальное давление снижается на 5–10 мм рт. ст. Культи желудка освобождается от контрастного вещества в течение 10–15 мин, от пищевого завтрака – за 30–40 мин. Барий проходит тонкий кишечник не более чем за 3–3,5 часов.

Демпинг-синдром III степени – тяжелая форма заболевания. Симптомы возникают после каждой еды и длятся 1,5–2 часа. Больные во время приступа вынуждены лежать, поскольку при попытке встать возникает обморок. Боязнь приема пищи и резкие нарушения в процессе пищеварения и усвоения пищи приводят больных к истощению (изнуряющий понос). Трудоспособность значительно снижена, больным присваивается инвалидность II группы. Дефицит массы тела до 13–15 кг. Коэффициент Бодуэна 2,0–2,5. Во время демпинг-атаки пульс ускоряется на 15–20 ударов, систолическое давление снижается на 10–15 мм рт. ст. Культи желудка опорожняется от бария в течение 5–7 мин, а от пищевого завтрака – за 12–15 мин. В тонком кишечнике барий находится не более 2–2,5 часов.

Демпинг-синдром IV степени также относится к тяжелой форме заболевания. У этой категории больных к вышеописанной симптоматике присоединяются дистрофические изменения внутренних органов, кахексия, гипопротеинемия, онкотические отеки, анемия. Больные абсолютно нетрудоспособны, часто им необходим посторонний уход.

Учитывая, что патологические синдромы после операции желудка по Бильрот-II связаны, главным образом, с потерей резервуарной функции желудка, исключением рефлексогенных зон 12-перстной кишки из пищеварения, хирургическая реконструкция желудочно-кишечного тракта и «исправление» уже выполненной операции должны заключаться в восстановлении нормального пассажа пищи по пищеварительному тракту и создании некоего «заменителя» желудка.

Определяя показания к оперативному лечению, необходимо учитывать степень тяжести синдрома, функциональные и морфологические изменения организма в целом и непосредственно в органах желудочно-кишечного тракта, интенсивность болевых и диспептических расстройств, возраст больных, срок, прошедший после операции на желудке, степень потери трудоспособности, эф-

фективность консервативного лечения (диета, медикаментозное и санаторно-курортное лечение).

Анализируя летальные случаи после реконструктивных операций, необходимо отметить, что длительный отказ от операции и неэффективное консервативное лечение приводят к ухудшению общего состояния организма, делающего гастроэнтероуденопластику рискованной операцией; при наличии показаний реконструктивная операция должна быть выполнена в кратчайшие сроки, прежде чем разовьются дистрофические изменения в организме.

Вопросы для самоконтроля

1. К какому виду расстройств (органические или функциональные) необходимо отнести демпинг-синдром?
2. Кем и когда впервые был введен термин «сбрасывающий желудок»?
3. Кем и когда впервые был введен термин «синдром сбрасывания, или провала»?
4. Чем объяснить снижение объема циркулирующей плазмы во время демпинговой атаки?
5. Какой симптом является доминирующим в клинической картине демпинг-синдрома?
6. Каким будет пульс у больного с демпинг-синдромом I степени во время демпинговой атаки?
7. Сколько по времени длится приступ слабости у больных с демпинг-синдромом II степени?
8. Могут ли находиться на действительной военной службе больные с демпинг-синдромом III степени?
9. Перечислите клинические проявления демпинг-синдрома IV степени?
10. Какой главный принцип должен соблюдаться при оперативном лечении больных с демпинг-синдромом?

4. СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

После резекции желудка по Бильрот-II у части пациентов в послеоперационном периоде развивается своеобразное страдание, получившее в литературе название «синдром приводящей петли». Клинически он проявляется тошнотой, чувством горечи во рту, нарастающим чувством тяжести в эпигастрии, больше справа, отрыжкой. Указанные симптомы постепенно усиливаются, в особенности после приема молока и жирной пищи, после чего возникает обильная рвота с примесью желчи или без нее, приносящая значительное облегчение. В тяжелых случаях рвота носит постоянный характер, нарушается переваривание и усвоение пищи, в кале определяются значительные стеаторея и креаторея, пациенты постепенно теряют массу тела и ослабевают. По литературным данным, синдром приводящей петли встречается в 5,5–42% случаев, у пациентов, после операции резекции желудка по Бильрот-II.

Уже вскоре после того, как была предложена резекция желудка, Braun (1898) предложил для предупреждения забрасывания желчи в культю желудка дополнить резекцию энтеро-энтероанастомозом. Roux с соавт. (1950) вновь обратили внимание на это осложнение, дав ему название «синдром приводящей петли». Для его профилактики авторы рекомендовали резекцию желудка с У-образным анастомозом.

Лечение больных с синдромом приводящей петли представляет трудную задачу. Консервативные мероприятия малоэффективны и сводятся, в основном, к общеукрепляющей терапии (переливание крови и кровезаменителей, внутривенные инъекции растворов глюкозы с витаминами, спазмолитические препараты) и диетолечению. В.Х. Василенко применяет промывание приводящей петли с введением затем антибиотиков широкого спектра действия. Консервативное лечение дает временный эффект, почти у всех больных расстройства возобновляются в первые недели и месяцы после выписки из клиники. Поэтому при тяжелой степени синдрома приводящей петли пациентов следует оперировать.

Существует несколько видов оперативных вмешательств при синдроме приводящей петли:

1. Наиболее частой операцией является реконструктивная гастроэнтероуденопластика, которая наряду с синдромом приводящей петли излечивает демпинг-синдром, в сочетании с которым он часто встречается.
2. Реконструктивный У-образный анастомоз по Ру.
3. Дуоденоэнтероанастомоз.
4. Энтеро-энтероанастомоз по Брауну.
5. Резекция 12-перстной кишки.
6. Подшивание приводящей петли к малой кривизне желудка (при рефлюксе пищи в 12-перстную кишку).

7. Перевод резекции желудка по Бильрот-II в Бильрот-I.
8. Подшивание приводящей и отводящей петель к задней париетальной брюшине (при выпадении приводящей петли в гастроэнтероанастомоз).

Наиболее радикальными следует считать гастроеюнопластику по Захарову-Генлею и реконструктивную операцию по Бильрот-I. У ослабленных и пожилых больных, а также в случае отсутствия демпинг-синдрома рациональными являются различные межкишечные анастомозы.

Для профилактики синдрома приводящей петли, необходимо осуществлять следующие мероприятия:

1. Не допускать слишком длинной приводящей петли.
2. При обработке культи желудка и подшивании кишки к изгибу желудка необходимо:
 - а) сформировать так называемый «киль» по малой кривизне, в результате чего, место подшивания тонкой кишки высоко поднимается по отношению к анастомозу;
 - б) при подшивании тонкой кишки к культе желудка в промежутке от малой кривизны до гастроеюноанастомоза, кишка слегка ротируется. Первый шов – фиксирует к желудку протвобрыжеечный край кишки, последний фиксирует кишку к желудку непосредственно у основания её брыжейки, при этом кишка слегка гофрируется.

Вопросы для самоконтроля

1. После какой операции развивается синдром приводящей петли?
2. Перечислите клинические проявления синдрома приводящей петли.
3. Кем и когда был введен термин «синдром приводящей петли»?
4. Какие виды оперативных вмешательств используют при синдроме приводящей петли?
5. Какие операции считаются радикальными при лечении синдрома приводящей петли?

5. ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА И ТОЩЕЙ КИШКИ

Одной из тяжелых патологий оперированного желудка является пептическая язва анастомоза (соустья) и тощей кишки. До 40-х годов прошлого столетия возникновение пептических язв почти целиком было связано с операцией гастроэнтероанастомоза (особенно переднего анастомоза с брауновским соустьем), пока, наконец, эта операция окончательно себя не скомпрометировала и на XXIV съезде хирургов в 1938 г. не была признана нерациональной в лечении язвенной болезни. И сам термин «болезнь оперированного желудка», в сущности, был связан с пептической язвой после гастроэнтеростомии. Хотя гастроэнтероанастомоз в настоящее время выполняется очень редко при язвенной болезни, удельный вес этой операции, как причина пептической язвы, остается все еще высоким. С другой стороны, в настоящее время значительное место среди больных с пептическими язвами занимают больные, перенесшие в прошлом резекцию желудка. Это объясняется не тем, что осложнения в виде пептической язвы после резекции желудка стали более частыми, а после анастомоза – более редкими, а тем, что операция резекции желудка стала более доступной большому кругу хирургов и её стали широко применять как операцию выбора при хирургическом лечении язвенной болезни, так как гастроэнтероанастомоз выполняется при язвенной болезни очень редко.

Увеличение количества больных пептической язвой за последнее время связано как с ростом числа хирургических вмешательств по поводу осложненной язвенной болезни, так и благодаря совершенствованию диагностики этой патологии, частота которой колеблется от 0,19 до 7%. Пептическая язва зарегистрирована после гастроэнтероанастомоза у 95,5% больных, после резекции желудка – у 4,5% больных.

Говоря о механизме появления пептической язвы после резекции желудка, почти все исследователи указывают на наличие свободной соляной кислоты в желудочном соке, которая становится патогенетическим фактором развития язвы на соустье или анастомозированной петле. Отдельные авторы указывают на возможность пептической язвы при ахлоргидрии. Надо полагать, что ахлоргидрия, которую наблюдали эти авторы у больных с пептическими язвами, была не достоверной, а вызвана техническими погрешностями во время забора желудочного сока. Кроме того диагноз пептической язвы у этих авторов часто ставился на основании только рентгенологических данных, что не совпадало с операционными находками. С внедрением в клиническую практику эндоскопической техники число расхождений в диагнозе значительно уменьшилось.

Что касается причин наличия остаточной соляной кислоты после резекции желудка и, как следствие, причины появления пептической язвы, то на первое место многие исследователи ставят экономную резекцию желудка, когда остав-

ляется значительная часть желудочных желез тела и дна, продуцирующих соляную кислоту и пепсин.

На втором месте, как на причину образования пептической язвы, указывается технически неправильно выполненная операция для исключения, когда оставляется пилорический отдел желудка вместе со слизистой оболочкой, которая, как известно, выделяет гормон гастрин (фактор Эдкинса), являющийся сильным стимулятором желудочных желез, продуцирующих соляную кислоту. Пептическую язву, образующуюся после резекции желудка для исключения, неправильно связывать с «рефлекторными влияниями» оставленной препилорической части на фундальные железы.

Третьей причиной появления свободной соляной кислоты, особенно высоких цифр, является так называемый синдром Золлингера–Эллисона.

Для синдрома характерна триада: пептическая язва после резекции желудка (даже субтотальной), желудочная гиперсекреция, наличие опухоли поджелудочной железы исходящей из клеток «островкового аппарата» не продуцирующих инсулин.

На сегодняшний день операцией выбора, при синдроме Золлингера–Эллисона, является гастрэктомия, поскольку если не удалить даже малый участок желудка, это приведёт к рецидиву пептической язвы.

Кроме указанных трех моментов, причиной образования пептической язвы анастомоза может быть резекция желудка, при которой накладывается Брауновское соустье или анастомоз Ру, так как при обеих этих модификациях щелочной секрет из 12-перстной кишки не орошает желудочно-кишечное соустье, а по межкишечному анастомозу попадает прямо в отводящую петлю.

Наконец, в литературе описаны пептические язвы, образовавшиеся на тонкокишечном трансплантате после резекции желудка с гастроеюнопластикой по Захарову. Пептические язвы чаще склонны к пенетрации, кровотечениям, чем первичные язвы желудка и 12-перстной кишки.

Лечение пептических язв является трудной задачей в желудочной хирургии. Сложность задачи заключается не только в том, что в техническом отношении эти операции чрезвычайно сложны и травматичны, но и в том, что в большинстве случаев повторные операции производятся у ослабленных больных, тяжело страдающих от рецидива язвенной болезни и ее осложнений, уже подвергшихся одной, а часто и нескольким операциям, с нарушением питания и нервно-психического статуса.

Тем не менее, операция является более эффективным методом лечения пептической язвы. Только в начальные сроки развития язвы, при поверхностной ее локализации или стадии свежего инфильтрата, консервативное лечение может дать временный эффект (диета, антациды).

Что касается характера оперативного вмешательства, большинство авторов считают методом выбора повторную резекцию желудка с анастомозом по Бильрот-II или Бильрот-I.

В диагностике пептической язвы основное значение имеет характер жалоб, анамнез заболевания, локализация болей и методы общеклинического обследования больного. Рентгенологический метод исследования играет второстепен-

ную роль. Исключительное значение имеет исследование желудочного сока и фиброгастроскопия. Наличие в анамнезе язвенного кровотечения и прободения пептической язвы значительно облегчает диагностику заболевания.

Пептические язвы анастомоза и тощей кишки чаще склонны к различным осложнениям (кровотечения, перфорация, пенетрация и т. д.). Чем больше прошло времени после появления пептической язвы, тем больше вероятность наличия указанных осложнений. Поэтому консервативное лечение пептической язвы не должно быть продолжительным. При отсутствии эффекта больные должны быть оперированы. Оперативному лечению подлежат все больные с осложненной пептической язвой независимо от сроков ее появления. При безуспешности консервативных мер и продолжающемся кровотечении показана срочная операция на высоте кровотечения.

Вопросы для самоконтроля

1. После какой операции чаще всего развивается пептическая язва анастомоза и тощей кишки?
2. Что является главной причиной развития пептической язвы анастомоза?
3. Какие осложнения чаще характерны для пептической язвы?
4. Какой метод считается наиболее эффективным при лечении пептической язвы?
5. Какие методы исследования являются самыми информативными для диагностики пептической язвы?
6. В каких случаях показана экстренная операция больным с пептической язвой?

6. РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ

Рефлюкс-эзофагит представляет собой ответную реакцию слизистой оболочки пищевода на частый контакт с агрессивным секретом желудка и кишки. Повреждающее действие ферментов кишечника на слизистую пищевода, в свою очередь, приводит к воспалительной реакции, дисплазии эпителия и повышенной митотической активности клеток. Как известно, интестинальная метаплазия пищевода имеет высокий злокачественный потенциал и, следовательно, неблагоприятный прогноз: высок риск развития аденокарциномы пищевода. Кроме риска развития рака пищевода, у этой категории больных значительно снижается качество жизни, которое обусловлено постоянным забросом кишечного содержимого в пищевод, что может привести к стойкой потере трудоспособности.

Накопленный клиницистами практический опыт показывает, что во время оперативного вмешательства на желудке, при его мобилизации, за счет механического воздействия, а также развития в послеоперационном периоде нарушения моторно-эвакуаторной функции, приводят к несостоятельности кардиального жома. В совокупности эти нарушения становятся причиной развития регургитационного синдрома, который классифицируется как рефлюкс-эзофагит. По имеющимся литературным данным разных авторов, воспаление пищевода в результате рефлюкса желудочного содержимого развивается в послеоперационном периоде от 1,7 до 94% случаев.

Е.М. Масюкова анализируя накопленный опыт оперативного лечения пациентов в госпитальной хирургической клинике А.Г. Савиных, выявили рефлюкс-эзофагит только у 2,5%. Авторы считают, что правильная техника создания пищеводно-кишечного анастомоза является гарантией профилактики рефлюкс-эзофагита.

Н.М. Кузин с соавт. проведя масштабные исследования больных после радикальной экстерпации желудка в 95,4% случаев наблюдали рефлюкс-эзофагит, в том числе выраженный, у 77,2% пациентов.

Как указывают многие авторы, возникновение рефлюкса после резекции желудка обусловлено рядом факторов.

1. Травматические факторы: 1) тракция желудка во время операции, приводящая к растяжению связочного аппарата проксимального отдела желудка; 2) мобилизация большой кривизны желудка; 3) пересечение сосудов желудка, косых мышц его стенки, особенно малой кривизны; 4) ваготомия, сопровождающаяся рассечением пищеводно-диафрагмальной и желудочно-диафрагмальной связок; 5) наложение желудочно-кишечного анастомоза, особенно прямого гастродуоденоанастомоза по Бильрот-I, приводящего к выравниванию угла Гиса; 6) частое отсасывание желудочного содержимого в послеоперационном периоде, вызывающее поверхностный эзофагит.

2. Трофические факторы: 1) повреждение сосудов, приводящее к ишемии участка в области пищеводно-желудочного соединения, тромбофлебит вен кардиальной части желудка; 2) нарушение нейрогуморальных факторов, участвующих в иннервации пищевода; 3) нарушение трофики диафрагмы вследствие гипопротеинемии, исхудания; 4) язвенный диатез и увеличенный объем желудочной секреции (особенно ночной), который может оставаться еще длительное время после операции; 5) забрасывание щелочного содержимого двенадцатиперстной кишки в культю желудка, снижающее тонус мышечной оболочки желудка.

3. Механические факторы: 1) желудочный стаз; 2) уменьшение объема желудочного резервуара, сопровождающееся повышением внутрижелудочного давления.

Важным условием развития рефлюкс-эзофагита считается пересечение стволов блуждающего нерва. Это ведет к трофическим расстройствам в стенке пищевода, и пептическое действие кишечного сока на этом фоне выражено сильнее. Е.М. Масюкова и соавт. у некоторых больных при гастрэктомии сохраняли заднюю хорду блуждающего нерва. При обследовании 22 больных, прооперированных по данной методике в клинике госпитальной хирургии им. А.Г. Савиных, явлений регургитации и рефлюкс-эзофагита не было обнаружено.

К.Н. Цацаниди, А.В. Богданов считают, что для возникновения послеоперационного рефлюкс-эзофагита необходимо наличие двух факторов – атонии пищевода и регургитации кишечного содержимого.

По мнению В.И. Оноприева, для того чтобы полнее проявлялось клапанное закрытие анастомоза, газовый пузырь культи желудка должен располагаться выше зоны соустья. Если газовый пузырь культи желудка будет располагаться, ниже анастомоза, станет проявляться его обратное действие на анастомоз.

Терапевтические мероприятия при данной патологии в ряде случаев не дают продолжительного позитивного эффекта, поэтому хирурги делают более или менее успешные попытки профилактики этого осложнения. Используются новые методы и техника операции, применяются все средства для ликвидации условий, способствующих проявлению рефлюкса, а также его последствий

Ф.А. Черноусов и Р.В. Гучаков отмечают, что на современном этапе не решен вопрос выбора варианта реконструкции после гастрэктомии и метода формирования эзофагоэюноанастомоза. Все многообразие методик реконструкции после гастрэктомии авторы свели к четырем основным:

- 1) эзофагодуоденостомия;
- 2) эзофагоэюнодуоденопластика (гастропластика);
- 3) анастомоз пищевода с кишкой на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну;
- 4) на отключенной по Ру петле тонкой кишки.

Проблема несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза по-прежнему находится в поле зрения хирургов. «Ахиллесовой пятой» и основной причиной летальных исходов, по данным С.А. Поликарпова, является несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов. Смертность при этом осложнении варьирует в пределах 10–100%, и равна в среднем 45%. Среди мер профи-

лактики несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов и рефлюкс-эзофагита у больных после гастрэктомии существуют различные варианты инвагинационных свисающих пищеводно-кишечных анастомозов, предложенные многими авторами. При всех модификациях инвагинационных эзофагоэюно-анастомозов авторы погружали соустье в серозно-мышечный футляр – «чернильницу-непроливашку» – на глубину до 3 см. А.Ф. Черноусов с соавт. акцентируют внимание на том, что в пищеводно-кишечном анастомозе глубина инвагинации должна быть не более 2,5 см, чтобы избежать образования чрезмерного клапана, который может привести к дисфагии после операции. Однако, в большинстве случаев подобные анастомозы либо сложны в техническом плане, либо не дают желаемого арефлюксного эффекта, а также могут вызывать стеноз соустья.

Обобщая 20-летний опыт лечения 545 больных с постгастрорезекционным синдромом, А.П. Михайлов и соавт. рекомендуют у больных с сочетанными синдромами выполнять симультанные операции, заключающиеся в коррекции замыкательного аппарата кардии. Для профилактики и лечения рефлюкс-эзофагита авторы восстанавливали диафрагмальный компонент путем передней или переднезадней крурорафии, укрепляя мышечный компонент фундопликацией по Ниссену или Н.Н. Каншину, усиливали клапан Губарева, формируя острый угол Гиса путем фундоэзофагофренорафии.

В последние годы отмечается стремление многих хирургов к более частому использованию методов, в которых предусматривается включение в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки. По мнению большинства хирургов, эта методика обеспечивает сохранение физиологичности пищеварения, а также предупреждает развитие в послеоперационном периоде рефлюкс-эзофагита.

7. ЩЕЛОЧНОЙ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ

Энтерогастральный рефлюкс, приводящий к развитию регургитационного синдрома, выявляется в 18,6–82,6% исследований у пациентов после операции на желудке и двенадцатиперстной кишке. Клинические проявления щелочного рефлюкс-гастрита характеризуются постоянной разлитой болью в надчревной области, отрыжкой, рвотой желчью. У ряда больных отмечается жжение и боли за грудиной. У большинства из них имеется стойкая потеря массы тела. При этом даже длительная комплексная терапия и полноценное питание не обеспечивают восполнение дефицита массы тела. Характерными признаками являются анемия, гипо- или ахлоргидрия.

J.L. Sawyers, J.L. Herrington считают, что это наиболее частый пострезекционный синдром, подлежащий повторному оперативному вмешательству. Щелочной рефлюкс-гастрит может возникнуть после резекции желудка, антрумэктомии, гастроэнтеростомии, ваготомии с пилоропластикой, а также холецистэктомии, сфинктеропластики.

Известно, что главной функцией пилорического жома является не только регуляция выхода из желудка, но и создание препятствия обратному забросу химуса из двенадцатиперстной кишки в желудок. Среди причин возникновения постгастрорезекционных расстройств большинство исследователей отмечает повреждающее действие рефлюкса кишечного содержимого на слизистую оболочку культи желудка вследствие устранения сфинктерного механизма привратника. Другим фактором развития послеоперационного рефлюкс-гастрита, по мнению ряда авторов, является наличие не скорректированных в ходе операции хронических нарушений дуоденальной проходимости.

Л.И. Аруин доказал, что в контакте со слизистой оболочкой желудка желчь вызывает цитоллиз поверхностных клеток. Т. Imada et al. установили, что воспаление слизистой оболочки желудка развивается при комбинированном воздействии желчи и панкреатического сока.

М. Ishikawa et al. считают, что желчные кислоты усиливают обратную диффузию водородных ионов в связи со способностью переносить их через биологические мембраны. Описываемый эффект усиливается при низких показателях рН.

Другим компонентом дуоденогастрального рефлюкса, способным вызывать повреждение слизистой оболочки желудка, является лизолецитин, образующийся в двенадцатиперстной кишке при гидролизе лецитина желчи фосфолипазой А, происходящем с участием желчных кислот и трипсина.

Рефлюкс желчи оказывает неблагоприятное воздействие на клеточные структуры слизистой оболочки желудка, способствует появлению атрофического гастрита и дисплазии эпителия, повышая тем самым митотическую активность клеток и тенденцию к их малигнизации.

Консервативное лечение щелочного рефлюкс-гастрита, включающее щадящую диету, антацидные, вяжущие, обволакивающие средства, холестирамин, обычно малоэффективно.

Существующие методы хирургического лечения в основном направлены на устранение заброса содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок. Максимальное распространение получила операция Ру. При этом большинство хирургов считает, что расстояние от гастроэнтероанастомоза до межкишечного соустья должно составлять 45–50 см.

По мнению А.А. Шалимова, операция Ру имеет недостатки:

- 1) энтероанастомоз, наложенный на расстоянии до 40 см от желудка, не у всех больных предупреждает заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок;
- 2) при формировании энтероанастомоза на расстоянии 40–60 см от гастроэнтероанастомоза тощая кишка приобретает форму двустволки, что нарушает пассаж химуса, приводит к растяжению кишки и сопровождается тошнотой, ощущением распирания, болью в надчревной области;
- 3) при короткой приводящей петле после пересечения последней и формирования анастомоза по Ру создаются условия для заброса желудочно-кишечного содержимого в двенадцатиперстную кишку, что у некоторых больных может вызвать панкреатит, холецистит, дуоденит или усугубить их течение.

Для профилактики указанных недостатков операции Ру А.А. Шалимовым с соавт. в 1980 г. разработана следующая методика оперативного лечения щелочного рефлюкс-гастрита. После пересечения приводящей петли на уровне двенадцатиперстно-тощего изгиба ушивают ее в области гастроэнтероанастомоза, а отводящую петлю пересекают на расстоянии 18–20 см от гастроэнтероанастомоза. Накладывают дуоденоюноанастомоз с дистальным участком тощей кишки. Отводящую кишку вшивают по типу конец в бок в поперечном направлении, отступив 18–20 см от дуоденоюноанастомоза. У 15 из 19 больных, которым была применена операция Ру в предложенной авторами модификации, получены хорошие результаты. Эффективность операции обусловлена устранением поступления не только содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок, но и желудочно-кишечного содержимого в двенадцатиперстную кишку.

8. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Симптомы

Общие симптомы – кровотечения. Рвота «кофейной гущей» или малоизмененной кровью. Дегтеобразный стул или кал с примесью крови.

Неотложная помощь

При массивном кровотечении (кровавая рвота, снижение уровня артериального давления) – внутримышечно 4 мл 12,5% раствора этамзилата, внутривенно струйно – до 800–1000 мл полиглюкина.

Экстренная эвакуация в дежурный хирургический стационар специализированной (реанимационной) бригадой скорой помощи.

ПРАВИЛА

эвакуации больных с острым желудочно-кишечным кровотечением

Эвакуацию больных с острым желудочно-кишечным кровотечением следует производить максимально быстро и бережно. Эвакуация должна осуществляться в сопровождении врача реаниматолога.

Перед эвакуацией необходимо провести полный комплекс неотложных лечебных мероприятий. Осмотр и оказание неотложной помощи проводятся при минимальном раздевании больного. Перекладывание больного с носилок на носилки без крайней необходимости не допускается. Из малогабаритных и тесных помещений больного выносят на вспомогательных средствах. При спуске с лестницы больного несут ногами вперед, при подъеме – головой вперед, стараясь придать носилкам горизонтальное положение.

Во время эвакуации должно проводиться постоянное наблюдение за состоянием больного, дыханием, частотой и наполнением пульса, уровнем артериального давления. Неотложные лечебные мероприятия должны продолжаться и во время транспортировки.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Выберите один или несколько правильных ответов.

Задача 1.

Больной 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением) выявлена гистаминорепродуктивная ахлоргидрия.

Укажите лечебную тактику:

- а) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного*
- б) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного*
- в) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение*
- г) противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки*
- д) экстренная операция*

Задача 2.

Больной 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением) выявлена гистаминорепродуктивная ахлоргидрия.

Определите, какие медикаментозные средства в заживлении язвы у данного больного следует использовать?

- а) циметидин*
- б) ранитидин*
- в) фамотидин*
- г) омепразол*
- д) препараты висмута*

Задача 3.

Больной 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением) выявлена гистаминорепродуктивная ахлоргидрия.

Укажите, какая операция показана больному?

- а) резекция желудка*
- б) селективная проксимальная ваготомия*
- в) стволовая ваготомия с пилоропластикой*
- г) гастроэнтеростомия*
- д) ваготомия с гемигастрэктомией*

Задача 4.

У практически здорового человека, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют.

Определите, что, скорее всего, послужило причиной кровотечения?

- а) хиатальная грыжа*
- б) рак желудка*
- в) язва двенадцатиперстной кишки*
- г) синдром Мэллори–Вейсса*
- д) гастрит*

Задача 5.

У больного 44 лет, поступившего в стационар через 6 часов от начала массивного желудочно-кишечного кровотечения, проявившегося рвотой алой кровью и коллапсом, произведена ЭГДС. Установлен источник кровотечения – дуоденальная язва, и выполнена эндоскопическая коагуляция сосудов в дне язвы, после чего кровотечение остановилось. В ходе интенсивной терапии в отделении реанимации через 8 часов после ЭГДС наступил рецидив кровотечения.

Укажите, что из нижеперечисленного показано данному больному?

- а) экстренная лапаротомия*
- б) внутривенное введение вазопрессина*
- в) повторное эндоскопическое исследование*
- г) введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой*
- д) наблюдение и продолжение консервативных мероприятий*

Задача 6.

Молодой мужчина поступает в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет.

АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 уд. в минуту, анурия. Пальпаторно передняя брюшная стенка резко напряжена.

Лечебные и диагностические мероприятия при поступлении должны включать все, кроме:

- а) развернутый клинический анализ крови*
- б) катетеризация центральной вены*
- в) подробный сбор анамнеза заболевания и жизни*
- г) установка катетера Фолея*
- д) определение группы крови и резус-фактора*

Задача 7.

Молодой мужчина поступает в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет.

АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 уд. в минуту, анурия. Пальпаторно передняя брюшная стенка резко напряжена.

Диагноз, скорее всего, будет поставлен на основании

- а) подсчета лейкоцитов в периферической крови*
- б) обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя*

- в) уровня СОЭ*
- г) контрастной рентгенографии желудка*
- д) контрастного рентгенологического исследования толстой кишки*

Задача 8.

Мужчина 31 года поступает с внезапным приступом сильных болей в верхних отделах живота. Ранее не болел. При пальпации живота – выраженное напряжение передней брюшной стенки. Пульс – 78 уд. в минуту. При обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя выявлен «свободный газ».

Данному больному показана:

- а) эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия*
- б) рентгеноскопия желудка с барием*
- в) неотложная лапаротомия*
- г) наблюдение*
- д) УЗИ печени*

Задача 9.

Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок.

Неотложная диагностическая программа и лечебные мероприятия должны включать:

- а) катетеризацию центральной вены*
- б) назначение метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка*
- в) установку назогастрального зонда*
- г) назначение блокаторов ионной помпы внутривенно*
- д) проведения назоинтестинального зонда для питания*
- е) массаж конечностей*

Задача 10.

Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок.

Укажите патологическое состояние, чаще других встречающееся при наличии указанных симптомов.

- а) гипертензия*
- б) электролитные нарушения*
- в) лихорадка*
- г) нарушение функции печени*
- д) гипергликемия*

Задача 11.

Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок.

Какое из нижеперечисленных лечебных мероприятий показано данному больному?

- а) неотложное хирургическое вмешательство*
- б) санаторно-курортное лечение*
- в) после проведенного консервативного лечения вероятно развитие рецидива*
- г) лечение может быть проведено амбулаторно*
- д) необходимо предварительное проведение консервативной терапии*

Задача 12.

У больного декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В средне-тяжелом состоянии он поступает с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость, истощен.

Клинической находкой врача приемного отделения у данного больного будет

- а) симптом «падающей капли» и вздутия живота*
- б) болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз*
- в) отсутствие перистальтики, стул в виде «малинового желе»*
- г) «кинжальная» боль в эпигастральной области и ригидность брюшной стенки*
- д) рвота непереваренной пищей и шум плеска*

Задача 13.

У больного декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В средне-тяжелом состоянии он поступает с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость, истощен.

Какое метаболическое нарушение ответственно за тяжесть состояния этого больного при поступлении?

- а) ни одно из перечисленных ниже нарушений*
- б) дыхательный ацидоз*
- в) метаболический ацидоз*
- г) дыхательный алкалоз*
- д) метаболический алкалоз*

Задача 14.

У больного декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В средне-тяжелом состоянии он поступает

с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость, истощен. После стабилизации метаболических показателей и общего состояния больной дал согласие на оперативное лечение. При дообследовании выявлено, что больной гипосекретор, имеются эндоскопические признаки выраженного гастрита во всех отделах желудка.

Выберите метод операции:

- а) селективная проксимальная ваготомия*
- б) ваготомия с дренирующей желудок операцией*
- в) резекция желудка по Бильрот-2*
- г) наложение гастростомы по Витцелю*
- д) фундопликация по Ниссену*

Задача 15.

У больного, перенесшего резецирующую операцию по поводу язвенной болезни, возник рецидив (по данным ЭГДС).

Определите причину рецидива:

- а) синдром Золлингера–Эллисона*
- б) неполная ваготомия*
- в) оставленная при резекции часть антрума*
- г) экономная резекция желудка*
- д) нарушение диеты*

Задача 16.

У больного, перенесшего субтотальную резекцию желудка по поводу язвенной болезни, развился демпинг-синдром.

Что из нижеперечисленного можно узнать при анализе жалоб этого больного, что точно характеризовало бы этот синдром?

Выберите правильную комбинацию ответов.

- а) он вызывает чувство полноты в эпигастральной области и рвоту*
- б) он вызывает тошноту, головокружение и сердцебиение*
- в) он начинается в силу быстрого опорожнения желудка, приводящего к перерастяжению тощей кишки накапливающейся жидкостью*
- г) может быть купирован соблюдением соответствующей диеты*

Задача 17.

На 9-е сутки у больного после ваготомии с пилоропластикой по Финнею проконтролировали адекватность моторной и эвакуаторной функции желудка. В результате диагностирована задержка эвакуации желудочного содержимого.

Какой рутинный метод из нижеперечисленных мог натолкнуть на предположение о данном осложнении до рентгенологического исследования?

- а) зондовые пробы*
- б) развернутый клинический анализ крови*
- в) эндоскопическая гастродуоденоскопия*
- г) ирригоскопия*
- д) ЯМР-томография верхнего этажа брюшной полости*

Задача 18.

У больного отмечается изжога и постоянные боли за грудиной. При наклоне после приема пищи возникает срыгивание. По данным рентгенологического исследования: скользящая кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с расположением кардии и дна желудка на 8 см выше диафрагмы и укорочением пищевода. При эзофагоскопии признаки рефлюкс-эзофагита.

Какую лечебную тактику вы выберете у этого больного?

- а) консервативное лечение в поликлинике по месту жительства;*
- б) консервативное лечение в терапевтическом стационаре;*
- в) консервативное лечение в хирургическом стационаре;*
- г) операция в хирургическом стационаре;*
- д) стационарно-курортное лечение в сочетании с длительным употреблением минеральной воды «Джержмук»*

Задача 19.

При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного с язвенной болезнью желудка прогрессирующее похудание, снижение аппетита и анемию. В левой надключичной области обнаружен плотный малоподвижный лимфатический узел.

О чем следует в первую очередь подумать в данной ситуации?

- а) о малигнизированной язве желудка*
- б) о диафрагмальной грыже*
- в) о полипе желудка*
- г) о язвенном кровотечении*
- д) о лимфадените*

Задача 20.

У больного, длительно страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12ПК, в последнее время изменилась клиническая картина. Появилась тяжесть в эпигастрии после еды, тошнота, обильная рвота пищей во второй половине дня, неприятный запах изо рта, потеря веса.

Можно предположить следующее:

- а) органический стеноз пилородуоденальной зоны*
- б) функциональный стеноз*
- в) рак желудка*
- г) пенетрацию язвы д) перфорацию язвы*

Задача 21.

У больного 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенной болезнью с рецидивирующим течением страдает на протяжении 11 лет) выявлена гистаминорегуляторная ахлоргидрия.

Какова лечебная тактика?

- а) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного*
- б) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного*
- в) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение*
- г) противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки*
- д) экстренная операция*

Задача 22.

Больная 54 лет, жалоб не предъявляет. При диспансерном рентгенологическом исследовании желудка обнаружено округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средостении, а после приема контраста выявлено расположение кардии выше диафрагмы.

Какое заболевание можно заподозрить у больной?

- а) рак кардиального отдела желудка*
- б) релаксация диафрагмы*
- в) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы*
- г) ретростернальная грыжа Лоррея*
- д) фиксированная параэзофагеальная грыжа*

Задача 23.

Больной 30 лет жалуется на боли в эпигастральной области, тошноту и, периодически рвоту. Ежегодно выявляется язва двенадцатиперстной кишки, осложняющаяся кровотечением. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва желудка, высокий уровень гастрина в крови, высокая кислотность желудочного сока.

Укажите причину заболевания:

- а) глюкагонома*
- б) гастринома*
- в) смешанная опухоль поджелудочной железы*
- г) опухоль ацинарной ткани*
- д) инсулома*

Задача 24.

У больного 58 лет на фоне постоянных интенсивных болей за грудиной возникают мучительная изжога, срыгивание съеденной пищи. Боли нередко иррадиируют в межлопаточное пространство и левое плечо. На ЭКГ незначительные изменения миокарда.

Какое исследование вы предпочтете?

- а) фонокардиография*
- б) рентгенологическое исследование желудка*
- в) лапароскопия*
- г) исследование КЩС*
- д) УЗИ грудной клетки*

Задача 25.

Спустя 3-е суток после перфорации, при оценке состояния больного язвенной болезнью 12-перстной кишки, не выявлено явлений перитонита, температура нормальная, лейкоцитоз – $7,2 \times 10^9/\text{л}$, на обзорной рентгенограмме брюшной полости – явления пневмоперитонеума.

Что должен сделать хирург поликлиники?

- а) наблюдать в условиях поликлиники*
- б) дать водорастворимый контрастный препарат и сделать рентгенографию желудка*
- в) отправить больного в хирургический стационар*
- г) назначить строгий постельный режим*
- д) рекомендовать массивную антибиотикотерапию*

Задача 26.

Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед.

Какой предварительный диагноз можно поставить?

- а) ценкеровский дивертикул пищевода*
- б) хронический гастрит*
- в) хронический панкреатит*
- г) рефлюкс-эзофагит*
- д) рак пищевода*

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. G-КЛЕТКИ ВЫРАБАТЫВАЮТ
 - а) пепсин
 - б) гастрин
 - в) пепсиноген
 - г) соляная кислота
 - д) глюкагон

2. ВЫДЕЛЕНИЕ HCL В ЖЕЛУДКЕ РЕГУЛИРУЮТ ГОРМОНЫ
 - а) холецистокинин
 - б) гастрин
 - в) ацетилхолин
 - г) глюкагон
 - д) тестостерон
 - е) секретин

3. ДЛЯ ДУОДЕНОСТАЗА, ОБУСЛОВЛЕННОГО СИНДРОМОМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ, ХАРАКТЕРНО ТО, ЧТО ОН
 - а) встречается у молодых неполных женщин
 - б) состоит в сдавлении двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией
 - в) проявляется тошнотой, рвотой и болью в эпигастральной области после еды
 - г) купируется по мере снижения массы тела

4. ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН
 - а) всегда бывает при хиатальной грыже
 - б) является следствием повышенного тонуса нижнего пищеводного сфинктера
 - в) встречается только при повышенной секреции гастрина
 - г) диагноз ставится по данным манометрии и 24-часового мониторинга рН

5. В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИГРАЮТ СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ
 - а) никотин
 - б) синдром Мэллори–Вейсса
 - в) синдром Золлингера–Эллисона

- г) аспирин
- д) синдром Стивена–Джонса

6. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ

- а) препилорическая язва желудка
- б) медио-гастральная язва желудка
- в) хроническая язва передней стенки ДПК
- г) хроническая язва задней стенки ДПК
- д) язва двенадцатиперстной кишки, осложненная компенсированным стенозом
- е) язва двенадцатиперстной кишки, осложненная субкомпенсированным стенозом

7. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ОПЕРАЦИИ ВАГОТОМИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- а) аспирацию желудочного содержимого тонким зондом с использованием раздражителей (капуста, кофеин)
- б) аспирацию желудочного содержимого толстым зондом с использованием тех же раздражителей
- в) внутрижелудочную суточную рН-метрию
- г) рН-метрию
- д) аспирацию желудочного содержимого тонким зондом с использованием парентеральных раздражителей

8. СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА–ЭЛЛИСОНА

- а) является послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни и приводит к устойчивым рвотам после приема пищи
- б) известен также, как синдром верхней брыжеечной артерии
- в) состоит в нарушении проходимости дистальных отделов желудка, обусловленном язвенной деформацией
- г) это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опухолью поджелудочной железы
- д) встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инородные тела

9. ДЛЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ХАРАКТЕРНО

- а) усиление болей в животе
- б) купирование болевого синдрома в этот период
- в) кал по типу «малинового желе»
- г) рвота «кофейной гущей»
- д) мелена

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) желудочная язва
 - б) дуоденальная язва
 - в) рак желудка
 - г) синдром Мэллори–Вейсса
 - д) геморрагический гастрит
11. ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) рентгеноскопия
 - б) компьютерная томография
 - в) эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия
 - г) ангиография
 - д) радионуклидное сканирование
12. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ–ВЕЙСА МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ
- а) трансторакальная перевязка варикозных вен
 - б) эндоскопический метод остановки кровотечения
 - в) лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда
 - г) лапаротомия и резекция желудочно-пищеводного перехода
 - д) антибиотики и наблюдение
13. ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
- а) в 90% ушитых перфораций наступает повторная перфорация
 - б) в 60% случаев перфорация одновременно сопровождается ЖКК
 - в) встречается в 10–15% от общего количества пептических язв
 - г) желудочные язвы перфорируют в 2,5 раза чаще дуоденальных
 - д) в возрастной группе 25–50 лет летальность достигает 80%
14. ТРИАДА МОНДОРА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ВКЛЮЧАЕТ
- а) предшествующий прием алкоголя или чрезмерное физическое напряжение
 - б) резкая, как бы «кинжальная» боль в эпигастрии
 - в) доскообразное напряжение мышц живота
 - г) «вагусный» замедленный пульс
 - д) наличие язвенного анамнеза
15. ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ
- а) ушивание перфоративной язвы у молодых больных без язвенного анамнеза приводит к стойкому излечению от язвенной болезни

- б) при распространенных формах перитонита следует ограничиться ушиванием язвы
- в) ваготомия с дренирующей желудок операцией является патофизиологически обоснованным способом лечения
- г) при подозрении на прикрытую перфорацию всегда следует использовать метод Вангенстина–Тейлора
- д) при перфорации дуоденальной язвы всегда показана резекция желудка

16. СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

- а) проявляется тошнотой, чувством тяжести и боли в эпигастральной области, разрешающиеся после рвоты с желчью без примеси пищи
- б) чаще встречается у больных, перенесших резекцию желудка по типу Бильрот-1
- в) купируется при достижении адекватного дренирования приводящей петли, обычно путем реконструкции гастроеюностомы в анастомоз по Ру
- г) с трудом поддается лечению и нередко рецидивирует после оперативной реконструкции

17. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ

- а) хроническая язва желудка
- б) синдром Мэллори–Вейсса
- в) полипоз желудка
- г) хронический гастрит с дисплазией слизистой оболочки

18. ПРИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- а) амилазы
- б) липазы
- в) глюкозы
- г) щелочной фосфатазы
- д) гаммаглутамилтранспептидазы

19. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СОСУДОВ В ДНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) склероз стенки
- б) полнокровие
- в) малокровие
- г) крупные тонкостенные синусоидальные сосуды
- д) липоидоз

20. СИМПОЗИУМ ПО ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ СОСТОЯЛСЯ В

- а) Томске (2018 г.)

- б) Москве (1967 г.)
- б) Париже (2000 г.)
- в) Вашингтоне (2010 г.)

21. ПОНЯТИЯ «ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА» И «ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА» БЫЛИ ПРЕДЛОЖЕНЫ
- а) Г.Д. Вилявиным, Б.А. Бердовым (1969 г.)
 - б) А.Г. Савиных, А.С. Лохатюком (1957 г.)
 - в) Н.Э. Куртсеитовым, М.М. Соловьевым (2013 г.)
 - г) В.С. Маятом, Ю.В. Панцыревым (1968 г.)
22. РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ ОТНОСЯТСЯ
- а) к функциональным
 - б) к органическим
 - в) к смешанным
 - г) к диспепсическими
23. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА I СТЕПЕНИ ДОМИНИРУЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) понос
 - б) боль
 - в) слабость
 - г) утомляемость
24. У БОЛЬНЫХ С ДЕМПИНГ-СИНДРОМОМ II СТЕПЕНИ ПРИСТУП СЛАБОСТИ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЦЦИ ДЛИТСЯ
- а) 5–10 мин
 - б) 15–20 мин
 - в) 30–40 мин
 - г) 50–60 мин
25. СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ
- а) ваготомии
 - б) резекции желудка по Бильрот-II
 - в) резекции желудка по Бильрот-I
 - г) резекции желудка по Ру
26. ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА И ТОЩЕЙ КИШКИ ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ
- а) ваготомии с пилоропластикой по Джаду
 - б) резекции желудка по Бильрот-I
 - в) гастрэктомии
 - г) резекции желудка по Бильрот-II

27. ДЛЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА ХАРАКТЕРНЫ
- а) кровотечение
 - б) перфорация
 - в) стеноз
 - г) пенетрация
 - д) малигнизация
28. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) компьютерная томография
 - б) рентгеноскопия
 - в) УЗИ
 - г) ФГДС
 - д) внутрипросветная манометрия
29. ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ БОЛЬНЫМ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ПОКАЗАНА ПРИ
- а) рецидивном кровотечении
 - б) перфорации
 - в) субкомпенсированном стенозе
 - г) пенетрации
 - д) малигнизации

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ задачи	Ответ	№ задачи	Ответ
1.	Г	14.	В
2.	Г	15.	а, в, Г
3.	а	16.	а, б, в, Г
4.	Г	17.	а
5.	а	18.	Г
6.	в	19.	а
7.	б	20.	а
8.	в	21.	Г
9.	а, в, Г, Д	22.	в
10.	б	23.	б
11.	Д	24.	б
12.	Д	25.	в
13.	Д	26.	Г

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	б	16.	а, в
2.	а, б, в, е	17.	а, в, Г
3.	а, б, в	18.	а
4.	а, Г	19.	а
5.	а, в, Г	20.	б
6.	в	21.	Г
7.	в, Д	22.	а
8.	Г	23.	в
9.	б, Г, Д	24.	в
10.	б	25.	б
11.	в	26.	Г
12.	б, в	27.	а, б, Г, Д
13.	в	28.	Г
14.	б, в, Д	29.	а, б
15.	а, б, в		

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ
тестового контроля
по теме «Язвенная болезнь желудка и ДПК.
Постгастрорезекционный синдром».
(образец)

Дата: «___» _____ 201__ г.

Фамилия, имя, отчество _____

Вариант № 1

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1.	б	16.	а, в
2.	а, б, в, е	17.	а, в, г
3.	а, б, в	18.	а
4.	а, г	19.	а
5.	а, в, г	20.	б
6.	в	21.	г
7.	в, д	22.	а
8.	г	23.	в
9.	б, г, д	24.	в
10.	б	25.	б
11.	в	26.	г
12.	б, в	27.	а, б, г, д
13.	в	28.	г
14.	б, в, д	29.	а, б
15.	а, б, в		

Всего вопросов: _____.

Правильных ответов: _____.

Неправильных ответов: _____.

Оценка: _____.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных, перенесших несколько оперативных вмешательств, каждая последующая операция становится источником новых патологических изменений и причиной образования крайне сложных топографо-анатомических и функциональных взаимоотношений между органами брюшной полости, приводящих к ухудшению общего состояния больного. В практике выполнения повторных операций могут встретиться необычные, чрезвычайно запутанные состояния, к которым неприменимы приведенные нами или известные из литературы схемы или типовые операции. В этих случаях хирург вынужден выйти за пределы этих схем, иногда использовать комбинации некоторых из них, разумно импровизировать и проявлять известную изобретательность.

В связи с этим неизмеримо возрастает роль установления показаний и противопоказаний к повторным операциям (особенно при функциональных нарушениях), проведения тщательной предоперационной подготовки и послеоперационного лечения. Во всех случаях, где это возможно и допускает состояние больного, необходимо ограничиться рациональной консервативной терапией.

Профилактика болезней оперированного желудка должна заключаться не только в технически правильном выполнении и выборе первичного оперативного вмешательства, но и в установлении объективных показаний к нему. Практика показывает, что так называемые пострезекционные патологические синдромы чаще наблюдаются именно у тех больных, у которых была язвенная болезнь, но не было показаний к резекции желудка или они были весьма сомнительными. Говоря словами Н.И. Пирогова, «в хирургии, также, как и в общественной жизни, полезен рациональный консерватизм».

ЛИТЕРАТУРА

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ

1. Аскерханов, Г.Р. Болезни оперированного желудка / Г.Р. Аскерханов, У.З. Загиров, А.С. Гаджиев. – М.: «Медпрактика», 1999. – С. 13–72.
2. Гаджиев, А.С. Патогенез демпинг-синдрома / А.С. Гаджиев // Хирургия. – 1990, № 3. – С. 66–70.
3. Шалимов, А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. – Киев: Здоров'я, 1987. – 568 с.
4. Юдин, С.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и нейрогуморальная регуляция желудочной секреции у человека / С.С. Юдин. – М., 1962. – 268 с.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ

1. Гибадулин, Н.В. Хирургическая коррекция постгастрорезекционных и постгастрэктомических синдромов / Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина // Бюллетень Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2011. – № 4. – С. 37–38.
2. Дамбаев, Г.Ц. Методика формирования свисающего анастомоза при операции на желудке / Г.Ц. Дамбаев, Ч.К. Абилов, В.В. Скиданенко, М.М. Соловьев, А.Н. Байков, Е.В. Семичев // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. – № 6. – С. 24–29.
3. Двенадцатиперстная кишка и гомеостаз / М.А. Медведев, Ф.Ф. Сакс, А.Д. Грацианова [и др.]. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1985. – 240 с.
4. Жерлов, Г.К. Профилактика демпинг-синдрома после дистальной резекции желудка по поводу язвенной болезни / Г.К. Жерлов, Г.Ц. Дамбаев, С.С. Клоков, Д.Н. Чирков // Хирургия. – 1990. – № 7 – С. 27–32.
5. Жигаев, Г.Ф. Нарушения гастроинтестинальной моторики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – № 1. – С. 64–67.
6. Куртсеитов, Н.Э. Оптимизация тактики ведения больных с болезнью оперированного желудка / Н.Э. Куртсеитов, Г.Ц. Дамбаев, А.П. Кошель // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2017. – № 20. – С. 57–63.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии

<https://GastroScan.ru/literature/>

ПАМЯТКА

больному, перенесшему операцию удаление желудка (автор Т.И. Цеханович; Томск 1976 г.)

Ваше заболевание желудка излечить с помощью лекарств не удалось, и поэтому сделана операция – удаление желудка. Отсутствие его вызывает в организме определенную перестройку. Это может отрицательно сказаться на вашем самочувствии, вызывая иногда болезненное состояние.

Вот основные признаки болезненного состояния:

- после приёма пищи, а иногда и в период длительного перерыва между приёмами пищи появляется ощущение слабости, сердцебиение, потливость, чувство жара и боли в подложечной области;
- может быть жидкий стул, боли и урчание в животе, боль или жжение за грудиной, нередко желчь попадает в полость рта, все это вызывает, конечно, неприятные ощущения.

Можно ли избежать их или же облегчить свое состояние?

Да, можно. Но при этом нужно знать, как важно строго соблюдать режим питания, труда, отдыха.

Как нужно питаться?

Пищу следует принимать 5–6 раз в день. Кушать надо не спеша, тщательно пережевывая пищу. Следует избегать очень горячих блюд. Необходимо ограничить мучные и сдобные изделия. После перенесённой операции не старайтесь готовить пищу отдельно, механически размельчая ее. Не стремитесь к этому, так как это не только снижает питательную ценность продуктов, их вкусовые качества, но и снижает усвоение пищи в кишечнике, поскольку сокращается время пребывания во рту.

Вашему организму необходима пища, обогащённая белками, витаминами, минеральными компонентами. В рационе питания обязательно должны быть: мясо, яйца, рыба, печень, овсяная крупа, творог, сливочное масло, а из фруктов и ягод – яблоки, груши, брусника, клюква, чёрная смородина.

Запомните: жареное мясо, рыбу, закусовые консервы, копчености, перец, уксус, напитки, насыщенные углекислотой, соль в избытке нужно исключить из пищевого рациона.

Употребление молока и жира в натуральном виде может вызвать боли в животе, частый жидкий стул. Но не спешите исключать эти продукты из пищевого рациона. В молоке, свежем твороге содержатся питательные вещества, необходимые организму, и поэтому употребление их обязательно. Молоко нужно принимать сначала разведённое чаем, затем концентрацию постепенно увеличивайте. Через 1,5–2 года Вы сможете употреблять цельное молоко без неприятных последствий. А это очень важно. Аналогично следует готовить и блюда на молоке.

Из жиров употребляйте сливочное масло, добавляя его в готовые блюда (супы, каши, гарниры). Исключить молоко и жиры из пищи можно только на короткий срок в связи с расстройством деятельности кишечника.

Если заметите, что сахар вызывает ощущение жжения, сердцебиение, – замените его медом.

Для стимулирования выделения пищеварительных соков рекомендуется перед каждым приемом пищи принимать квашеную капусту, капустный рассол, естественные кислые соки (1/3 стакана за 30 минут до еды). Очень полезны салаты из свежей и квашеной капусты с растительным маслом.

Иногда может появиться у Вас ощущение жжения в пищеводе или заброска желчи в полость рта.

Как избежать заброски желчи в полость рта?

В этот период старайтесь включать в пищу больше заливных блюд (заливное мясо, курица, рыба, кисели, холодец). Неплохо в этих случаях принимать по 1/2 чайной ложке облепихового масла. Полезный овсяный отвар (на 1 часть овса – 2 части воды) по 2 столовых ложки три раза в день. Во время отдыха или сна старайтесь избежать строго горизонтального положения. Лучше занимать полусидячее положение – этим можно избежать заброски желчи в пищевод и связанных с ней неприятных ощущений в пищеводе.

Если у Вас через 1,5–2 часа после еды появляется внезапно резкая слабость, сердцебиение, то необходимо положить в рот кусочек сахара или печенья – это помогает избавиться от неприятного ощущения.

Как Вам надо трудиться?

Естественно, сразу после выписки из больницы о труде не может быть и речи. Наше государство строго охраняет здоровье людей. Однако, привычный труд, примерно через год, не противопоказан. Конечно, если ваша работа не связана с большими трудоемкими нагрузками, вибрацией, ночными сменами.

Ежегодно, даже при хорошем самочувствии, тем более, если почувствуете себя хуже, необходимо обратиться к участковому врачу.

Семидневное меню усиленной диеты

Понедельник	
9 часов	Холодец или заливное мясо, каша рисовая молочная с маслом (10г), чай с сахаром или медом и с молоком
11 часов	Колбаса вареная (75 г), яблочное пюре или два печеных яблока
14 часов	Суп картофельный на говяжьем бульоне или уха, бифштекс с картофельным пюре, желе фруктовое
17 часов	Чай с печеньем, вареньем или творогом. Хорошо отвар шиповника
19 часов	Рыба, приготовленная на пару, глазунья из одного яйца, чай с сахаром или медом, вареньем
21 час	Компот

Вторник	
9 часов	Сельдь, вымоченная с отварным картофелем и растительным маслом, каша гречневая молочная с сахаром, чай с сахаром и с молоком
11 часов	Сыр (75 г), яблоко, морковь, 1 стакан отвара шиповника
14 часов	Борщ на мясном бульоне с добавлением протертого мяса, биточки, приготовленные на пару с картофельным пюре, компот из фруктов
17 часов	Чай с сахаром, вареньем, творогом
19 часов	Мясо отварное с вермишелью, пудинг с киселем, чай с сахаром или медом
21 час	Компот, кефир или ацидофильное молоко
Среда	
9 часов	Язык или мясо отварное с картофельным пюре, каша рисовая с маслом, чай
11 часов	Яйца всмятку (2 шт.), яблоки печеные, стакан отвара шиповника
14 часов	Рассольник на мясном бульоне с добавлением протёртого мяса, бефстроганов с картофельным пюре, кисель
17 часов	Чай с сахаром, вареньем или творогом
19 часов	Сыр (75 г), голубцы, фаршированные мясом, чай или кефир, или ряженка
21 час	Кисель
Четверг	
9 часов	Колбаса вареная, каша рисовая с вареньем, чай с сахаром и молоком или кофе
11 часов	Сыр (75 г), яблочное пюре, стакан отвара шиповника
14 часов	Суп-лапша на мясном бульоне с добавлением протертого мяса, шницель рубленый с отварной вермишелью, сдоба
17 часов	Чай с печеньем или творогом, чай можно заменить кофе
19 часов	Тушеная капуста с мясом, чай, кофе или какао
21 час	Компот
Пятница	
9 часов	Омлет с рубленным мясом, каша гречневая молочная с маслом, чай или какао с молоком
11 часов	Колбаса вареная (75 г), яблоко сырое, отвар шиповника.
14 часов	Щи зеленые из кислой капусты с добавлением протёртого мяса, курица тушеная с отварным рисом, компот из чернослива.
17 часов	Чай или кофе с медом и печеньем
19 часов	Котлета с картофельным пюре, сдоба, чай
21 час	Кисель, кефир или ацидофильное молоко

Суббота	
9 часов	Паштет из сельди, вареная вермишель с сыром, чай или кофе с молоком
11 часов	Колбаса вареная, яблоки печеные, стакан отвара шиповника
14 часов	Борщ на мясном бульоне, ромштекс с гречневой кашей, кисель
17 часов	Чай или какао с печеньем или творогом
19 часов	Сыр (75 г), рыба на пару с картофельным пюре
21 час	Компот
Воскресение	
9 часов	Колбаса вареная, чай, каша манная на молоке с маслом (10 г)
11 часов	Сыр (75 г), яблоко сырое, морковь
14 часов	Щи зеленые с яйцом, квашеная капуста, плов из мяса, печеные яблоки
17 часов	Чай с печеньем или с творогом
19 часов	Биточки мясные с картофельным пюре
21 час	Кисель

На каждый день 100 г белого и 200 г черного хлеба, 100 г печенья, 25 г белых сухарей.

Итак, помните, правильное сочетание труда и отдыха, рациональное питание, чёткое выполнение всех рекомендаций врача будет способствовать Вашему выздоровлению, поможет на многие годы сохранить радость жизни и работоспособность.

Соблюдайте наши советы. Они помогут сохранить Ваше здоровье!

Учебное издание

Авторы:

Дамбаев Георгий Цыренович, Куртсеитов Нариман Энверович,
Соловьев Михаил Михайлович, Вусик Александр Николаевич,
Скиданенко Василий Васильевич, Фатюшина Оксана Александровна,
Авдошина Елена Александровна, Дубакова Татьяна Владимировна

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ

Учебное пособие

Под редакцией проф. Г.Ц. Дамбаева

Редактор А.Ю. Коломийцев
Технический редактор О.В. Коломийцева
Обложка С.Б. Гончаров

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 10.06.2019.
Формат 60x84_{1/8}. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист 5,1. Авт. лист. 3,8.
Тираж 60 экз. Заказ № 31

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru