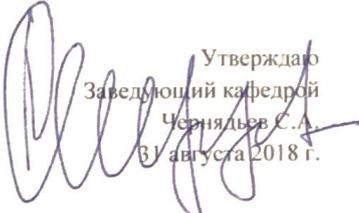


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Черныадьев С.А.
31 августа 2018 г.

Методические указания к практическим занятиям

Болезни оперированного желудка.

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2018**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2018. –32с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы консервативной терапии и хирургического лечения болезней оперированного желудка.

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

2018г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ,

ISBN

Содержание.

Введение-----	6
Классификация-----	8
Демпинг – синдром-----	9
Синдром приводящей петли-----	17
Пептическая язва анастомоза и тощей кишки-----	21
Опухоли оперированного желудка-----	24
Список литературы-----	30

Методические указания

Методическое указание.

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: Ознакомиться с понятием болезней оперированного желудка. Изучить этиологию, патогенез, классификацию. Изучить клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, тактику и основные методы хирургического лечения

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами хирургического лечения

Изучить анатомию, основные методы оперативного лечения.

Изучить клинику и основные методы лечения

Ознакомиться с дифференциальной диагностикой

Студент должен уметь:

оценить результаты клинического обследования пациента
обосновать и сформулировать полный клинический диагноз

разработать рекомендации пациенту

обосновать выбор способа хирургического лечения у пациента

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

<i>шифр</i>	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
<i>ОК-1,</i>	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
<i>ОК-4</i>	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
<i>ОПК-4</i>	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
<i>ОПК-6</i>	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
<i>ОПК-8</i>	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению

<i>ОПК-9</i>	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
<i>ОПК-11</i>	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
<i>ПК-5</i>	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
<i>ПК-6</i>	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
<i>ПК-7</i>	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
<i>ПК-8</i>	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
<i>ПК-10</i>	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
<i>ПК-11</i>	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
<i>ПК-20</i>	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Введение.

Поздние осложнения после резекции желудка получили название **постгастррезекционных синдромов** или **болезни оперированного желудка (БОЖ)**. Отдельную группу составляют заболевания, в основе которых лежит вагусная денервация желудочно-кишечного тракта в следствие выполненной ваготомии.

Практически после каждой операции на желудке и двенадцатиперстной кишке можно обнаружить функциональные и органические расстройства. Клинически значимые нарушения отмечают у 30—35% больных, перенесших резекцию желудка, и у 15—34% — ваготомию.

Патологические синдромы после операций на желудке — это особый вид осложнений, связанных с перестройкой пищеварения вследствие операции. Различные операции на желудке вносят свойственные типу операции изменения в анатомические и функциональные взаимоотношения между органами пищеварительного тракта. В результате недостаточности процессов адаптации и компенсации после операции происходят изменения в деятельности пищеварительной системы и развиваются различные расстройства функций пищеварительной и других систем организма человека.

При анализе патогенеза послеоперационных патологических синдромов необходимо учитывать следующие физиологические данные:

1. Желудок является резервуаром, в котором пища, принятая в течение нескольких минут, длительное время подвергается первичному перевариванию, измельчению, разбавлению. Желудочный сок обладает бактерицидными свойствами благодаря наличию в нем соляной кислоты.

2. В двенадцатиперстной кишке осуществляется дальнейшее переваривание под влиянием панкреатического сока и желчи, подготовка химуса к внутриполостному, пристеночному перевариванию и всасыванию. Значение рН химуса становится близким к нейтральному (рН 6,0), осмолярность химуса уравнивается с осмолярностью плазмы.

3. Благодаря процессам, происходящим в желудке и двенадцатиперстной кишке, нижележащие отделы кишечника предохраняются от повреждающего воздействия механических, химических и осмотических факторов принятой пищи.

4. Первые 100 см тонкой кишки являются важной зоной избирательного и максимального всасывания. Здесь осуществляется всасывание продуктов гидролиза углеводов (100%), жиров (90- 95%), белков (80-90%), водо- и жирорастворимых витаминов). В двенадцатиперстной кишке всасывается кальций, магний, железо.

5. Желудок и двенадцатиперстная кишка - главное звено гормональной системы желудочно-кишечного тракта за счет APUD системы.

Резекция желудка наряду с излечением от язвы ценой утраты 2/3 его порождает ряд тяжелейших, так называемых, постгастрорезекционных синдромов, тяжесть течения которых нередко превышает тяжесть заболевания, по поводу которого произведена операция.

Развитие постгастрорезекционных синдромов связано с тремя основными причинами.

1. Вследствие дистальной обширной резекции желудка удаляется антральный отдел - основной источник гастрина и большая часть кислотопродуцирующей зоны желудка.

2. У перенесших резекцию желудка больных принятая пища вследствие утраты резервуарной функции желудка и исключения желудочного пищеварения быстро попадает в тонкую кишку без необходимой предварительной обработки. В результате может возникнуть демпинг-реакция и последующие дефекты в переваривании и всасывании.

3. Вследствие резекции желудка по способу Бильрот-II часть важного проксимального отдела тонкой кишки - двенадцатиперстная кишка остается в стороне от продвигающегося по кишечнику химуса. В результате двенадцатиперстная кишка не принимает должного участия в нейрогуморальной регуляции процессов пищеварения и всасывания. Чем обширнее резекция желудка, тем больше риск возникновения постгастрорезекционных расстройств. После резекций желудка, завершённых наложением гастроюнального анастомоза, постгастрорезекционные синдромы наблюдаются чаще, чем после резекций желудка с гастродуоденальным анастомозом.

Классификация.

Наиболее полная классификация БОЖ – классификация

А.А.Шалимова и В.Ф.Саенко:

I. Постгастрорезекционные заболевания:

1. Функциональные расстройства:

- демпинг-синдром;
- гипогликемический синдром;
- постгастрорезекционная астения;
- синдром малого желудка;
- синдром приводящей петли (функционального генеза);
- пищевая (нутритивная) аллергия;
- гастроэзофагальный и еюно- или дуоденогастральный рефлюксы;
- постваготомная диарея.

2. Органические поражения:

- рецидив язвы, в том числе пептической, и язвы на почве синдрома Золлингера-Эллисона;

- желудочно-кишечный свищ;
- синдром приводящей петли (механического генеза);
- анастомозит;
- рубцовые деформации и сужения анастомоза;
- рак культи желудка;
- пептический дистальный эзофагит, пищевод Баррета;
- постгастррезекционные сопутствующие заболевания (панкреатит, гепатит).

3. Смешанные расстройства, главным образом в сочетании с демпинг-

синдромом.

II. Постваготомические: рецидив язвы, диарея, нарушения функции кардиальной части желудка с развитием ГЭРБ и пептического эзофагита, нарушение эвакуаторной функции – гастростаз или демпинг синдром, щелочной рефлюкс гастрит, желчно-каменная болезнь, панкреатит.

Демпинг-синдром

Среди патологических синдромов после резекции желудка **наиболее частым является демпинг-синдром.** В последнее время большинство авторов понимают под ним комплекс сосудистых и нейровегетативных и кишечных расстройств возникающий после приема пищи у больных, перенесших резекцию желудка.

Стремительное поступление пищевых масс в кишечник, кроме

неадек

ватных

механических и температурных влияний, вызывает резко выраженный гиперосмотический эффект. Вследствие этого в просвет кишки из сосудистого русла поступают жидкость и электролиты, что приводит к снижению ОЦП и

вазомоторным проявлениям (расширение сосудов периферического русла). В результате расширения тонкой кишки и раздражения ее слизистой оболочки в кровь из ее проксимальных отделов выбрасывается выбрасывается серотонин. Во время атаки демпинга в плазме крови обнаружены различные биологические активные вещества – кинины, субстанция P, вазоактивный интестинальный пептид, нейротензин, энтероглукагон. Они провоцируют возникновение ряда общих и гастроинтестинальных расстройств. Стремительный пассаж химуса по тонкой кишке с неадекватными осмотическими и рефлекторными влияниями провоцирует нарушения гуморальной регуляции за счет изменения внутрисекреторной функции поджелудочной железы (инсулин, глюкагон), активацию симпатико-адреналовой системы.

В клинической картине демпинг-синдрома доминирующими являются приступы резкой слабости с сосудистыми и нейровегетативными расстройствами.

Обычно они возникают через 15-20 минут после еды, особенно сладких и молочных блюд. Тяжесть приступов колеблется от кратковременной общей слабости до пароксизмов полного физического бессилия. Длительность их может быть от 20-25 минут до нескольких часов, и находится в прямой зависимости от тяжести заболевания. Анализ характера жалоб позволяет разграничивать 5 их категорий.

1. Сосудистые и нейровегетативные: приступы слабости, сердцебиение,

побледнение или чувство жара с покраснением лица, дрожание пальцев и кисти, головокружение, потемнение в глазах, холодный пот, неприятное ощущение в верхней части туловища, чувство прилива жара, гиперемия лица. Эти жалобы непосредственно связаны с приемом пищи и наблюдаются исключительно во время приступа демпинг – приступа.

2. Диспептические и абдоминального дискомфорта: отсутствие аппетита,

тошнота, урчание в животе, жидкий неустойчивый стул, запоры. Данная категория жалоб связана с нарушением моторно-эвакуаторной деятельности ЖКТ

и расстройствами внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

3. Жалобы, связанные с **недостаточным пищеварением с нарушениями метаболического порядка**: исхудание, малокровие, общее ослабление организма,

понижение трудоспособности, физическое бессилие, импотенция.

4. Различные **болевые ощущения**, обусловленные чаще всего воспалительным процессом в гепато-панкрео-дуоденальной системе, дуоденостазом

и спаечным процессом в брюшной полости. Для демпинг-синдрома «в чистом виде» болевой синдром не характерен.

5. **Психо-неврологические нарушения и астенизация личности**: раздражительность, плаксивость, бессонница, головные боли, неуравновешенность, фиксационная неврастения.

Демпинг-синдром характеризуется длительным и торпидным течением. Как правило, приступы возникают у больных в первый же год после операции, с расширением ассортимента потребляемых продуктов. Если в первые 2-3 года после операции основными проявлениями болезни являются приступы слабости, возникающие после приема пищи, то с течением времени к клинической картине демпинг-синдрома присоединяются жалобы, связанные с физической и нервно-психической астенизацией личности. В далеко зашедших случаях приступы не носят такого яркого характера, как в первые годы заболевания. У таких больных теперь на первый план выступают истощение, общая физическая слабость, снижение или потеря трудоспособности, импотенция, различные нервно-психические расстройства. Все эти нарушения укладываются в образование «постгастрорезекционной астении».

На основании жалоб, клинической картины, состояния питания и степени потери трудоспособности оценивается тяжесть демпинг-синдрома.

Стратификация демпинг-синдрома

Демпинг-синдром 1 степени – это легкая форма заболевания, характеризующаяся слабо выраженными клиническими и непродолжительными по времени 10-15 минут приступами слабости или недомогания после приема сладкой пищи и молока. При соблюдении диеты и режима питания больные чувствуют себя хорошо и трудоспособны. Дефицит веса до 3-5 килограмм, но питание удовлетворительное. При исследовании сахарной кривой гипергликемический коэффициент не превышает 1,5-1,6. Пульс во время демпинг-синдрома учащается на 10 ударов в минуту, систолическое давление снижается на 5 мм рт ст. Эвакуация бария из желудка совершается в течение 15-20 минут, а пищевого завтрака 60-70 мин. Время нахождения контрастного вещества в тонком кишечнике длится не менее 5 часов.

Демпинг-синдром 2 степени характеризуется клиническими проявлениями средней тяжести. Приступы могут проявляться после приема любой пищи и длятся 30-40 минут, по своей яркости они имеют более выраженный характер. Стул неустойчивый. Трудоспособность снижена. Дефицит веса составляет 8-10 кг. Гипергликемический коэффициент доходит до 1,6-1,7. Пульс во время приступа учащается на 10-15 ударов, артериальное давление снижается на 5-10 мм рт ст. Культия желудка опорожняется от бария в течение 10-15 мин, от пищевого завтрака – за 30-40 минут. Время нахождения бария в тонком кишечнике не более 3-3,5 часов.

Демпинг-синдром 3 степени – тяжелая форма заболевания. Расстройства возникают после каждого приема пищи и продолжаются 1,5-2 часа. Больные во время приступа вынуждены лежать, т.к. при попытке встать

наступает обморок. Боязнь приема пищи и резкие нарушения в процессе пищеварения и усвоения пищи приводят больных к истощению. Изнуряющий понос. Трудоспособность значительно снижена, больные имеют инвалидность 2 группы. Дефицит веса до 13-15 кг. Гипергликемический коэффициент 2,0-2,5. Во время приступа заболевания пульс учащается на 15-20 ударов, систолическое давление снижается на 10-15 мм рт ст. Эвакуация бария из культи желудка совершается в течение 5-7 минут, пищевого завтрака – за 12-15 минут. Время нахождения бария в тонком кишечнике не более 2-2,5 часов.

Демпинг-синдром 4 степени также относится к тяжелой форме заболевания.

У этой категории больных к вышеописанным проявлениям присоединяются еще дистрофические изменения внутренних органов, значительное истощение,

доходящее до кахексии, гипопроотеинемия, безбелковые отеки, анемия. Больные совершенно нетрудоспособны, нередко нуждаются в постороннем уходе.

Ряд авторов объединяют 3 и 4 степени в одну – тяжелую степень.

Данную градацию следует понимать условно, т.к. при определении степени тяжести заболевания часто приходится принимать во внимание наличие других патологических синдромов, функциональное состояние поджелудочной железы и печени, степень компенсации процессов пищеварения и данные копрологических исследований, картину крови.

Диагностика демпинг-синдрома при наличии характерной симптоматики не вызывает затруднений. Быстрая эвакуация бариевой взвеси («сброс») из культи желудка и ускоренный пассаж по тонкой кишке, выявленные при рентгенологическом исследовании, характерная гликемическая кривая после углеводной нагрузки подтверждают диагноз.

Лечение больных с демпинг-синдромом легкой степени не представляет

серьезной проблемы. Его можно купировать диетой:

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ

1. Частое дробное питание небольшими порциями (5-7 раз в день); принимать пищу следует медленно;
2. Ограничение продуктов и блюд, наиболее часто вызывающих демпинг-синдром: сладостей (сахар, мёд, варенье), очень горячих и очень холодных блюд, жидких сладких молочных каш и др.;
3. Недопустимость приёма жидкости вместе с остальными блюдами, т.е. чай, молоко, 3-е блюдо в обед и кефир вечером следует употреблять через 20-30 минут после основного приёма пищи. Количество жидкости за один приём не должно превышать 1 стакана.
4. По возможности ложиться на 15-20 мин после еды, особенно после обеда.

В первые 3 месяца после операции больным назначается диета – стол №1.

РАЗРЕШАЮТСЯ:

- хлеб и хлебные изделия* – белый пшеничный, выпечки предыдущего дня, сухари белые, булочки пониженной кислотности, не сдобное печенье;
- супы* – протёртые из круп, суп-пюре из овощей на некрепком овощном отваре, суп с вермишелью – половина порции;
- блюда из яиц* – всмятку или в виде парового омлета, не более 1 яйца в день;
- молоко и молочные продукты* – молоко свежее, сухое, сгущённое без сахара (добавляется в блюда), в очень ограниченном количестве - свежая нежирная сметана, свежий нежирный протёртый творог (при непереносимости исключается полностью);
- блюда из мяса и птицы* – мясо нежирных сортов (говядина, телятина, курица), лучше свежее, свободное от сухожилий и жира (готовится в отварном или паровом виде – котлеты, кнели, фрикадели, суфле, пюре, рулет и т.д.);
- блюда из рыбы* – различные нежирные сорта рыбы, лучше речной (щука, судак, карп, окунь), в отварном, паровом, рубленном виде и куском;
- блюда и гарниры из овощей и лиственной зелени* – пюре овощные (кроме капустного), овощные паровые пудинги, тыква, кабачки, овощи отварные с маслом;
- блюда и гарниры из круп и макаронных изделий* – каши несладкие, протёртые, молочные (молока 1/3), пудинги несладкие,

приготовленные на пару, вермишель и макароны мелко нарубленные отварные, лапша домашняя отварная (ограниченно);

- жиры – сливочное масло, топленое не солёное, оливковое масло;
- сладкие блюда и кондитерские изделия – сахар, мёд, варенье ограничиваются;
- фрукты и ягоды – несладкие сорта зрелых фруктов и ягод в виде протёртых несладких компотов, киселей, желе, муссов;
- соусы – молочный;
- соки – сырые не кислые и несладкие фруктовые, ягодные, овощные соки, отвар из плодов шиповника, виноградный сок ограничивается;
- напитки – слабый чай, чай с молоком или сливками, слабый кофе с молоком или сливками;
- закуски – сыр неострый, натёртый, ветчина (скоблёная, нежирная).

ЗАПРЕЩАЮТСЯ:

- мясные, рыбные и крепкие овощные навары, особенно грибные,
- жирные сорта мяса и рыбы, печенка, мозги, почки, лёгкое, жареное мясо и рыба,
- соленья, копчености, маринады, всякие острые закуски,
- колбаса, мясные и рыбные закусочные консервы,
- сдобное тесто, пироги,
- чёрный хлеб,
- холодные напитки,
- сырые не протёртые овощи и фрукты,
- мороженое, шоколад, какао,
- любые алкогольные напитки.

При демпинг-синдроме *средней тяжести* кроме диетотерапии целесообразно принимать средства, замедляющие эвакуацию из желудка и снижающие перистальтику тонкой кишки (препараты атропина, ганглиоблокаторы), проводить общеукрепляющую терапию (инфузии растворов глюкозы с инсулином, парентеральную витаминотерапию). Больным с выраженными психоневрологическими нарушениями показаны нейролептические средства.

Тяжелый демпинг-синдром является показанием к хирургическому лечению. Основным смыслом реконструктивных операций состоит в замедлении опорожнения оперированного желудка.

Данные о методах реконструктивных операций можно

схематически классифицировать в следующем виде.

- 1) уменьшение размеров желудочно-кишечного соустья при операции Бильрот-2;
- 2) наложение добавочного межкишечного анастомоза между приводящей и отводящей петлей по Брауну;
- 3) образование дополнительного кишечного резервуара из спаренных между собой кишечных петель (операция Пота);
- 4) фиксация приводящей петли к малой кривизне желудка;
- 5) реконструкция желудочно-кишечного соустья типа Бильрот-2 в операцию Бильрот-1;
- б) реконструкция с изоперистальтическим кишечным трансплантатом между культей желудка и 12-перстной кишкой (операция Захарова-Генлея);
- 7) реконструкция с антиперистальтическим сегментом тощей кишки между культей желудка и 12-перстной кишкой (операция Геррингтона);
- 8) реконструкция с толстокишечной пластикой;
- 9) сужение гастродуоденального анастомоза после резекции желудка по Бильрот-1 (операция Макаренко);

При установлении показаний к оперативному лечению необходимо учитывать степень тяжести синдрома, характер функциональных и морфологических нарушений организма в целом и в органах пищеварения, в частности, интенсивность болевых и диспептических расстройств, возраст больных, срок, прошедший после резекции желудка, степень потери трудоспособности, эффективность консервативного лечения. При определении противопоказаний к реконструктивной операции следует принимать во внимание наличие сопутствующих заболеваний сердца, легких, почек, печени и т.п.

В стадии декомпенсации операция откладывается до улучшения общего состояния или отменяется вообще. Хотя возраст сам по себе и не

является противопоказанием к операции, пожилой и старческий возраст, если нет

абсолютных показаний к операции, следует считать относительным противопоказанием к реконструктивной операции. Необходимо отметить, что длительное воздержание и неэффективное консервативное лечение, приводят к общему ослаблению организма, делающему гастроеюнодуоденопластику рискованной операцией. При наличии показаний реконструктивная операция должна быть выполнена до развития трофических и дистрофических изменений в организме.

Гипогликемический синдром (ГС) известен также как поздний демпинг-синдром и является, по существу, его продолжением. ГС встречается у 5–10 % больных.

Считается, что в результате ускоренного опорожнения культи желудка в тощую кишку попадает сразу большое количество готовых к всасыванию углеводов. В крови быстро и резко повышается уровень сахара, гипергликемия вызывает ответную реакцию системы гуморальной регуляции с избыточным выделением инсулина. Увеличение количества инсулина приводит к падению концентрации сахара и развитию гипогликемии.

Диагностика ГС основывается на характерной клинической картине. Синдром проявляется мучительным чувством голода, спастической болью в эпигастрии, слабостью, усиленным потоотделением, чувством жара, сердцебиением, головокружением, потемнением в глазах, дрожанием всего тела, иногда потерей сознания. **Приступ возникает через 2–3 ч после еды и длится от нескольких минут до 1,5–2 ч.**

Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой у большинства больных отличается быстрым и крутым подъемом и столь же резким падением концентрации сахара в крови ниже исходного уровня.

ГС часто сочетается с демпинг-синдромом, но может наблюдаться и изолированно.

Лечение. На высоте приступа — назначение легко усваиваемых углеводов в небольших количествах. С целью профилактики синдрома — частое, дробное питание (шестиразовое). Если гипогликемия носит отчетливый реактивный характер после предшествующей ей гипергликемии, необходимо ограничить углеводы до 150—200 г и полностью исключить легко всасываемые углеводы. В дальнейшем постепенное увеличение количества углеводов до 200—350 г.

В амбулаторных условиях рекомендуется диета, состоящая из 200—300 г хлеба, до 20—40 г сахара, не более 30—40 г крупы. Исключаются сладкие, сдобные блюда и продукты из теста. Разрешаются мясо, овощи, фрукты, зелень, молочные продукты. Частота приема пищи — не менее 5 раз в день.

Помимо диетотерапии, рекомендуются средства, воздействующие на нервную систему, — препараты брома, электро-, гидропроцедуры и пр.

Синдром приводящей петли

После резекции желудка по Бильрот-2 у ряда оперированных развивается синдром приводящей петли (СПП). Развитие данного синдрома происходит по двум основным причинам: 1) нарушен (замедлен) пассаж дуоденального содержимого (приводящей петли) в отводящую петлю; 2) эвакуация желудочного содержимого происходит активнее в приводящую петлю, нежели в отводящую. По литературным данным, синдром приводящей петли встречается от 5,5 до 42% больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-2. Клинически он проявляется тошнотой, горечью во рту, нарастающим чувством тяжести в правой подложечной области, больше справа, отрыжкой.

Указанные симптомы равномерно нарастают, в особенности после приема молока и жирной пищи, потом возникает обильная рвота с примесью желчи и без нее, после которой наступает существенное облегчение. В

тяжелых вариантах рвота носит изнуряющий характер, нарушается переваривание и усвоение пищи, в кале

содержится существенное количество непереваренного жира и мышечных волокон, больные равномерно теряют в весе и слабеют

Классификация СПП:

I. ПО ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ

- СПП органического генеза - 95% причин СПП

А. Патологическая извитость (кинг-кинг) и ангуляция приводящей петли (ПП)

Б. Формирование внутренних грыж:

впередободочной,
позадободочной

В. Ущемление ПП в окне мезоколон, стеноз ПП, инвагинация ПП.

Г. Заворот, узлообразование ПП

Д. Спайкообразование в области ПП

- СПП функционального генеза

1. Спастическая-гипертоническая дискинезия

2. Гипотоническая дискинезия, атония

II ПО ТЕЧЕНИЮ

В- Хронический СПП

- Острый СПП

Различают острый и хронический синдром приводящей петли. Острая непроходимость 12-перстной кишки и приводящей петли являются сравнимо редким осложнением после резекции желудка. Острая непроходимость возникает в первые дни после операции и практически постоянно вызывается механическими причинами: ущемлением позади брыжейки кишечной петли, анастомозированной с желудком, перекрут приводящей петли, спайки, инвагинация отводящей петли в приводящую, дефекты техники операции и т.д. **Однако, описаны случаи развития острого СПП через годы после операции, что необходимо помнить!!!**

Острая непроходимость 12-перстной кишки постоянно протекает тяжело. Схваткообразные боли появляются в эпигастрии традиционно после еды. К болям присоединяется рвота желудочным содержимым и постоянно **без примеси желчи**, т.к. при остром СПП не происходит декомпрессии приводящей петли, что приводит к нарушению внутривисцеральной микроциркуляции с последующим некрозом.

Общее состояние скоро ухудшается, развивается клиническая картина,

напоминающая шок. Живот напряженный и болезненный. При пальпации в эпигастральной области определяется опухолевидное образование. В крови и моче возрастает количество диастазы. Последним обстоятельством разъясняется ошибочный диагноз панкреатита, устанавливаемого у этих больных в послеоперационном периоде. Равномерно развивается некроз приводящей петли и перитонит. Время от времени наблюдается желтуха, вызванная затруднением эвакуации желчи из желчных путей.

Исцеление острой непроходимости приводящей петли обязано быть постоянно оперативным, ибо без своевременно выполненной операции осложнение

неизбежно заканчивается летальным исходом. Срочное оперативное вмешательство может заключаться в освобождении ущемленной петли кишки, наложении энтероанастомоза, резекции омертвевшего участка кишки, пересечении сдавливающих странгуляций и т.д.

Чаще встречается хроническая форма непроходимости 12-перстной кишки и приводящей петли. Причинами её могут быть как механические, так и функциональные нарушения проходимости кишечника.

К механическим факторам относятся:

- 1) очень длинная приводящая петля без Брауновского соустья;
- 2) очень маленькая приводящая петля, которая в итоге дополнительного фиксирования к малой кривизне может сделать перегиб кишки;

- 3) горизонтальное размещение линий желудочно-кишечного анастомоза,

благодаря чему часть пищи поступает в приводящую петлю, а далее в 12-перстную кишку, вызывая в ней дуоденостаз; так как сила сокращений культи желудка больше, чем 12-перстной кишки, то поступившая пища может задержаться там более либо менее длительно;

- 4) выпадение слизистой приводящей петли в желудок либо в отводящую

петлю;

- 5) ротация приводящей петли вокруг собственной продольной оси;
- 6) рубцы, спайки, опухоли либо язвенный стеноз приводящей либо отводящей

петель;

- 7) антиперистальтическое размещение кишки для анастомоза;

Функциональный синдром приводящей петли может быть вызван:

- 1) спазмами приводящей и отводящей петель либо сфинктеров 12-перстной

кишки;

2) нарушением нервной регуляции 12-перстной и тощей кишки в итоге перерезки нервных веток во время операции;

- 3) имевшимся дооперационным дуоденостазом.

По тяжести клинической картины можно выделить 4 степени тяжести СПП.

К **1-й степени синдрома** относят больных, у которых есть легкие расстройства типа срыгиваний, рвоты желчью 1-2 раза в месяц, почаще связанные с

приемом молока. Диспептические нарушения и болевые чувства практически не беспокоят больных, общее состояние удовлетворительное, трудоспособность не нарушена.

2-я степень синдрома характеризуется средней тяжестью проявления заболевания. Рвота с желчью возникает 2-3 раза в недельку, количество рвотных масс достигает 200-300 мл. Возникновению рвоты предшествует появление чувства полноты в правом подреберье и эпигастрии после еды, в особенности после жидкой пищи и молока. Рвота приносит облегчение. У данной категории больных имеет место понижение трудоспособности, утрата в весе.

К **3-й степени** синдрома относятся случаи, когда рвота возникает практически раз в день, размер рвотных масс достигает 400-500 мл и более. После еды появляются распирающие боли в правом подреберье и подложечной области. Для облегчения состояния больные без помощи других вызывают рвоту. Типично истощение, существенное понижение трудоспособности.

4-я степень заболевания характеризуется, не считая вышеуказанных признаков, резкими расстройствами питания и обмена веществ (безбелковые отеки, резкое истощение, гипопроотеинемия, малокровие), а также значительными дистрофическими конфигурации со стороны паренхиматозных органов.

Рентгенологическое исследование больных с синдромом приводящей петли с помощью ВаSO₄ показало, что он вызван в большей степени не рефлюксом в приводящую петлю, а застоем дуоденального содержимого (стрелка на Р-грамме) по разным функциональным и механическим причинам.

Консервативное лечение СПП *малоэффективно*, может применяться лишь при его легкой степени и сводится к щадящей диете, противовоспалительной терапии, повторным промываниям желудка. Устраняют гипопроотеинемия и анемию. Назначают переливание крови и плазмы, спазмолитические средства и витамины.

Существует несколько видов оперативных вмешательств при СПП:

1. более нередкой операцией является реконструктивная гастроюнодуоденопластика, которая наряду с синдромом приводящей петли

излечивает демпинг-синдром, в сочетании с которым он частенько встречается;

2. Реконструктивный У-образный анастомоз по Ру;
3. Дуоденоюноанастомоз;
4. Энтеро-энтероанастомоз по Брауну;
5. Резекция 12-перстной кишки;
6. Подшивание приводящей петли к малой кривизне желудка;
7. Перевод резекции желудка по Бильрот-2 в Бильрот-1;
8. Подшивание приводящей и отводящей петель к задней париетальной брюшине;

Пептическая язва анастомоза и тощей кишки

предпосылкой появления пептической язвы после резекции желудка является наличие свободной соляной кислоты в желудочном соке, которая становится патогенетическим фактором в развитии язвы на соустье либо анастомозированной петле. Источником соляной кислоты могут быть оставленные в итоге экономной резекции желудочные железы тела и дна, продуцирующие соляную кислоту и пепсин. На втором месте стоит технически неправильно выполненная операция, когда оставляется пилорический отдел желудка совместно со слизистой оболочкой, которая выделяет гормон гастрин, являющийся мощным возбудителем кислотопродуцирующих желудочных желез. Третьей предпосылкой появления свободной соляной кислоты является синдром Золлингера-Эллисона, для которого характерна триада: пептическая язва после резекции желудка (даже субтотальной), высокая желудочная секреция, наличие опухоли поджелудочной железы из островковой ткани. Гастрэктомия является на сегодняшний день операцией выбора при синдроме Золлингера-Эллисона, т.к. оставление даже небольшой части желудка приводит к рецидиву пептической язвы.

Причиной образования пептической язвы анастомоза может быть резекция желудка, при которой накладывается брауновское соустье либо анастомоз по Ру. При обеих этих модификациях щелочное содержимое 12-перстной кишки не орошает желудочно-кишечное соустье, а переходит по межкишечному соустью в отводящую петлю.

Подавляющее большая часть язв анастомоза и тощей кишки появляются через 6-12 месяцев после операции. Пептические язвы чаще склонны к пенетрации, кровотечению, чем первичные язвы желудка и 12-перстной кишки.

Огромное значение в диагностике имеет нахождение свободной соляной кислоты в желудочном соке после резекции желудка. В настоящее время для исследования желудочной секреции у больных с рецидивными пептическими язвами обширное распространение получил способ внутрижелудочной рН-метрии. С помощью его можно оценить возможную вагусную природу высокой кислотопродукции. С данной целью проводится тест медикаментозной ваготомии, заключающийся в определении сдвига рН культы желудка после введения больным бензогексония и атропина.

Жалобы при пептической язве имеют ряд особенностей, отличающих их от жалоб при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной области воспалительного характера. Если при хроническом панкреатите, холецистопанкреатите боль практически постоянно связана с приемом пищи, то для пептической язвы типично то, что боль успокаивается либо совсем проходит после приема пищи. Прием острой и кислой пищи увеличивает болевой синдром.

Интенсивность боли при пептической язве, в особенности при её пенетрации, существенно выше, чем при язвенной болезни.

Локализация боли при пептической язве также имеет свои особенности. Если для язвы 12-перстной кишки типично наличие боли в эпигастральной области, правее от срединной линии, то при пептической язве боль локализована в подложечной области, слева от срединной линии и несколько

ближе к пупку, то есть соответствует проекции желудочно-кишечного анастомоза. При пенетрации язвы в поджелудочную железу либо брыжейку кишки боль иррадирует в спину. Болевой синдром при пептической язве не носит сезонный характер, как при язвенной болезни.

При пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области больше слева. При наличии воспалительного инфильтрата либо пенетрации язвы в переднюю брюшную стенку пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование. Остальных характерных для пептической язвы данных физикального обследования не отмечается.

Пептическую язву гастроэнтероанастомоза рентгенологически диагностировать тяжело, так как спаечный процесс, рубцовые карманы маскируют язвенную нишу.

Для диагностики пептической язвы удачно используют фиброгастроскопию, позволяющую обеспечить хороший обзор внутренней поверхности желудка. Благодаря собственной гибкости и мобильности дистального конца фиброгастроскоп просто вводится в отводящую и приводящую петли, конструкция его позволяет создавать фотоснимки, прицельную биопсию.

Характерна локализация пептических язв. В подавляющем большинстве случаев они размещаются на отводящей петле либо в зоне анастомоза, совсем редко в приводящей петле. Это подтверждает роль кислотно-пептического фактора в возникновении этих язв, так как разъедающему действию подвергается только анастомозированная часть узкой кишки и в особенности её отводящая часть.

Пептические язвы, по сравнению с язвами желудка, имеют огромную склонность к пенетрации. Это может быть пенетрация в брыжейку поперечно-ободочной либо тощей кишки, в поджелудочную железу, в переднюю брюшную стенку. Пептические язвы могут рубцово деформировать отводящую петлю, что является органической предпосылкой синдрома приводящей петли.

Консервативная терапия при пептических язвах является по сути предоперационной подготовкой перед дальнейшей операцией.

Способы хирургического исцеления пептических язв состоят в следующем. Если язва маленьких размеров, свободна от пенетрации, то делается её иссечение с сохранением второй полуокружности кишки и ушиванием дефекта поперечно с дальнейшей резекцией желудка и стволовой ваготомией.

Так как чаще всего пептические язвы имеют значительную величину, измененные каллезные края и пенетрируют в близлежащие органы, то у большинства больных выполняется резекция желудка совместно с анастомозированной петлей узкой кишки, несущей язву. В этом случае применяется анастомоз по Гофмейстеру-Финстереру, при котором щелочной дуоденальный сок постоянно орошает его, и имеется меньшая возможность рецидива пептической язвы.

Опухоли оперированного желудка

Рак желудка либо желудочно-кишечного анастомоза у больных язвенной болезнью, перенесших резекцию желудка либо гастроэнтеростомию, представляет значительную уникальность. Долгий срок, прошедший с момента операции, произведенной по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, позволяет высказать предположение о том, что раковый процесс является самостоятельным заболеванием у этих больных. По-видимому, опасность развития рака в культе желудка у них таковая же, как и вообще у остального населения либо у больных язвенной болезнью, не подвергшихся операции.

Тем не менее существует точка зрения, что у больных, перенесших резекцию желудка есть причины, предрасполагающие к образованию рака. К ним относятся отсутствие соляной кислоты, наличие у этих больных атрофического гастрита и регургитация желчи в культю желудка.

Радикальная операция у больных с опухолью культи желудка либо желудочно-кишечного анастомоза в ряде случаев приводит к

выздоровлению. Для правильной и своевременной диагностики заболевания нужен тщательный и вдумчивый анализ всей получаемой информации: анамнестические данные, жалобы, общее состояние, лабораторно-рентгенологические и эндоскопические исследования.

Диагностика опухолей оперированного желудка представляет значимые трудности. Они вызваны тем, что симптоматика рака желудка может наслаиваться либо сочетаться с клинической картиной других болезней оперированного желудка и тем самым ослабить онкологическую настороженность врача. Разные деформации, вызванные спайками, рубцами либо наложенным анастомозом, делают рентгенологическую диагностику не достаточно эффективной. Гастроскопия также в ряде случаев не дает достоверных данных.

В медицинской картине преобладают явления дискомфорта, утрата аппетита, нарастающая слабость, отрыжка воздухом, рвота и тошнота, которых не было у больного долгое время после ранее перенесенной операции. Болевой синдром традиционно бывает в сочетании опухоли с хроническим панкреатитом либо пептической язвой. Отмечается выраженный дефицит веса (10-14 кг), умеренная гипохромная анемия (НЬ в среднем 100 г/л), увеличение СОЭ. Часто отмечается клиника непроходимости отводящей петли опухолевой природы. В целом сочетание ахлоргидрии, анемии и общего ослабления организма традиционно дают возможность установить опухолевую природу заболевания.

Лечение – только хирургическое по абсолютным показаниям. Операции могут быть радикальными – гастрэктомия с резекцией отводящей и частично приводящей петли, паллиативными – удаление части опухоли с восстановлением проходимости кишечной трубки, либо симптоматические – при невозможности удаления опухоли – только восстановление возможности

питания и проходимости кишечной трубки (гастростомия, обходной желудочно-тонкокишечный анастомоз).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Классификация

Этиологические факторы

Выбор метода и техника выполнения операции

Хирургическая тактика

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Сформулировать диагноз и его обосновать.

При осмотре пациента описать местный статус

При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику

По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

Полная гастрэктомия применима при:

А. Раннем демпинг-синдроме

В. Позднем демпинг-синдроме

С. Рецидиве пептической язвы, обусловленной синдромом Золлингера-Эллисона

Д. Щелочном рефлюкс-гастрите

Е. Постваготомической диареи

Ирригоскопия имеет определяющее значение в диагностике:

А. Постваготомического гастростаза

В. Желудочно-тонко-толстокишечного свища

С. Рецидивной пептической язве гастро-дуодено-анастомоза

Д. Демпинга-синдрома

Е. Всех перечисленных выше

Частота рецидивной пептической язвы зависит в первую очередь от:

А. Возраста больного

В. Продолжительности болезни

С. Локализации и размеров язвы

- D. Осложнений язвенной болезни присутствующих в момент первичной операции
- E. Типа первичной операции
- Вследствие какой операции появление рецидивной пептической язвы менее всего вероятно?
- A. Гастро-энтероанастомоз
- B. Резекция 2/3 желудка
- C. Стволовая ваготомия с дренирующей операцией
- D. Стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка
- E. Селективная проксимальная ваготомия
- Для хронического синдрома приводящей петли наиболее характерным симптомом является:
- A. Боль в эпигастральной области, тошнота, рвота
- B. Изжога
- C. Анорексия
- D. Запоры
- E. Тахикардия
- Вследствие какого из перечисленных вмешательств может возникнуть щелочный рефлюкс-гастрит?
- A. Стволовая ваготомия с пилоропластикой
- B. Резекция желудка 2/3 по Bilioth I
- C. Стволовая ваготомия с гастро-дуодено-анастомозом
- D. Стволовая ваготомия с гастро-энтеро-анастомозом
- E. Любое из перечисленных
- Наиболее частой причиной для возникновения рецидивирующей пептической язвы является:
- A. Экономная резекция желудка
- B. Неполная ваготомия
- C. Остаток слизистой канала привратника в культе 12-перстной кишки
- D. Гастронома
- E. Первичный гиперпаратирозидизм
- Исключение гастриномы у язвенного больного следует начинать с:
- A. УЗИ компьютерной томографии
- B. Селективной ангиографии
- C. Секретинового теста
- D. Определения сыровоточного гастрина
- E. Тестов желудочной секреции
- Рецидив пептической язвы чаще всего определен:
- A. Неправильным выбором и выполнением операции
- B. Гиперпаратирозидизмом
- C. Гастрономой
- D. Инфекцией с *Helicobacter pylori*
- E. Дуодено-гастральным рефлюксом

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала.
Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, web-страницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, web-страницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается: Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

1. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
2. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
- 3) Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
- 4) Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
- 12 Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
- 6) Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
- 7) Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

- В Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
- В Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
- В Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
- В Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
- В История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
- В Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.рф

www.bmj.com

www.consilium-medicum.com

www.medscape.com

www.pubmed.org

www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

1. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
2. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
3. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. -
(Абдоминальная эндохирургия)
4. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис
• Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
5. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2
эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
6. Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
7. Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
8. Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Учебно-методическое пособие.
Чернядьев Сергей Александрович
Ушаков Алексей Александрович
Родионов Евгений Николаевич

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом ФГБОУ ВО УГМУ
Минздрава России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60x90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции