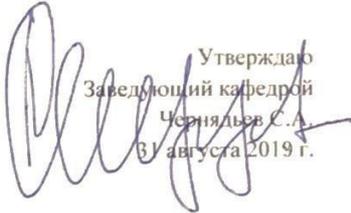


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Черняев С.А.
31 августа 2019 г.

Методические указания к практическим занятиям

ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2019**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2019. –17с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и хирургического лечения язвенной болезни.

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

Составители:

В.И. Овчинников – доцент кафедры

Н.Ю.Коробова – доцент кафедры

К.А.Кубасов – ассистент кафедры

Е.Н.Родионов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

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

Ответственный редактор:

РФ, 2019г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ

ISBN

Список литературы.

Введение-----	6
Классификация-----	6
Клиническая картина в стадии обострения-----	7
Лабораторно – инструментальные методы исследования-----	8
Оперативное лечение язвенной болезни-----	9
Список литературы-----	16

Методическое указание.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Показать значимость проблемы язвы желудка и ДПК в клинике, обучить основам диагностики язвы, а также принципам хирургического лечения и реабилитационным мероприятиям при этом заболевании.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Анатомию и физиологию желудка, гистологическое строение слизистой желудка (главные, обкладочные, слизеобразующие клетки, гастриновые клетки), фазы желудочной секреции;

Заболеваемость язвенной болезнью;

Причины возникновения язвы в желудке и 12-перстной кишке (особенность этиопатогенеза язвы желудка и 12-перстной кишки);

Стадии течения и ее осложнения;

Особенность клинического течения язвы желудка и 12-перстной кишки, особенность осложнений в зависимости от локализации язвы;

Клинику язвенного кровотечения, уметь определить степень кровопотери, знать консервативные и оперативные методы остановки кровотечения;

Методы исследования желудка и 12-перстной кишки;

Принципы хирургического и консервативного лечения кровоточащей язвы;

Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода.

Виды операций при кровоточащей язве; 3.11 Осложнения в раннем послеоперационном периоде, их клинику, диагностику и лечение.

Студент должен уметь:

Правильно собрать анамнез и провести объективное исследование больного.

Поставить предварительный диагноз с указанием локализации язвы и осложнений.

Наметить план обследования больного.

Оценить данные дополнительных методов исследования с целью уточнения диагноза.

Читать и интерпретировать:

а) общие и биохимические анализы;

б) рентгенограммы желудка и 12-перстной кишки;

в) данные эндоскопического исследования желудка и ДПК;

г) данные желудочной секреции.

Диагностировать осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Наметить план лечения больного. Оценить исход лечения и дать рекомендации по реабилитации и трудоспособности.

Оформлять документацию больных с различными формами заболевания и осложнений язвенной болезни (амбулаторная карта, история болезни, курортная карта, посыльный лист на ВТЭК, документы при выписке из стационара, справка, выписка из истории болезни, больничный лист, справка о предоставлении путевки и т. п.).

Уметь провести дифференциальную диагностику, с раком желудка,

с синдромом Маллори-Вейса, портальной гипертензией, эрозивным гастритом, заболеваниями крови и др.

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	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

	статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,			
ПК-7	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
ПК-8	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
ПК-10	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
ПК-11	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
ПК-20	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.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (клинико-анатомическое понятие) - это хроническое заболевание с циклическим течением, характеризующееся образованием язвы в тех участках слизистой оболочки, которые контактируют с желудочным соком.

Основоположником учения о язвенной болезни является французский ученый Крювелье, который в 1829-1835 годах дал подробное описание клинической картины язвы желудка. Значительно позднее, в 1913 году, Мойниган сообщил клинические данные язвы ДПК. Первую резекцию желудка по поводу язвенной болезни выполнил Теодор Бильрот в 1891 году. Первую ваготомию выполнил Экснер в 1911 году.

Язвенная болезнь поражает людей чаще в наиболее трудоспособном возрасте, от 20 до 50 лет. Причем язва ДПК встречается в наиболее молодом

возрасте, а язва желудка - в старших возрастных группах. Среди детей и подростков язвенная болезнь встречается сравнительно редко. В возрасте 18-25 лет заболевание (юношеские язвы) обнаруживается у 7%.

В нашей стране язвенная болезнь желудка и ДПК составляет от 3 до 18 случаев на 1000 взрослого населения.

Классификация язвенной болезни

Международная классификация болезней (МКБ-10). К25 Язва желудка
К26 Язва двенадцатиперстной кишки
К27 Пептическая язва неуточненной локализации
К28 Гастроэюнальная язва

Используемая в практике классификация.

1. По локализации: желудок, двенадцатиперстная кишка, сочетанная локализация.

2. По клиническому течению: фаза ремиссии, фаза обострения.

3. Характеристика местных изменений: простая (недавно образовавшаяся), хроническая, каллезная (с грубыми рубцовыми стенками) язва; рубцово-язвенная деформация; рубцовая деформация (язвы нет); рубец на месте зажившей язвы (без деформации).

4. Осложнения:

- кровотечение (в анамнезе, остановившееся, продолжающееся с указанием кровопотери: легкая, средняя, тяжелая)

- перфорация (типичная, прикрытая, забрюшинная, в малую сальниковую сумку, с подробной характеристикой вторичных осложнений)

- стеноз (формирующийся, компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный)

- пенетрация (с указанием органа, ткань которого является дном язвы) - малигнизация

Кровотечение из язвы является результатом разрушения стенки сосуда, расположенного в зоне язвенного дефекта. Эпизоду кровотечения, как правило, предшествует период обострения язвенной болезни, имеющий характерную клинику.

Клиническая картина язвенной болезни в стадии обострения

Ведущей жалобой больных ЯБ является болевой синдром. Боли обычно связаны с приемом пищи. Различают ранние, поздние и голодные боли. Под ранними понимают боли, возникающие сразу же после приема пищи или через 0,5-1 час после еды. Если боли возникают через 2-3 часа после еды, их считают поздними. Голодными называют боли, возникающие натощак или при длительном перерыве между приемами пищи. Для язвы желудка характерны ранние боли, для язвы ДПК - поздние, голодные и ночные боли.

Интенсивность и продолжительность болей различна. Чаще они носят мучительный режущий или колющий характер. Для уменьшения болей больные используют прием соды, молока, горячую грелку. При язве желудка отмечается боль в эпигастрии. При язве ДПК - справа от средней линии, в правом подреберье. При язвах желудка высокой локализации - под мечевидным отростком, иногда в области сердца. В механизме возникновения болей имеют значение несколько факторов: нарушение моторики желудка, повышение желудочного давления, непосредственное раздражение язвенной поверхности желудочным содержимым, наличие воспалительных явлений.

Для язвенной болезни характерен сезонный характер. Обострения чаще наступают весной и осенью, реже зимой и еще реже летом. Цикличность обострений обусловлена неустойчивостью внешней среды в весенне-осенний период - температура, влажность и т.д. Это в свою очередь влияет на тонус нервной системы. Кроме того, весной отмечаются явления авитаминоза, а осенью в пищу принимается большое количество овощей и фруктов, содержащих грубую клетчатку.

Кроме сезонности, для ЯБ характерна периодичность. Болевые периоды сменяются довольно длительными интервалами отсутствия клинических проявлений. Такие светлые промежутки особенно характерны для ЯБ ДПК.

Диспептические симптомы при язвенной болезни весьма разнообразны: изжога, тошнота, рвота, нарушение аппетита и функций кишечника. Изжога наблюдается у 50-70% больных, причем она может отсутствовать у больных с резко повышенной кислотностью и отмечаться в случаях с пониженной. Причина ее в забрасывании кислого желудочного содержимого в пищевод в результате антиперистальтики при спазме привратника. Одной из причин может быть и рефлюкс желчи в желудок и пищевод.

Тошнота и рвота наступают на высоте болевого приступа и носят рефлекторный характер. После рвоты боли, как правило, уменьшаются или даже совсем прекращаются, поэтому больные нередко сами вызывают рвоту. Рвотные массы, как правило, содержат кислый желудочный сок и остатки пищи. Аппетит у больных язвенной болезнью обычно сохранен, но в ряде случаев они стараются реже принимать пищу из-за боязни усилить боль. Нарушение функций кишечника чаще проявляется запорами. Часто развивается спастический колит, который становится независим от ЯБ.

Объективное обследование больного

Объективное обследование больного начинается с осмотра. Обращает на себя внимание пониженная масса тела больного, легкая возбудимость, стойкий красный дермографизм, повышенная потливость. Язык обычно обложен белым налетом. Живот имеет нормальную форму. При длительном

применении больным согревающих грелок отмечается пигментация кожи живота. При обострении заболевания может быть выражен симптом мышечной защиты - дефанс. При перкуссии брюшной стенки определяется зона ограниченной болевой чувствительности - симптом Менделя. Зоны кожной гиперестезии Захарьина-Геда определяют острым предметом, проводя им по коже брюшной стенки от подреберья вниз. При этом выявляется зона поверхностной болезненности, соответствующая грудным сегментам Д5-Д9 (висцеро-кутанные рефлексy). Меньшее практическое значение имеют точки Боаса, Оппенховского.

Симптом Боаса. Для его выявления проводят поколачивания по остистым отросткам позвонков. При язве малой кривизны желудка боль выявляется при поколачивании по VII-X позвонкам, при язве ДПК - по X-XII.

Симптом Оппенховского состоит в том, что при надавливании со стороны остистых отростков тех же позвонков возникает боль.

Лабораторно-инструментальные методы исследования ЯБ

Лабораторно-инструментальные исследования включают общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на электролиты, копрологическое исследование, исследование желудочной секреции, рентгеноскопию желудка, фиброгастродуоденоскопию и др. При неосложненной язвенной болезни изменений со стороны анализов крови и мочи не отмечается. Особого внимания заслуживает исследование желудочного сока. Существуют зондовые (прямые) и беззондовые (радиотелеграфические, гастроацидотесты и др.).

При помощи зондовых методик определяют желудочную секрецию фракционным способом. При этом определяется как базальная (внепищевая), так и стимулированная (пищевая) секреция. Для определения первой фазы пищевой желудочной секреции используется стимуляция инсулином. Для определения второй фазы - стимуляция гистамином. Методика состоит в следующем. В течение часа собирается базальный желудочный сок, объем и плотность которого зависят от тонуса блуждающих нервов (норма 1-3 мэкв). Затем внутривенно вводится инсулин из расчета 0,2ед на 1кг веса. Инсулиновая гипогликемия вызывает раздражение ядер блуждающих нервов, что позволяет изучить их влияние на желудочную секрецию. Сок собирают в течение часа. На основании полученных данных вычисляют дебит свободной соляной кислоты, выраженный в мэкв/час (норма 5-10 мэкв/ч).

При стимуляции гистамином, как и при инсулиновом тесте, в течение часа собирается базальный желудочный сок. Затем внутримышечно вводят 0,1% раствор солянокислого гистамина в дозе 0,02 мг на 1кг веса больного и в течение часа собирают желудочный сок. Вычисляется дебит-час свободной соляной кислоты, выраженный в мэкв (норма 10-16 мэкв/ч).

В последнее время большое значение придается **интрагастральной РН-метрии**, при которой определяется функция кислотообразования, ее показатели в отдельных кислотопродуцирующих зонах желудка, а также ощелачивающая функция пилорического отдела.

Копрологическое исследование преследует цель определения скрытой крови в кале (проба с бензидином по Греггерсену). Перед исследованием больной не должен чистить зубы, не употреблять в пищу мясо. Реакция Греггерсена чаще положительна при раке, реже при язвенной болезни.

Рентгенологическое исследование позволяет диагностировать язвенную болезнь в 85-90%. Различают прямые и косвенные признаки язвы желудка и ДПК.

Прямым признаком считается наличие язвенной ниши в виде кратера в стенке желудка или ДПК. При поверхностной язве можно определить так называемую фасную нишу - "контрастное пятно" бария. К прямым признакам язвы относится так же изменение рельефа слизистой желудка в виде конвергенции складок, которые радиально сходятся к язве.

К косвенным признакам ЯБ относятся:

- пальцевое втяжение большой кривизны напротив язвы, расположенной на малой кривизне;
- повышение двигательной функции желудка, спазм привратника;
- локальная болезненность при пальпации соответственно рентгенологической проекции язвы;
- дискинезия луковицы ДПК и др.

В настоящее время главное место в диагностике язвы желудка и ДПК занимает **фиброгастроскопия** и **фибродуоденоскопия**. Она позволяет произвести не только визуальное обследование слизистой, но и выполнить прицельную биопсию, динамически наблюдать за кровотечением, диагностировать сопутствующие заболевания (гастрит, эзофагит), а также производить лечебные манипуляции, анализ на наличие хеликобактерной инфекции.

Дифференциальная диагностика при обострении язвенной болезни желудка и ДПК проводится с острым и хроническим гастритом, раком и доброкачественными опухолями желудка, желчнокаменной болезнью, хроническим панкреатитом и др.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Объем предоперационной подготовки при язве зависит от тяжести состояния больного, что в первую очередь определяется степенью выраженности перитонита. При стабильном общем состоянии больного, небольших сроках заболевания, локальном характере перитонеальной реакции предоперационная подготовка может не требоваться. При тяжелом общем состоянии, нарушении гемодинамики и токсической или терминальной стадии перитонита предоперационная подготовка проводится в условиях отделения интенсивной терапии, однако ее длительность, как правило, не превышает 4-6 часов.

Оперативные пособия при язве подразделяются на **паллиативные** и **радикальные**. К паллиативным относятся ушивание язвы и тампонада перфоративного отверстия большим сальником. Наиболее часто выполняется

ушивание язвенного дефекта.

Положительными моментами данной методики являются техническая простота, быстрота выполнения, возможность выполнения из минидоступа и лапароскопически. В последнем случае используется также лапароскопическая санация брюшной полости.

Отрицательными моментами паллиативных методик является отсутствие воздействия на этиопатогенетические механизмы язвообразования, высокий процент рецидивов, невозможность выполнения по техническим причинам (большие размеры язвенного дефекта). Несмотря на это, ряд клиник считает ушивание язвы операцией выбора, что связано с эффективностью современной противоязвенной терапии в послеоперационном периоде и возможностью выполнения данной операции по малоинвазивным методикам.

Радикальные операции при перфоративной язве помимо удаления язвенного дефекта воздействуют на этиопатогенетический механизм ульцерогенеза. В соответствии с этим большинство способов хирургического лечения предполагает преимущественное воздействие либо на нервно-рефлекторный механизм секреции (ваготомия), либо на нейро-гуморальный (резекция желудка), или одновременное воздействие на оба механизма (ваготомия в комбинации с антрумэктомией).

Резекция желудка в основном воздействует на гастриновый механизм регуляции кислотопродукции, кроме того, при этой операции удаляется часть желудка вместе с язвой. При этом удаляется часть кислотопродуцирующей зоны и пересекается большая часть нервов, идущих к другим органам. С учетом того, что гастринпродуцирующая зона расположена в антральном отделе и по малой кривизне, классическая схема резекции желудка предусматривает удаление не менее 2/3 органа. Резекция желудка значительно травматичнее ваготомии, но ее преимуществом при язве желудка является возможность широкого иссечения язвы с окружающими тканями. Частота малигнизации язв желудка достигает 10%, причем до операции и во время ее выполнения это осложнение не всегда удается обнаружить. Поэтому резекция желудка остается основной операцией в лечении больных с желудочной локализацией изъязвления. В настоящее время

применяют три основных вида резекции желудка.

Резекция желудка по Бильрот-I предусматривает удаление 2/3 желудка вместе с привратником и наложение гастродуоденоанастомоза. Резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера также предусматривает удаление 2/3 желудка и привратником, ушивание культи двенадцатиперстной кишки и наложение гастроюноанастомоза с короткой или длинной приводящей петлей тонкой кишки и рядом мер, предупреждающих ускоренную эвакуацию пищи из культи желудка и заброс пищи в приводящую петлю. Достоинством операции по **Бильрот-II** является возможность произвести более обширную резекцию. Третьим основным

видом этой операции, в последнее время получающим все большее распространение, является **пилоросохраняющая резекция желудка**. Эта операция выполняется только при перфоративной язве желудка. Смысл вмешательства заключается в удалении 2/3 органа вместе с язвой, значительной частью антрального отдела, малой кривизной и частью кислотопродуцирующей зоны с сохранением привратника и небольшой части антрального отдела. Операция завершается наложением гастрогастроанастомоза. Во избежание денервации остальных органов часть хирургов сохраняют при этом оба нерва Латерже и чревной ствол, отходящий к солнечному сплетению. При язвенной болезни желудка эта операция достаточно радикальна и дает хорошие отдаленные результаты.

При лечении перфоративной язвы ДПК широкое распространение получили органосохраняющие операции - **ваготомии**. Эти операции включают в себя вмешательства на язвенном дефекте и блуждающих нервах.

Блуждающие нервы обеспечивают парасимпатическую иннервацию желудка. Передний (правый) блуждающий нерв проходит в рыхлой клетчатке по передней поверхности пищевода, от него отходят печеночные ветви, ветви к дну и телу желудка и передний гастральный нерв (н.Латерже). Последний проходит вдоль малой кривизны, иннервируя антральный отдел и привратник. Задний (левый) блуждающий нерв проходит забрюшинно за пищеводом и участвует в формировании чревного сплетения.

Анатомические особенности блуждающих нервов определяют технические варианты ваготомии. Учитывая, что гиперсекреция играет основную роль в возникновении дуоденальных язв и последние практически не малигнизируют, эту группу операций применяют только для лечения больных с локализацией язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке. Принципиально выделяют различные виды ваготомии.

Стволовая ваготомия (СТВ) предполагает пересечение обеих стволов блуждающих нервов на уровне абдоминального отдела пищевода с денервацией всего желудка и органов брюшной полости. Во избежание последующего гастростаза, обусловленного денервацией антрального отдела желудка, ствовую ваготомию дополняют дренирующими желудок операциями: пилоропластикой по Джадду или Финнею, которые выполняются после иссечения краев перфоративной язвы ДПК. Пилоропластика по Джадду заключается в продольном (к оси желудка) рассечении привратника и начального отдела ДПК с последующим ушиванием в поперечном направлении. Пилоропластика по Финнею включает в себя рассечение начального отдела ДПК, привратника и препилорического отдела желудка П-образным разрезом с последующим ушиванием по типу анастомоза "бок в бок". При этом язвенный дефект на передней стенке ДПК, как правило, иссекается. Реже выполняются другие дренирующие вмешательства.

Основным достоинством СТВ является техническая простота исполнения и небольшая травматичность, недостатками - разрушение привратникового механизма и нарушение парасимпатической иннервации

органов брюшной полости.

Селективная ваготомия (СВ) предполагает избирательное пересечение нервных стволиков блуждающих нервов, подходящих к желудку с сохранением остальных ветвей. Эта операция большого распространения не получила. Технически выделить и пересечь все желудочные ответвления, отходящие от блуждающих нервов, сложно, операция значительно травматичнее, чем СТВ, и тоже требует одновременного выполнения вмешательства, дренирующего желудок.

Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) преследует цели вагусной денервации только кислотопродуцирующих отделов желудка - дна и тела - с сохранением иннервации антрального отдела желудка и прочих органов. Она выполняется путем пристеночного пересечения нервов, одновременно с сосудами по малой кривизне желудка с сохранением обоих нервов Латерже. Наибольшая полнота ваготомии достигается за счет дополнительного пересечения таким же путем нервов и сосудов вдоль большой кривизны (СПВ в модификации М,И,Кузина).

В клинике хирургических болезней ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга разработана новая оригинальная методика выполнения ваготомии – **криовагоденервация** ветвей блуждающего нерва, иннервирующих кислотопродуцирующие зоны. Методика отличается малой травматичностью, простотой, быстротой выполнения и хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Помимо иссечения краев язвы с последующей пилоропластикой при органосохраняющих операциях в ряде случаев возможно выполнение дуоденопластики без рассечения пилорического жома.

Способы санации брюшной полости при перфоративной язве в зависимости от распространенности перитонита и характера выпота:

1. осушение;
2. осушение и дренирование;
3. промывание и дренирование;
4. лапаростомия (программированная).

Комплексная терапия в послеоперационном периоде:

1. обезоливание;
2. антибактериальная терапия;
3. противоязвенная терапия;
4. профилактика тромботических осложнений;
5. гемодинамическая и респираторная поддержка;
6. иммуностимулирующая терапия;
7. гормонотерапия;
8. экстракорпоральные методы детоксикации.
(п.5-8 при необходимости)

Антибактериальная терапия:

1. эмпирическая – в зависимости от предполагаемого возбудителя и объективной оценки тяжести больного;

2. этиотропная – с учетом выделенной микрофлоры и ее чувствительности (аргументированная).

На 5-6 сутки после операции всем больным выполняется рентгеноскопия желудка с целью оценки его моторной функции.

Время пребывания больных в стационаре после органосохраняющих операций 10-12 дней, после резекции – 12-14 дней. Временная нетрудоспособность после ваготомии – 1,5-2 месяца, после резекции желудка – до 2-3 месяцев.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Этиопатогенез язвенной болезни желудка и ДПК.

Классификация язвенной болезни желудка и ДПК.

Клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения язвенной этиологии

Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений

Методы обследования желудочно-кишечного тракта

Хирургическая тактика при остром гастро-дуоденальном кровотечении

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Уметь правильно сформулировать диагноз при желудочно-кишечном кровотечении

Сформировать алгоритм обследования в приёмном покое у больного с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение.

Исходя из лабораторных и клинических показателей, оценить степень кровопотери

Исходя из лабораторных и клинических показателей, оценить

кислотопродуцирующую функцию желудка

Описать рентгенограмму желудка

оформить лист назначений пациенту, поступившему в стационар с остановившимся желудочным кровотечением

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

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

После установления диагноза продолжающегося кровотечения из язвы в первую очередь необходимы:

1. гемостатическая терапия;
2. противоязвенная терапия;
3. гемотрансфузия;
4. хирургическое лечение
5. попытка эндоскопической остановки кровотечения.

Ответ: 4, 5

Прошивание кровоточащей язвы показано при:

1. тяжелой степени кровопотери;
2. тяжелой сопутствующей патологии;
3. геморрагическом шоке;
4. гипотонии во время операции;
5. все перечисленное.

Ответ: 5

При малой интенсивности кровотечения из язвы наиболее целесообразно:

1. гемостатическая терапия;
2. экстренная операция;
3. эндоскопический гемостаз;
4. динамическое наблюдение;

5. отсроченная операция.

Ответ: 3

При рецидивном характере кровотечения показано:

1. эндоскопический мониторинг;
2. отсроченная операция после подготовки;
3. экстренная операция;
4. заместительная терапия;
5. эндоскопический гемостаз.

Ответ: 3

При локализации язвы в препилорическом отделе наиболее целесообразно выполнение:

1. СПВ;
2. резекции Б 1;
3. пилросохраняющей резекции;
4. резекции Б 2
5. прошивание язвы.

Ответ: 3

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, webстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, webстраницы 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.
5. 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»

1. 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>
2. 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>
3. 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>
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
8. 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>

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

Коробова Наталья Юрьевна

Кубасов Кирилл Александрович

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