МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до практичних (семінарських) занять для студентів

Навчальна дисципліна - Пластична та реконструктивна хірургія

Напрям підготовки - Медицина

Спеціальність хірургія - 221Стоматологія

Кафедра - Хірургії стоматологічного факультету

Затверджено на засіданні кафедри від «10» вересня 2022р. Протокол №2

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін

Від «14» жовтня 2022р. Протокол № 4

Тема заняття №10: «Реконструктивні операції на органах шлунково-кишкового тракту»

Підготував: професор, Тутченко М.І.

Київ – 2022

1. **Актуальність теми:**

Знання анатомії, етіології, патогенезу, клінічної картини патологій, які виникли внаслідок різних оперативних втручань дозволяє своєчасно поставити діагноз, а відтак визначити лікувальну тактику. Розуміння закономірностей виникнення та перебігу патологічного процесу сприяє розробці комплексу відповідних лікувальних заходів.

1. **Навчальна мета:**

**1. Студент повинен ознайомитися та мати уявлення:**

* про анатомічну будову ШКТ;
* про класифікацію хвороб оперованого шлунка;
* про клінічні прояви хвороб оперованого шлунка;
* про спеціальні методики клінічного обстеження хворих;
* про освновні методики оперативної реконструкції ШКТ після різноманітних оперативних втручань.

**2. Студент повинен знати:**

* анатомію черепа;
* основні ознаки закритої травми м’яких тканин та черепа;
* основні клінічні прояви закритих пошкоджень м’яких тканин та черепа;
* можливі загальні і місцеві ускладнення;
* основні аспекти надання медичної допомоги постраждалим;
* основні принципи консервативного лікування;

**3. Студент повинен вміти:**

* зібрати скарги, анамнез захворювання;
* обстежити хворого і місце захворювання;
* вміти давати клінічну інтерпретацію виявлених симптомів;
* сформувати клінічний діагноз;
* призначити консервативне лікування;
* обгрунтувати показання до хірургічного втручання;
* проводити післяопераційне спостереження за хворим;
* робити відбір хворих для стаціонарного лікування.

**4. Опанувати практичні навички:**

* оволодіти технікою обстеження хворого з закритими пошкодженнями;
* навчитись принципам надання першої допомоги постраждалим;
* оволодіти технікою транспортування постраждалих;

**Виховна робота.**

Виховувати у студентів почуття відповідальності за здоров′я та відновлення працездатності хворого, за правильність встановлення діагнозу та надання адекватного своєчасного лікування.

Формувати у студентів навики клінічного мислення в процесі спілкування з хворими. Навчити студентів дотримуватись принципів лікарської деонтології та медичної етики в процесі спілкування з хворими, його родичами.

1. Зміст заняття

**Реконструктивні оперативні втручання в хірургії шлунково-кишкового тракту**

І. **Актуальність теми**

Хвороби оперованого шлунка (ХОШ) є наслідком хірургічних втручань, при яких різко змінюються анатомо-фізіологічні взаємовідношення і взаємозв’язки органів травлення, а також порушуються нейрогуморальні взаємодії травного каналу з іншими внутрішніми органами і системами. Практично після кожної операції на шлунку і дванадцятипалій кишці можна виявити функційні й органічні розлади. Клінічно виражені порушення виявляють у 30-35% хворих після резекції шлунка й у 15-34% - після ваготомії.

Згідно з найбільш повної класифікації Г.Р. Аскерханова, заснованої на 1500 спостереженнях, всі пострезекційні і постваготомічні синдроми поділяють на органічні та функціональні.

|  |  |
| --- | --- |
| ОРГАНІЧНІ | ФУНКЦІОНАЛЬНІ |
| 1. Пептична хвороба оперованого шлунка (пептична виразка анастомозу, тонкої кишки, рецидивна виразка, незагоєна виразка) | 1. Демпінг-синдром |
| 2. Рак оперованого шлунка | 2. Гіпо-, гіперглікемічний синдром |
| 3. Рубцеве звуження гастроентероанастомозу | 3. Ентерогенний синдром |
| 4. Шлунково кишкові, шлунково-біліарний, еюно-ободовий нориці | 4. [Функціональний](https://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%BC) синдром привідної петлі |
| 5. Синдром привідної петлі | 5. Постгастрорезекційна [анемія](https://ua-referat.com/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%8F) |
| 6. Порочне коло | 6. Постгастрорезекційна астенія |
| 7. Ускладнення внаслідок порушень методики операції | 7. Гастростаз |
| 8. Каскадна деформація шлунка | 8. Діарея |
|  | 9. Дисфагія |
|  | 10. Лужний рефлюкс [гастрит](https://ua-referat.com/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82) |

**Демпінг-синдром**  
Серед [патологічних](https://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) синдромів після резекції шлунка найбільш частим є демпінг-синдром. Останнім часом більшість авторів розуміють під ним напад різкої слабості з [характерними](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) судинними і нейровегетативними розладами, які спостерігаються у хворих, які перенесли резекцію шлунка, після [прийому](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83) їжі.  
Стрімке надходження харчових мас у кишечник, крім неадекватних механічних і температурних впливів, викликає різко виражений гіперосмотичний ефект. Внаслідок цього в просвіт кишки із судинного русла надходять рідина і [електроліти](https://ua-referat.com/%D0%95%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BB%D1%96%D0%B7), що призводить до зниження ОЦП і вазомоторних проявів (розширення судин периферичного русла). У результаті розширення тонкої кишки і роздратування її слизової оболонки в [кров](https://ua-referat.com/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2) з її проксимальних відділів викидається серотонін. Під час атаки [демпінгу](https://ua-referat.com/%D0%94%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D1%96%D0%BD%D0%B3) в плазмі крові виявлені різні [біологічні](https://ua-referat.com/%D0%91%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) активні речовини - кініни, субстанція Р, вазоактивний інтестинальний пептид, нейротензин, ентероглюкагон. Вони провокують виникнення низки загальних і гастроінтестинальних розладів. Стрімкий пасаж хімусу по тонкій кишці з неадекватними осмотичними і рефлекторними впливами провокує порушення гуморальної регуляції за рахунок зміни внутрисекреторної [функції](https://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97) підшлункової залози ([інсулін](https://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%BB%D1%96%D0%BD), глюкагон), активацію симпатико-адреналової системи.  
У клінічній картині демпінг-синдрому домінуючими є напади різкої слабості із судинними і нейровегетативними розладами. Зазвичай вони виникають через 15-20 хвилин після їжі, особливо солодких і молочних страв. Тяжкість нападів коливається від короткочасної загальної слабкості до пароксизмів повного фізичного безсилля. Тривалість їх може бути від 20-25 хвилин до декількох годин, і знаходиться в прямій залежності від тяжкості захворювання. Аналіз [характеру](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) скарг дозволяє розмежовувати 5 їх категорій.

1.Судинні і нейровегетативні: напади слабкості, серцебиття, збліднення або [відчуття](https://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D1%87%D1%83%D1%82%D1%82%D1%8F) жару з почервонінням обличчя, тремтіння пальців і кисті, запаморочення, потемніння в очах, холодний піт. Ці скарги безпосередньо пов'язані з [прийомом](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83) їжі і спостерігаються виключно під час нападу [демпінг](https://ua-referat.com/%D0%94%D0%B5%D0%BC%D0%BF%D1%96%D0%BD%D0%B3) –синдрому.  
2. Диспептичного та абдомінального дискомфорту: відсутність апетиту, нудота, зригування, блювота, бурчання в животі, рідкий нестійкий стілець, запори. Дана категорія скарг пов'язана з порушенням моторно-евакуаторної діяльності шлунково-кишкового тракту та розладами зовнішньосекреторної функції підшлункової залози.  
3. Скарги, пов'язані з недостатнім [травленням](https://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F) з порушеннями метаболічного порядку: схуднення, анемія, загальне ослаблення організму, зниження працездатності, фізичне безсилля, [імпотенція](https://ua-referat.com/%D0%86%D0%BC%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%8F).  
4. Різні [больові відчуття](https://ua-referat.com/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BE%D0%B2%D1%96_%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%87%D1%83%D1%82%D1%82%D1%8F), зумовлені найчастіше запальним [процесом](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) в гепато-панкрео-дуоденальної системі, дуоденостазом і спайковим процесом в черевній порожнині.  
5. Психо-неврологічні порушення і астенізація особистості: дратівливість, плаксивість, безсоння, головні болі, неврівноваженість, неврастенія. Демпінг-синдром характеризується тривалим і торпідним перебігом. Як правило, приступи виникають у хворих в перший же рік після операції, з розширенням асортименту споживаних продуктів. Якщо в перші 2-3 роки після операції основними проявами хвороби є напади слабкості, що виникають після прийому їжі, то з плином часу до клінічної картині демпінг-синдрому приєднуються скарги, пов'язані з фізичним і нервово-психічної астенізація особистості. З часом у таких хворих тепер на перший план виступають виснаження, загальна фізична слабкість, зниження або втрата працездатності, імпотенція, різні нервово-психічні розлади. Всі ці порушення укладаються в діагноз "постгастрорезекційної астенії". На підставі скарг, клінічної картини, [стану](https://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%83) [харчування](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D1%87%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F) і ступеня втрати працездатності оцінюється тяжкість демпінг-синдрому.  
***Демпінг-синдром 1 ступеня*** - це легка форма захворювання, що характеризується слабко вираженими клінічними і нетривалими за часом 10-15 хвилин нападами слабкості або нездужання після прийому солодкої їжі і молока. При дотриманні дієти і режиму харчування хворі відчувають себе добре і працездатні. При дослідженні цукрової кривої гіперглікемічних коефіцієнт не перевищує 1,5-1,6. Пульс під час демпінг-синдрому частішає на 10 ударів на хвилину, систолічний тиск знижується на 5 мм рт ст. [Евакуація](https://ua-referat.com/%D0%95%D0%B2%D0%B0%D0%BA%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) барію з шлунку відбувається протягом 15-20 хвилин, а харчового сніданку 60-70 хв. Час знаходження контрастної речовини в тонкому кишечнику триває не менше 5 годин.  
***Демпінг-синдром 2 ступеня*** характеризується клінічними проявами середньої тяжкості. Напади можуть проявлятися після прийому будь-якої їжі і тривають 30-40 хвилин, по своїй яскравості вони мають більш виражений [характер](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80). Стілець нестійкий. Працездатність знижена. Дефіцит ваги становить 8 - 10 кг . Гіперглікемічних коефіцієнт доходить до 1,6-1,7. Пульс під час нападу частішає на 10-15 ударів, артеріальний тиск знижується на 5 - 10 мм рт ст. Кукса шлунка спорожняється від барію протягом 10-15 хв, від харчового сніданку - за 30-40 хвилин. Час знаходження барію в тонкому кишечнику не більше 3-3,5 годин.

***Демпінг-синдром 3 ступеня*** - важка форма захворювання. Розлади виникають після кожного прийому їжі і тривають 1,5-2 години. Хворі під час нападу змушені лежати, тому що при спробі встати настає непритомність. Боязнь прийому їжі і різкі порушення в [процесі](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) травлення і засвоєння їжі призводять хворих до виснаження. Виснажливий пронос. Працездатність значно знижена, хворі мають інвалідність 2 групи. Дефіцит ваги до 13 - 15 кг . Гіперглікемічних коефіцієнт 2,0-2,5. Під час нападу захворювання пульс частішає на 15-20 ударів, систолічний тиск знижується на 10 - 15 мм рт ст. [Евакуація](https://ua-referat.com/%D0%95%D0%B2%D0%B0%D0%BA%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) барію з кукси шлунка відбувається протягом 5-7 хвилин, харчового сніданку - за 12-15 хвилин. Час знаходження барію в тонкому кишечнику не більше 2-2,5 годин.  
Демпінг-синдром 4 ступеня також відноситься до важкої форми захворювання. У цієї категорії хворих до вищеописаних проявів приєднуються ще дистрофічні зміни внутрішніх органів, значне виснаження, що доходить до кахексії, гіпопротеїнемія, безбілкові набряки, анемія. Хворі абсолютно непрацездатні, нерідко потребують стороннього догляду. Дану градацію слід розуміти умовно, тому що при визначенні ступеня тяжкості захворювання часто доводиться [брати](https://ua-referat.com/%D0%91%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8) до уваги наявність інших патологічних синдромів, [функціональний](https://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%BC) стан підшлункової залози і печінки, ступінь компенсації [процесів](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81) травлення і дані копрологічних досліджень, картину крові.  
Дані про методи реконструктивних операцій можна схематично класифікувати в наступному вигляді.  
1) зменшення розмірів шлунково-кишкового соустя при операції Більрот-2;  
2) накладення додаткового міжкишкового анастомозу між привідною та відвідною петлею за Брауном;

3) утворення додаткового кишкового резервуара з зшитих між собою кишкових петель ([операція](https://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) Пота);

4) фіксація приводить петлі до малої кривизни шлунка;

5) реконструкція шлунково-кишкового соустя типу Більрот-2 в операцію Більрот-1;6) реконструкція з ізоперістальтичним кишковим трансплантатом між куксою шлунка і 12 палої кишкою (операція Захарова-Генлея);

7) реконструкція з антіперістальтичним сегментом тонкої кишки між куксою шлунка і 12-палої кишкою (операція Геррінгтон);

8) реконструкція з товстокишкової пластикою;

9) звуження гастродуоденального анастомозу після резекції шлунка по Більрот-1;  
При встановленні показань до оперативного лікування необхідно враховувати ступінь тяжкості синдрому, характер [функціональних](https://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%BC) і [морфологічних](https://ua-referat.com/%D0%9C%D0%BE%D1%80%D1%84%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) порушень організму в цілому і в органах травлення, зокрема, інтенсивність больових і диспептичних розладів, вік хворих, термін, що минув після резекції шлунка, ступінь втрати працездатності, ефективність консервативного лікування. При визначенні протипоказань до реконструктивної операції слід брати до уваги наявність супутніх захворювань серця, легенів, нирок, печінки і т.п.

У стадії декомпенсації операція відкладається до поліпшення загального стану або відміняється взагалі. Хоча вік сам по собі і не є протипоказанням до операції, похилий та старечий вік, якщо немає абсолютних показань до операції, слід вважати відносним протипоказанням до реконструктивної операції. Необхідно відзначити, що тривала стриманість і неефективне консервативне лікування, приводять до загального ослаблення організму, яка не перетворює гастроеюнодуоденопластіку на ризиковану [операцію](https://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F). При наявності показань реконструктивна операція повинна бути виконана до розвитку трофічних і дистрофічних змін в організмі.

**Синдром привідної петлі**

Після резекції шлунка по Більрот-2 у деяких оперованих розвивається своєрідне [страждання](https://ua-referat.com/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F), що отримало назву синдрому привідної петлі. Клінічно він проявляється нудотою, гіркотою в роті, наростаючим почуттям тяжкості в правій надчеревній ділянці, більше справа, відрижкою. Зазначені симптоми поступово наростають, особливо після прийому молока і жирної їжі, потім виникає рясна блювота з домішкою жовчі і без неї, після якої настає значне полегшення. У важких випадках блювання носить виснажливий характер, порушується переварювання і засвоєння їжі, в калі міститься значна кількість неперетравленого жиру і м'язових волокон, хворі поступово втрачають у вазі і слабшають. За [літературними](https://ua-referat.com/%D0%9B%D1%96%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0) даними, синдром привідної петлі зустрічається від 5,5 до 42% хворих, що перенесли резекцію шлунка по Більрот-2.  
Розрізняють гострий і хронічний синдром привідної петлі. Гостра непрохідність 12-палої кишки і привідної петлі є порівняно рідкісним ускладненням після резекції шлунка. Гостра непрохідність виникає в перші дні після операції і майже завжди викликається механічними причинами: утиском позаду брижі кишкової петлі, анастомозірованной зі шлунком, перекрут приводить петлі, спайки, інвагінація відвідної петлі в приводить, дефекти техніки операції і т.д.

Гостра непрохідність 12-палої кишки завжди протікає важко. Переймоподібні болі виникають в епігастрії зазвичай після їжі. До болів часто приєднується блювота шлунковим вмістом і завжди без домішки жовчі. Загальний стан швидко погіршується, розвивається клінічна картина, що нагадує шок. Живіт напружений і болючий. При пальпації в епігастральній ділянці визначається пухлиноподібний утвір. У крові та сечі збільшується кількість діастази. Останньою обставиною пояснюється помилковий діагноз [панкреатиту](https://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), встановлюваного у цих хворих в післяопераційному періоді. Поступово розвивається некроз привідної петлі і перитоніт. Іноді спостерігається жовтяниця, викликана ускладненням евакуації жовчі з жовчних шляхів.  
Лікування гострої непрохідності привідної петлі має бути завжди оперативними, бо без своєчасно виконаної операції ускладнення неминуче закінчується летальним результатом. Термінове оперативне втручання може полягати у звільненні защемленої петлі кишки, накладення ентероанастомоза, резекції омертвілої ділянки кишки, перетині здавлюючих странгуляцій і т.д.

Частіше зустрічається хронічна форма непрохідності 12-палої кишки і привідної петлі. Причинами її можуть бути як механічні, так і функціональні порушення прохідності кишечника.

До механічних факторів належать:

1) занадто довга петля без брауновского соустя;

2) занадто коротка петля, яка в результаті додаткового фіксування до малої кривизни може створити перегин кишки;

3) горизонтальне розташування ліній шлунково-кишкового анастомозу, завдяки чому частина їжі надходить в привідну петлю, а далі в 12-палу кишку, викликаючи в ній дуоденостаз; так як сила скорочень кукси шлунка більше, ніж 12-палої кишки, то їжа може затриматися там тривалий час;  
5) ротація привідної петлі навколо своєї поздовжньої осі;  
6) рубці, спайки, [пухлини](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%83%D1%85%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8) або виразковий стеноз привідної або відвідної петель;  
7) антиперистальтичне розташування кишки для анастомозу;  
[Функціональний](https://ua-referat.com/%D0%A4%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%BC) синдром привідної петлі може бути викликаний:  
1) спазмами привідної та відвідної петель або сфінктерів 12-палої кишки;  
2) порушенням нервової регуляції 12-палої і тонкої кишки в результаті перерізки нервових гілок під час операції;

3)доопераційним дуоденостазом;

По тяжкості клінічної картини можна виділити 4 ступеня захворювання.  
До 1-го ступеня синдрому відносять хворих, у яких є легкі розлади типу зригувань, блювоти жовчю 1-2 рази на [місяць](https://ua-referat.com/%D0%9C%D1%96%D1%81%D1%8F%D1%86%D1%8C), частіше пов'язані з прийомом молока. Диспептичні порушення і больові відчуття майже не турбують хворих, загальний стан задовільний, працездатність не порушена.

2-а ступінь синдрому характеризується середньою тяжкістю. Прояви захворювання: блювота з жовчю виникає 2-3 рази на тиждень, кількість блювотних мас досягає 200-300 мл. Виникненню блювоти передує поява відчуття повноти в правому підребер'ї і епігастрії після їжі, особливо після рідкої їжі і молока. Блювота приносить полегшення. У цієї категорії хворих має місце зниження працездатності, втрата у вазі.  
До 3-го ступеня синдрому належать випадки, коли блювота виникає майже щодня, об'єм блювотних мас досягає 400-500 мл і більше. Після їжі виникають розпираючий [біль](https://ua-referat.com/%D0%91%D1%96%D0%BB%D1%8C) у правому підребер'ї та епігастрії. Для полегшення стану хворі самостійно викликають блювоту. [Характерно](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) виснаження, значне зниження працездатності. 4-я ступінь захворювання характеризується, крім вищевказаних ознак, різкими розладами харчування та обміну речовин (безбілкові набряки, різке виснаження, гіпопротеїнемія, недокрів'я), а також значними дистрофічними змінами з боку паренхіматозних органів.  
Рентгенологічне дослідження хворих з синдромом привідної петлі за допомогою BaSO 4 показало, що він викликаний переважно не рефлюксом у привідну петлю, а застоєм дуоденального вмісту за різними функціональними і механічними причин.  
***Види оперативних втручань при синдромі привідної петлі:***1. Найбільш частою операцією є реконструктивна гастроеюнодуоденопластіка, яка поряд з синдромом привідної петлі впливає і на демпінг-синдром, в поєднанні з яким він часто зустрічається;  
2. Реконструктивний У-образний анастомоз по Ру;

3. Дуоденоеюноанастомоз;

4. Ентеро-ентероанастомоз за Брауном;

5. Резекція 12-палої кишки;

6. Підшивання привідної петлі до малої кривизни шлунка;

7. Ре резекція шлунка по Більрот-2 в Більрот-1;

8. Підшивання привідної петлі до задньої парієтальної очеревини.

**Пептична виразка анастомозу та тонкої кишки**

[Причиною](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%B0) появи пептичної [виразки](https://ua-referat.com/%D0%92%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BA%D0%B8) після резекції шлунка є наявність вільної соляної кислоти в шлунковому соку, яка стає патогенетичним фактором у розвитку виразки на сполученні або анастомозованій петлі. [Джерелом](https://ua-referat.com/%D0%94%D0%B6%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BB%D0%B0.) соляної кислоти можуть бути залишені в результаті економною резекції шлункові залози тіла і дна, які продукують соляну кислоту і пепсин. На другому місці стоїть технічно неправильно виконана операція, коли залишається пілоричний відділ шлунка разом зі слизовою оболонкою, яка виділяє гормон гастрин, що є сильним збудником кіслотопродукуючих шлункових залоз. Третьою причиною появи вільної соляної кислоти є [синдром Золлінгера-Еллісона](https://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%97%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D1%96%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D1%80%D0%B0-%D0%95%D0%BB%D0%BB%D1%96%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0), для якого [характерна](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) тріада: пептична виразка після резекції шлунка (навіть субтотальної), висока шлункова секреція, наявність [пухлини](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%83%D1%85%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8) підшлункової залози з острівкової тканини. Гастректомія є на сьогоднішній день операцією вибору при синдромі Золлінгера-Еллісона, тому що залишена навіть невелика ділянки шлунка призводить до рецидиву виразки.  
Крім зазначених трьох моментів, причиною утворення пептичної виразки анастомозу може бути резекція шлунка, при якій накладається Браунівське сполучення або анастомоз по Ру. При обох цих модифікаціях лужний вміст 12-палої кишки не зрошує шлунково-кишкове сполучення, а переходить у відвідну петлю. Переважна більшість виразок анастомозу та тонкої кишки виникають через 6-12 місяців після операції. Пептичні виразки частіше схильні до пенетрації, кровотечі, ніж первинні виразки шлунка і 12-палої кишки. Велике значення в діагностиці має знаходження вільної соляної кислоти в шлунковому соку після резекції шлунка. В даний час для дослідження шлункової секреції у хворих з рецидивними пептичними виразками широке поширення отримали зондові методи: внутрішньошлункової рН-метрії та аспіраційно-тітраціонний. За допомогою цих методів можна оцінити можливу вагусну природу високої кислотопродукції. З цією метою проводиться тест медикаментозної ваготомії, що полягає у визначенні зсуву рН кукси шлунка після введення хворим бензогексонію і атропіну. Діагностика пептичних виразок у більшості випадків не представляє важку задачу. Скарги при виразковій хворобі мають ряд особливостей, що відрізняють їх від скарг при захворюваннях гепатопанкреатодуоденальної області запального характеру. Якщо при хронічному [панкреатиті](https://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), холецистопанкреатиті біль майже завжди пов'язана з прийомом їжі, то для пептичної виразки [характерно](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) те, що біль заспокоюється або зовсім проходить після прийому їжі. Прийом гострої та кислої їжі підсилює больовий синдром. Інтенсивність болю при виразковій хворобі, особливо при її пенетрації, значно вище, ніж при виразковій хворобі. Локалізація болю при виразковій хворобі також має свої особливості. Якщо для виразки 12-палої кишки [характерна](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) наявність болю в епігастральній ділянці, правіше від середньої лінії, то при виразковій хворобі біль локалізована в подложечной області, ліворуч від серединної лінії і трохи ближче до пупка, тобто [відповідає](https://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%8C) проекції шлунково-кишкового анастомозу. При пенетрації виразки в підшлункову залозу або брижі кишки біль іррадіює в спину. Больовий синдром при виразковій хворобі не носить сезонний характер, як при виразковій хворобі. При пальпації живота визначається болючість в епігастральній ділянці більше зліва. При наявності великої запального інфільтрату або пенетрації виразки в передню черевну стінку іноді прощупується щільне хворобливе пухлиноподібне освіту. Інших [характерних](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) для пептичної виразки даних фізикального обстеження не відзначається. Пептичну виразку гастроентероанастомозу рентгенологічно діагностувати важко, так як спайковий [процес](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81), рубцеві кишені маскують виразкову нішу. Для діагностики пептичної виразки успішно застосовують фіброгастроскопію, що дозволяє забезпечити хороший огляд внутрішньої [поверхні](https://ua-referat.com/%D0%9F%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D1%96) шлунка. Завдяки своїй гнучкості та мобільності дистального кінця фіброгастроскоп легко вводиться в відводять і що приводить петлі, конструкція його дає змогу виробляти фотознімки, прицільну біопсію. [Характерна](https://ua-referat.com/%D0%A5%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80) локалізація пептичних виразок. У переважній більшості випадків вони розташовуються на відводить петлі або в зоні анастомозу, дуже рідко в призводить зашморгу. Це підтверджує роль кислотно-пептичної фактора у виникненні цих виразок, так як роз'їдаючої дії піддається виключно анастомозірованная частина тонкої кишки і особливо її відводить частину. Пептичні виразки, в порівнянні з виразками шлунка, мають більшу схильність до пенетрації. Це може бути пенетрація в брижі поперечно-ободової або тонкої кишки, в підшлункову залозу, в передню черевну стінку. Пептичні виразки можуть рубцево деформувати відвідну петлю, що є органічною причиною синдрому привідної петлі. [Консервативна](https://ua-referat.com/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%8F) [терапія](https://ua-referat.com/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F) при пептичних [виразках](https://ua-referat.com/%D0%92%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BA%D0%B8) є по суті передопераційної підготовкою перед подальшою операцією. Методи хірургічного лікування пептичних виразок полягають у наступному. Якщо виразка невеликих розмірів, вільна від пенетрації, то проводиться її висічення зі збереженням другого півкола кишки і ушиванням дефекту поперечно з подальшою ререзекціей шлунка і стовбуровою ваготомією. Оскільки найчастіше пептичні виразки мають значну величину, змінені каллезні краї пенетрують в довколишні органи, то у більшості хворих виконується резекція шлунка разом з анастомозованою петлею тонкої кишки, що несе виразку. У цьому випадку застосовується анастомоз по Гофмейстеру-Фінстереру, при якому лужної дуоденальний сік постійно зрошує його, і є менша ймовірність рецидиву пептичної виразки.  
**Пухлини оперованого шлунка**

[Рак шлунка](https://ua-referat.com/%D0%A0%D0%B0%D0%BA_%D1%88%D0%BB%D1%83%D0%BD%D0%BA%D0%B0) або шлунково-кишкового анастомозу у хворих на виразкову хворобу, які перенесли резекцію шлунка або гастроентеростомію, представляє значну рідкість. Тривалий термін, що минув з моменту операції, виробленої з приводу виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки, дозволяє висловити припущення про те, що раковий процес є самостійним захворюванням у цих хворих. Мабуть, небезпека розвитку раку в культі шлунку у них така ж, як і взагалі у решти населення або у хворих на виразкову хворобу, не робили операцію. Тим не менш, існує [думка](https://ua-referat.com/%D0%94%D1%83%D0%BC%D0%BA%D0%B0), що у хворих, які перенесли резекцію шлунка, існують фактори, що приводять до утворення раку. До них належать відсутність соляної кислоти, наявність у цих хворих атрофічного [гастриту](https://ua-referat.com/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82) і регургітація жовчі в куксу шлунка. Радикальна операція у хворих з [пухлиною](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%83%D1%85%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8) кукси шлунка або шлунково-кишкового анастомозу в ряді випадків призводить до одужання. Для правильної та своєчасної діагностики захворювання необхідний ретельний і вдумливий аналіз всієї одержуваної інформації: анамнестичні дані, скарги, загальний стан, лабораторно-рентгенологічні та [ендоскопічні](https://ua-referat.com/%D0%95%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D1%96%D1%8F) дослідження. Діагностика пухлин оперованого шлунка представляє значні труднощі. Вони викликані тим, що симптоматика раку шлунка може нашаровуватися чи поєднуватися з клінічною картиною різних хвороб оперованого шлунка і тим самим послабити [онкологічну](https://ua-referat.com/%D0%9E%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F) настороженість лікаря. Різні деформації, викликані спайками, рубцями або накладним анастомозом, роблять рентгенологічну діагностику мало ефективною. Гастроскопія також у ряді випадків не дає достовірних даних. У клінічній картині переважають явища дискомфорту, втрата апетиту, наростаюча слабкість, відрижка повітрям, блювота і нудота, яких не було у хворого тривалий час після раніше перенесеної операції. Больовий синдром зазвичай буває в поєднанні пухлини з хронічним [панкреатитом](https://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82) або виразкою. Відзначається виражений дефіцит ваги (10 - 14 кг ), Помірна гіпохромна [анемія](https://ua-referat.com/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%8F)(НЬ в середньому 100 г / л), збільшення ШОЕ. Часто є клініка непрохідності відвідної петлі пухлинної природи. У цілому поєднання ахлоргідрії, [анемії](https://ua-referat.com/%D0%90%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%97) і загального ослаблення організму зазвичай дають можливість [встановити](https://ua-referat.com/%D0%92%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8) [пухлинну](https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%83%D1%85%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B8) природу захворювання.

***Принципи хірургічного лікування***

Хірургічне лікування застосовують при неефективності комплексної консервативної терапії і відмові пацієнта продовжувати медикаментозне лікування. Декілька видів хірургічних втручань були розпрацьовані для корекції демпінг-синдрому. Вони включають: звуження гастроєюнального отвору, конверсія гастроєюнального анастомозу в гастродуоденальний, інтерпозиція порожньої кишки, конверсія в гастроєюностомію за Roux, реконструкція пілоруса. Проте, віддалені результати, як правило не оцінювались, як і не проводилось порівняння різних методів. Визначення точного розміру гастроєюнального отвору є складним, а тому метод звуження майже не застосовується. Реконструкція пілоруса ефективна тільки у хворих, в яких тяжкий демпінг-синдром розвивається після пілоропластики. Показано, що заміна анастомозу за Bilroth-ІІ на Bilroth-І, як метод лікування демпінг-синдрому, не дуже ефективна. У таких випадках застосовується гастроєюностомію за Roux. При неефективності анастомозу за Roux здійснюють антиперистальтичну вставку 10 см сегмента порожньої кишки у межах цього анастомозу. Можливим є використання тонкокишкового трансплантата, який забезпечує порційну евакуацію вмісту шлунка, при конверсії гастроєюнального анастомозу в гастродуоденальний. Внаслідок гастроєюнодуоденопластики, їжа, яка потрапляє зі шлунка у дванадцятипалу кишку, змішується з панкреатичним соком та жовчю і проходить вирівнювання осмолярності вмісту дванадцятипалої кишки і плазми, здійснюється гідроліз всіх інгредієнтів їжі у нижчих відділах голодної кишки. Завдяки цьому, у тонкій кишці покращуються процеси травлення і всмоктування продуктів гідролізу їжі, вітамінів, електролітів. У пацієнтів після реконструктивної гастроєюнодуоденопластики демпінг-реакція на прийом їжі стає менш вираженою або не виникає, маса тіла збільшується. У хворих, яким було виконано резекцію шлунка через пептичну виразку дванадцятипалої кишки, реконструктивна гастроєюнодуоденопластика може сприяти відновленню кислотоутворюючої функції слизової оболонки культі шлунка. У зв’язку з цим, для профілактики виникнення пептичної виразки у тонкокишковому трансплантаті реконструктивну гастроєюнодуоденопластику доповнюють ваготомією.

1. **План та організаційна структура заняття.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Основні етапи заняття, їх функції та зміст | Учбові цілі в рівнях засвоєння | Методи контролю і навчання | Матеріали методичного забезпечення: (контролю, наочності, ТСО, інструкцій, профес.алгорит-ми, обладнання | Час в хвил або % |
| 1  2  3 | **1. Підготовчий етап**.  Організація заняття  Визначення учбових цілей і мотивацій.  Контроль вихідного рівня знань, навичок, вмінь:  знати анатомічну будову шлунково-кишкового тракту,  знати загальні закономірності розвитку патологчних змін після оперативних втручань на органах ШКТ  вміти діагностувати закриті пошкодження | ІІ  ІІ  ІІ | Індивідуальне опитування | Питання, тести | 10-20% |
| 4 | **ІІ Основний етап**  Формування професійних вмінь і навичок (дається перелік практичних завдань)  **Оволодіти**  -навиками обстеження хворого з захворюваннями ЖКТ;  -технікою виявлення кістково-травматичних пошкоджень на рентгенограмах;  -технікою накладання пов’язки на суглоби;  **Провести**  -курацію хворого з демпінг-синдромом  -загальний стан хворого;  -клінічний діагноз;  -методи лікування хворого Дослідити  …  Навчальна мета заняття 1. 2. Знати анатомічну будову і функції шлунка та дванадцятипалої кишки, клінічні ознаки типового перебігу захворювання, діагностичне значення лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих і принципи сучасних методів операційних втручань. 3. Вміти визначити і проаналізувати скарги пацієнтів та анамнез захворювання, виконувати фізикальне обстеження, визначати послідовність найбільш інформаційних методів діагностики та інтерпретувати їх, встановлювати і правильно формулювати клінічний  4. Формування науково обґрунтованого підходу до оптимальної діагностичної програми, адекватного визначення показань до операції і обсягу хірургічного втручання у конкретних хворих. | **ІІ-ІІІ** | Вказуються методи формуван-ня профе-сійних вмінь і навичок  Робота з хворими в палатах | Алгоритм обстеження хворого, рентгенограми, відеоматеріали | 5  86-90% |
| **5**  **6**  **7** | **ІІІ Заключний етап**  Контроль і корекція рівня професійних вмінь і навичок  Підведення підсумків (теоретичного, практичного, організаційного) оцінювання  Домашне завдання | ІІІ | Демонстрація студентом практичних навичок, відповіді на тести, ситуаційні задачі. | Схеми, тести, задачі.  Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою | 10-20% |

#### Матеріали методичного забезпечення заняття

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття: питання, задачі, тестові завдання.

**Контрольні питання**

1. Як ви розумієте термін «демпінг-синдром»?
2. Як ви вважаєте, демпінг-синдром відноситься до органічних чи функціональних розладів?
3. Які види реконструктивних операцій у хворих з демпінг-синдромом ви знаєте?
4. Що таке синдром «привідної петлі» ?
5. Після яких оперативних втручань може розвинутися синдром «привідної петлі» ?
6. Які види реконструктивних оперативних втручань виконують при синдромі «привідної петлі» ?
7. Яка причина появи пептичної виразки після резекції шлунка?
8. Яке оперативне втручання показано хворому з синдромом Золлінгера-Еллісона?
9. З чим пов’язані скарги пацієнта з демпінг-синдромом?
10. З якою метою проводять визначення вільної соляної кислоти в шлунковому соку хворому з пептичною виразкою після резекції шлунка?
11. Як оцінити можливу вагусну природу високої кислотопродукції у хворого з пептичною виразкою після резекції шлунка?
12. Які специфічні симптоми характерні у хворого з демпінг-синдромом

**Завдання для самостійного опрацювання теми** (потрібно відповісти письмово)

ЗАДАЧА 1

Хворий Н. 38 років оперований 3 місяці тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція шлунка по Б-2. Через 3 тижні після операції у хворого через 10-12 хвилин після прийому молока стали з’являтися слабкість, яка триває впродовж 30-40 хвилин, пітливість. Работоспроможність знижена, втрати маси тіла немає, загальний стан задовільний.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 2

Хворий Л. 28 років оперований рік тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція 2/3 шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через 3 місяці після операції хворий відчув слабкість після прийому солодкої та молочної їжі, яка зчасом наростала. В останні місяці слабкість після прийому їжі посилилась, винуждений впродовж 30-40 хвилин після прийому їжі лежати. Хворий не обстежений та не лікувався.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 3

Хворий Н. 41 років оперований 3 місяці тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через 6 місяців після оперативного втручання зявилось відчуття важкості в епігастральній ділянці після прийому їжі, потім приєдналась тошнота та відрижка. Потім приєдналась блювота з жовчю, спочатку 1-2 рази на місяць, а перед поступленням до лікарні після кожного прийому їжі, після блювоти зявляється полегшення.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 4

Хворий Н. 48 років оперований 1,5 років тому з приводу виразкової хвороби. Була виконана резекція шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Зразу після оперативного втручання з’явлася після прийому будь-якої їжі, яка виникає через 3-4 хвилини після прийому їжі, особливо солодкої та молочної. Потім приєднюються головокружіння та слабкість, рідкий стілець. За останні 3 місяці помітив прогресуючу втрату ваги.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 5

Хворий Н. 38 років оперований 3 місяці тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція шлунка по Б-2. Через 3 тижні після операції у хворого через 10-12 хвилин після прийому молока стали з’являтися слабкість, яка триває впродовж 30-40 хвилин, пітливість. Работоспроможність знижена, втрати маси тіла немає, загальний стан задовільний.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 6

Хворий Л. 28 років оперований рік тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція 2/3 шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через 3 місяці після операції хворий відчув слабкість після прийому солодкої та молочної їжі, яка зчасом наростала. В останні місяці слабкість після прийому їжі посилилась, винуждений впродовж 30-40 хвилин після прийому їжі лежати. Хворий не обстежений та не лікувався.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 7

Хворий Н. 41 років оперований 3 місяці тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через 6 місяців після оперативного втручання зявилось відчуття важкості в епігастральній ділянці після прийому їжі, потім приєдналась тошнота та відрижка. Потім приєдналась блювота з жовчю, спочатку 1-2 рази на місяць, а перед поступленням до лікарні після кожного прийому їжі, після блювоти зявляється полегшення.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 8

Хворий Н. 58 років оперований 1,3 років тому з приводу виразкової хвороби. Була виконана резекція шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через тиждень після оперативного втручання з’явлася після прийому будь-якої їжі, яка виникає через 3-4 хвилини після прийому їжі, особливо солодкої та молочної. Потім приєднюються головокружіння та слабкість, рідкий стілець. За останні 3 місяці помітив прогресуючу втрату ваги.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 9

Хворий 62 років, оперований 15 років тому з приводу виразкової хвороби шлунка. Була виконана резекція шлунка по Б-2. Весь час відчував себе добре. Три місяці назад з’явились болі в епігастрії, слабкість, відрижка тухлим, різко знизився апетит. За останні 3 тижні втратив 6 кг ваги.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 10

Хворий 52 роки оперований 3 роки тому з приводу виразкової хвороби шлунка. Виконано резекцію шлунка по Б-1. Після оперативного втручання став відчувати відрижку їжею та печію. З часом ці скарги посилились. За рік до поступлення в стаціонар проводилась ФГДС – патології в шлунку та 12-палій кишці не знайшли. За останні місяці за грудиною відчуває печію та відрижки, симптоматика найбільш виражена у горизонтальному положенні. Дві доби тому госпіталізований в хірургічний стаціонар з підозрою на нлунково-кишкову кровотечу легкого ступеня.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 11

Хворий 32 роки оперований 3 роки тому з приводу виразкової хвороби з пенетрацією виразки в голівку підшлункової залози без порушення дуоденальної прохідності. Виконано проксимальну селективну ваготомію. Впродовж 1,5 років болі не турбували, при проведенні ФГДС виразки не було. За останні 1,5 роки виникли ,, голодні,, болі в епігастральній ділянці, при дослідженні шлункової секреції виявлена базальна продукція кислоти (БПК) – 10 ммоль/год, стимульована продукція кислоти (СПК) – 30 ммоль/год. При проведенні ФГДС на передній стінці цибулини ДПК виявлено виразку до 10 мм в діаметрі.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 12

Хворий 52 роки оперований 2,5 роки тому з приводу виразкової хвороби з пенетрацією виразки в голівку підшлункової залози. Виконано проксимальну селективну ваготомію. Впродовж 1,6 років болі не турбували, при проведенні ФГДС виразки не було. За останні 1,2 роки виникли ,, голодні,, болі в епігастральній ділянці, при дослідженні шлункової секреції виявлена базальна продукція кислоти (БПК) – 10 ммоль/год, стимульована продукція кислоти (СПК) – 28 ммоль/год. При проведенні ФГДС на передній стінці цибулини ДПК виявлено виразку до 12 мм в діаметрі.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 13

Хворий Л. 42 років оперований рік тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція 2/3 шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через 2,5 місяці після операції хворий відчув слабкість після прийому солодкої та молочної їжі, яка зчасом наростала. В останні місяці слабкість після прийому їжі посилилась, винуждений впродовж 30-40 хвилин після прийому їжі лежати. Хворий не обстежений та не лікувався.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 14

Хворий Н. 44 років оперований 4,5 місяці тому з приводу виразкової хвороби 12 перстної кишки. Була виконана резекція шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Через 5 місяців після оперативного втручання зявилось відчуття важкості в епігастральній ділянці після прийому їжі, потім приєдналась тошнота та відрижка. Потім приєдналась блювота з жовчю, спочатку 1-2 рази на місяць, а перед поступленням до лікарні після кожного прийому їжі, після блювоти зявляється полегшення.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

ЗАДАЧА 15

Хворий Н. 42 років оперований 1,7 років тому з приводу виразкової хвороби. Була виконана резекція шлунка по Гофмейстеру-Фінстереру. Зразу після оперативного втручання з’явлася після прийому будь-якої їжі, яка виникає через 3-4 хвилини після прийому їжі, особливо солодкої та молочної. Потім приєднюються головокружіння та слабкість, рідкий стілець. За останні 3 місяці помітив прогресуючу втрату ваги.

*1. Оцініть стан пацієнта.*  
*2. Сформуйте попередній діагноз.*

*3. Вкажіть алгоритм обстеження та лікування пацієнта*

***Тестові завдання***

https://likar.nmuofficial.com/md/course/view.php?id=7878

#### **ЛІТЕРАТУРА**

**Базова**

1. В.І. Бондарєв, Р.В. Бондарєв, О.О. Васильєв та ін. Хірургія: підручник за редакцією професора П.Г.Кондратенка. – К.: Медицина, 2009. – 968с.

2. Захараш М.П., Пойда О.І., Кучер М.Д. та ін. Хірургія, – Київ: Медицина, 2006. – 656с.

3. Ковальчук Л.Я., Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Клінічна хірургія, – Тернопіль: Укрмедкнига , 2000. – 504с.

4. Ковальчук Л.Я., Спіженко Ю.П. Саєнко В.Ф., Книшов Г.В. Шпитальна хірургія. – Тернопіль: Укрмедкнига , 1999. – 590с.

5. Кондратенко П.Г. Хірургічні хвороби. – Харків: Факт, 2006. – 816с.

6. Кузин М.И. Хирургические болезни. – Москва: Медицина, 1995. – 640с.

7. Шідловський В.О., Захараш М.П. Факультетська хірургія. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 544с. Наукова: 1. Абрагамович О.О., Абрагамович О.С. Постгастрорезекційна хвороба (терапевтичні аспекти). – Львів: національний медичний університет імені Данила Галицького, 2005. – 504с.

**Допоміжна**

1. Панцирев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. – Москва: Медицина, 1973. – 328с.

2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – Київ: Здоров’я, 1987. – 568с.

Підготував: доцент Рудик Д.В.