

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему  
**«ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ  
БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ  
КИШКИ»**

**Выполнила:**

Студентка 4 курса 4 группы  
педиатрического факультета  
Урлапова Екатерина Игоревна

*Проверил:*  
*Кухтенко И.В.*  
*и ст. пр.*

Волгоград 2018г.

## Содержание

Введение, цели и задачи.....	3
Диагностика.....	4
Лечение.....	10
Хирургическое лечение и диагностика осложнений.....	15
Выводы.....	22
Список литературы.....	23

## **Введение**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта основным проявлением которого формирование достаточно стойкого язвенного дефекта в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК).

В международной классификации болезней (МКБ-10) ЯБ соответствует название пептическая язва (peptic ulcer disease). ЯБ - хроническое и рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию вовлечению в патологический процесс, кроме желудка, других органов пищеварения и всего организма. Неадекватное лечение ЯБ приводит к осложнениям, которые угрожают жизни больного.

## **Цель**

Изучить диагностику и лечение язвенной болезни желудка и кишечника.

## **Задачи**

- 1.Изучить литературу по данной теме
- 2.Изучить технику выполнения необходимых манипуляций
- 3.Изучить роль медицинского персонала
- 4.Обобщить материал

## Диагностика

Язвенную болезнь следует подозревать при наличии у пациента болей, связанных с приёмом пищи в сочетании с тошнотой и рвотой, в эпигастральной, пилородуоденальной областях или правом и левом подреберьях. Клиническая картина может зависеть от локализации язвенного дефекта, его размеров и глубины, секреторной функции желудка, возраста больного. Следует всегда иметь в виду возможность бессимптомного обострения язвенной болезни.

### ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

■ Анамнез и физикальное обследование.

■ Обязательные лабораторные исследования:

◇ общий анализ крови;

◇ общий анализ мочи;

◇ общий анализ кала;

◇ анализ кала на скрытую кровь;

◇ уровень общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, сывороточного железа в крови;

◇ группа крови и резус-фактор;

◇ фракционное исследование желудочной секреции.

■ Обязательные инструментальные исследования:

◇ ФЭГДС со взятием 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы при её локализации в желудке и с их гистологическим исследованием;

◇ УЗИ печени, поджелудочной железы, жёлчного пузыря.

■ Дополнительные лабораторные исследования:

◇ определение инфицированности *Helicobacter pylori* - эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом;



✧ определение уровня сывороточного гастрина.

■ Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям):

✧ внутрижелудочная рН-метрия;

✧ эндоскопическая ультрасонография;

✧ рентгенологическое исследование желудка;

✧ компьютерная томография.

## АНАМНЕЗ И ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Следует понимать, что анамнестические данные о выявленной ранее инфекции *Helicobacter pylori* и длительном приёме больным НПВП не могут выступать решающим фактором для установления диагноза язвенной болезни. Анамнестическое выявление факторов риска язвенной болезни у больных, принимающих НПВП (см. выше раздел "Профилактика"), может оказаться полезным в плане установления показаний для проведения ФЭГДС.

Боль - наиболее типичный признак. Необходимо выяснить характер, периодичность, время возникновения и исчезновения болей, связь с приёмом пищи.

■ Ранние боли возникают через 0,5-1 ч после еды, постепенно нарастают по интенсивности, сохраняются в течение 1,5-2 ч, уменьшаются и исчезают по мере продвижения желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку; характерны для язв тела желудка. При поражении кардиального, субкардиального и фундального отделов болевые ощущения возникают сразу после приёма пищи.

■ Поздние боли возникают через 1,5-2 ч после еды, постепенно усиливаются по мере эвакуации содержимого из желудка; характерны для язв пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

■ "Голодные" (ночные) боли возникают через 2,5-4 ч после еды, исчезают после очередного приёма пищи; характерны для язв двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.

■ Сочетание ранних и поздних болей наблюдают при сочетанных или множественных язвах.

Интенсивность боли может зависеть от возраста (более выраженная - у лиц молодого возраста), наличия осложнений.

Наиболее типичной проекцией болей в зависимости от локализации язвенного процесса считают следующую:

- при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка - область мечевидного отростка;

- при язвах тела желудка - эпигастральную область слева от срединной линии;

- при язвах пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки - эпигастральную область справа от срединной линии.

Пальпация эпигастральной области может оказаться болезненной.

Отсутствие типичного характера болей не противоречит диагнозу язвенной болезни.

Возможны тошнота и рвота. Обязательно необходимо уточнить у больного наличие эпизодов рвоты кровью или чёрного стула (мелена). Дополнительно при физикальном обследовании следует целенаправленно пытаться выявить признаки возможного злокачественного характера изъязвления или наличия осложнений язвенной болезни.

## ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Патогномоничных для язвенной болезни лабораторных признаков нет.

Следует проводить исследования с целью исключения осложнений, в первую очередь язвенного кровотечения:

- общий анализ крови (ОАК);
- анализ кала на скрытую кровь.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФЭГДС позволяет достоверно диагностировать и охарактеризовать язвенный дефект. Дополнительно ФЭГДС позволяет контролировать его заживление, проводить цитологическую и гистологическую оценку морфологической структуры слизистой оболочки желудка, исключать злокачественный характер изъязвления. При наличии язвы желудка



необходимо взятие 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы с последующим их гистологическим исследованием для исключения наличия опухоли.

Контрастное рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ также позволяет выявить язвенный дефект, однако по чувствительности и специфичности рентгенологический метод уступает эндоскопическому.

■Симптом "ниши" - тень контрастной массы, заполнившей язвенный кратер. Силуэт язвы может быть виден в профиль (контурная "ниша") или в анфас на фоне складок слизистой оболочки ("рельеф-ниша"). Маленькие "ниши" неразличимы при рентгеноскопии. Контурные малых язв ровные и чёткие. В больших язвах очертания становятся неровными из-за развития грануляционных тканей, скопления слизи, сгустков крови. Рельефная "ниша" имеет вид стойкого округлого или овального скопления контрастной массы на внутренней поверхности желудка или двенадцатиперстной кишки. Косвенные признаки - наличие жидкости в желудке натощак, ускоренное продвижение контрастной массы в зоне язвы.

■Симптом "указующего перста" - в желудке и луковице спазм возникает на уровне язвы, но на противоположной стороне патологического процесса.

Внутрижелудочная рН-метрия. При язвенной болезни наиболее часто обнаруживают повышенную либо сохранённую кислотообразующую функцию желудка.

УЗИ органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии.

### Выявление *Helicobacter pylori*

#### Инвазивные тесты

Проводят забор не менее 5 биоптатов слизистой оболочки желудка: по два из антрального и фундального отделов и одного из области угла желудка. Для подтверждения успешности эрадикации микроба данное исследование выполняют не ранее 4-6-й недели после завершения терапии.

■Морфологические методы - "золотой стандарт" диагностики *Helicobacter pylori* - окраска бактерий в гистологических срезах слизистой оболочки желудка.

✧ Цитологический метод - окраска бактерий в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка по Романовскому-Гимзе и Граму (в настоящее время считается недостаточно информативным).

✧ Гистологический метод - срезы окрашивают по Романовскому-Гимзе, по Уортину-Старри и др.

■ Биохимический метод (быстрый уреазный тест) - определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путём помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую мочевины и индикатор. При наличии в биоптате *H. pylori* его уреазы превращает мочевины в аммиак, что изменяет pH среды и, следовательно, цвет индикатора.

■ Бактериологический метод мало используется в рутинной клинической практике.

■ Иммуногистохимический метод с применением моноклональных АТ: обладает большей чувствительностью, так как используемые АТ избирательно окрашивают *H. pylori*. Мало используется в рутинной клинической практике для диагностики *H. pylori*.

#### Неинвазивные тесты

■ Серологические методики: обнаружение АТ к *H. pylori* в сыворотке крови. Метод наиболее информативен при проведении эпидемиологических исследований. Клиническое применение теста ограничено тем, что он не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия *H. pylori* в настоящий момент. В последнее время появились более чувствительные системы, которые позволяют диагностировать эрадикацию по снижению титра антихеликобактерных АТ в сыворотке крови больных в стандартные сроки 4-6 нед методом иммуноферментного анализа.

■ Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе CO<sub>2</sub>, меченого изотопом <sup>14</sup>C или <sup>13</sup>C, который образуется под действием уреазы *H. pylori* в результате расщепления в желудке меченой мочевины. Позволяет эффективно диагностировать результат эрадикационной терапии.

■ ПЦР-диагностика. Можно исследовать как биоптат, так и фекалии больного.

При соблюдении всех правил выполнения методик и надлежащей стерилизации эндоскопической аппаратуры первичная диагностика *H. pylori*



обосновывает начало антихеликобактерной терапии при обнаружении бактерии одним из описанных методов.

#### Диагностика результата эрадикационной терапии *H. pylori*

■ Диагностику любым методом проводят не ранее 4-6 нед после окончания курса антихеликобактерной терапии.

■ Референтным методом для определения успешности эрадикационной терапии *H. pylori* служит дыхательный тест с пробным завтраком мочевиной, меченой  $^{14}\text{C}$ . При использовании методов непосредственного обнаружения бактерии в биоптате (бактериологический, морфологический, уреазный) необходимо исследование как минимум двух биоптатов из тела желудка и одного из антрального отдела.

■ Цитологический метод для установления эффективности эрадикации неприменим.

## Лечение

Больные с неосложнённым течением язвенной болезни подлежат консервативному лечению.

### ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- Эрадикация *H. pylori*.
- Быстрая ликвидация симптоматики заболевания.
- Достижение стойкой ремиссии.
- Предупреждение развития осложнений.

### ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

■ Язвенная болезнь с клинической картиной выраженного обострения: сильный болевой синдром, рвота.

■ Обнаружение изъязвлений в желудке, требующих дифференциального диагноза между доброкачественными язвами и раком желудка.

■ Признаки желудочно-кишечного кровотечения (мелена, рвота кровью и др.), перфорации и пенетрации язвенного дефекта.

■ Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием осложнений в анамнезе (прежде всего желудочно-кишечного кровотечения).

■ Язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями.

Больных с обострением язвенной болезни желудка лечат в условиях общетерапевтического или гастроэнтерологического отделений.

Больные с неосложнённым течением язвенной болезни подлежат консервативному лечению в амбулаторных условиях.

### НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

#### РЕЖИМ

Больным необходимо обеспечить охранительный режим с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, прекратить курение и употребление алкоголя. Рекомендации по изменению образа жизни следует

давать в соответствии с общим состоянием больного и наличием у него других заболеваний.

## ДИЕТА

Питание должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острых приправ, маринованных и копчёных продуктов).

## ПРОЧИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Следует убедиться в том, что пациент не принимает НПВП (в том числе анальгетики в связи с различными болевыми синдромами или ацетилсалициловую кислоту с профилактической целью). При необходимости их длительного применения следует рассмотреть возможность уменьшения дозы препарата В или замены на другое ЛС, обладающее меньшим воздействием на слизистую оболочку ЖКТ. Нужно помнить, что приём НПВП вместе с пищей не ослабляет их негативного воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. Замена НПВП на лекарственные формы с кишечнорастворимым покрытием также не устраняет их нежелательного влияния.

## ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Показанием для проведения эрадикационной терапии (при наличии *H. pylori*) выступает язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в фазе обострения или ремиссии, включая осложнённую язвенную болезнь.

В настоящее время, в соответствии с решениями согласительного совещания "Маастрихт-3" (2005), в качестве терапии первой линии рекомендована стандартизованная комбинация трёх лекарственных средств - наиболее эффективная схема эрадикации.

■ Ингибитор протонного насоса в удвоенной дозе (рабепразол - 20 мг 2 раза в сутки, или омепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки, или эзомепразол в дозе 40 мг 2 раза в сутки, или лансопразол - 30 мг 2 раза в сутки, или пантопразол - 40 мг 2 раза в сутки).

■ Кларитромицин - 500 мг 2 раза в день.

■ Амоксициллин - 1000 мг 2 раза в день.



Эта схема назначается только в том случае, если показатели резистентности штаммов *H. pylori* к кларитромицину в данном регионе не превышают 20%. Эффективность 14-дневного курса эрадикации на 9-12% выше, чем 7-дневного.

При неосложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки нет необходимости продолжать антисекреторную терапию после проведения курса эрадикации. При обострении язвенной болезни желудка, а также при обострении протекающей на фоне сопутствующих заболеваний или с осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки рекомендуют продолжить антисекреторную терапию с использованием одного из антисекреторных препаратов (более эффективные ингибиторы протонного насоса или блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина) в течение 2-5 нед для эффективного заживления язвы.

Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль её эффективности, который проводят через 4-6 нед после окончания приёма антибактериальных препаратов и ингибиторов протонного насоса (см. раздел "Диагностика результата эрадикационной терапии *H. pylori*"). Оптимальный метод диагностики инфекции *H. pylori* на данном этапе - дыхательный тест, однако при его отсутствии можно воспользоваться другими методами диагностики.

При неэффективности терапии первой линии рекомендуется назначение терапии второй линии (квадротерапии), включающей:

- ингибитор протонного насоса (омепразол, или лансопразол, или рабепразол, или эзомепразол, или пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день

- висмута субсалицилат/субцитрат - 120 мг 4 раза в день;

- тетрациклин - 500 мг 4 раза в день;

- метронидазол (500 мг 3 раза в день) или фуразолидон (50-150 мг 4 раза в день) в течение как минимум 7 дней.

Кроме того, в качестве резервных схем эрадикации могут назначаться комбинация амоксициллина (750 мг 4 раза в сутки) с блокаторами протонного насоса, рифабутином (300 мг/сут) или левофлоксацином (500 мг/сут).

При отсутствии *H. pylori* больным язвенной болезнью желудка назначают базисную терапию ингибиторами протонного насоса, которые предпочтительны по сравнению с блокаторами H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина. Различные представители группы блокаторов протонного насоса одинаково эффективны. Применяют следующие препараты:

- рабепразол в дозе 20 мг/сут;
- омепразол в дозе 20-40 мг/сут;
- эзомепразол в дозе 40 мг/сут;
- лансопразол в дозе 30-60 мг/сут;
- пантопразол в дозе 40 мг/сут.

Продолжительность курсового лечения составляет обычно 2-4 нед, при необходимости - 8 нед (вплоть до исчезновения симптоматики и заживления язвы).

#### Лансопразол (ЭПИКУР®)

В мире лансопразол - один из наиболее широко известных и применяемых ингибиторов протонного насоса с мощным антикислотным действием. Доверие к этому ЛС базируется на многочисленных и достоверных данных о фармакодинамике и фармакокинетике, о хорошо изученном антисекреторном действии. Во всех сравнительных исследованиях омепразола, пантопразола, лансопразола и рабепразола (по значению интрагастрального pH и времени pH > 4) лучшие показатели оказываются у рабепразола и лансопразола по сравнению с пантопразолом и омепразолом.

Показания, способ применения и дозы: При язвенной болезни желудка и эрозивно-язвенном эзофагите - по 30 мг/сут в течение 4-8 нед; при необходимости - 60 мг/сут. При рефлюкс-эзофагите - 30 мг/сут в течение 4 нед. Неязвенная диспепсия: 15-30 мг/сут в течение 2-4 нед. Для эрадикации *H. pylori* - в соответствии с настоящими клиническими рекомендациями.

Противопоказания: стандартные для ИПП.

Упаковка: ЭПИКУР® - капсулы по 30 мг №14 содержат микросферы, имеющее кислотоустойчивое покрытие, препятствующее разрушению в желудке. ЭПИКУР® относится к категории доступных по цене ЛС.



Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина менее эффективны по сравнению с ингибиторами протонного насоса В. Назначают следующие препараты:

- ранитидин в дозе 150 мг 2 раза в сутки или 300 мг на ночь;
- фамотидин в дозе 20 мг 2 раза в сутки или 40 мг на ночь.

Антацидные препараты (алюминиево-магниевые антациды или алюминиево-магниевые с добавлением кальция алгината через 1,5-2 ч после еды или по требованию, или алюминиево-магниевый антацид с добавлением симетикона и БАВ (порошок корней солодки голой), усиливающий антацидный эффект и слизиобразование\*) применяют дополнительно в качестве симптоматических средств.

Для профилактики обострений (особенно если пациент имеет высокий риск рецидива язвы: например, при необходимости постоянного приёма НПВП) показан поддерживающий приём антисекреторных препаратов в половинных суточных дозах на протяжении длительного времени (1-2 года).

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни служат осложнения этого заболевания:

- перфорация;
- кровотечение;
- стеноз с выраженными эвакуаторными нарушениями.

При выборе метода хирургического лечения предпочтение отдают органосохраняющим операциям.



## **Хирургическое лечение и диагностика осложнений**

### *Перфоративные гастродуоденальные язвы*

#### Диагностические методы

Обзорная рентгенография органов брюшной полости при перфорации полого органа выявляет свободный газ под куполом диафрагмы в 80% случаев. Точность рентгенологического метода находится в прямой зависимости от количества газа, поступившего в свободную брюшную полость. В сомнительных случаях следует прибегать к пневмогастрографии, повышающей достоверность метода до 95%. Установив в желудок зонд, в его просвет с помощью шприца Жане вводят 150-200 мл воздуха и тотчас выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости. Тяжёлым больным целесообразно проводить рентгенографию в положении на боку, при этом свободный газ локализуется у места прикрепления диафрагмы к боковой стенке живота.

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет уточнить диагноз в сложных случаях, дать точную картину локализации язвы и её размеров, обнаружить сочетанные осложнения (наличие второй язвы с кровотечением или угрозой его развития, признаки стеноза).

Лапароскопия помогает уточнить диагноз и выбрать адекватный план лечения при неясной клинической картине (в тех ситуациях, когда другие вышеперечисленные методы не позволяют распознать прикрытую или атипичную перфорацию), а в части случаев позволяет убедиться в возможности проведения того или иного вида операции.

Лабораторное исследование крови констатирует быстро нарастающий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В анализах мочи при перитоните отмечают появление форменных элементов крови, белка и цилиндров.

#### Хирургическая тактика

Характер и объём хирургического вмешательства определяют строго индивидуально в зависимости от вида язвы, её локализации, характера и распространённости перитонита, наличия сопутствующих перфорации других осложнений язвенной болезни, а также с учётом степени операционно-анестезиологического риска. Различают радикальные операции,

направленные не только на спасение жизни больного, но и на профилактику дальнейших рецидивов образования язв (резецирующие методы, ваготомия с иссечением язвы и пи-лоропластикой), а также паллиативные - различные способы ушивания перфорации, устраняющие только угрожающее жизни осложнение болезни.

Ушивание дуоденальной или желудочной перфоративной язвы остаётся спасительным методом лечения, особенно для больных с распространённым «поздним» перитонитом или высокой степенью операционно-анестезиологического риска. На рис. 9-1 и 9-2 представлены наиболее распространённые способы ушивания перфоративной дуоденальной язвы. Летальность зависит, прежде всего, от условий, в которых выполняют вмешательство, распространённости и формы перитонита; она составляет от 10 до 60%.

Лапароскопическое ушивание (или ушивание из абдоминального доступа) показано также лицам молодой возрастной группы, когда перфорируется так называемая «немая язва», в анамнезе отмечают невыраженное или благоприятное течение заболевания, а выполненная дооперационная диагностическая программа свидетельствует об отсутствии других сочетанных осложнений язвенной болезни.

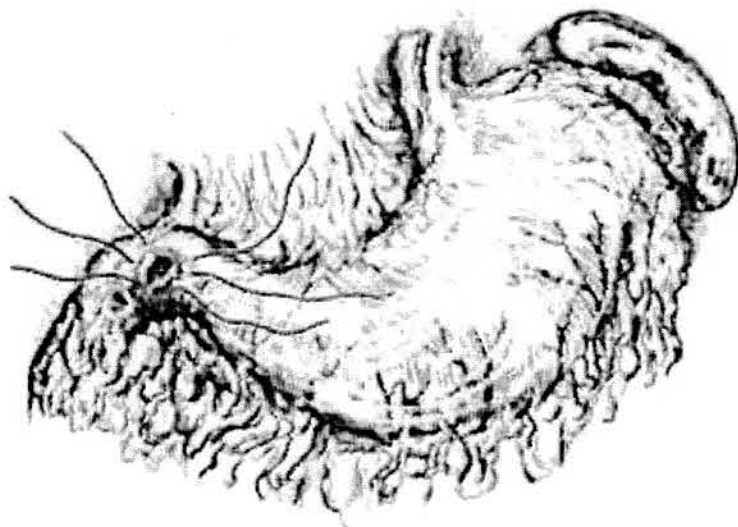


Рис. 9-1. Ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Ряд швов проходит в поперечном по отношению к продольной оси кишки направлении.





Рис. 9-2. Ушивание перфоративной язвы по Оппелю-Поли-карпову с использованием пряди большого сальника.

Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой - золотой стандарт хирургического лечения перфоративной дуоденальной язвы, позволяющий ликвидировать другие осложнения заболевания, сопутствующие перфорации, и создать условия профилактики дальнейших рецидивов. На рис. 9-3 представлена стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой по Джадду. Кроме того, довольно часто выполняют пилоропластику по Финнею. Послеоперационная летальность после этих операций составляет 1,8-2,5%.

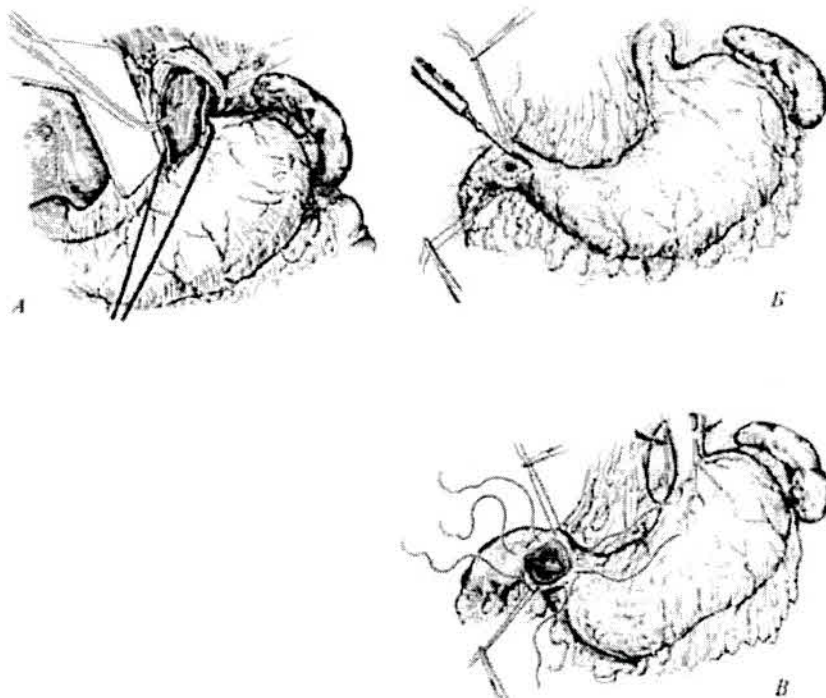


Рис. 9-3. Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой.



А. Рассечена париетальная брюшина над абдоминальным отделом пищевода. Выделен передний блуждающий нерв.

Б. Иссекают перфоративную язву в виде ромба.

В. Целостность органа восстанавливают швами в поперечном направлении, выполняя пилоропластику по Джадду.

Ваготомию с антрумэктомией используют при перфорации, если выявлены другие осложнения (поздняя стадия пилородуоденального стеноза), а также при сочетанной форме язвенной болезни.

Резекцию желудка (гемигастрэктомия) проводят при прободной желудочной язве больным с невысоким операционно-анестезиологическим риском, когда перфорирована длительно существующая каллёзная язва или существуют сочетанные с перфорацией другие осложнения (кровотечение, различной выраженности стеноз). Летальность при этом достигает 4-9%.

#### Послеоперационный период

Ведение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу прободных гастродуоденальных язв, необходимо соотносить с характером проведённого вмешательства.

Так, при ушивании прободных язв, когда операция фактически не влияет на патогенез заболевания, дальнейшее благополучие больного зависит от противорецидивного лечения, начинаемого сразу после операции. Оно должно быть комплексным, состоящим из антисекреторных препаратов (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, блокаторы протонной помпы) и антихеликобактерной терапии (препараты висмута в комбинации с антибиотиками - амоксициллином, флемоксином). После выписки из стационара больной переходит под наблюдение гастроэнтеролога для последующей поддерживающей и противорецидивной терапии.

Хирургические операции, имеющие патофизиологическое обоснование (ваготомия с пилоропластикой, ваготомия с антрумэктомией, резекция желудка), по современным представлениям также должны сопровождаться поддерживающей и противорецидивной терапией. Её начинают также сразу в послеоперационном периоде.

После окончательной оценки непосредственного эффекта противоязвенного лечения в условиях диспансерного наблюдения больных, когда амбулаторно определяют состояние секреторной и эвакуаторной

функций оперированного желудка и эрадикацию *Helicobacter pylori*, больные окончательно переходят под наблюдение врача-гастроэнтеролога.

### *Язвенная болезнь, осложнённая кровотечением*

#### Хирургическая тактика

Кровотечение из гастродуоденальных язв - показание к неотложной операции:

- экстренной, если с помощью нехирургических методов его не удаётся остановить;
- срочной, когда слишком велика угроза его рецидива.

Таким образом, в экстренном порядке оперируют следующих пациентов:

- больных с профузным продолжающимся кровотечением, геморрагическим шоком и клинико-anamnestическими данными, свидетельствующими о кровотечении язвенной природы;
- больных с массивным кровотечением, если консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались неэффективными;
- больных с рецидивом кровотечения в стационаре.

Срочная операция показана больным с язвенным кровотечением, остановка которого консервативными способами представляется недостаточно надёжной, или есть указания на высокий риск рецидива кровотечения. Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, проводят в течение 12-24 ч с момента поступления (время, необходимое для подготовки больного к операции). Следует лишь подчеркнуть, что доля таких больных по мере внедрения надёжных средств неоперативного гемостаза постепенно сокращается, о чём уже было сказано выше. Особые надежды возлагают на комбинированный способ ведения таких больных, включающий адекватный эндоскопический гемостаз и современную противоязвенную терапию, включающую дозированное внутривенное введение блокатора протонной помпы под контролем 24-часовой рН-метрии.

Прогноз рецидива кровотечения, остановленного эндоскопически, основывают на учёте клинико-лабораторных данных, отражающих в основном интенсивность кровотечения, и результатах эндоскопического



исследования. Клинико-лабораторные критерии высокой угрозы рецидива кровотечения:

- клинические признаки геморрагического шока;
- обильная рвота кровью и/или массивная мелена;
- дефицит глобулярного объёма, соответствующий тяжёлой степени кровопотери.

Эндоскопические критерии высокой угрозы возврата кровотечения:

- крупные тромбированные сосуды в язвенном кратере;
- язвенный дефект большого диаметра и глубины;
- локализация язвы в проекции крупных сосудов.

Наличие двух любых неблагоприятных факторов расценивают как свидетельство существующей угрозы повторного кровотечения.

Если кровотечение остановлено консервативными методами и риск его возобновления невелик, неотложное оперативное вмешательство не показано, таких больных ведут консервативно.

В практической хирургии выделяют ещё одну группу больных, для которых неотложная операция любого объёма неприемлема. Это больные преклонного возраста с предельной степенью операционно-анестезиологического риска, как правило, обусловленного декомпенсацией сопутствующих заболеваний на фоне перенесённой кровопотери. Таких больных, даже при указаниях на высокий риск рецидива кровотечения, вынужденно ведут консервативно, как указано выше, с динамическим эндоскопическим контролем. Контрольные эндоскопические исследования носят в таких случаях лечебный характер, их проводят ежедневно до исчезновения риска рецидива кровотечения. Хирургическую операцию таким больным проводят как сугубо вынужденную меру («операция отчаяния»).

#### *Язвенный пилородуоденальный стеноз*

#### Хирургическая тактика

Процесс рубцевания пилородуоденальной зоны носит необратимый и прогрессирующий характер. Поэтому лечение данного осложнения может быть только оперативным, независимо от тяжести клинических проявлений, степени расширения желудка, нарушений его моторной и эвакуаторной



функций. Пилородуоденальный стеноз - показание к хирургическому лечению. При выборе метода оперативного вмешательства следует учитывать стадию развития стеноза и степень нарушений моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, а также особенности желудочной секреции и степень операционного риска.

Стволовая ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями - наиболее частое вмешательство при этой патологии. Его выполняют более чем у половины больных. Наиболее аргументированы показания к этой операции при компенсированном пилородуоденальном стенозе. Её можно выполнить и в части случаев субкомпенсированного стеноза, когда больным была проведена адекватная предоперационная подготовка (восстановление водно-электролитных нарушений, заживление активной язвы, нормализация тонуса желудка и темпов желудочного опорожнения). Летальность при такой операции, выполняемой в плановом порядке, близка к нулю.

Лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из минидоступа - новое техническое направление малоинвазивной хирургии. Её выполняют при компенсированном пилородуоденальном стенозе. Летальность после таких операций также стремится к нулевой отметке.

Стволовая ваготомия с антрумэтомией показана при пилородуоденальных стенозах с признаками субкомпенсации и декомпенсации, а также при сочетанной форме язвенной болезни. Комбинация резекции желудка со стволовой ваготомией позволяет уменьшить объём удаляемой части органа, сохраняя при этом лечебный эффект операции. Летальность при этих операциях составляет 0-2%.

Резекция желудка (гемигастрэктомия) показана больным с декомпенсированным стенозом и сниженной кислотообразующей функцией желудка. Летальность при этом составляет 1-4%.

Гастроэнтеростомия как окончательный способ лечения показана пожилым больным, находящимся в тяжёлом состоянии, с поздними стадиями стеноза, фактически при «отзвучавшей» язве. Этим больным по ряду причин не удаётся подготовить к плановому вмешательству, что обусловлено чаще всего крайне высоким операционно-анестезиологическим риском. Обычно при язвенном пилородуоденальном стенозе формируют задний позадибодочный гастроэнтероанастомоз по Гакеру. В настоящее время такие операции приходится выполнять довольно редко.

## Выводы

Меры профилактики развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- своевременное выявление и лечение хеликобактерной инфекции;
- нормализация режима и характера питания;
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- контроль за принимаемыми лекарственными средствами;
- гармоничная психологическая обстановка, избегание стрессовых ситуаций.

Неосложненная язвенная болезнь при должном лечении и соблюдении рекомендаций по диете и образу жизни имеет благоприятный прогноз, при качественной эрадикации – заживление язв и излечение. Развитие осложнений при язвенной болезни утяжеляет течение и может вести к угрожающим жизни состояниям.

## Список литературы

Гастроэнтерология: Национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.

Внутренние болезни: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г.Г. Кармаз, гл. ред. серии С.К. Терновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 г.

Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] : Национальное руководство: краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017 г.

Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.



## Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой  
производственной практики "Производственная клиническая практика  
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»  
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 4 группы  
Урлаповой Е.И.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью оформлена в соответствии с требованиями, предусмотренными программой производственной практики направления практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся дал полные, развернутые ответы на дополнительные вопросы, показал совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи.

Автором проанализировано достаточное количество литературных источников по изучаемой проблеме, дан их сравнительный анализ, определены литературные источники и авторы, наиболее приблизившиеся к пониманию и анализу данной проблемы с позиции автора.

Работа изложена литературным языком, логична, доказательна, демонстрирует авторскую позицию студента.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «отлично».

Ответственный по производственной  
клинической практике  
(помощник врача стационара,  
научно-исследовательская работа),  
доцент

Кухтенко Ю.В.