

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа:  
**Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и 12-  
перстной кишки**

Выполнила: студентка 4 курса 2 группы  
Педиатрического факультета  
Ирхина Екатерина Сергеевна

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

## **Оглавление**

Введение.....	3
Определение, классификация язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.....	4
Диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. ....	6
Лечение.....	9
Оперативное лечение .....	14
Заключение .....	16
Список используемых источников.....	17

## Введение

Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки страдают от 5 до 10% взрослого населения Земли. В России заболеваемость достигает 20%, при этом ежегодно от 10 до 30% больных нуждаются в хирургическом вмешательстве в силу различных причин, в том числе и в связи с безуспешностью консервативной терапии (Брискин Б.С., 2004; Борисов А.Е., 2005; Гостищев В.Г., 2005).

По данным терапевтов-гастроэнтерологов, в последние годы удалось снизить рецидивы язвенной болезни до 5—10% и добиться рубцевания язвы практически в 100% наблюдений (Циммерман Я.С., Шептулин А.А., 2002; Лазебник Л.Б., 2005), в результате повсеместно количество плановых хирургических вмешательств снизилось более чем в 2 раза (Белоконев В.И., 2004; Луцевич Э.В., 2006). Тем не менее в России рецидивы язвенной болезни в течение 1—5 лет после проведения консервативной терапии развиваются более чем у 90 % больных, что значительно снижает индекс качества жизни (Оноприев В.И., Корочанская Н.В., 2002; Шулутко А.М., 2003; Емельянов С.И., 2005).

У многих больных рецидив сопровождается развитием кровотечения, перфорации, стеноза, что требует неотложных хирургических вмешательств, количество которых за последние 3—5 лет увеличилось в 1,5-2,5 раза (Савельев В.С., 1999; Ермолов А.С., 2001). Повсеместно количество перфоративных пилородуоденальных язв возросло в среднем за 3 года на 25%, кровоточащих язв — на 28% (Емельянов С.И., Сажин В.П., 2005; Балалыкин А.С., Пучков К.В., 2006; Оскретков В.И., 2006).

## **Определение, классификация язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки**

ЯБ представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

### **Классификация**

#### По локализации:

Язвы желудка:

- Кардиального и субкардиального отделов.
- Тела и угла желудка.
- Антрального отдела.
- Пилорического отдела.

Язвы 12-перстной кишки:

- Пилоробульбарной зоны.
- Луковицы 12-перстной кишки.
- Постбульбарного отдела.

#### По фазе течения язвенного процесса

- Ремиссия.
- Неполное обострение ("предязвенное состояние")
- Обострение.
- Неполная ремиссия.

#### По характеру течения

I. Острое

II. Хроническое

- Латентно протекающая язвенная болезнь.
- \* Легкое (рецидив 1 раз в 2-3 года и реже) течение.
- \* Средней тяжести (1-2 рецидива в год).
- \* Тяжелое (3 рецидива в год и более) или непрерывно рецидивирующее заболевание, развитие осложнений.

\* - относится к язвенной болезни 12-перстной кишки

#### По клинической форме:

- Типичные (до 25%)
- Атипичные
- С атипичным болевым синдромом.
- Безболевые (но с другими клиническими проявлениями).
- Бессимптомные.

#### По размерам

Для желудка:

- До 1,0 см - обычная.
- От 1,0 см до 1,5 см - большая.
- Более 1,5 см - гигантская.

Для 12-перстной кишки:

- До 0,5 см - обычная.

- От 0,5 до 1,0 см - большая.
- Более 1,0 см - гигантская

По наличию осложнений

- Кровотечение (15-20%).
- Перфорация (4-10%).
- Пилородуоденальный(бульбарный) стеноз (5-10%).
- Пенетрация (часто сочетается с другими осложнениями).
- Малигнизация (20%, причем истинная малигнизация реже, но часто первично-язвенная форма рака желудка).

Кроме того, в зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* выделяют ЯБ, ассоциированную и не ассоциированную с инфекцией *H. pylori*. Последнюю форму иногда также называют идиопатической. Также различают ЯБ как самостоятельное заболевание и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки(лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов), которые возникают на фоне других заболеваний и по механизмам своего развития связаны с особыми этиологическими и патогенетическими факторами.



## **Диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.**

### Лабораторная диагностика

Клинический анализ крови при неосложненном течении ЯБ чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях. Лейкоцитоз и повышение СОЭ встречаются при осложненных формах язвенной болезни (например, пенетрации язвы).

Определенное место в диагностике обострений ЯБ занимает анализ кала на скрытую кровь. При интерпретации его результатов необходимо помнить, что положительная реакция кала на скрытую кровь встречается и при многих других заболеваниях, что требует их обязательного исключения.

Важную роль в диагностике ЯБ играет исследование кислотообразующей функции желудка, которое в последние годы проводится с помощью суточного мониторинга внутрижелудочного pH. При язвах двенадцатиперстной кишки и пилорического канала обычно отмечаются повышенные показатели секреции HCl, при язвах тела и субкардиального отдела желудка – нормальные или сниженные. Обнаружение и подтверждение гистаминустойчивой ахлоргидрии практически всегда исключает диагноз ЯБ двенадцатиперстной кишки и ставит под сомнение доброкачественный характер язвы желудка.

### Инвазивные и неинвазивные инструментальные методы исследования

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования.

При рентгенологическом исследовании обнаруживается прямой признак ЯБ – «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики.

В настоящее время к рентгенологическому исследованию с целью диагностики ЯБ прибегают не столь часто, как раньше. Его применяют в тех случаях, когда по каким-то причинам (например, наличие противопоказаний) не удастся провести эндоскопическое исследование, когда с целью дифференциального диагноза с инфильтративноязвенной формой рака необходимо оценить перистальтику стенки желудка, когда нужно оценить характер эвакуации из желудка.

Эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры, позволяет оценить состояние дна и краев язвы, выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики. При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения.

### Диагностика инфекции *H. pylori*

Для определения дальнейшей тактики лечения исключительно большое значение имеют результаты исследования наличия у больного ЯБ инфекции *H. pylori*.



В зависимости от целей этого исследования и условий, в которых оно проводится, в клинической практике могут применяться различные методы диагностики инфекции *H.pylori*.

Часто необходимость определения *H.pylori* возникает во время проведения гастродуоденоскопии, когда врач обнаруживает у больного язву желудка или двенадцатиперстной кишки.

В таких случаях чаще всего применяется быстрый *уреазный тест* (CLO-тест), основанный на определении изменения pH среды по окраске индикатора, которое происходит вследствие выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой, вырабатываемой бактериями. Результаты этого исследования становятся известными уже через 1 час после получения биоптатов слизистой оболочки желудка. Кроме того, уреазный тест является наиболее дешёвым из всех методов диагностики инфекции *H.pylori* (дешевле этого теста оказывается лишь метод диагностики *H.pylori* в мазках-отпечатках, который сейчас не применяется из-за низкой чувствительности).

К недостаткам метода относится то, что его результат зависит от количества микроорганизмов в биоптате и оказывается положительным лишь в тех случаях, если оно превышает  $10^4$ .

*Морфологический (гистологический)* метод также относится к распространенным методам первичной диагностики инфекции *H.pylori* при проведении биопсии. Исследование биоптатов слизистой оболочки желудка с применением различных окрасок (акридиновым оранжевым, красителем Гимзы, серебрением по Вартину-Старри) позволяет не только с высокой степенью надежности выявить наличие *H.pylori*, но и количественно определить степень обсеменения.

При использовании эндоскопических методов диагностики *H.pylori* берут, как минимум, 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела. Если больному не проводится эзофагогастродуоденоскопия, то для диагностики инфекции *H.pylori* предпочтительнее применять уреазный дыхательный тест с применением мочевины, меченой изотопами  $^{13}\text{C}$  или  $^{14}\text{C}$ . Этот метод предполагает использование масс-спектрографа для улавливания этих изотопов в выдыхаемом воздухе. В России дыхательный уреазный тест стал доступен благодаря отечественным разработкам. При этом анализ изотопического соотношения  $^{13}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$  проводится с помощью оригинальной диодной лазерной спектроскопии.

В качестве неинвазивного метода первичной диагностики инфекции *H.pylori* можно применять также определение антигена *H.pylori* в кале с помощью *иммуоферментного анализа и определение ДНК H.pylori* (в слизистой оболочке желудка, в кале) с помощью полимеразной цепной реакции. Серологический метод выявления антител к *H.pylori* применяется в научных исследованиях в основном с целью оценки инфицированности *H.pylori* различных групп населения, поскольку не требует проведения эндоскопии, наличия сложных приборов, специально обученного персонала, но его можно использовать и для первичной диагностики инфекции *H.pylori* в широкой клинической практике.

К недостаткам серологического метода относится то, что он не позволяет отличить текущую инфекцию от перенесенной (т.е., его нельзя применять для контроля эрадикации), а также обладает более низкой чувствительностью у детей.

В то же время серологический метод имеет и ряд преимуществ: он позволяет обнаружить *H.pylori* у больных с низкой обсемененностью, может применяться при язвенных кровотечениях, на его результаты не влияют предшествующая антисекреторная терапия и прием антибиотиков.

Однако достоверность результатов серологического метода обеспечивается только в том случае, если определяемые антитела относятся к классу IgG.

*Микробиологический (бактериологический)* метод получения культуры *H.pylori* имеет то преимущество, что с его помощью можно определить чувствительность микроорганизмов к тому или иному антибактериальному препарату. Однако этот метод является достаточно дорогостоящим. Кроме того, он сопряжен с определенными трудностями, обусловленными необходимостью наличия специальных сред, определенной температуры, влажности, качества атмосферного воздуха и т.д. Его результатов приходится ждать, как правило, не менее 10-14 дней. В настоящее время он применяется для определения индивидуальной чувствительности к бактериям в случаях неэффективности лечения.

Определение конкретного штамма *H.pylori* (*CagA*, *VacA* и т.д.) не играет роли в решении вопроса об антигеликобактерном лечении. Обнаружение любого штамма *H.pylori* служит показанием к проведению его эрадикации. Для контроля эрадикации, который проводят через 4-6 недель после окончания эрадикационной терапии, лучше всего применять уреазный дыхательный тест или определение антигена *H.pylori* в кале.

Проблема диагностики инфекции *H.pylori* заключается в настоящее время в возможности получения ложноотрицательных результатов, связанных, главным образом, с тем, что исследование проводится на фоне терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) или вскоре после нее. Во избежание ложноотрицательных результатов прием ИПП необходимо прекратить за 2 недели до предполагаемого контрольного исследования. Кроме того, отрицательный результат исследования на инфекцию *H.pylori* должен быть обязательно подтвержден другим методом диагностики.



## Лечение

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ulcerогенным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение. Больные с неосложненным течением ЯБ подлежат консервативному лечению. В большинстве случаев оно проводится амбулаторно. Однако при выраженном болевом синдроме, высоком риске развития осложнений (например, большие и гигантские размеры язв), необходимости дообследования с целью верификации диагноза (например, при неясном характер язвенного поражения желудка), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов.

### 1. Диета

Основные принципы диетического питания больных язвенной болезнью, выработанные много лет назад, сохраняют свою актуальность и в настоящее время. Остаются в силе рекомендации частого (5-6 раз в сутки), механического, термического и химического щажения слизистой оболочки желудка.

В большинстве случаев показано назначение диеты No 1 по М.И.Певзнеру. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые.

Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (т.е. способностью связывать и нейтрализовывать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты). Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле. В пищевой рацион можно включать каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, сырые тертые и печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай. Нужно помнить и о таких простых, но в то же время важных рекомендациях, как необходимость принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша, сидя, тщательно прожевывать пищу. Это способствует лучшему пропитыванию пищи слюной, буферные возможности которой являются достаточно выраженными.

### 2. Фармакотерапия

В качестве базисной противоязвенной терапии в настоящее время могут рассматриваться только антациды, H<sub>2</sub>-блокаторы и ингибиторы протонной помпы (ИПП).

#### *Антациды*

Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного pH > 3 на протяжении 4-6 часов в течение суток, что определяет их недостаточно высокую эффективность при применении в качестве монотерапии.

При систематическом применении больными ЯБ антацидных препаратов следует помнить о возможных побочных эффектах. К ним относятся:



- феномен «рикошета» -вторичное (после первоначального антацидного эффекта) повышение секреции соляной кислоты, наблюдающееся, в частности, при приеме антацидов, содержащих карбонат кальция;
- «молочно-щелочной синдром» (при одновременном приеме карбоната кальция и употреблении большого количества молока),нарушение всасывание некоторых лекарственных препаратов (например, антибиотиков,Н2-блокаторов), если они применяются вместе с антацидами, повышение уровня алюминия и магния в крови у больных с нарушенной функцией почек, принимающих магний-и алюминийсодержащие антациды, нарушения стула (запор или диарея).

### *Н2-блокаторы*

Эти препараты поддерживают показатели внутрижелудочного рН > 3 на протяжении суток в течение 8-10 часов.

Многочисленные проведенные исследования показали, что применение Н2-блокаторов в течение 4-6 недель приводит к рубцеванию язвенного дефекта у 70-80% больных с дуоденальными язвами и у 55-60% пациентов с язвами желудка. После того как в клинической практике в качестве базисной антисекреторной терапии стали широко применяться ИПП, Н2-блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко, главным образом, при невозможности применения ИПП или же в комбинации с ними с целью усиления антисекреторного действия.

### *Ингибиторы протонной помпы*

Лишь препараты этой группы могут выполнить после их приема условия правила продолжительности повышения рНв желудке, необходимой для заживления гастродуоденальных язв. В настоящее время ИПП являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки. Многочисленные рандомизированные сравнительные исследования (включая мета-аналитические) свидетельствовали о значительно более высокой эффективности ИПП по сравнению с Н2-блокаторами в устранении клинических симптомов и достижении рубцевания язв.

В настоящее время существует строгий протокол фармакотерапии ЯБ, который предусматривает назначение выбранного препарата в строго определенной дозе:

- омепразола -в дозе 20 мг,
- лансопразола –в дозе 30 мг,
- пантопразола –в дозе 40 мг,
- рабепразола –в дозе 20 мг,
- эзомепразола –в дозе 20 мг.

Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2-4 недели.

Для оценки эффективности того или иного препарата используется подсчет не средних сроков рубцевания, как это было раньше, а частоты зарубцевавшихся язв за определенный период времени (4, 6, 8 недель и т.д.).

Такой подход дает возможность проведения многоцентровых и мета-аналитических исследований, когда результаты десятков и сотен работ, выполненных в разных странах по одному и тому же протоколу, суммируются и получающиеся, таким образом, группы



больных в десятки и сотни тысяч человек позволяют затем с высокой степенью вероятности оценить эффективность препарата и влияние на нее тех или иных факторов. При применении ИПП, метаболизирующихся системой цитохрома P450, могут остро вставать вопросы конкурентного лекарственного взаимодействия с препаратами, метаболизм которых также осуществляется с помощью указанной системы. Среди всех ИПП самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют пантопразол и рабепразол, основной метаболизм которых осуществляется без участия данной ферментной системы. Следует подчеркнуть отсутствие принципиальных различий в подходах к лечению язв желудка и язв двенадцатиперстной кишки.

### *Лечение инфекции *H.pylori**

Проведение эрадикации инфекции *H.pylori* у больных ЯБ приводит прежде всего к снижению частоты последующий рецидивов ЯБ в течение года с 70% до 4-5% , и эта частота остается столь же низкой и в последующие годы.

Кроме того, проведение эрадикации *H.pylori* у больных с язвенными кровотечениями (сразу после перевода на пероральный прием лекарственных препаратов) способствует значительному снижению риска возникновения ранних рецидивов таких кровотечений. После эрадикации *H.pylori* уменьшается также частота рецидивов язв после хирургического лечения.

Схемы эрадикационной терапии обязательно включают в себя наряду с антибиотиками ИПП. Целесообразность их назначения обуславливается несколькими обстоятельствами.

Схема первой линии - стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки). В настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность стандартной тройной терапии:

1. Назначение дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной по сравнению со стандартной).
2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней.
3. Добавление к стандартной тройной терапии висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки.
4. Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки)
5. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств.

Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) может быть назначена классическая четырехкомпонентная схема на основе висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней.

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется также как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и



амоксциллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по взвешенным показаниям.

Как альтернативные варианты терапии первой линии предложены также последовательная терапия и квадротерапия без препаратов висмута.

При последовательной терапии больной получает первые 5 дней ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) в комбинации с амоксициллином (по 1000 мг 2 раза в сутки), а в последующие 5 дней –ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) в комбинации с кларитромицином (по 500 мг 2 раза в сутки) и метронидазолом (500 мг 2 раза в сутки). Квадротерапия без препаратов висмута включает в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) и метронидазол (по 500 мг 2 раза в сутки). Оба альтернативных варианта эрадикационной терапии применяются и в случаях устойчивости штаммов НР к кларитромицину, однако, подтверждение эффективности этих схем в России нуждается в проведении собственных исследований.

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам.

Неэффективность консервативного лечения ЯБ проявляется в двух вариантах: часторецидивирующим течением заболевания (с частотой рецидивов более 2 раз в год) и формированием трудно рубцующихся язв, не заживающих в течение 12 недель непрерывного лечения.

К факторам, способствующим частым рецидивам язв и их замедленному заживлению, относятся:

- персистенция инфекции *H. pylori*
- прием НПВП
- наличие у больного скрыто протекающего синдрома Золлингера-Эллисона
- низкая приверженность больных к лечению (курение, злоупотребление алкоголем,
- неправильный прием лекарственных препаратов)

К наиболее типичным ошибкам при проведении эрадикационной терапии относится прежде всего отсутствие тестирования на наличие инфекции и *H. pylori* у больных ЯБ, в результате чего такие пациенты получали только антисекреторную терапию.

К распространенным ошибкам эрадикационной терапии относится использование в схемах эрадикации лекарственных препаратов, не входящих в утвержденные схемы или их применение в недостаточных дозах.

Что касается показаний к хирургическому лечению ЯБ, то к ним в настоящее время относятся только осложненные формы заболевания (перфорация язвы, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника, профузные желудочно-кишечные кровотечения, которое не удается остановить консервативными методами, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза). При соблюдении необходимого протокола консервативного лечения случаи его неэффективности (как показание к операции) могут быть сведены до минимума.

### 3. Лечение язвенных кровотечений

Обнаружение при эндоскопическом исследовании признаков активного язвенного кровотечения (струйного или с медленным выделением крови) служит показанием к применению эндоскопических методов остановки кровотечения, которые в таких случаях

эффективно уменьшают риск повторных кровотечений, снижают показатели летальности, частоту экстренных хирургических вмешательств.

Чаще всего используют различные термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, к таким методам относятся лазеротерапия, мультиполярная электрокоагуляция, термокоагуляция. С гемостатической целью применяют также инъекционное введение в область язвы различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (растворов адреналина, полидоканола, этанола и др.). Методом выбора при эндоскопическом лечении язвенных кровотечений в настоящее время считаются электрокоагуляция, термокоагуляция, инъекционная склеротерапия, а также комбинированное применение термокоагуляции и инъекционной терапии. Остановке язвенных кровотечений и снижению риска развития повторных кровотечений способствует применение ИПП. При этом одновременно болюсно внутривенно вводится 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией этого препарата (в дозе 8 мг в час) в течение 72 часов. После перевода больного на пероральный прием препаратов проводится эрадикационная терапия.



## Оперативное лечение

Выбор метода оперативного вмешательства зависит от ряда факторов, которые всегда должны быть внимательно рассмотрены. Наиболее важные из них:

- Степень риска оперативного вмешательства, который зависит от возраста и общего состояния больного, характера язвенного осложнения и вида операции /плановая или неотложная/, а также от квалификации хирурга.
- Предоперационные данные о желудочной секреции.
- Состояние питания и предрасположенность к демпинг-синдрому.
- Наличие сопутствующих заболеваний панкреатобилиарной системы/хронический панкреатит, дуоденостаз/.
- Локализация язвы и вероятность ее малигнизации.
- Особенности хирургической анатомии, обнаруженной
- вокруг язвы

### Дуоденальная язва.

Патофизиологические особенности этой локализации язвы обосновывают применение оперативных вмешательств, обеспечивающих удаление самой язвы /или создающих условия для ее заживления/ и надежное снижение секреции при максимально бережном отношении к желудку.

Субтотальная резекция желудка /резекция 3/4 / становится в последние годы среди отечественных и зарубежных хирургов все менее популярной.

Почти полностью подавляя продукцию соляной кислоты, операция вместе с тем уносит большую часть желудка, что часто ведет к развитию нежелательных пострезекционных нарушений и дает относительно высокую летальность.

Экономная резекция желудка /антрумэктомия, гемигастрэктомия/ с ваготомией ей показана больным с дуоденальной язвой, у которых течение заболевания характеризуется высокой степенью желудочной гиперсекреции, выраженными изменениями в зоне язвы /каллезные язвы/, особенно когда сама необходимость продиктована развитием осложнений /стеноз, язвенное кровотечение/.

Ваготомия с дренирующими операциями (пилоропластика, гастродуодено и гастроеюноанастомоз/ значительно снижает желудочную секрецию, лишена отрицательных качеств, присущих обширным резекциям и, наконец, дает минимальную летальность / 1%/.

Селективная ваготомия. Смысл этой операции состоит в пересечении всех желудочных ветвей переднего и заднего стволов блуждающих нервов при обязательном сохранении ветвей, идущих к печени и чревному сплетению.

Проксимальная селективная желудочная ваготомия /селективная ваготомия зоны париетальных клеток/ - частичная денервация желудка в пределах тела и фундальной части, т.е. тех отделов, слизистая оболочка которых содержит кислотопродуцирующую клеточную массу. Иннервация антрального отдела желудка при этом не страдает, это предполагает сохранение его нормальной двигательной функции.

Ваготомия с дренирующими операциями. Эти операции на желудке проводят с я с целью предупреждения развивающихся после ваготомии нарушений эвакуаторной функции желудка и обеспечения желаемого снижения желудочной секреции. Наибольшее распространение получили следующие дренирующие операции: пилоро



пластика по Гейнике-Микуличу, пилоропластика по Джадду, пилоропластика по Финнелю, гастродуоденоанастомоз по Жабулею.

### Желудочная язва.

Различают 3 типа желудочных язв:

I тип - язвы малой кривизны /выше 3 см от привратника/;

II тип - сочетанные язвы желудка и 12-перстной кишки;

III тип - язвы пилорического отдела желудка /до 3 см выше привратника/.

При язвах желудка /I типа/ кислотопродуцирующая функция его, как правило, оказывается значительно сниженной или нормальной, в связи с чем антральная резекция является обычно вполне адекватным вмешательством.

В то же время при язвах II и III типов, тесно патогенетически связанных с язвой 12-перстной кишки, в большинстве наблюдений обнаруживают высокую желудочную секрецию, что диктует необходимость помимо антрэктомии, производить еще тот или иной вариант ваготомии.

### Предоперационная подготовка:

1. Ликвидация анемий /по клиническому исследованию крови/.
2. Коррекция электролитного и водно-солевого обмена /K, Na, Cl, сухость кожных покровов/, белкового, углеводного и жирового обмена.
3. Подготовка нервно-психической сферы: естественный продолжительный сон, применение седативных средств. Важное значение приобретает весьма тесный и внимательный контакт хирурга, анестезиолога и больного.
4. Подготовка /по показаниям/ дыхательной и сердечно-сосудистой систем /коррекция кислотно-щелочного равновесия, после определения которого применить оксигенацию организма, вводить нужные растворы/, научить дыхательной гимнастике в лежачем положении. А также строфантин, глюкозу и другие сердечные средства. Необходимо отметить, что подготовительную коррекцию необходимо проводить только после предварительного быстрого обследования /биохимические исследования/.
5. Особое значение в подготовке придается желудочно-кишечному тракту - нормальное, не менее 4-х разовое питание /диета N1 с употреблением молока до 500-700 мл в сутки/, устранение запоров /исключить капусту, огурцы, свеклу, черный хлеб/ и отрегулировать стул 15% р-ром сернокислой магнезии или, что лучше - сливочным маслом /до 40-50 г в сутки/.

За два дня до операции при помощи клизмы очищается кишечник, а утром в день операции промывается желудок и аспирируется его содержимое.

Обсуждаются вопросы выбора обезболивания. Целесообразен эндотрахеальный наркоз. Местная и спинномозговая анестезия в настоящее время - как исключительные случаи.

При операции обращается внимание на отдельные моменты:

локализацию язвы, мобилизацию желудка, технику обработки культи 12-перстной кишки /по Русанову/, наложение желудочно-кишечного соустья, показывают ветви блуждающих нервов, демонстрируется макропрепарат.

Разбирается объем резекции органов /Русанов/ с учетом локализации язвы и возраста оперируемого.

## **Заключение**

Анализ современных работ показывает, что возможности фармакотерапии ЯБ в настоящее время значительно расширились. После введения в клиническую практику ИПП последних поколений, как правило, уже не возникает трудностей с достижением рубцевания язв, а проведение эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* позволяет существенно снизить частоту рецидивов ЯБ. Предполагается, что все это приведет к кардинальному изменению течения ЯБ.

Значительно уменьшится число больных с повторными обострениями заболевания. В связи с более широким применением НПВП, относящихся к группе селективных ингибиторов циклооксигеназы-2, снизится частота лекарственных поражений слизистой оболочки желудка и частота вызываемых ими кровотечений. Успехи антигеликобактерной терапии сделают действительно реальной возможность полного излечения больных от ЯБ.

## Список используемых источников

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. – М., Медицина, 1987 - 288 с
2. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2012. - №1. –С.87-89
3. Хакимова Д.Р. Часторецидивирующие язвы двенадцатиперстной кишки: факторы, способствующие формированию, и тактика лечения. – Автореферат дисс. канд. мед. наук. -М., 2004.
4. Шептулин А.А., Киприанис В.И. Диагностика и лечение инфекции *H.pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3» // Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. - №2. – С.88 -91.
5. Клиническая хирургия: Нац. рук-во, 2 т. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. Лекция «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ», доц.А.А.Сысолятин



## 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 2 группы  
Ирхиной Е.С.**

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.