

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:
**“ Диагностика и лечение язвенной болезни
желудка и двенадцатиперстной кишки”**

Работу выполнил:
студентка 4 курса, 8 группы,
педиатрического факультета
Каледина Валерия Вячеславовна
Проверил:
Кухтенко Ю.В.
и Хер" КС

Волгоград 2018г.

Оглавление

Введение	3
Клиническая классификация язвенной болезни	5
Диагностика язвенной болезни Клиническое обследование	8
Лабораторная диагностика.....	8
Инструментальная диагностика	9
Диагностика инфекции <i>H. pylori</i>	10
Дифференциально диагностические признаки между язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	12
Дифференциальная диагностика язвенной болезни	12
<i>Дуоденит и пилородуоденит</i>	13
Лечение	20
Диета.....	20
Схемы лечения и последовательность их назначения	21
Показания к хирургическому вмешательству	22
Суть хирургического лечения	23
Виды хирургического лечения	23
Осложнения язвенной болезни	25
Осложнения хирургического лечения язвенной болезни	26
Список литературы	33

Введение

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

Этиология и патогенез

В 1910 г. К. Schwarz сформулировал ставший впоследствии известным тезис «без кислоты нет язвы», который отражает основной патогенетический фактор возникновения язвенных дефектов.

В дальнейшем знания о патогенезе ЯБ значительно расширились. Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и изображается в виде «весов». На одной чаше этих весов помещены факторы агрессии, а на другой — факторы защиты. Если обе чаши весов уравнивают друг друга, ЯБ у человека не развивается. Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводит к нарушению этого равновесия и возникновению язвы

Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, расстройство выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка), обсеменение слизистой оболочки микроорганизмами *H. pylori*.

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и изменения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой желудка, уменьшения содержания простагландинов в желудочной стенке, например, при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Определенное место в патогенезе ЯБ занимают также гормональные факторы (половые гормоны, гормоны коры надпочечников, гастроинтестинальные пептиды), биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины), нарушения процессов перекисного окисления липидов. Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ отводится сегодня микроорганизмам *H. Pylori*.

Спектр неблагоприятного влияния *H. pylori* достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов, повреждающих защитный барьер слизистой оболочки (уреаза, протеазы, фосфолипазы), а также различные цитотоксины. Наиболее патогенными являются VacA-штамм *H. pylori* — продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток, и CagA-штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином. Этот ген кодирует белок массой 128 кДа, который оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку.

H. pylori способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов.

Обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori* сопровождается формированием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает появление в кишке участков желудочной метаплазии (перестройку эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), которые быстро заселяются *H. pylori*. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, 0 (I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.) в участках метаплазированной слизистой формируется язвенный дефект. Ассоциированными с *H. pylori* оказывается около 80% язв двенадцатиперстной кишки и 60% язв желудка. *H. pylori*-негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом НПВП.

Клиническая классификация язвенной болезни

В зависимости от локализации различают:

- язвы желудка;
- язвы ДПК.

В зависимости от локализации язв в желудке различают:

- язва кардиального;
- субкардиального отдела;
- тела желудка (малая, большая кривизна);
- антрального отдела;
- пилорического канала.

В зависимости от локализации язв в ДПК разделяют на:

- язва луковицы;
- язва постбульбарная;
- юкстапилорические (околопилорические).
- сочетанные язвы: язва желудка и ДПК.

По числу язвенных поражений различают:

- одиночные язвы;
- множественные язвы.

По размеру язв:

- малых размеров (до 0,5 см в диаметре);
- средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров;
- большие (2,0-3,0 см в диаметре);
- гигантские (свыше 3,0 см в диаметре).

По фазе течения:

- обострение;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.

Стадии развития язвы:

- активная стадия;
- стадия заживления;
- стадия рубцевания (красный рубец, белый рубец).

Осложнения:

- кровотечение;

- пенетрация;
- перфорация;
- стеноз;
- перивисцерит.

По тяжести течения:

- латентное;
- легкое;
- средней степени;
- тяжелое.

Классификация гастродуоденального кровотечения:

I По локализации:

- из язвы желудка;
- из язвы ДПК.

II По характеру:

- продолжающееся;
- струйное;
- ламинарное;
- капиллярное;
- рецидивирующее;
- нестабильный гемостаз.

По степени тяжести кровопотери:

- легкая степень;
- средняя степень;
- тяжелая степень.

С целью уточнения состояния гемостаза используется классификация J.A.

Forrest (1974):

Продолжающееся кровотечение:

- F1a – продолжающееся струйное кровотечение
- F1b - продолжающееся капиллярное в виде диффузного просачивания крови.

Остановившееся кровотечение с нестабильным гемостазом:

- F2a - видимый крупный тромбированный сосуд (рыхлый сгусток крови);
- F2b - плотно фиксированный тромб-сгусток в язвенном кратере;
- F2c - мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен.

Отсутствие признаков кровотечения:

- FIII - отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере.

Клиническая классификация ГШ:

- Шок I степени: сознание сохранено, больной контактен, слегка заторможен, систолическое АД превышает 90 мм.рт.ст, пульс учащен;
- Шок II степени: сознание сохранено, больной заторможен, систолическое АД 90-70 мм ст ст , пульс 100-120 в 1 минуту, слабого наполнения, дыхание поверхностное;
- Шок III степени: больной адинамичен, заторможен, систолическое АД ниже 70 мм.рт.ст, пульс более 120 в 1 минуту, нитевидный, ЦВД равно 0 или отрицательное, наблюдается отсутствие мочи (анурия);
- Шок IV степени: терминальное состояние, систолическое АД ниже 50 мм.рт.ст или не определяется, дыхание поверхностное или судорожное, сознание утрачено.

Диагностика язвенной болезни

Клиническое обследование

Ведущим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса–час после еды (при язвах тела желудка). При поражениях пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов.

При обострении ЯБ часто отмечаются также отрыжка кислым, тошнота, запоры. Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение и потому вызываемая больными искусственно, всегда считалась признаком ЯБ, однако в настоящее время она встречается сравнительно редко.

Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов. При обострении заболевания нередко регистрируется похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

В период обострения ЯБ при объективном обследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Но эти признаки не являются строго специфичными для обострения болезни.

Лабораторная диагностика

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

Определенное место в диагностике обострений ЯБ занимает анализ кала на скрытую кровь. При интерпретации получаемых при этом данных необходимо помнить,

что положительные результаты на скрытую кровь встречаются и при многих других заболеваниях, что требует их обязательного исключения.

Важную роль в диагностике играет исследование кислотообразующей функции желудка, которое в последние годы проводится с помощью суточного мониторирования внутрижелудочного рН. 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.

Инструментальная диагностика

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования. При рентгенологическом исследовании выявляются прямой признак ЯБ — «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки (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 эндоскопию, когда с целью дифференциальной диагностики с инфильтративно-язвенной формой рака необходимо оценить перистальтику стенки желудка, когда нужно оценить характер эвакуации из желудка.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) 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 имеет исследование на наличие у больного ЯБ инфекции *H. pylori*. В зависимости от целей этого исследования и условий, в которых оно выполняется, в клинической практике могут применяться различные методы диагностики *H. pylori*. Часто необходимость ее определения возникает во время проведения ЭГДС, когда врач обнаруживает у больного язву желудка или двенадцатиперстной кишки. В таких случаях чаще всего применяется быстрый уреазный тест (CLOтест), основанный на определении изменения рН 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. 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 (акридиновый оранжевый, краситель Гимзы, серебрение по Вартину–Старри) позволяет не только с высокой степенью надежности выявить наличие инфекции, но и количественно определить степень обсеменения. При использовании эндоскопических методов диагностики берут, как минимум, 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела.

Если больному не проводится ЭГДС, то для диагностики *H. pylori* предпочтительно применять уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами ^{13}C или ^{14}C . Этот метод предполагает наличие масспектрографа для улавливания этих изотопов в выдыхаемом воздухе. В России дыхательный уреазный тест стал доступен благодаря отечественным разработкам. При этом анализ изотопического соотношения $^{13}\text{CO}_2/^{12}\text{CO}_2$ может проводиться с помощью оригинальной диодной лазерной спектроскопии.

В качестве неинвазивного метода первичной диагностики инфекции можно применять также определение антигена *H. pylori* в кале с помощью иммуноферментного анализа и определение ДНК *H. pylori* (в слизистой оболочке желудка, в кале) с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Серологический метод выявления антител к *H. pylori* используется в научных исследованиях в основном с целью оценки инфицированности различных групп населения, поскольку не требует проведения эндоскопии, наличия сложных приборов, специально обученного персонала. Но его можно применять и для первичной диагностики инфекции *H. pylori* в широкой клинической практике. К недостаткам относится то, что данный метод не позволяет отличить текущую инфекцию от перенесенной (т. е. его нельзя применять для контроля эрадикации), а также он обладает более низкой чувствительностью у детей.

В то же время серологический метод имеет и ряд преимуществ — дает возможность 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 обеспечивается только в том случае, если применяемые методики валидизированы и определяемые антитела относятся к классу IgG.

Микробиологический (бактериологический) метод получения культуры *H. pylori* отличается тем, что с его помощью можно определить чувствительность микроорганизма к тому или иному антибактериальному препарату. Но при этом существует ряд трудностей, обусловленных необходимостью наличия специальных сред, проведения в условиях определенной температуры, влажности, качества атмосферного воздуха и т. д. Все это приводит к тому, что рост колоний микроорганизмов удается получить далеко не всегда. Неудобство метода связано и с тем, что его результатов приходится ждать, как правило, не менее 10–14 дней. В настоящее время он применяется для установления индивидуальной чувствительности бактерий к антибиотикам в случаях неэффективности лечения. Определение конкретного штамма *H. pylori* (*CagA*, *VacA* и др.) не играет роли в решении вопроса об антигеликобактерном лечении. Обнаружение любого штамма *H. pylori* служит показанием к его устранению.

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 возможности получения ложноотрицательных результатов, связанных главным образом с тем, что исследование выполняется на фоне терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) или вскоре после нее.

Во избежание ложноотрицательных результатов прием ИПП необходимо прекратить за 2 недели, а антибиотиков и препаратов висмута — за 4 недели до

предполагаемого контрольного исследования. Кроме того, отрицательный результат исследования на инфекцию *H. pylori* должен быть обязательно подтвержден другими методами диагностики.

Дифференциально диагностические признаки между язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Таблица 1

Дифференциально диагностические признаки между язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Признаки	Дуоденальные язвы	Желудочные язвы
<i>Клинические</i> Возраст	До 40 лет	Старше 40 лет
Пол	Преобладают мужчины	Оба
Боль	Ночная, голодная	Сразу после еды
Рвота	Нехарактерна	Часто
Аппетит	Нормальный, повышен или страх перед едой	Анорексия
Вес	Стабильный	Падение
<i>Прочие</i> Эндоскопия	Только для подтверждения диагноза	Повторяют после 5-6 недель лечения для подтверждения рубцевания язвы
Биопсия	Не нужна или проводится с целью выявления НР	Множественная биопсия, щеточная цитология и гистология
Эффект от лечения ранитидином, фамотидином или омепразолом	На 2-3 день	На 2-3 нед.
Продолжительность курсового лечения	6-8 нед.	На 12-16 нед.

Дифференциальная диагностика язвенной болезни

В практической деятельности врача язвенную болезнь чаще приходится дифференцировать от других заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, желчных путей и поджелудочной железы.

Хронический гастрит

Хронический гастрит в отличие от язвенной болезни характеризуется большей выраженностью диспептических явлений. Часто наблюдаются чувство тяжести в верхнем отделе живота и ощущение быстрого насыщения после приема даже небольшого количества пищи, изжога, отрыжка кислым содержимым, расстройства стула. Отмечаются монотонность течения, короткие периоды обострения с менее выраженным болевым синдромом, чем при язвенной болезни. Свойственно отсутствие сезонной периодичности и нарастания болей в течении заболевания. Общее состояние больных особенно не нарушается. Однако исключить гастрит, руководствуясь только жалобами больного, невозможно. Необходимы повторные рентгенологические и эндоскопические исследования, при которых, кроме отсутствия ниши, выявляются характерная ригидность складок слизистой оболочки желудка, изменение рельефа его.

Хронический гастроэнтерит

Хронический гастроэнтерит, так же как и язвенная болезнь, может проявляться болями в эпигастральной области после еды. Но эти боли сопровождаются урчанием кишечника, а выраженная болезненность при пальпации определяется в околопупочной области и ниже. В кале определяется большое количество продуктов неполного переваривания пищи (мышечных волокон, нейтрального жира, крахмала). Из рентгенологических признаков важны изменения слизистой желудка, быстрая эвакуация контраста из тонкой кишки, раннее заполнение (через 2—3 часа) слепой кишки.

Дуоденит и пилородуоденит

Дуоденит и пилородуоденит нередко весьма напоминают клинику язвенной болезни. В отличие от последней для них характерно:

- 1) выраженность постоянных голодных и ночных болей, купирующихся приемом пищи, и поздних диспептических явлений;
- 2) интермиттирующее течение с короткими периодами обострения, сменяющихся короткими ремиссиями. При рентгенологическом исследовании признаки язвы отсутствуют, определяются гипертрофированные и атипично переплетающиеся складки слизистой оболочки с зернистым рельефом. Повторные исследования, гастродуоденоскопия позволяют поставить правильный диагноз.

Язвенную болезнь нередко приходится дифференцировать от перидуоденитов неязвенной этиологии.

Обычно они являются следствием язвы двенадцатиперстной кишки, проявляясь пилорическим синдромом со клиникой язвенной болезни. После заживления язвы при остающемся перидуодените интенсивность болей уменьшается, они становятся постоянными, исчезает сезонность явления. Неязвенные перидуодениты могут быть

вызваны холециститом, дивертикулом двенадцатиперстной кишки, осложненным воспалением или изъязвлением, хроническим аппендицитом. В отличие от язвенной болезни такие перидуодениты проявляются постоянными болями в подложечной области и правом подреберье, усиливающимися после приема пищи и иррадиирующими в спину. Наблюдаются также отрыжка, тошнота, чувство тяжести в эпигастрии. В диагностике их большую помощь оказывает рентгенологическое исследование, при котором обнаруживаются деформация луковицы, двенадцатиперстной кишки, быстрая опорожняемость ее, отсутствие прямых рентгенологических признаков язвенной болезни.

Рак желудка

Рак желудка, особенно в начальной стадии, может проявляться разнообразием клинических симптомов и напоминать клинику язвенной болезни. При локализации опухоли в пилорическом отделе могут наблюдаться интенсивные боли, сохраняется желудочная секреция. Особенно трудна дифференциальная диагностика язвенно-инфильтративной и первично-язвенной форм рака, которые могут сопровождаться типичными признаками язвенной болезни. В некоторых случаях и язва желудка по клиническому течению может напоминать рак желудка, например при длительно существующей каллезной язве с постоянными болями, снижением желудочной секреции и образованием большого воспалительного инфильтрата, определяемого при пальпации живота. Для рака желудка наиболее характерными признаками являются: короткий анамнез, более пожилой возраст больных, жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, постоянные ноющие боли, малозависящие от приема пищи. У многих выявляются анемия, увеличенная СОЭ, стойкие скрытые кровотечения. Для язвенно-инфильтративных форм характерны стойкость клинических симптомов, отсутствие эффекта от применяемого лечения. При рентгеноскопии, кроме ниши, выявляются инфильтрация и ригидность стенки желудка, обрыв складок слизистой, отсутствие перистальтики в пораженной зоне, окружающей нишу. Решающее значение в дифференциальной диагностике рака и язвы желудка имеют изучение динамики заболевания, рентгенологическое, цитологическое исследования и гастроскопия с прицельной биопсией.

Желчнокаменная болезнь и хронический холецистит

Желчнокаменная болезнь и хронический холецистит нередко могут имитировать язвенную болезнь, проявляясь болями в верхнем отделе живота и диспептическими расстройствами. Отличительными признаками является то, что заболевания желчных путей чаще встречается у женщин, у лиц с гипертонической конституцией и ожирением. У них отсутствуют периодичность обострений и суточный ритм болей. Возникновение

болей после еды связано в основном с характером пищи (жирная пища, мясо, яйца, острые блюда, маринады, грибы). Появляются боли в разные сроки после еды и отличаются полиморфизмом — разной интенсивностью и продолжительностью. Часто они носят схваткообразный характер по типу приступов (колик) и более интенсивны, чем при язвенной болезни. Локализуются боли в правом Подреберье и иррадиируют в правое плечо и лопатку. Периодически может появляться, желтуха.

При хроническом холецистите продолжительность обострения короче, обычно определяется днями, в то время как при язвенной болезни — неделями, месяцами, с постепенным уменьшением их интенсивности.

Из объективных признаков отмечаются увеличение печени, пальпаторная и перкуторная болезненность в правом подреберье и холедохо-панкреатической зоне. Выявляются положительные симптомы Ортнера, Мерфи, френикус-симптом. При обострении холецистита наблюдаются лихорадка, патологические изменения желчи, в крови некоторое увеличение билирубина, в моче — уробилина. Часто отмечается снижение желудочной секреции.

Вопрос окончательной диагностики решается рентгенологическим и эндоскопическим исследованиями желудка, двенадцатиперстной кишки и желчных путей, которые помогают выявить также наблюдаемый у части больных сопутствующий язвенной болезни хронический холецистит.

В таких случаях последний приходится дифференцировать от дискинезии желчных путей, которая нередко сопровождает язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. В отличие от холецистита при дискинезии не наблюдается изменений во всех порциях желчи при дуоденальном зондировании. При холангиографии отмечаются нарушения моторики желчного пузыря, протоков и сфинктера Одди. С затиханием обострения язвенной болезни исчезают или уменьшаются клинические проявления дискинезии желчных путей.

Хронический панкреатит

Хронический панкреатит по своему течению может напоминать язвенную болезнь. При нем, так же как и при язвенной болезни, наблюдаются боли в верхнем отделе живота после еды на высоте пищеварения. Однако возникают они чаще после жирной пищи, носят неопределенный характер, в случае образования камней в панкреатических протоках становятся схваткообразными. Боли, как правило, локализуются слева от средней линии в верхнем отделе живота, часто бывают опоясывающими, иррадиируют в левое плечо и лопатку. При сравнительной или глубокой пальпации выявляется болезненность слева от средней линии. У части больных наблюдается увеличение

количества диастазы в моче, иногда глюкозурия. Диагноз хронического панкреатита при отсутствии рентгенологических и эндоскопических признаков язвенной болезни подтверждается панкреатографией, сканированием поджелудочной железы, ангиографией.

Хронический аппендицит

Хронический, аппендицит в некоторых случаях может иметь некоторое сходство с язвенной болезнью. Это связано с тем, что и при хроническом аппендиците нередко наблюдаются боли в подложечной области после приема пищи, которые объясняются наличием рефлекторного спазма привратника или перидуоденита, развившегося в результате распространения инфекции по лимфатическим путям из илеоцекальной области. В отличие от язвенной болезни при хроническом аппендиците в анамнезе отмечают наличие приступа острого аппендицита, периодичность обострений с кратковременными болевыми явлениями, усиление их при ходьбе и физическом напряжении. При пальпации и перкуссии определяется зона выраженной болезненности на ограниченном участке илеоцекальной области. В трудных для диагностики случаях помогает рентгенологическое исследование гастродуоденальной системы и илеоцекального угла.

Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки

Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки часто протекают бессимптомно. При достижении больших размеров дивертикула появляются боли и чувство тяжести в эпигастральной области, рвота. При осложнении его воспалением или изъязвлением клиническая картина может быть весьма сходной с таковой при язвенной болезни. Наблюдаются боли после приема пищи, периодичность обострений. Диагностика в этих случаях бывает трудной и решающим здесь являются рентгенологическое исследование и гастродуоденоскопия.

При дифференциальной диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, помимо упомянутых выше, необходимо иметь в виду и ряд других заболеваний, хотя и редко встречающихся, но могущих представить значительные трудности в распознавании (туберкулез, сифилис желудка, табетические кризы и др.).

Туберкулез желудка

Туберкулез желудка — одна из редких локализаций туберкулезного процесса. Патологические изменения могут проявляться в виде солитарных или миллиарных туберкул, диффузной гиперпластической формы, а чаще (до 80 %) в виде плоских

поверхностных либо небольших глубоких кратерообразных язв. Локализуются такие язвы чаще в пилорическом и антральном отделах, нередко вызывают сужение привратника или деформацию желудка. Клинически заболевание проявляется болями в подложечной области, но менее выраженными, чем при язве желудка. Наблюдаются поносы, снижение желудочной секреции. У больных нередко туберкулезные поражения легких и других органов. Отсутствие характерных клинических симптомов, нетипичность рентгенологической картины вызывают нередко большие трудности в диагностике заболевания и только гистологическое исследование биоптатов или операционного материала позволяет поставить правильный диагноз.

Сифилис желудка

Сифилис желудка встречается редко. Поражение желудка наблюдается в третичном периоде и проявляется образованием гумм в стенке желудка, которые могут изъязвляться. Клиническая картина может напоминать хронический гастрит, язву желудка или опухоль. У больных наблюдаются изжога, тошнота и рвота, боли в подложечной области, однако они не достигают такой интенсивности, как при язвенной болезни, и часто не связаны с приемом пищи. При рентгенологическом исследовании гумма симулирует опухоль или язву желудка, что и вызывает трудности в распознавании заболевания.

Диагноз ставится на основании наличия сведений о заболевании сифилисом в анамнезе, положительных серологических реакций, результатов пробного специфического лечения либо гистологического исследования биопсийного материала или удаленного препарата желудка.

Лимфогранулематоз желудка

Лимфогранулематоз желудка относится к редким заболеваниям. Поражение желудка чаще наблюдается при системном заболевании и редко как изолированная форма. Лимфогранулематозные образования в стенке желудка характеризуются формированием опухоли-видных узлов, выстоящих в просвет желудка, либо поверхностных или глубоких изъязвлений. Клиническая картина изолированного поражения весьма сходна с клиникой рака или каллезной язвы. Язвенные формы проявляются болями в эпигастрии, скрытыми или профузными кровотечениями. Из общих симптомов наблюдаются повышение температуры, слабость, похудание, потливость и кожный зуд. В крови выявляются лейкопения с нейтрофилезом, эозинофилией и лимфопенией. В связи с редкостью изолированного лимфогранулематоза желудка, своеобразием клиники и морфологических изменений в стенке желудка, сходных с язвой желудка, диагностика представляет исключительные трудности. Диагноз ставится при микроскопическом исследовании биоптатов, взятых при фиброгастроскопии либо из резецированного желудка.

Дуоденостаз

Дуоденостаз — это нарушение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. Может развиваться при заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы, перидуоденитах или являться самостоятельным заболеванием неврогенного происхождения. Проявляется он периодическими приступами болей в подложечной области, напоминающими боли при язвенной болезни. Отличительными особенностями его являются: возникновение изолированного вздутия в правом подреберье во время приступа болей, рвота желудочным содержимым с примесью значительного количества желчи.

Диагноз устанавливают рентгенологическим исследованием, при котором выявляются застой в двенадцатиперстной кишке и расширение ее, стенозирующая перистальтика и антиперистальтика, ретроградный застой бария в желудке и замедленное опорожнение его.

Табетические кризы

Табетические кризы развиваются у больных с *tabes dorsalis*. Характеризуются они приступами сильных болей в подложечной области с различной их иррадиацией, внезапным началом и быстрым исчезновением, отсутствием облегчения болей после рвоты, что обычно наблюдается у больных язвенной болезнью, тяжелым общим состоянием больных; наблюдаются апатия, потеря сил. Приступы могут быть различной продолжительности. Вне приступов больной не страдает. Выявляются характерные симптомы со стороны нервной системы (анизокория, отсутствие коленных рефлексов, нарушения равновесия и др.), возможны изменения аорты и аортальных клапанов, положительная реакция Вассермана в крови или спинномозговой жидкости.

Диафрагмальные грыжи

При диафрагмальных грыжах, так же как и при язвенной болезни, больные жалуются на боли в эпигастриальной области во время или после приема пищи, ночные боли, чувство тяжести в эпигастрии и диспептические расстройства. В некоторых случаях наблюдаются явные или скрытые пищеводно-желудочные кровотечения. Жалобы эти связаны с развитием язвенного эзофагита, локализованного гастрита.

В отличие от язвенной болезни при диафрагмальных грыжах боли локализуются высоко в эпигастрии, в области мечевидного отростка и за грудиной. Не отмечается строгой периодичности их, различна интенсивность и продолжительность. Боли часто иррадиируют вверх и назад — в спину, в левое плечо. Характерно ощущение жжения за грудиной или вдоль пищевода во время или после еды. Решающее значение в

дифференциальной диагностике этих заболеваний имеет целенаправленное рентгенологическое исследование органов грудной клетки и гастродуоденальной системы.

Грыжа белой линии живота

Грыжа белой линии живота в некоторых случаях может вызывать резкие боли в подложечной области и диспептические расстройства, как и язвенная болезнь. У других больных эпигастральная грыжа может сопутствовать язвенной болезни и основное заболевание при этом не диагностируется. Дифференциальная диагностика этих двух заболеваний при внимательном осмотре больного не вызывает затруднений, однако наличие эпигастральной грыжи обязывает врача провести рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, дабы не допустить диагностической и тактической ошибок при решении вопроса об операции.

Дискинезия кишечника

При дискинезиях кишечника клинические проявления могут быть сходными с клиникой язвенной болезни. Больные жалуются на боли в подложечной области или другой локализации, диспептические расстройства. Отличительными признаками дискинезий, осложненных колитом, являются: длительные запоры в анамнезе, периодическая смена запоров “ложными” поносами, чувство неполного опорожнения кишечника. Часто боли не зависят от характера принятой пищи, отмечается облегчение состояния после стула и отхождения газов. При объективном исследовании определяется болезненность по ходу ободочной кишки, чаще поперечной, нисходящей и сигмовидной.

При рентгенологическом исследовании отмечается выраженный спазм этих отделов ободочной кишки или тотальный колоспазм. Дискинезия кишечника, колит могут сопутствовать язвенной болезни, но отсутствие признаков язвенной болезни при рентгеноскопии или фиброгастродуоденоскопии говорит в пользу дискинезий.

Лечение

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать не только лекарственные средства, но и широкий круг 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 консервативной терапии. В большинстве случаев она проводится амбулаторно. Однако при выраженных болях, высоком риске развития осложнений (например, большие и гигантские язвы), необходимости дообследования с целью верификации диагноза (в частности, при неясном характере язвенного поражения желудка), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов.

Диета

Основные принципы диетического питания больных язвенной болезнью, выработанные много лет назад, сохраняют актуальность и в настоящее время. Остаются в силе рекомендации частого (5–6 раз в сутки), дробного питания, механического, термического и химического щажения слизистой оболочки желудка. В большинстве случаев показано назначение диеты № 1 по М. И. Певзнеру. Прежде рекомендовавшиеся диеты 1а и 1б, как физиологически неполноценные, сегодня практически не применяются.

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 нейтрализовать 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, 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.

Схемы лечения и последовательность их назначения

1 линия. Стандартная тройная терапия

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сут.
 - Омепразол (ЛОСЕК) 20 мг 2 раза в сут. или
 - лансопразол 30 мг 2 раза или пантопразол 40 мг 2 раза или
 - рабепразол 20 мг 2 раза или – Эзомепразол (НЕКСИУМ) 20 мг 2 раза) +
 - Кларитромицин 500 мг 2 раза в день +
 - Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или Метронидазол 500 мг 2 раза в день) +
- Висмута калия дицитрат (Де-нол) 240мг 2 раза в день

Длительность терапии 7 или 10-14 дней

1 и 2 линия. Квадротерапия с препаратом висмута (ВТД)

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в день
- Омепразол (ЛОСЕК) 20 мг 2 раза в сут.
- или – лансопразол 30 мг 2 раза или
- пантопразол 40 мг 2 раза или
- рабепразол 20 мг 2 раза или
- Эзомепразол (НЕКСИУМ) 20 мг 2 раза) +
- Тетрациклин 500 мг 4 раза в день +
- Метронидазол 250 мг 4 раза в день в день) +
- ВТД (Де-нол) 120 мг 4 раза в день

Длительность терапии 10 дней

2 линия. Тройная терапия с левофloxацином

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в день
- Омепразол (ЛОСЕК) 20 мг 2 раза в сут. или
- лансопразол 30 мг 2 раза или
- пантопразол 40 мг 2 раза или
- рабепразол 20 мг 2 раза или
- Эзомепразол (НЕКСИУМ) 20 мг 2 раза) +
- Левофloxацин 500 или 250 мг 2 раза в день +
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Длительность терапии 10

2 линия. Последовательная терапия

Первые 5 дней

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в день +
- Омепразол (ЛОСЕК) 20 мг 2 раза в сут. или
- Эзомепразол (НЕКСИУМ) 20 мг 2 раза) +
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза

Последующие 5 дней –

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в день,
- Кларитромицин 500 мг 2 раза в день
- Метронидазол 500 мг 2 раза в день

3 линия основана на определении антибиотикорезистентности

Показания к хирургическому вмешательству

Среди показаний к хирургическому лечению язвы врачи-гастроэнтерологи выделяют следующие факторы:

- перерождение язвы, развитие процесса злокачественного характера;
- желудочный полипоз;
- часто повторяющиеся случаи обострения заболевания;
- тяжелое течение язвенной болезни с наличием сопутствующих осложнений;
- отсутствие эффективности консервативных способов лечения;
- стеноз вратаря;
- метаплазия слизистой желудочной оболочки;
- большие размеры очагов язвенных поражений;
- наличие рецидивных кровотечений;
- многочисленные язвы органов ЖКТ;
- желудочные деформации рубцового характера;
- нарушения эвакуаторной функции желудка;
- индивидуальная непереносимость пациентом определенных компонентов медикаментозных препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни;
- пилоростеноз;
- частые случаи рецидивов;
- подозрения на малигнизацию;
- резкое ухудшение состояние здоровья пациента, утрата им трудоспособности;

- желудочные деформации;
- наличие гигантских язв, диаметр которых превышает 3 см;
- язва пилорического канала;
- возраст пациента старше 50 лет.

При этом стоит отметить, что оперативное вмешательство значительно чаще показано при язвенных поражениях желудка, нежели двенадцатиперстной кишки.

Суть хирургического лечения

Хирургическое лечение при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки представляет собой операции органосберегающего характера или использование радикальных резекционных методик. Выбор типа операции определяется специалистом-хирургом индивидуально в каждом случае. При этом учитываются такие факторы, как возраст и общее состояние здоровья пациента, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, форма и стадия течения язвенной болезни, размер язвенных поражений и т.д.

При проведении операции врачи нацелены на иссечение язвенного поражения, устранение патологии, вызывающей развитие сопутствующих осложнений, снижение уровня желудочной секреции. При этом чрезвычайно важно, чтобы лечение влекло за собой как можно меньше побочных эффектов и осложнений, что также во многом зависит от уровня мастерства и квалификации хирурга.

Виды хирургического лечения

Современная медицина для лечения язвенных заболеваний ЖКТ предлагает следующие виды хирургического вмешательства:

- Ваготомия — операция, представляющая собой хирургическое рассечение так называемой веточки блуждающего нерва, ответственного за процесс стимуляции желудочной секреции. При данном виде оперативного вмешательства нарушается естественный процесс перехода желудочного содержимого в полость двенадцатиперстной кишки, вследствие чего осуществляется соединение желудка с тонким кишечником.
- Резекция на сегодняшний день считается одной из наиболее эффективных методик, применяемых при лечении язвенной болезни. Данный тип хирургического вмешательства представляет собой иссечение отдельных участков желудочно-кишечного тракта, пораженных язвенными очагами. Послеоперационное восстановление занимает около года.

- Локальное иссечение представляет собой оперативное вмешательство по удалению очагов язвенных поражений хирургическим путем. Данная методика характеризуется пониженной степенью травматичности, однако она всего лишь устраняет последствия заболевания, не борясь с его причиной, что приводит к частым случаям рецидивов.
- Паллиативное ушивание язвы применяется обычно в случае прободения. В ходе операции осуществляется очистка брюшной полости от ее содержимого с последующим зашиванием язвенного очага серозно-мышечным швом с поперечным направлением относительно желудочной оси.
- Гастроэнтеростомия представляет собой операцию по наложению так называемого желудочно-кишечного соустья. При этом создается канал, соединяющий желудок с тонким кишечником, служащий для прохождения пищи в обход двенадцатиперстной кишки и привратника.

Осложнения язвенной болезни

Малигнизация – это процесс перерождения язвы в рак, которому подвергаются только желудочные язвы. К клиническим признакам малигнизации относят: потерю связи болей с едой, которые приобретают постоянный характер; снижение интенсивности, а иногда полное исчезновение болевого синдрома; потерю аппетита и веса; анемию, увеличение СОЭ; снижение желудочной секреции вплоть до ахлоргидрии.

Повышенную склонность к малигнизации имеют язвы больших размеров, каллёзные язвы, а также язвы, расположенные в кардиальном отделе желудка и на большой кривизне. Рак может развиваться даже на месте рубца, оставшегося после заживления язвы.

Современные методы диагностики позволили значительно сократить число операций, проводимых ранее из-за подозрения на малигнизацию желудочных язв. При гистологическом подтверждении перерождения язвы выполняют резекцию желудка с соблюдением онкологических принципов.

Кровотечение из желудочных язв встречается в 4-5 раз реже, чем из дуоденальных. При неэффективности гемостатической терапии, эндоскопических манипуляций проводится оперативное вмешательство. При подозрении на малигнизацию кровоточащей язвы у больных с малой степенью операционного риска показана резекция желудка. Желудочное кровотечение у больных с высокой степенью операционного риска может быть остановлено менее травматичным способом – прошиванием кровоточащей язвы через гастротомический доступ и перевязкой левой желудочной артерии в сочетании с ваготомией и дренирующей операцией. Пенетрация желудочной язвы чаще всего происходит в малый сальник или тело поджелудочной железы. При пенетрации в малый сальник боль из эпигастральной области распространяется в правое подреберье. При пенетрации в сторону диафрагмы боль иррадирует в грудное пространство, шею, плечо, под лопатку, нередко имитируя стенокардию. Наличие этого осложнения является показанием к резекции желудка или ваготомии.

Перфорация язв желудка - крайне редкое осложнение язвенной болезни. Эти язвы, как правило, локализуются в антральном отделе желудка, непосредственно у привратника. Поэтому тактика хирургического лечения перфоративных язв желудка соответствует тактике при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки.

Осложнения хирургического лечения язвенной болезни

Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки является наиболее тяжёлым и частым (встречается в среднем у 3% больных) осложнением, занимающим первое место среди причин летальности после резекций желудка, выполненных по поводу язвенной болезни. К предрасполагающим факторам несостоятельности культи относят анемию, гипопротеинэмию, алиментарное истощение, повышение внутрипросветного давления, технические погрешности. Это осложнение развивается на 3-7-й день после операции, чаще всего у пациентов с низкими пенетрирующими в головку поджелудочной железы язвами, и манифестирует болями в эпигастральной области и правом подреберье, иррадиирующими в спину, лопатку, надплечье и правую половину шеи.

Несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием к экстренной релапаротомии. Объём операции должен быть минимальным и заключаться в санации и дренировании брюшной полости. В условиях гнойного воспаления повторное ушивание культи следует считать необоснованной манипуляцией.

Адекватное сопоставление стенок двенадцатиперстной кишки без натяжения и выворачивания слизистой оболочки, сохранение достаточного кровоснабжения без излишней мобилизации, применение сшивающих аппаратов, атравматичных инструментов и шовного материала, недопустимость излишне тугого затягивания узлов относятся к основным правилам хирургической техники, позволяющим свести к минимуму риск возникновения несостоятельности швов.

Частота послеоперационного панкреатита после резекции желудка и ваготомии достигает 6% наблюдений. Лёгкие формы этого осложнения, проявляющиеся повышением уровня амилазы в крови и в моче, не имеют большого клинического значения. Однако тяжёлый панкреатит выступает одной из основных причин смертности после резекции желудка. Поэтому при наличии минимальных признаков воспаления поджелудочной железы необходимо проводить комплексную противопанкреатическую терапию.

Кровотечение в свободную брюшную полость или в просвет желудочно-кишечного тракта отмечается у 2% пациентов. Источником кровотечения в брюшную полость могут быть: поджелудочная железа после разделения пенетрирующей язвы, селезёнка, рассечённые спайки, ненадёжно перевязанные сосуды. Поступление по улавливающим дренажам более 200 мл крови в течение 2-3 часов после операции в сочетании с падением показателей красной крови в лабораторных анализах является абсолютным показанием к экстренной релапаротомии.

Источником кровотечения в просвет желудка или кишечника могут быть: сосуды «малой кривизны» культи желудка; сосуды культи двенадцатиперстной кишки; сосуды культи желудка, тощей или двенадцатиперстной кишки в области анастомоза; не диагностированные или острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; геморрагический гастрит.

Кровотечение из культи желудка или анастомоза проявляется обычно в первые часы после операции поступлением крови по назогастральному зонду. Если гемостатическая терапия неэффективна, необходимо воспользоваться эндоскопическими способами остановки кровотечения, при безуспешности которых показана экстренная релапаротомия. Во время операции кровоточащий в желудке сосуд прошивают 8-образным швом. Кровотечение из язвы, расположенной в культе двенадцатиперстной кишки, можно остановить перевязкой *a. gastroduodenalis*.

Моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка. Моторная активность желудка угнетается в результате операционной травмы, ваготомии, выраженных вводно-электролитных расстройств, а также при развитии других послеоперационных осложнений – острого панкреатита, воспалительных ин-фильтратов и абсцессов брюшной полости.

Вероятность развития моторно-эвакуаторных нарушений желудка после операции достаточно высока у больных с декомпенсированным стенозом привратника, однако наиболее частой причиной этого осложнения выступает анастомозит. Образующийся при этом воспалительный инфильтрат может сдавливать анастомоз или отводящую петлю. При появлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого больному запрещают приём пищи, назначают рентгенологическое и эндоскопическое исследования. Назоинтестинальный зонд, установленный в отводящую петлю во время ЭГДС, позволяет продолжить энтеральное питание, а назогастральный зонд – осуществлять декомпрессию и санацию желудка.

После любой ваготомии у 5-15% больных развивается дисфагия, что связано с травмой брюшного отдела пищевода, нарушением его кровоснабжения и иннервации. Наиболее реальной причиной дисфагии после селективной проксимальной ваготомии служит слишком плотно наложенная фундопликационная манжетка. Для профилактики этого осложнения манжетку следует формировать на толстом зонде, введённом в пищевод, а также адекватно мобилизовывать дно желудка, чтобы манжетка ложилась без натяжения сшиваемых тканей. Пневматическая баллонная кардиодилатация выступает эффективным средством лечения постваготомной дисфагии.

Из гнойно-септических осложнений, возникающих после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке, характерными являются подпечёчные и поддиафрагмальные абсцессы. Причинами развития этих гнойников могут быть: частичная несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, гастродуоденального или гастроеюнального анастомозов; неадекватное дренирование отлогих мест верхнего этажа брюшной полости. Эти абсцессы возникают, как правило, на 7-10-й день после операции со следующими клиническими симптомами: лихорадкой, интоксикацией, лейкоцитозом, болью в подреберье и соответствующей половине грудной клетки, надплечье и плече, особенно при глубоком дыхании и кашле. Рентгенологическая семиотика поддиафрагмального абсцесса: высокое стояние купола диафрагмы, которая утолщена и ограничена в подвижности; жидкость в плевральной полости; горизонтальный уровень жидкости с газом над ним в брюшной полости. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография с большей вероятностью позволяют верифицировать абсцесс, выполнить его пункцию, санацию и дренирование, что в большинстве наблюдений оказывается эффективным способом лечения и альтернативой релапаротомии.

К отдалённым послеоперационным осложнениям относят рецидив язвы.

Частота рецидивов язвенной болезни после операции составляет 3-10% при язве двенадцатиперстной кишки и 2% при язве желудка. После ваготомии с пилоропластикой и селективной проксимальной ваготомии рецидивы бывают чаще, чем после ваготомии с резекцией антрального отдела желудка. После резекции желудка рецидивная язва обычно располагается на анастомозе или сразу за анастомозом в тощей кишке и проявляется чаще всего болью эпигастральной области. В отличие от боли при язве двенадцатиперстной кишки эта боль более упорная и нарастает быстрее, чем до операции.

Считается, что появление язвы анастомоза свидетельствует о неполной ваготомии. На самом деле решающее значение может иметь персистенция *Helicobacter pylori*. После антрумэктомии оно наблюдается реже, так как поступление желчи в желудок подавляет размножение возбудителя. Однако после наложения Y-образного анастомоза по Ру, исключая рефлюкс желчи в культю желудка, инфекция может рецидивировать. Неполная резекция желудка без ваготомии также может привести к рецидиву язвы.

Чувствительность контрастного рентгенологического исследования при диагностике язвы анастомоза не превышает 50-60%. Рубцовая деформация анастомоза может имитировать или скрывать язвенный дефект. При подозрении на рецидив язвенной болезни показано эндоскопическое исследование, обладающее наибольшей чувствительностью и точностью.

Если рецидив язвы обусловлен неполной ваготомией, то может быть эффективна торакоскопическая ваготомия или повторная (реконструктивная) операция на желудке (стволовая ваготомия, резекция желудка по Ру). Для определения полноты ваготомии помимо 24-часовой внутрижелудочной рН-метрии может быть использован инсулиновый тест Голландера. Применение инсулина позволяет исследовать влияние блуждающих нервов на желудочную секрецию.

Методика инсулинового теста. После введения зонда в желудок в течение часа аспирируют его содержимое. Затем внутривенно вводят инсулин из расчёта 2 Ед на 10 кг веса больного. Сравнительному анализу подлежит базальная секреция и содержимое желудка, аспирированное в течение 3-го часа исследования – 2 порции, собранные в отдельные градуированные кол-бы (по 30 минут в каждую).

Инсулиновый тест считается положительным, т.е. свидетельствующим о неполной ваготомии:

1 - при увеличении показателя свободной соляной кислоты на 20 ммоль/л в любой пробе, полученной после введения инсулина, по сравнению с показателями базальной секреции;

2 – при увеличении стимулированной секреции соляной кислоты до 10 ммоль/л на фоне базальной ахлоргидрии в любой порции сока, полученной после введения инсулина.

Бывают ситуации, когда в ходе операции были пересечены не все ветви блуждающего нерва, но этого оказалось достаточно для снижения уровня кислотности и рубцевания язвы. У этих больных стимулированная секреция соляной кислоты по сравнению с базальной секрецией не превышает значения 5 ммоль/л после введения инсулина.

Синдром приводящей петли. После резекции желудка по Бильрот-II иногда развивается частичная обструкция приводящей петли гастроэюноанастомоза. Больные жалуются на вздутие живота и боль, возникающие через 20-60 минут после еды, нередко сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Рвотные массы часто содержат большое количество желчи, а рвота приносит облегчение. В анализах крови определяется лёгкое или умеренное повышение уровня амилазы. Клинические проявления синдрома, вероятно, обусловлены растяжением приводящей петли тонкой кишки панкреатическим соком и желчью, длительный застой которых приводит к усилению роста бактерий, нарушению всасывания жиров и витаминов.

Эндоскопическое и рентгенологическое исследование желудка позволяют оценить степень обструкции, морфологическое и функциональное состояние

приводящей петли. Лечение заключается в хирургическом устранении обструкции. Вариантом выбора, как правило, является создание гастроюно- и дуоденоюноанастомозов по Ру.

Технической ошибкой резекции желудка по Бильрот-II может быть не-полное удаление слизистой антрального отдела, сохраняющейся в культе двенадцатиперстной кишки. Оставшаяся часть слизистой желудка лишена контакта с соляной кислотой и продуцирует гастрин в большом количестве. Это приводит к гиперхлоргидрии и рецидиву язвенной болезни. Только после резекции культы двенадцатиперстной кишки можно добиться выздоровления.

Удаление привратника при резекции желудка или его рассечение при пилоропластике приводит к развитию дуоденогастрального рефлюкса, вызывающего рефлюкс-гастрит. Больные жалуются на быстрое насыщение, не-приятные ощущения в животе и рвоту. При эндоскопическом исследовании обнаруживают заброс желчи в желудок и гиперемиию его слизистой оболочки. Некоторым пациентам помогает консервативное лечение с применением средств, улучшающих моторику желудка (мотилиум, цизаприд). При упорном течении заболевания выполняется Y-образный анастомоз по Ру.

Клиническая картина раннего демпинг-синдрома разворачивается через 20-30 минут после приёма пищи и проявляется вазомоторными нарушениями: сердцебиением, тахикардией, головокружением, потливостью, иногда - ортостатической гипотонией, неприятными ощущениями в животе, рвотой. Быстрое поступление гиперосмолярного содержимого желудка в проксимальный отдел тонкой кишки приводит к её растяжению и уменьшению объёма плазмы. Возможно, при этом играют роль рефлекссы на растяжение тонкой кишки или выброс в кровь кишечных гормонов и вазоактивных веществ.

Поздний демпинг-синдром развивается через 1,5-3 часа после еды и проявляется общей слабостью, головокружением, тахикардией, потливостью, спутанностью сознания, обмороками. Эти симптомы возникают при употреблении сладкой пищи. Быстро поступаая в тонкую кишку моно- и дисахариды вызывают резкое повышение уровня глюкозы в крови, выброс инсулина и реактивную гипогликемию. Лечение демпинг-синдрома заключается в коррекции диеты. В тяжёлых случаях назначают октреотид (50 мкг 3 раза в сутки).

Постваготомическая диарея наблюдается через 2 часа после приёма пищи у некоторых больных, перенесших стволовую ваготомию. Патогенез этого явления до конца не ясен. Возможно, это следствие нарушения парасимпатической иннервации

внутренних органов. Разрушение привратника, регулирующего опорожнение желудка, приводит к быстрому поступлению желудочного содержимого в тонкую кишку. Пища действует как осмотическое слабительное, вызывая диарею.

Рак культи желудка. Через 15 лет после резекции желудка, выполненной по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, резко увеличивается частота развития аденокарциномы. Появление симптомов, характерных для язвенной болезни или рака желудка, являются поводом к срочному обследованию.

Синдром нарушенного всасывания. Причинами нарушения переваривания и всасывания пищи у пациентов, перенесших оперативное лечение язвенной болезни, выступают: ускоренное опорожнение желудка, плохое перемешивание пищи в желудке, снижение концентрации желчи в кишечнике, ускоренный пассаж химуса по тонкой кишке, снижение или замедление секреции панкреатического сока в ответ на приём пищи.

После операции часто отмечается лёгкая стеаторея, выявляемая только при анализе кала. Потеря веса чаще наблюдается после резекции желудка (60% больных), чем после ваготомии, что также связано с уменьшением потребления пищи. Стеаторея и потеря веса могут быть обусловлены избыточной колонизацией кишечника.

Остеопороз и остеомалация наблюдаются чаще после резекции желудка, чем после ваготомии с пилоропластикой, и обусловлены нарушением всасывания кальция и витамина D. Рентгенологические признаки остеопороза проявляются лишь через несколько лет после операции. Больных могут беспокоить боль в костях или патологические переломы. При остеомалации обычно повышена активность щелочной фосфатазы и снижен уровень кальция в сыворотке крови. Таким пациентам следует принимать препараты кальция и витамина D.

Гематологические осложнения. Анемия у больных после резекции желудка по Бильрот-II нарастает постепенно и проявляется лишь через несколько лет после операции, что может быть результатом нарушения всасывания железа или фолиевой кислоты. При этом всасывание солей железа не нарушено, и они с успехом назначаются для приёма внутрь.

Обкладочные клетки желудка секретируют в 100 раз больше внутреннего фактора Касла, чем необходимо для всасывания витамина B₁₂ в дистальном отделе подвздошной кишки. Поэтому после резекции желудка дефицит витамина B₁₂, как правило, не развивается. Тем не менее, у некоторых больных нередко наблюдается снижение его уровня в крови из-за уменьшения всасывания.

Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику передовых медицинских технологий и лекарственных средств, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся одной из нерешённых проблем хирургической гастроэнтерологии. В некоторых ситуациях оперативный метод лечения заболевания не является окончательным и не позволяет излечить больного с язвой, а осложнения раннего и позднего послеоперационного периода могут значительно ухудшить результаты выполненных хирургических вмешательств.

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни постоянно изменяются и тесно связаны с выбором оперативного метода. После отклонения многих антифизиологичных и неэффективных операций, общепризнанными и наиболее радикальными методами стали резекция желудка при наличии желудочных язв и ваготомия при локализации язв в двенадцатиперстной кишке.

В настоящее время показания к оперативному лечению подразделяются на абсолютные, условно абсолютные и относительные. Однако по каким бы из показаний ни выполнялось бы хирургическое вмешательство, необходимо стремиться к тому, чтобы оно было радикальным. Такие паллиативные операции, как ушивание перфоративных и кровоточащих язв, должны оставаться только в экстренной хирургии как вынужденные.

Индивидуальный подход к определению стратегического направления лечения больных с гастродуоденальными язвами, тщательное соблюдение правил и техники выполнения операций на желудке и двенадцатиперстной кишке являются залогом успеха хирургической коррекции язвенной болезни.

Список литературы

1. Виды хирургического лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://gastrit03.ru/yazva/xirurgicheskoe-lechenie-yazvy-zheludka-i-dvenadcatiperstnoj-kishki.html> – (Дата обращения 01.07.2018);
2. Дифференциальный диагноз язвенной болезни [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://polechimsa.ru/differentsialnie-diagnozi/differentsialniy-diagnoz-yazvennoy-bolezni> – (Дата обращения 01.07.2018);
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни// В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, И.В. Маев, Е.К. Баранская, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина, С.Г. Бурков, А.В. Калинин, А.В. Ткачев// 2016;
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни // Ткачёв А.В [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://www.rnmot.ru/public/files/library/13/Тkachyov_A.V_.Klinicheskie_rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniu_yazvennoi_bolezni_.pdf– (Дата обращения 01.07.2018);
5. Клинический протокол диагностики и лечения. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроанастомоза, осложнённые кровотечением [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2014/Хирургия/Хирургия/Язва%20желудка%20и%20двенадцатиперстной%20кишки%20и%20гастроэнтероанастомоза,%20осложненные%20кровотечением.pdf – (Дата обращения 01.07.2018);
6. Хирургические подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки// И.В. Михин, В.А. Голуб//г. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2014.-80.

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 8 группы
Калединой В.В.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) навыки, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

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



Кухтенко Ю.В.