

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

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

## Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и 12- перстной кишки

**Выполнил:**

Студент 4 курса 1 группы  
педиатрического факультета  
Юрин Алексей Владимирович

*Проверил:  
Кухтенко Ю.В. Куч  
и эти*

## Оглавление

Введение.....	3
Диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.....	4
Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки .....	7
Заключение .....	11
Список литературы .....	12

## **Введение**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - одно из наиболее распространенных заболеваний. До 8-12% взрослого населения развитых стран в течение своей жизни болеют язвенной болезнью. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается у лиц в возрасте 20-40 лет и подростков, в то время как язвенная болезнь желудка преимущественно у лиц в возрасте 40-60 лет. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 2-3 раза чаще язвенной болезни желудка. Заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в последние годы стала уменьшаться в западных странах и существенно возрастает в России.

## Диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Основным симптомом язвенной болезни является боль. Она имеет связь с приемом пищи, периодичность в течение суток, сезонность обострения (весной, осенью). Различают ранние, поздние и "голодные" боли. Ранние боли провоцируются приемом острой, грубой пищи, появляются через 0,5-1 ч после еды; уменьшаются и исчезают после эвакуации содержимого из желудка. Ранние боли наблюдаются при язве желудка. Поздние боли возникают через 1,5-2ч после еды, купируются приемом пищи, антацидов. Они чаще возникают во второй половине дня, обычно наблюдаются при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке и в пилорическом отделе желудка. "Голодные" боли появляются спустя 6-7ч после еды и исчезают после очередного приема пищи. Они наблюдаются у больных с дуоденальными и пилорическими язвами. Близкими к "голодным" являются "ночные" боли, появляющиеся в период с 11 ч вечера до 3 ч утра и исчезающие после приема пищи или после рвоты кислым желудочным соком. Появление болей связано с повышением тонуса блуждающего нерва, усилением секреции, спазмом привратника и двенадцатиперстной кишки в ночное время.

При типичных проявлениях язвенной болезни можно выявить определенную зависимость болей от локализации язвы. У больных с язвами тела желудка боли локализуются в эпигастральной области (больше слева); при язве в кардиальном и субкардиальном отделах - в области мечевидного отростка. У больных с пилорическими и дуоденальными язвами боли локализуются в эпигастральной области справа от срединной линии. При постбульбарных язвах боли могут локализоваться в области спины и правой подлопаточной области. Часто наблюдается иррадиация болей. Характер и интенсивность болей различны: тупые, ноющие, "режущие", жгучие, схваткообразные. Эквивалентом болевого синдрома является ощущение давления, тяжести, распираания в эпигастральной области. Выраженность болевых ощущений зависит от индивидуальной восприимчивости, локализации язвы. При развитии осложнений интенсивность болей возрастает, периодичность возникновения их нарушается.

Характерным симптомом язвенной болезни является **рвота**, которая возникает обычно на высоте болей (нередко больные искусственно вызывают рвоту для устранения болевых ощущений). При локализации язвы в кардиальном и субкардиальном отделах желудка рвота появляется через 10-15 мин после приема пищи; при язве тела желудка через 30-40 мин; при язве пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки через 2-2,5ч.

**Изжога** наблюдается у 30-80% больных язвенной болезнью. Возникновение ее связано с желудочно-пищеводным рефлюксом из-за недостаточности

замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера, повышения тонуса мышц желудка и привратника.

**Отрыжка** наблюдается у 50-65% больных. При неосложненной язвенной болезни и при сочетании ее с желудочно-пищеводным рефлюксом возникает преимущественно кислая отрыжка. Отрыжка горечью может возникать при выраженном дуоденогастральном рефлюксе. Отрыжка тухлым запахом бывает обусловлена задержкой пищи в желудке, распадом белковых компонентов пищи.

В период обострения язвенной болезни желудка при поверхностной пальпации живота определяют умеренную болезненность в эпигастральной области или в правой ее части. При язвах пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки наряду с болезненностью выявляют умеренную резистентность прямых мышц живота в эпигастральной области. Выраженное мышечное напряжение в сочетании с резкой болезненностью при поверхностной пальпации наблюдается при осложнениях язвенной болезни. При глубокой пальпации определяется болезненность в эпигастральной области (справа или слева от срединной линии в зависимости от локализации язвы).

В диагностике язвенной болезни исследование показателей кислотообразующей функции желудка имеет второстепенное значение. Дуоденальные и желудочные язвы образуются не только при высокой, но и при нормальной и даже пониженной кислотности. Современное эндоскопическое и рентгенологическое исследования по точности и чувствительности методов значительно превосходят диагностические возможности метода определения желудочной секреции, тем не менее нет оснований для отказа от этого метода. Исследуют так называемую базальную секрецию (натощак) и стимулированную секрецию (после введения стимуляторов — инсулина, пентагастрина или гистамина). В полученных порциях желудочного сока определяют объем выделившегося сока в миллилитрах, общую кислотность и свободную HCl. Нормальные показатели секреции свободной HCl: базальная продукция кислоты (ВПК) до 5 ммоль/ч, максимальная продукция кислоты (МПК) 16—25 ммоль/ч. Показатели секреции HCl у больных язвенной болезнью имеют значение главным образом для оценки прогноза заболевания, а не для выбора метода оперативного лечения. При любой локализации язв в желудке с различной частотой могут наблюдаться как нормальные, сниженные, так и повышенные показатели кислотопродукции. Повышенные показатели базальной и стимулированной кислотной продукции являются характерными для группы больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, но не исключают возможности наличия дуоденальной язвы при нормальной или даже пониженной кислотности у конкретного исследуемого пациента. Таким образом, уровень кислотопродукции нельзя считать надежным критерием дифференциальной

диагностики язвенной болезни с другими заболеваниями желудка. Данные о характере желудочной кислотопродукции позволяет получить рН-метрия (определение рН содержимого в различных отделах пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки), осуществляемая с помощью одно или многоканального рН-зонда. Этот метод нередко применяют для определения желудочно-пищеводного и дуоденогастрального рефлюкса.

**Эндоскопическое исследование** используют для динамического наблюдения за процессом рубцевания язвы. Для увеличения достоверности морфологического исследования рекомендуется брать 6-8 кусочков ткани из различных участков язвы и зоны периаульцерозного гастрита. Эндоскопическое ультразвуковое исследование высокоинформативно при дифференциальной диагностике между язвой и язвенной формой рака желудка. Оно позволяет выявить инфильтрацию опухоли между слоями стенки желудка, выявить метастазы в перигастральных лимфатических узлах.

Прямым **рентгенологическим** признаком язвы является симптом "ниши" — стойкое депо контрастного вещества на рельефе слизистой оболочки или на контуре стенки органа. При язве желудка часто выявляют "нишу" на стенке желудка в виде кратера, заполненного барием, или "нишу" рельефа в виде стойкого бариевого пятна с конвергенцией складок слизистой оболочки к его центру. При язвенной болезни желудка эвакуация его содержимого, как правило, замедлена. Язва двенадцатиперстной кишки выявляется в виде ниши рельефа или ниши, выходящей на контур. Имеются конвергенция складок слизистой оболочки к язве, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки в виде трилистника, трубкообразного сужения. В процессе сморщивания рубцов формируется стеноз в области луковицы. На фоне зажившей или открытой язвы двенадцатиперстной кишки в ряде случаев появляется язва желудка.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наблюдается **усиление моторики** желудка и двенадцатиперстной кишки. Эвакуация из желудка ускорена. Для точной количественной оценки скорости и характера эвакуации пищи из желудка используют динамическую радионуклидную гастросцинтиграфию.

## Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Только у 10 % больных с язвенной болезнью развиваются осложнения, требующие хирургического вмешательства. Остальные же должны лечиться консервативными методами. Общие принципы консервативного и хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки основаны прежде всего на устранении этиологических факторов.

Консервативное лечение должно быть спланировано так, чтобы воздействовать на основные механизмы язвообразования. Для этого необходимо:

1. подавить воздействие агрессивного желудочного сока на слизистую оболочку и добиться уничтожения инфекции *H. pylori*;
2. нормализовать моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки прокинетиками (бромприд-бимарал, мотилиум, координакс и др.) и спазмолитиками;
3. снизить уровень психомоторного возбуждения (покой, легкие транквилизаторы).

Эффективная эрадикация геликобактерной инфекции, подавление продукции соляной кислоты и заживление язвы достигается при триплексной терапии, т.е. сочетании антисекреторных препаратов (омепразол, ранитидин, фамотидин) с двумя антибиотиками (наиболее часто кларитромицин + амоксициллин) или сочетании денола, обладающего цитопротективным действием, с амоксициллином и метронидазолом. Хороший эффект достигается при поддержании pH желудочного сока на уровне 4,0-6,0. При неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки рано начатое адекватное медикаментозное лечение у большинства больных обеспечивает стойкую ремиссию при впервые выявленной язве, рецидивах до 2 раз в год, а также у пациентов с неизлеченной инфекцией *H. pylori*.

Своевременная плановая операция предупреждает развитие опасных для жизни больного осложнений. Одновременно с этим она резко уменьшает риск хирургического вмешательства.

Показания к хирургическому лечению разделяют на абсолютные и относительные. Абсолютными являются показания к операции, когда невыполнение ее угрожает жизни больного:

1. перфорация язвы;
2. профузное желудочно-кишечное кровотечение;
3. рубцовый стеноз привратника;
4. малигнизация язвы или веское подозрение на нее.

Относительным показанием к операции является безуспешность полноценного консервативного лечения:

1. часто рецидивирующие язвы, плохо поддающиеся повторным курсам консервативной терапии;
2. длительно не заживающие вопреки консервативному лечению (резистентные) язвы, сопровождающиеся тяжелыми клиническими симптомами (боли, рвота, скрытое кровотечение);
3. повторные кровотечения в анамнезе, несмотря на адекватное лечение;
4. каллезные и пенетрирующие язвы желудка, не рубцующиеся при адекватном консервативном лечении в течение 4-6 мес;
5. рецидив язвы после ранее произведенного ушивания перфоративной язвы;
6. множественные язвы с высокой кислотностью желудочного сока;
7. социальные показания (нет средств для регулярного полноценного медикаментозного лечения) или желание больного избавиться от язвенной болезни хирургическим способом;
8. непереносимость компонентов медикаментозной терапии.

Если 3-4-кратное лечение в стационаре в течение 4-8 нед. при адекватном подборе лекарственных препаратов не приводит к излечению или длительным ремиссиям (5-8 лет), то следует настоятельно ставить вопрос о хирургическом лечении, чтобы не подвергать пациентов риску появления опасных для жизни осложнений.

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки преследует те же цели, что и консервативное. Оно направлено на устранение агрессивного кислотно-пептического фактора и создание условий для свободного прохождения пищи в нижележащие отделы желудочно-кишечного тракта.

1. Пересечение стволов или ветвей блуждающего нерва, т. е. ваготомия. При этом типе операции желудок не удаляют, поэтому различные виды ваготомии получили название органосберегающих операций.
2. Резекция 2/3-3/4 желудка. При этом придерживаются принципа чем выше кислотность желудочного сока, тем выше уровень резекции желудка.
3. Сочетание ваготомии и резекции желудка. При этой операции подавляются фазы секреции при сохранении резервуарной функции желудка.

В настоящее время для хирургического лечения язвы существуют следующие оперативные пособия:

1. Ушивание язвы;



2. Прошивание язвы;
3. Резекция желудка;
4. Операции на блуждающих нервах:
  - стволовая ваготомия с пилоропластикой (по Гейнеке-Микуличу, Финнею, Жабуле).
  - селективная ваготомия (СВ);
  - селективная проксимальная ваготомия (СПВ);
  - селективная проксимальная ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка.

**Ушивание язвы.** Операция, которая проводится только при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

После лапаротомии и ревизии находят место перфорации и ушивают его узловыми швами в два этажа. Линию швов можно прикрыть сальником на ножке. После туалета брюшную полость ушивают наглухо или с микроирригатором. В случае перфорации большой каллезной язвы, когда швы прорезываются, язву следует ушивать по Опелю-Поликарпову: взяв на иглу прядь большого сальника, сделать прокол стенки желудка со стороны перфоративного отверстия. Эту манипуляцию повторяют дважды с обоими концами нити. При завязывании нити сальник в виде пробки закупоривает перфоративное отверстие. Дополнительно накладывают несколько узловых швов, фиксирующих сальник к стенке желудка. В последние годы с развитием эндохирургии при перфоративной язве стали осуществлять ушивание перфоративного отверстия во время лапароскопии.

Преимущества операции ушивания язвы: оперативное вмешательство чрезвычайно просто технически и может быть осуществлено почти в любых условиях (участковая больница, полевые условия). При своевременной операции в первые часы после перфорации вмешательство почти не дает смертности и спасает жизнь больного. Недостатком операции является то, что она не устраняет ни одного фактора, ведущего к образованию язвы.

**Прошивание язвы** - редкая операция, применяющаяся в исключительных случаях, когда при язвенном кровотечении состояние больного настолько тяжелое, что он не в состоянии выдержать какое-либо другое вмешательство, а иные методы остановки кровотечения (лазерная или бесконтактная коагуляция во время гастроскопии) оказываются неэффективными. Эта операция делается крайне тяжелым пожилым больным. После лапаротомии осуществляют гастротомию, находят язву, кровоточащий сосуд в ее дне и прошивают сосуд блоковидными швами. После этого в два этажа зашивают рассеченную стенку желудка и брюшную стенку.

Основная операция, применяющаяся в настоящее время для лечения язвенной болезни, - **резекция желудка.**

При резекции желудка удаляют обычно дистальную часть его (дистальная резекция). Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливают по различным модификациям Бильрот-I, Бильрот-II или по Ру.

Преимуществом резекции желудка по Бильрот-I является сохранение физиологического прохождения пищи через двенадцатиперстную кишку. Однако этот метод также не предотвращает возможность рефлюкса дуоденального содержимого в культю желудка и не всегда выполняем.

## **Заключение**

Старое положение о том, что «при язве терапевт бессилён, хирург опасен, а Бог милостив», уходит в прошлое. В настоящее время основные принципы хирургического лечения этого заболевания разработаны в деталях и апробированы жизнью. Проводимые при язвенной болезни оперативные вмешательства должны иметь в первую очередь патогенетический характер, т.е. воздействовать на факторы, вызывающие заболевание, и устранять язвенный дефект в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Основными достижениями хирургии язвенной болезни следует считать применение малоинвазивных технологий и органосохраняющих операций, в основе которых лежат различные виды ваготомии. Оперативное лечение язвенной болезни не всегда приводит к выздоровлению. Достаточно много пациентов страдают болезнями оперированного желудка, что свидетельствует о необходимости дальнейшей рационализации лечебной тактики.

## Список литературы

1. Хирургические болезни: учебник. В 2-х томах. Том 2. Мерзликин Н.В., Бражников Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. 2012. - 600 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-2107-9.
2. Хирургические подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Учеб. пособие / И.В. Михин, В.А. Голуб. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 80 с.
3. Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. 2012. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-2116-1.
4. Общая хирургия: учебник. Гостищев В.К. 5-е изд., перераб. и доп. 2013. - 728 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-2574-9.
5. Хирургические болезни: учебно-методическое пособие. Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. 2011. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-2039-3.

## 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 1 группы  
Юрина А.В.**

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 составлена в терминах науки, 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.