

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра хирургических болезней № 1**

**В. М. ЛОБАНКОВ, А. А. ПРИЗЕНЦОВ,**  
**А. Г. СКУРАТОВ**

# **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 5 и 6 курсов, обучающихся по специальностям**  
**«Лечебное дело» и «Медико-диагностическое дело»,**  
**медицинских вузов**

**Гомель**  
**ГомГМУ**  
**2013**

УДК 616.33-002.44-06(072)

ББК 54.132,46я73

Л 68

**Рецензенты:**

кандидат медицинских наук, доцент,  
заместитель главного врача по хирургии  
Гомельской областной клинической больницы *А. А. Литвин;*

кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующий хирургическим отделением  
Республиканского научно-практического центра  
радиационной медицины и экологии человека *А. В. Величко*

**Лобанков, В. М.**

- Л 68** Осложнения язвенной болезни: учеб.-метод. пособие для студентов 5 и 6 курсов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «Медико-диагностическое дело» медицинских вузов / В. М. Лобанков, А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 48 с.  
ISBN 978-985-506-582-2

Учебно-методическое пособие содержит учебный материал по осложнениям язвенной болезни. В издание вошли данные оригинальных многолетних исследований сотрудников кафедры хирургических болезней № 1 ГомГМУ по различным аспектам хирургии язвенной болезни. Пособие соответствует учебному плану и программе по хирургическим болезням для студентов высших медицинских учебных заведений Республики Беларусь.

Предназначено для студентов 5 и 6 курсов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «Медико-диагностическое дело», медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 27 июня 2013 г., протокол № 6.

**УДК 616.33-002.44-06(072)**

**ББК 54.132,46я73**

**ISBN 978-985-506-582-2**

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2013

## ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь (ЯБ) является общим, генетически обусловленным, социально зависимым психосоматическим заболеванием, при обострении которого в зоне действия желудочного сока формируется язва (язвы) как результат местного дисбаланса факторов агрессии и защиты. В США, Канаде, странах Западной Европы, Австралии распространенность ЯБ среди взрослого населения у мужчин достигает 10–12 %, у женщин — 3–5 %. Общая заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) варьирует от 800 до 5000 случаев на 100 тыс. жителей, а для язвенной болезни желудка (ЯБЖ) составляет около 500 случаев. Первичная заболеваемость ЯБ, в среднем, составляет 160–200 случаев на 100 тыс. жителей в год. Этот показатель выше у населения экономически развитых стран, среди горожан и представителей низших социальных слоев: неквалифицированных рабочих, работников ручного труда, мигрантов, безработных. В США по экономическим затратам ЯБ занимает 4-е место, уступая лишь желчнокаменной болезни, колоректальному раку и гастроэзофагеальному рефлюксу. Проблема ЯБ была признана главной в гастроэнтерологии XX века.

Естественное течение ЯБ, в особенности ЯБДК, сопровождается чередованием обострений и ремиссий. Обострения могут возникать как спонтанно, так и провоцироваться экзогенными воздействиями. Аналогично достижению ремиссии происходит самостоятельно (за 4–6 недель без лечения заживают до 50 % дуоденальных язв), либо вследствие лечения. Большинство больных ЯБ имеет легкий вариант заболевания, от трети до половины пациентов вообще не проявляют явных симптомов диспепсии — так называемый «субклинический» вариант, который не побуждает обращаться за медицинской помощью. У определенной части пациентов (не менее 10 % «клинических» больных) обострения сопровождаются развитием осложнений, в том числе требующих неотложного хирургического лечения. Следствием таких операций порой является инвалидность, а в ряде случаев — и летальный исход. Согласно эмпирическому правилу, **среди экстренно оперированных больных ЯБ спасти не удается каждого десятого.**

Язвенная болезнь является классическим примером социально обусловленного заболевания. После распада Советского Союза число осложненных форм ЯБ (популяционная тяжесть заболевания) резко возросло. Это привело к значительному увеличению частоты неотложных операций и соответственно летальности. Со второй половины «нулевых» годов суммарная частота хирургических вмешательств по поводу ЯБ (популяционная хирургическая активность) в Беларуси стала сокращаться и в последние годы составляет около 30–35 операций на 100 тыс. населения в год. На неотложные вмешательства сейчас приходится не менее 80 % всех операций. Для сравнения, в экономически развитых странах этот показатель в 3–5 раз меньше и

составляет около 5–15 при аналогичной доле неотложных вмешательств.

Выделяют следующие осложнения ЯБ.

**Осложнения ЯБДЖ:**

1. Кровотечение.
2. Перфорация.
3. Пенетрация.
4. Стеноз.

**Осложнения ЯБЖ:**

1. Кровотечение.
2. Перфорация.
3. Пенетрация.
4. Малигнизация.

Репозиторий ГОМГМУ

## ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

Перфорация язвы — возникновение сквозного дефекта в стенке двенадцатиперстной кишки или желудка. Перфорация язвы развивается на протяжении жизни в среднем у 5 % больных мужчин. Риск прободения может существенно возрастать у пациентов, подвергающихся стрессовым воздействиям, интенсивно курящих, злоупотребляющих алкоголем, обладающих низким уровнем медицинской активности и игнорирующих или нарушающих рекомендации по лечению. Перфорация обычно возникает в период обострения ЯБ, причем до 10 % пациентов до прободения не имеют яркой клиники обострения. До 70 % случаев перфоративные язвы локализируются в луковице двенадцатиперстной кишки. При ЯБЖ перфоративное отверстие может встречаться в области угла желудка, в антральном отделе, в субкардии. Язвы, расположенные на большой кривизне желудка, перфорируют редко. Примерно в 10 % случаев перфорация язвы сочетается с кровотечением или стенозом.

На рисунке 1 (см. приложение) представлена полувековая динамика заболеваемости прободными язвами населения Беларуси. Частота перфоративных язв в 60–80-е годы XX века составляла 11–17 случаев на 100 тыс. населения в год. В первой половине 90-х после распада СССР, показатель удвоился и, в среднем, достиг 25 случаев. В восточных регионах республики показатель превышал (30 и более) таковой в западных. Минимальная частота прободных язв была в Минске (рисунок 2, приложение). С небольшими колебаниями частота прободных язв оставалась относительно стабильной, а со второй половины «нулевых» снизилась до 16–18 (рисунки 1, 2, приложение). Аналогичные перемены данного показателя происходили практически во всех регионах бывшего Советского Союза (рисунки 3–12, приложение). В регионах России максимум показателя имел место в 1999 г. как следствие экономического «дефолта». На Украине и в Литве такой максимум был в 2001 г. на пике политической напряженности. Для сравнения, весьма «спокойная» динамика показателя у населения США за 70–80-е годы представлена на рисунке 13 (приложение).

Заболеваемость перфоративными язвами — индикатор остроты проблемы ЯБ для конкретного региона, в конкретное время. Данный показатель строго учитывается, не зависит от тактических установок (как язвенные кровотечения) и медицинской «конъюнктуры» (как летальность). Обращаемость при прободениях близка 100 %. Большинство больных (порядка 80–90 %) до перфорации страдают тяжелой формой ЯБ. Исходя из сказанного, частота прободных язв может служить интегрирующим критерием **популяционной тяжести язвенной болезни (ПТ ЯБ)**. Это понятие отражает долю пациентов с тяжелым и осложненным течением ЯБ в общей популяции больных. Согласно эпидемиологическим данным из СНГ, мно-

гих экономически развитых и развивающихся стран, предложена следующая градация показателя: до 10 случаев перфоративных язв — ПТ ЯБ низкая, при 10–20 — средняя, при 20–30 — высокая, более 30 — очень высокая. В странах Запада в настоящее время низкая ПТ ЯБ, в большинстве стран «третьего мира» и СНГ — средняя и высокая. Величину ПТ ЯБ определяет взаимодействие ряда факторов: уровень социального стресса, этнические и демографические особенности населения, хронобиологические характеристики временного периода, развитие и реализация медицинских технологий. На примере Беларуси, ряда регионов России и Украины В. М. Лобанковым была выявлена достоверная обратная зависимость ПТ ЯБ от частоты плановых операций при ЯБ.

Впервые ушивание перфоративной язвы выполнили Mikulich и Hausner в 1892 г. Лапароскопическое ушивание впервые было произведено 100 лет спустя — в 1990 г. (Nathanson). Резекцию желудка при перфоративной язве первым выполнил Keetley в 1902 г. В СССР наибольшим опытом первичных резекций желудка при этом осложнении ЯБ в 30-е годы обладал С. С. Юдин. Причем, в руководимых им клиниках, летальность после резекций желудка была сравнима с таковой после ушивания перфораций. С начала 60-х годов прошлого века в хирургии прободной язвы применяют различные виды ваготомии.

#### ***Классификация перфоративной язвы:***

1. Перфорация хронической язвы.
2. Перфорация острой (симптоматической или стрессовой) язвы.

#### ***По локализации:***

1. Перфорация язвы желудка (кардии, субкардии, тела желудка, антрума, передней или задней стенки, большой или малой кривизны) — около 25 %.
2. Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарная: передней, верхней, нижней стенки луковицы, постбульбарная) — около 75 %.

#### ***По клинической форме:***

1. Типичная перфорация (в свободную брюшную полость).
2. Атипичная перфорация (3–5 %).
  - прикрытая перфорация;
  - перфорация в сальниковую сумку;
  - перфорация в забрюшинную клетчатку;
  - перфорация в полость, ограниченную спайками;
  - перфорация в малый или большой сальник — между листками брюшины.
3. Сочетание перфорации с кровотечением (при «зеркальных» язвах), со стенозом (до 10 %).

#### ***Клиника***

Перфорация язвы у мужчин встречается в 5–8 раз чаще, чем у женщин. Чем выше ПТ ЯБ, тем больше половая разница. Так, в некоторых

штатах Индии, прободная язва у мужчин встречается в 20 раз чаще, чем у женщин. Напротив, в Западной Европе редкие прободные язвы у лиц разного пола отмечаются с равной частотой. Перфорация сопровождается классической триадой признаков: предшествующий язвенный анамнез (80–90 %), кинжальная боль (95 %), «доскообразный живот» (95–98 %). Такого напряжения мышц брюшного пресса не наблюдается ни при какой другой ситуации острого живота. У 20–25 % пациентов отмечается «продрома» — появление болей и желудочной диспепсии за 3–4 дня.

В течении заболевания различают 3 периода:

1. Период шока («кинжальной» боли) — до 6 ч.
2. Период мнимого благополучия — (6–12 ч).
3. Период прогрессирующего перитонита — (12–24 ч).

В первый период пациент принимает вынужденное положение на спине или на правом боку с приведенными к животу бедрами, избегает перемены положения тела. Температура тела нормальная, тахикардии нет. Отмечаются выраженная пальпаторная и перкуторная болезненность живота, доскообразное напряжение мышц, перитонеальные симптомы, исчезновение печеночной тупости, резкое ослабление перистальтики, нередко положительный френикус-симптом.

Через 5–6 ч от момента перфорации картина шока сменяется мнимым благополучием. Самочувствие пациента улучшается, уменьшаются абдоминальные боли, снижается напряжение брюшного пресса, по-прежнему выявляются перитонеальные симптомы. Перистальтика не выслушивается, печеночная тупость отсутствует. Наблюдаются признаки интоксикации: эйфория, тахикардия, повышение температуры, лейкоцитоз с левым сдвигом лейкоцитарной формулы. Ректально возможна болезненность и наведение передней стенки прямой кишки.

Через 6–12 ч от момента перфорации развивается картина перитонита. Состояние пациента прогрессивно ухудшается. Черты лица заостряются. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Дыхание поверхностное, учащено. Пульс слабого наполнения, 110–120 уд./мин, артериальное давление снижается. Живот равномерно вздут, не участвует в дыхании, диффузно болезненный. Перистальтики нет. Развивается анурия. Лабораторно выявляется высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение показателей гемоглобина и гематокрита из-за сгущения крови, гиперкалиемия, метаболический ацидоз. В анализе мочи появляются форменные элементы, белок и цилиндры.

#### *Инструментальная диагностика*

Обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации язвы позволяет выявить свободный газ под куполом диафрагмы в 70–75 % случаев. Возможно высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности. При отсутствии газа можно применить пневмогастрографию: через

желудочный зонд в положении лежа шприцем Жане вводят 150–200 мл воздуха и в вертикальном положении делают обзорную рентгенографию. В сомнительных случаях выполняют гастроскопию, после которой при необходимости вновь производят рентгенографию брюшной полости. В этом случае выявляемость свободного газа повышается до 95–97 %. Тяжелым пациентам рентгенографию выполняют в положении лежа на левом боку (латеропозиция), при этом газ локализуется по боковому контуру живота.

Лапароскопия также позволяет уточнить диагноз. В сомнительных случаях при лапароскопии в желудок вводят воздух или окрашенный раствор (бриллиантовый зеленый). При появлении в подпеченочном пространстве красителя или пузырьков воздуха диагноз прободной язвы подтверждается. Также возможна интраоперационная гастродуоденоскопия при затрудненной (вследствие спаечного процесса) ревизии.

#### ***Лечебная тактика при перфоративной язве***

Перфоративная язва является абсолютным показанием к экстренной операции. Исключения составляют категорический отказ пациента от операции, агональное его состояние, отсутствие условий для проведения вмешательства. Касаясь последнего положения, в 1985 г. описано успешное ушивание под м/а перфоративной дуоденальной язвы, выполненное советскими хирургами в альпинистской палатке на высоте 6000 м над уровнем моря.

При стабильно прикрытой перфорации, когда по прошествии 2–3-х и более суток от возникновения абдоминальных болей выявляется газ под диафрагмой на фоне вполне удовлетворительного состояния при отсутствии перитонеальных симптомов, — хирургическое лечение не целесообразно. Порой такие больные лечатся с «острым панкреатитом», а плановая флюорография диагноз кардинально меняет.

#### ***Выбор метода операции***

В хирургическом лечении прободных язв применяют паллиативные (устраняющие осложнение без воздействия на патогенез ЯБ) и радикальные (дополнительно влияющие на ЯБ) операции. К паллиативным относят простое ушивание язвы, ромбовидное иссечение с ушиванием, тампонаду перфорации пряжей сальника. Предпочтительнее иссечение язвы (без повреждения привратника), так как при ушивании или тампонаде в дальнейшем чаще развивается стеноз. Отдельные серозно-мышечные швы накладывают в поперечном направлении. Операцию заканчивают санацией и дренированием брюшной полости. При паллиативной операции по поводу прободной язвы желудка обязательно взятие материала для ее гистологического исследования.

Показания к ушиванию (иссечению) язвы:

1. Распространенный фибринозно-гнойный перитонит.
2. Перфорация явно симптоматической (острой) язвы.
3. Необходимость завершить операцию в кратчайший срок (тяжелое соматическое состояние, преклонный возраст).

4. Отсутствие технических условий и достаточного опыта оперирующей бригады.

5. Перфоративная язва у пациента детского или юношеского возраста.

Необходимо подчеркнуть, что, в большинстве случаев, прободение — не случайность, а вполне закономерный «сценарий» тяжелого течения ЯБ у пациентов с множеством факторов риска (таблицы 1, 2 приложение). К ним, как правило, относится низкая медицинская активность (комплайенс), низкий образовательный и профессиональный статус, высокая частота курения (у мужчин — 90–95 %), злоупотребления алкоголем (около 45 % мужчин). Естественно, после паллиативной операции все предпосылки для сохранения тяжелого варианта заболевания остаются. Поэтому в остальных, кроме указанных выше, случаях целесообразна первично-радикальная операция. Реактивная и токсическая фазы перитонита не являются противопоказаниями к ее выполнению.

Варианты радикальных операций при перфоративной дуоденальной язве.

1. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с иссечением или ушиванием язвы.

2. Стволовая ваготомия (СВ) с иссечением язвы и пилоропластикой по Джадду.

3. Органосберегающие операции (антрумэктомия со стволовой ваготомией).

4. Резекция желудка по Бильрот-1.

5. Резекция желудка по Бильрот-2.

Резецирующие операции при перфоративной дуоденальной язве не являются вариантом выбора, к ним хирург вынужден прибегать при тяжелых сочетанных осложнениях ЯБ (перфорация и декомпенсированный стеноз, перфорация и профузное кровотечение из пенетрирующей зеркальной язвы).

Варианты радикальных операций при перфоративной желудочной язве.

1. Резекция желудка по Бильрот-1.

2. Резекция желудка по Бильрот-2.

Перед операцией в случае тяжелого состояния пациента в течение 2–3-х часов проводят инфузионную терапию, направленную на коррекцию гиповолемии. Операцию производят под эндотрахеальным наркозом. Доступ — верхнесрединная лапаротомия. Для выявления места перфорации производят тщательную ревизию. Для осмотра задней стенки двенадцатиперстной кишки применяется ее мобилизация по Кохеру, задней стенки желудка — рассечение желудочно-ободочной связки. После основного этапа операции производится тщательная санация и дренирование брюшной полости. При запущенном перитоните возможна программируемая релапаротомия через 24–48 ч.

Вид вмешательства зависит от множества факторов: возраста, особенностей язвенного анамнеза, давности прободения и выраженности перитонита, наличия сочетанных осложнений ЯБ, сопутствующей патологии и т.п. Однако до достижения достаточного профессионального опыта следу-

ет ограничиваться паллиативной тактикой. За первично-радикальные операции имеют право браться хирурги, имеющие личный опыт плановой желудочной хирургии.

### ***Лечение по Тейлору***

В редких случаях при отсутствии условий для операции или категорическом отказе здравомыслящего пациента (по религиозным или иным соображениям) проводят консервативное лечение по Тейлору. При этом осуществляют постоянную зондовую аспирацию желудочного сока, назначают блокаторы секреции, антибиотики, инфузионную терапию. Пациент находится в положении Фовлера (с приподнятым головным концом кровати). Такая тактика обеспечивает либо надежное прикрытие прободного отверстия, либо формирование отграниченного абсцесса (подпеченочного, поддиафрагмального, тазового), уже не представляющего непосредственной угрозы жизни.

### ***Результаты оперативного лечения***

Летальность при перфоративной дуоденальной язве составляет, в среднем, от 1 до 8 %. При перфорации желудочной язвы этот показатель в 2–3 раза выше. У пациентов, оперированных через сутки после перфорации, летальность в 3–5 раз выше, чем у оперированных в пределах первых 6 ч.

В течение 1 года после ушивания перфоративной дуоденальной язвы у 60–70 % пациентов развивается ее рецидив. Если ушивание прободной язвы выполнено в молодом или среднем возрасте, то в течение 10 лет риск быть повторно оперированным достигает 50–70 % (по поводу стеноза, кровотечения или реперфорации). Согласно эмпирическому **правилу «третьей»**, если трети больных выполнить первично-радикальные операции, другая треть в будущем подвергнется хирургическому лечению, и еще треть не будет иметь значимых проблем от ЯБ. Исходя из этого, все больные, перенесшие паллиативные операции, подлежат диспансерному учету у гастроэнтеролога. Им целесообразно провести курс противоязвенной терапии, настоятельно рекомендовать прекратить курение, объяснить зависимость перспектив от адекватности собственного отношения к здоровью.

После органосохраняющих операций в отдаленном периоде у большинства пациентов отмечается стойкая ремиссия при качестве жизни, соответствующем здоровому человеку. Вероятность рецидива ЯБ в течение 10 лет достигает 10–15 %, но такие рецидивные язвы хорошо поддаются консервативной терапии и редко дают осложнения. Процент рецидивов после резецирующих вмешательств ниже (до 2–5 %), однако практически во всех случаях этим пациентам потребуются повторная операция из-за опасности осложнений. Не следует забывать о высокой частоте пострезекционных расстройств с существенным снижением качества и продолжительности жизни.

## ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Самое грозное и, увы, нередкое осложнение ЯБ — кровотечение, возникает у 15–25 % пациентов. Около 5–10 % кровотечений сопровождаются массивной кровопотерей, представляющей угрозу жизни, 2–5 % кровотечений — профузные, не поддающиеся консервативным методам гемостаза. Осложнение, как правило, развивается на пике обострения ЯБ. Провоцирующими моментами могут выступать, психологический стресс, физическая перегрузка, переедание, тупая травма живота, злоупотребление алкоголем или прием препаратов с побочным ульцерогенным эффектом. В разных странах частота язвенных кровотечений составляет 50–110 случаев на 100 тыс. населения в год (рисунок 15, приложение) и значительно отличается в разных возрастных группах. У лиц до 30 лет это осложнение ЯБ встречается с частотой около 25 случаев на 100 тыс. населения, после 75 лет — более 450. Кровотечение — самая частая причина смерти больных ЯБ. Общая летальность при этом составляет около 10 %, послеоперационная 15–20 %, достигая у пожилых лиц 40 %. Частота операций по поводу кровоточащей язвы в РБ составляет в среднем 6–10 на 100 тыс. населения в год, при этом ежегодно госпитализируется более 60 человек (рисунок 15, приложение). График 30-летней динамики хирургии язвенных кровотечений в Гомельской области, представлен на рисунке 14 (приложение).

Впервые иссечение кровоточащей язвы желудка и ушивание образовавшегося дефекта выполнил в 1880 г. Eiselberg. В 1882 г. van Kleef впервые произвел успешную резекцию пилорического отдела желудка с иссечением кровоточащей язвы. В 1952 г. Weinberg выполнил ваготомию с пилоропластикой и прошиванием кровоточащего сосуда.

Язвенные кровотечения имеют ряд особенностей. После первого эпизода геморрагии в среднем у 40 % больных в течение ближайших 5 лет наступает его рецидив. После второго — риск повышается до 60 %. Повторное кровотечение обычно тяжелее предыдущего. У мужчин кровотечения при ЯБ наблюдаются в 3 раза чаще, чем у женщин. Источником кровотечения у лиц молодого возраста чаще является язва двенадцатиперстной кишки, в возрасте старше 50 лет — язва желудка.

Опасность раннего рецидива кровотечения зависит от характеристик язвы. Если язва с «чистым» дном, рецидив развивается в 5–7 % случаев, а послеоперационная летальность не превышает 2 %. Когда язва заполнена свертком крови, рецидива кровотечения можно ожидать у 20% пациентов, а летальность после экстренных операций достигает 5–7 %. В случае крупного тромбированного сосуда в дне язвы рецидив кровотечения наступает у 40 % пациентов, послеоперационная летальность превышает 10 %. При продолжающемся струйном кровотечении или подтекании крови из-под сгустка, даже при успешном эндоскопическом гемостазе, рецидив кровотечения развивается у 50 % пациентов, а послеоперационная летальность превышает 15 %.

## **Классификация**

*По этиологии:*

1. Кровотечение из хронической язвы.
2. Кровотечение из острой (стрессовой или симптоматической) язвы.

*По локализации:*

1. Язвы желудка (кардиальные, тела, антрального отдела, пилорического канала; малой, большой кривизны; передней, задней стенки).
2. Язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы; передней, задней, верхней, нижней стенки, постбульбарная, нисходящего отдела).

*По характеру кровотечения:*

1. Продолжающееся (струйное — профузное, ламинарное, капиллярное).
2. Остановившееся (состоявшееся):
  - с высоким риском рецидива;
  - с низким риском рецидива.

*По степени тяжести кровопотери:*

1. Легкая степень кровопотери.
2. Средней тяжести.
3. Тяжелая.

## **Клиника и диагностика**

Признаками острого массивного кровотечения являются бледность кожи и видимых слизистых, спутанное сознание, слабость, потливость, частый пульс слабого наполнения, снижение АД, гематемезис (кровавая рвота), мелена при ректальном исследовании. Кровотечение возникает в период обострения ЯБ. Предвестником кровотечения может служить появление болевого синдрома, желудочной диспепсии. После начала кровотечения возможно исчезновение болей, так как кровь нейтрализует соляную кислоту.

Основным методом диагностики источника кровотечения, определения прогноза его рецидива, а также методом гемостаза — является экстренная эндоскопия. В качестве подготовки к исследованию производят промывание желудка толстым желудочным зондом.

### **Определение степени кровопотери**

Лабораторное исследование имеет важное значение в диагностике степени кровопотери. Учитывают концентрацию гемоглобина, количество эритроцитов, гематокрит. Однако следует помнить, что истинную выраженность анемии можно оценить только через сутки от момента кровотечения.

Исследование объема циркулирующей крови позволяет более точно определять объем кровопотери. Наибольшей точностью обладают, основанные на принципе разведения, методы: с красителем синий Эванса и изотопный, с использованием меченых радиоактивным хромом эритроцитов (для измерения объема циркулирующих эритроцитов) и альбумина сыворотки крови, меченного радиоактивным йодом (для измерения объема циркулирующей плазмы).

В условиях экстренной хирургии чаще применяются методы с использованием номограмм, например, определение глобулярного объема по данным гематокрита и концентрации гемоглобина. Для ориентировочной оценки степени тяжести кровопотери можно рассчитывать шоковый индекс Альговера-Бурри — отношение частоты пульса к величине систолического АД (в норме 0,5). У пациента, не страдающего расстройствами системы кровообращения, индекс Альговера 1,0 соответствуют потере около 20 %, а 1,5 — около 40 % общего объема крови.

Широкое распространение получил метод определения объема кровопотери по формуле Мура:

$$V = P \times q \left( \frac{Ht_1 - Ht_2}{Ht_1} \right),$$

где  $V$  — объем кровопотери в миллилитрах;  
 $P$  — вес больного в килограммах;  
 $q$  — эмпирическое число, отражающее количество крови на килограмм массы тела (70 мл для мужчин и 65 мл — для женщин);  
 $Ht_1$  — гематокрит в норме (для мужчин 40–50 и для женщин 35–45);  
 $Ht_2$  — гематокрит пациента через 12–24 часа от начала кровотечения.

Характеристика степеней кровопотери приведена в таблице 1.

Таблица 1 — Степени тяжести острой кровопотери

Показатель	Тяжесть кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Дефицит ОЦК, %	До 20	До 30	Свыше 30
Дефицит ОЦК, мл	До 1000	До 1500	Свыше 1500
Пульс, уд/мин	До 100	До 110	Свыше 110
Систолическое АД, мм рт. ст.	Норма	Выше 90	Ниже 90
Количество эритроцитов	$> 3,5 \times 10^{12} / \text{л}$	$3,5 - 2,5 \times 10^{12} / \text{л}$	$< 2,5 \times 10^{12} / \text{л}$
Гемоглобин, г/л	Выше 100	80–100	Ниже 80
Гематокрит, %	$> 30$	25–30	$< 25$
Центральное венозное давление, см. вод. ст.	5–15	Ниже 5	Ниже 0

#### **Эндоскопическая характеристика интенсивности язвенных кровотечений по J. Forrest:**

- F Ia — продолжающееся струйное артериальное кровотечение.
- F Ib — продолжающееся диффузное венозное кровотечение.
- F IIa — видимый тромбированный сосуд, активного кровотечения нет.
- F IIb — фиксированный сгусток на дне язвы, активного кровотечения нет.
- F IIc — солянокислый гематин на дне язвы. активного кровотечения нет.
- F III — отсутствие признаков кровотечения в дне язвы, язва с чистым белым дном.

### ***Эндоскопические признаки нестабильного гемостаза:***

1. Язва прикрыта плотным, темным сгустком крови, в желудке «кофейная гуща», свежей крови нет.
2. В кратере язвы сосуд, закрытый тромбом красного или коричневого цвета.
3. В кратере язвы виден пульсирующий сосуд.
4. Язва прикрыта рыхлым сгустком красного цвета.

### ***Эндоскопические признаки стабильного гемостаза:***

1. Дно язвы покрыто фибрином.
2. Мелкие тромбированные сосуды (в виде черных точек).
3. Дно язвы покрыто гемосидерином (черный цвет дна язвы).
4. Следы крови в желудке и двенадцатиперстной кишке отсутствуют.

### ***Тактика при язвенных кровотечениях:***

1. Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями нуждаются в экстренной госпитализации в хирургическое отделение.
2. Необходимо максимально раннее начало консервативной терапии, по возможности еще на догоспитальном этапе.
3. Пациентов с тяжелой степенью кровопотери целесообразно госпитализировать в отделение интенсивной терапии.
4. При профузных кровотечениях пациент из приемного покоя транспортируется в операционную, где проводят все диагностические и лечебные мероприятия.
5. Продолжающееся и недавно перенесенное кровотечение являются показанием к эндоскопическому гемостазу.
6. Продолжающееся кровотечение при неэффективности эндоскопического гемостаза является показанием к экстренной операции.
7. Остановленное кровотечение при высоком риске рецидива и при адекватной подготовке пациента является показанием к экстренной операции.
8. Остановленное кровотечение при высоком риске рецидива и при неадекватной подготовке пациента является показанием к интенсивной терапии и срочной операции.
9. Остановленное кровотечение при низком риске рецидива является показанием к консервативному лечению с возможной последующей плановой операцией.
10. Рецидив кровотечения в стационаре является показанием к экстренной операции.

### ***Эндоскопический гемостаз***

Эндоскопический гемостаз показан пациентам с кровотечениями Forrest Ia, Ib, IIa. При кровотечениях Forrest IIc, III эндоскопический гемостаз не проводится. При кровотечениях Forrest IIb проведение эндоскопического гемостаза возможно, но имеются данные об эффективности монотерапии ингибиторами протонной помпы. Применяются следующие виды эн-

доскопического гемостаза:

- моно- и биполярная диатермокоагуляция;
- лазерная фотокоагуляция;
- аргоно-плазменная коагуляция;
- инъекции этанола, адреналина или склерозантов;
- аппликация клеевых композиций;
- эндоклипирование сосудов;
- эндолигирование сосудов;
- комбинированные методы.

**Принципы консервативного лечения при язвенных кровотечениях:**

1. Строгий постельный режим около 3-х суток.
2. Инфузионная терапия в режиме *контролируемой гипотонии*, коррекция анемии (кристаллоидные, коллоидные растворы, препараты крови).
3. Парэнтеральная антисекреторная терапия (омез, эзомепразол, фамотидин).
4. Гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, этамзилат натрия, викасол, свежезамороженная плазма, криопреципитат).
5. Местная гипотермия (холод на живот). Ее эффективность не доказана.
6. По показаниям — контрольный назогастральный зонд.

По рекомендации Международного консенсуса по лечению пациентов с неварикозным кровотечением из верхнего отдела пищеварительного тракта (2010 г.), Н2-блокаторы, соматостатин и октреотид для лечения таких пациентов не показаны. Внутривенное болюсное введение с последующей непрерывной инфузией ингибиторов протонной помпы следует использовать для снижения рецидивов кровотечения и смертности при успешном эндоскопическом гемостазе. Внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (3–5 сут.) заменяется их пероральным приемом. К примеру, схема применения эзомепразола (нексиум) следующая: *в первые 72 часа*: ежедневно болюсное введение 80 мг, далее инфузия 8 мг/час.; *в последующие 4 недели*: пероральная терапия в дозировке 40 мг/сут.

Организм человека способен выдержать острую потерю 2/3 объема эритроцитов, но утрата 1/3 объема плазмы приводит к летальному исходу. В связи с этим при кровотечениях первоочередной задачей является устранение дефицита ОЦК. ЦВД ниже 3–5 см вод. ст. свидетельствует о гиповолемии. Инфузионную терапию проводят до достижения уровня ЦВД 10–12 см водного столба и диуреза до 25–30 мл/ч.

**Инфузионные среды**

Среди кристаллоидных растворов наиболее часто применяют 0,9 %-ный раствор натрия хлорида, раствор Рингера, дисоль, трисоль, ацесоль, лактасол.

В качестве коллоидных растворов используют полиглюкин, реополиглюкин, реоглюман, желатиноль, 6 и 10 % гидроксипроксиэтилкрахмал (ГЭК), НАЕС, альбумин.

### ***Схема консервативной терапии в зависимости от степени кровопотери***

При кровопотере 20 % объема ОЦК (до 1000 мл) коррекция заключается в инфузии кристаллоидов в объеме до 100–150 % величины кровопотери, в том числе возможна инфузия коллоидов до 20 % общего объема. Компоненты крови не показаны.

При кровопотере 20–30 % ОЦК (1000–1500 мл) производится инфузия кристаллоидов (до 60 % объема) и коллоидов (до 20 % объема), свежезамороженной плазмы (до 20 % объема) с общим объемом инфузии до 150–220 % величины кровопотери. Трансфузия эритроцитарных сред не показана.

При кровопотере 30–40 % ОЦК (1500–2000 мл и выше), гемоглобине 65–70 г/л и гематокрите 25–28 % показано переливание эритроцитарной массы или эритроцитарной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами (ЭМОЛТ), по показаниям — тромбоцитарной массы. На первом этапе производят инфузию коллоидных (до 30 % общего объема) и кристаллоидных растворов (до 20 % объема), затем проводят терапию анемии. Общий объем инфузии должен быть до 220–300 % величины кровопотери, в том числе до 20 % объема эритроцитарной массы и до 30 % свежезамороженной плазмы.

#### ***Критерии рецидива кровотечения***

Существуют клинические и эндоскопические критерии угрожающего рецидива кровотечения. К клиническим критериям относят тяжелую кровопотерю, возраст старше 65 лет, результат по шкале APACHE III > 85 баллов, по шкале APACHE II > 11 баллов. К эндоскопическим критериям относятся кровотечения по Forrest Ia, Ib, IIa, каллезная и пенетрирующая язва, язва задней стенки двенадцатиперстной кишки.

#### ***Показания и выбор метода операции***

В случае профузного кровотечения, неэффективности консервативных и эндоскопических методов гемостаза, рецидива кровотечения в стационаре показано экстренное оперативное вмешательство.

При наличии эффекта от консервативных и эндоскопических методов гемостаза, но высоком риске рецидива кровотечения производится срочная операция в течение 12–24 часов от поступления. Это время необходимо для адекватной подготовки пациента к вмешательству.

Выбор метода операции, прежде всего, зависит от локализации и характера кровоточащей язвы, тяжести состояния пациента и степени операционного риска. Пациентам преклонного возраста с предельной степенью операционного риска, а также при кровотечениях из острых язв применяются иссечение и прошивание кровоточащей язвы. Следует отметить, что прошивание хронической язвы может применяться лишь в крайних случаях, так как при этом почти в половине наблюдений наступает рецидив кровотечения с вероятностью летального исхода до 60–70 %. В остальных случаях показаны радикальные органосохраняющие или резецирующие вмешательства.

*Операции, применяемые при дуоденальной кровоточащей язве:*

1. СПВ с иссечением язвы.
2. СВ с иссечением язвы и пилоропластикой.
3. Органосберегающие операции (антрумэктомия с ваготомией).
4. Резекция желудка по Бильрот-1.
5. Резекция желудка по Бильрот-2.

*Операции, применяемые при желудочной кровоточащей язве:*

1. Резекция желудка по Бильрот-1.
2. Резекция желудка по Бильрот-2.

В зависимости от локализации желудочных язв могут применяться нетипичные варианты резекций: лестничная, проксимальная.

## ЯЗВЕННЫЙ ДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Дуоденальный стеноз (ДС) является прерогативой больных ЯБДК и развивается в среднем у 5 % пациентов. Соотношение мужчин и женщин составляет 4: 1. Факторами риска ДС являются частые и длительные обострения, неадекватное консервативное лечение, ушивание прободной язвы в анамнезе. Большинство пациентов составляют мужчины среднего возраста. При ЯБЖ стенозы практически не встречаются. В Беларуси на каждые 100 тыс. населения по поводу стеноза в последние годы производится в среднем около 5 операций в год. Эти пациенты составляют от 20 до 45 % всех оперированных по поводу осложненной ЯБДК. В структуре летальности от ЯБ на долю стеноза приходится 11–13 %, при этом летальность в 1,5–2 раза выше, чем при хирургическом лечении неосложненной ЯБ. На рисунках 16 и 17 (приложение) представлена многолетняя динамика частоты плановых операций при ЯБ у населения Беларуси. Во второй половине 80-х гг. имел место впервые описанный и обоснованный (Лобанков В. М., 2004) «чернобыльский пик» плановой хирургии ЯБ. Феномен имел место во всех регионах БССР независимо от радиоактивного загрязнения территории и был вызван «информационным стрессом» аварии, коснувшимся, в первую очередь, пациентов с высоким образовательным и социальным статусом. Обострения ЯБ отличались своей длительностью и торпидностью к консервативной терапии в стандартные сроки. Формально понимаемая «неэффективность» консервативной терапии побуждала врачей много чаще направлять больных к хирургам. Адаптация населения к информационному стрессу произошла за 4-летний период. Достоверных данных о росте частоты стенозов в «чернобыльские годы» нет. Видимо, этот процесс в популяционном масштабе более инертный. Феноменом «чернобыльского пика» плановой хирургии ЯБ объясняется отсутствие роста частоты прободных язв в те годы. Участвовавшие плановые операции у ряда пациентов с тяжелым течением ЯБ стали мерой, предупредившей у них развитие перфорации.

Впервые сужение выхода из желудка было описано во 2-й половине XVII-го века. В 1881 г. Ruydygier успешно произвел первую резекцию желудка с гастродуоденоанастомозом «конец-в-конец» больному с язвенным стенозом. Гастроэнтеростомию при язвенном стенозе впервые выполнил Н. Д. Монастырский в 1882 г. В 1881 г. Richter, а в 1882 г. — Loreta предложили пальцевое расширение зоны стеноза через гастротомию. В 1886 г. Heineke, а в 1887 г. — Miculicz, независимо предложили пилоропластику, позже названную их именами. Первую ваготомию с лечебной целью выполнил в 1901 г. Jaboulay.

### ***Патоморфология стеноза***

Морфологическим субстратом стеноза является обратимый периульцерозный инфильтрат при активном язвенном процессе (около 80 %) и рубцовое сужение просвета, сохраняющееся и в стадии ремиссии ЯБ, а также сочетание этих механизмов. Российский гастроэнтеролог Я. С. Циммерман и соавт. (2001) обнаружили, что инфильтрация связана с локальной активацией кокковой флоры, в частности гемолитического стрептококка, персистирующего в дуоденальной слизистой. Заживление язвы сопровождается необратимыми изменениями в циркулярном мышечном слое стенки двенадцатиперстной кишки, замещением миоцитов соединительной тканью различной степени зрелости, вплоть до фиброзной. Пусковыми моментами этого процесса являются: пенетрация язвы, агрессивный кислотно-пептический фактор, активация перекисного окисления липидов, нарушение энергетического баланса слизистой оболочки, аутоиммунный компонент. На этом фоне происходит постепенное и необратимое сужение просвета двенадцатиперстной кишки. В этом процессе определенную роль также играет спаечный процесс, являющийся следствием перенесенных периульцерозных инфильтратов. В. И. Оноприев и соавт. (1998) при исследовании патоморфологии осложненной дуоденальной язвы показали, что на отдалении до 1,5 см от ее фиброзного слоя отмечаются выраженные разрастания соединительной ткани, которые распространяются циркулярно в сегменте язвы или постязвенного рубца, замыкаясь в кольцо. Соединительнотканые тяжи обнаруживаются в подслизистом, мышечном и серозном слоях.

Многими авторами было отмечено, что при дуоденальной язве вовлечение привратника в зону стеноза наблюдается редко. По данным D. Rignault и соавт. (1985), стеноз всегда является постпилорическим. Поэтому традиционно применяемые термины «стеноз привратника», «стеноз выходного отдела желудка», «пилородуоденальный стеноз» являются некорректными. В подавляющем большинстве случаев имеет место чисто дуоденальный или бульбарный (реже — постбульбарный) стеноз.

### ***Классификация***

Принятая в отечественной медицине классификация Е. Л. Березова по степеням подразделяет стеноз на компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный. В 1977 г. Ю. М. Панцырев и соавт. предло-

жили модифицированный вариант классификации, основанный на сопоставлении показателей функционального состояния желудка с клиническими, рентгенологическими и эндоскопическими данными. При этом были выделены: формирующийся (I степень), компенсированный (II степень), субкомпенсированный (III степень) и декомпенсированный (IV степень) стеноз. Некоторые авторы различают обратимую и необратимую фазы стадии декомпенсации. В зависимости от преобладания морфологического компонента выделены 3 основные формы стеноза: инфильтративная, инфильтративно-рубцовая и рубцовая.

### ***Клиника***

Общим для больных со стенозами являются признаки гастростаза. При рубцовых стенозах в стадии компенсации и субкомпенсации в клинике преобладает чувство переполнения в эпигастральной области после приема пищи, эпизодическая рвота, приносящая облегчение. Возможен дефицит массы тела.

При инфильтративных стенозах клиника более яркая, пациентов беспокоят боли в эпигастрии, в том числе и ночные, изжога. Рвота более частая, обезвоживание наступает быстрее. Отмечается прогрессирующая потеря массы тела.

В стадии декомпенсации состояние пациента значительно ухудшается, происходит резкое обезвоживание. Чувство переполнения и распирания в эпигастрии вынуждает пациента самостоятельно вызывать рвоту, при этом рвотные массы содержат разлагающиеся остатки давно принятой пищи. Имеется значительный дефицит массы тела, вплоть до кахексии. Окраска кожи землистая, тургор резко снижен. Язык сухой. В результате гипокалиемии появляются выраженная мышечная слабость, нарушения сердечного ритма. В эпигастрии определяется «шум плеска».

Самым тяжелым проявлением ДС язвенной этиологии является гипохлоремия (ахлоргидрия) с последующим развитием комы. Последняя обусловлена алкалозом, гипокалиемией, гипокальциемией, гипохлоремией, азотемией. Азотемия развивается в результате снижения почечного кровотока на фоне обезвоживания организма. В связи с почечной недостаточностью из крови не выводятся «кислые» продукты обмена веществ, pH крови снижается, алкалоз переходит в ацидоз, гипокалиемия сменяется гиперкалиемией. Без срочной коррекции гипохлоремическая кома приводит к гибели всех пациентов. Средняя частота встречаемости этого осложнения составляет около 2 % среди всех пациентов с язвенным стенозом. В состоянии пациентов, вплоть до крайне тяжелого, часто имеется нарушение сознания. Характерны симптомы Труссо («рука акушера») и Хвостека (подергивание мышц лица при поколачивании в проекции n. facialis). Желудок может контурироваться на брюшной стенке, определяется «шум плеска». При зондировании желудка выделяется огромное количество застойного содержимого с признаками гниения.

### ***Диагностика***

В инструментальной диагностике стенозов язвенной этиологии применяются эндоскопический, рентгенологический, функциональный и другие методы, причем наибольшее распространение получили эндоскопический и рентгенологический.

### ***Эндоскопическое исследование***

При эндоскопическом исследовании обращают внимание на наличие, размеры, форму язвы, состояние окружающей слизистой. Учитывают объем и характер желудочного содержимого натошак, оценивают тонус стенок, активность перистальтики, форму и функцию привратника, выявляют наличие рубцовой деформации и престенотических псевдодивертикулов луковицы двенадцатиперстной кишки. Также отмечают возможную атонию кардии, признаки рефлюкс-эзофагита.

Для всех форм стенозов эндоскопически характерно увеличение желудка в размерах, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, наличие значительного содержимого натошак. Помимо этого, для инфильтративной формы стеноза характерны следующие признаки: наличие язвы, отек и гиперемия слизистой, ригидность зоны стеноза, перестройка рельефа слизистой супрастенотического отдела, множественные мелкоточечные эрозии, легкая ее ранимость.

### ***Рентгенологическое исследование***

При полипозиционном рентгенологическом исследовании изучают наличие содержимого натошак, форму, величину и положение желудка, смещаемость его различных отделов, эластичность стенок, перистальтику, скорость и характер эвакуации контраста из желудка. Определяют степень и протяженность деформации пилородуоденальной зоны, наличие «язвенной ниши», периульцерозного инфильтрата, их размеры и локализацию. Для определения степени стеноза проводят досмотр через 6, 12 и 24 ч.

В стадии компенсации рубцового стеноза желудок увеличен в размерах, перистальтика сохранена, эвакуация замедлена до 12 ч.

При субкомпенсированном рубцовом стенозе помимо увеличения желудка в размерах наблюдается ослабление перистальтической активности. В этой стадии возможен симптом «трехслойного желудка» (трехслойное содержимое — контрастное вещество, слизь, газ). Задержка эвакуации составляет более 12 ч.

В стадии декомпенсации желудок резко увеличен в размерах, атоничен. Задержка эвакуации бариевой взвеси составляет более 24 ч.

Для инфильтративной формы стеноза, помимо вышеуказанных, характерны следующие признаки: наличие язвы, грубая перестройка слизистой и снижение эластичности в зоне стеноза, изменение рентгенологической картины области сужения при инструментальной пальпации, перестройка слизистой супрастенотического отдела.

### ***Ультразвуковое исследование (УЗИ) при стенозах***

Для получения дополнительной информации о патоморфологической форме стеноза производят УЗИ желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки. Исследование выполняется натощак. За 10–15 мин до него пациенту дают внутрь 600–800 мл дегазированного изотонического раствора хлорида натрия. После этого производится ультразвуковое сканирование пилородуоденальной зоны. Необходимо использовать УЗИ аппарат с широким диапазоном рабочей частоты датчиков (3,5–7,5 МГц). Пациент обследуется в двух основных положениях: лежа на спине и правом боку. Для лучшей визуализации могут применяться другие позиции.

Наилучшая визуализация достигается в момент прохождения контраста (дегазированный раствор) по участку стеноза. Изучают размеры, толщину стенки и ее послойное строение, активность перистальтики. Особое внимание уделяют непосредственному месту сужения, оценивают его протяженность, наружный и внутренний диаметр, толщину и эхогенность стенки кишки, вовлеченность в процесс близлежащих органов.

Важнейшим критерием, характеризующим инфилтративный процесс, является утолщение стенки луковицы двенадцатиперстной кишки в зоне стеноза более 5 мм.

### ***Функциональные методы исследования***

Для изучения компенсаторных возможностей желудочной моторики могут применяться такие методы, как внутрижелудочная манометрия, зондовая или периферическая электромиография, сцинтиграфия. Эти и другие методики могут сопровождаться фармакологическими пробами.

Особенности кислотопродукции, состояние антрального ошелачивания изучаются с помощью секреторных тестов. В их числе аспирационно-титрационный метод, внутрижелудочная пристеночная рН-метрия и др.

В настоящее время функциональные методы чаще применяются с научной целью.

### ***Тактика при стенозах и выбор метода операции***

Так как начавшийся процесс сужения дуоденальной зоны носит прогрессирующий характер, стеноз язвенной этиологии является абсолютным показанием к плановому оперативному лечению и лучше это сделать до развития декомпенсации.

Основным в предоперационной подготовке пациентов с язвенным стенозом традиционно является коррекция электролитных и белковых нарушений. Используются трансфузии солевых растворов, глюкозы, альбумин, растворы аминокислот, жировые эмульсии и т. д.

При возможности с помощью эндоскопа через зону стеноза в тощую кишку проводится тонкий зонд и осуществляется энтеральное питание, в том числе сбалансированными пищевыми смесями: «Нутризон», «Изокал», «Фризубин». Обязательна ежевечерняя декомпрессия и промывание желудка через зонд.

При выявлении инфильтративной или инфильтративно-рубцовой форм стеноза в предоперационном периоде, помимо традиционных мероприятий, необходимо проведение интенсивного противоязвенного лечения на основе препаратов для парентерального введения, назначение антибиотиков широкого спектра действия, прокинетиков. Такое лечение проводится до 10–14 дней, а в некоторых случаях — больше.

Так как обратимая периульцерозная инфильтрация коррелирует со степенью контаминации слизистой двенадцатиперстной кишки гемолитическим стрептококком, антибактериальная терапия призвана ее уменьшить. Мы располагаем опытом полного купирования гастростаза у пациентов, поступавших с декомпенсированным стенозом (по рентгенологическим и эндоскопическим данным). Естественно, это обеспечивает наиболее благоприятные условия для выполнения операции.

При компенсированном и субкомпенсированном стенозах показаны органосохраняющие вмешательства — СПВ с одним из видов дренирующих операций.

При декомпенсированном стенозе в обратимую фазу показаны органосохраняющие или органосберегающие операции — СВ+антрумэктомия, в необратимую применяются резецирующие вмешательства.

При декомпенсированном стенозе, осложненном гипо- или ахлоргидрической комой, после интенсивной терапии в реанимационном отделении по жизненным показаниям выполняется гастроеюностомия.

#### ***Операции, применяемые при стенозах:***

##### **1. Органосохраняющие (ваготомии):**

- изолированная СПВ с перибульбарным адгезиолизисом;
- СПВ с пилоропластикой по Финнею, Хейнике-Микуличу;
- СПВ с гастродуоденоанастомозом по Жабуле;
- СПВ с дуоденопластикой (расширяющей, резецирующей, мостовидной);
- СВ с пилоропластикой. Возможен вариант лапароскопической СВ с пилоропластикой из минидоступа.

##### **2. Органосберегающие (экономные резекции):**

- антрумэктомия в сочетании с СВ.

##### **3. Резецирующие:**

- резекция желудка по Бильрот-1;
- резекция желудка по Бильрот-2.

##### **4. Гастроеюностомия.**

Во время операции проводят прецизионный перибульбарный адгезиолизис и мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. При выполнении органосохраняющего вмешательства и наличии анатомических предпосылок предпочтение следует отдавать пилоросохраняющим дренирующим операциям — дуоденопластикам. Применяются следующие варианты дуоденопластики: расширяющая, резецирующая (включая циркуляр-

ную резецирующую) и комбинированная. Для снижения риска анастомозита используется двухрядный шов Пирогова-Матешука, возможно применение однорядного шва. Во время выполнения дренирующей операции производится назоинтестинальная интубация для ранних энтеральных инфузий. Дистальный конец зонда (изготавливается интраоперационно из системы для в/в вливаний) устанавливают в 50–60 см за связкой Трейца.

### ***Послеоперационный период***

С 1-х суток через назоинтестинальный зонд осуществляется энтеральная инфузионная терапия растворами электролитов (физиологический раствор, раствор Рингера, дисоль, трисоль и др.) и глюкозы. Соответственно сокращается объем внутривенных инфузий. Со 2–3-х суток назначают энтеральное питание (пиво, мясные, рыбные бульоны, официнальные смеси «Фризубин», «Нутризон»). Длительность зондового питания составляет 5–7 суток. До 3-х суток, по показаниям, проводят зондовую фракционную декомпрессию желудка. За 1–2 суток до удаления зонда дают пробный прием пищи через рот. Энтеральная терапия способствует раннему восстановлению перистальтики кишечника и тонуса желудка. На рисунках 18 и 19 (приложение) представлены Р-граммы желудка больного с декомпенсированным ДС до операции и 3 месяца спустя СПВ и резецирующей дуоденопластики. У пациента после операции применялись ранние энтеральные инфузии. Адекватная операция и периоперационное ведение обеспечили больному сохранность и функциональность не только желудка, но и привратника.

## **ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ**

*Пенетрация* — это осложнение ЯБ, частота которого среди оперируемых пациентов и по данным аутопсий составляет 5–10 %, нередко сочетается с другими осложнениями ЯБ (кровотечение, стеноз). Чаще наблюдается у мужчин, в основном при длительном язвенном анамнезе. Подтвержденная пенетрация рассматривается как относительное показание к операции. По мере повышения эффективности консервативной терапии ЯБ значимость этого осложнения как аргумента для хирургической тактики лечения снизилась.

Пенетрирующая язва проходит 3 стадии формирования:

1. Деструкция всех слоев стенки двенадцатиперстной кишки или желудка.
2. За счет перипроцесса — фиброзное сращение с прилежащим органом.
3. Пенетрация в ткань припаянного органа.

Дуоденальная язва может пенетрировать в головку поджелудочной железы, гепатодуоденальную связку, стенку желчного пузыря.

Желудочная язва может пенетрировать в гепатогастральную связку, поджелудочную железу, печень, поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку.

При пенетрации язвы течение болезни становится более тяжелым. К клинике ЯБ присоединяются симптомы, свойственные заболеваниям органов, вовлеченных в патологический процесс. Боли становятся интенсивными, постоянными, резистентными к лечению. Усиливается тошнота, учащается рвота, может появиться субфебрильная температура. При пенетрации часто наблюдаются профузные язвенные кровотечения, стенозы. Могут развиваться и другие тяжелые осложнения: межорганные свищи (холецисто-дуоденальный, холедохо-дуоденальный, колоно-дуоденальный), массивные воспалительные инфильтраты, острый панкреатит, обтурационная желтуха. При формировании внутренних свищей интенсивность болевого синдрома уменьшается, так как желчь и кишечное содержимое нейтрализует соляную кислоту.

При эндоскопическом исследовании пенетрирующая язва представляет собой глубокий обрывистый кратер с высокими краями в виде вала. Рентгенологическим признаком пенетрации язвы является наличие глубокой ниши в желудке или двенадцатиперстной кишке, выходящей за контуры органа. При пальпации может быть отмечена малая подвижность зоны пенетрации язвы.

Консервативное противоязвенное лечение при пенетрирующих язвах представляет трудности. Нередко требуется плановое оперативное лечение.

При пенетрирующей дуоденальной язве показана ваготомия или резекция желудка, при пенетрирующей желудочной язве выполняют только резецирующие вмешательства. При резекциях дно пенетрирующей язвы оставляют на органе, в который она пенетрировала.

## **МАЛИГНИЗАЦИЯ ЯЗВЫ**

Малигнизация язвы традиционно рассматривается неблагоприятным исходом длительно существующей ЯБЖ. Взгляды на частоту малигнизации язв желудка противоречивы и менялись со временем, сегодня считается, что этот риск не менее 10 %. Реже наблюдается истинная малигнизация, чаще встречается первично-язвенная форма рака желудка. При этом клиника может быть как при типичной ЯБЖ — с периодами обострения и ремиссии, при которых наблюдается заживление язвенного дефекта. Современное консервативное лечение снизило пропорцию резистентных или торпидных язв. Между тем, даже повторные «негативные» биопсии, чувствительность к терапии, макроскопические характеристики язвы — полностью не исключают риск малигнизации или первично язвенной формы рака желудка. Повышенную склонность к малигнизации имеют каллезные язвы больших размеров, а также язвы, расположенные в кардиальном отделе желудка и на большой кривизне. При ЯБДК озлокачествления не бывает.

Имеются определенные рентгенологические и эндоскопические признаки злокачественных язв желудка: большие размеры язв (более 3 см в диаметре), неправильная форма язвенного дефекта с неровными и бугристыми краями, инфильтрация слизистой оболочки вокруг язвы, конвергенция складок, ригидность стенки желудка в зоне локализации язвы.

Основой диагностики является гастроскопия с полипозиционной биопсией и последующим гистологическим исследованием. Гастробиопсия проводится также из постязвенного рубца. Следует иметь в виду, что истинная природа язвенного дефекта нередко устанавливается только после морфологического исследования операционного материала.

Малигнизация язвы является абсолютным показанием к плановой операции. Объем вмешательства соответствует принципам хирургии рака желудка. Минимально радикальной операцией является субтотальная резекция желудка.

## **ПОПУЛЯЦИОННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Резюмируя хирургические подходы к лечению данного контингента больных, представляем концепцию популяционной хирургической активности (ПХА) при ЯБ. Понятие характеризуется совокупной частотой неотложных и плановых операций, ежегодно производимых при этом заболевании на 100 тыс. населения конкретного региона, страны. Соотношение частоты операций при перфорациях, кровотечениях и плановых вмешательствах определяют структуру показателя. На основе 30-летнего мониторинга ПХА у населения Гомельской области Беларуси установлено, что неотложная и плановая составляющие показателя находятся в обратной зависимости (рисунки 20–23, приложение). Представленные аргументы не являются исключительно «гомельским» феноменом. Анализ динамики ПХА при ЯБ и ее структуры в Беларуси за период, превышающий 20 лет (с 1990 по 2012 гг.) позволяет экстраполировать наши выводы на все ее регионы. Также мы располагаем отдельными сведениями по «хирургической эпидемиологии» ЯБ в ряде регионов России, Украины, стран Балтии и др. Общие тенденции динамики как величины ПХА при ЯБ, так и ее структуры для регионов «постсоветского пространства» весьма сходные. Признавая объективность общей величины ПХА, не будет преувеличением утверждение, что неотложная составляющая хирургической активности при ЯБ, в большей степени, величина объективная, а плановая — субъективная, во многом определяемая медицинским общественным мнением. Подтвержденная во всех регионах Беларуси обратная зависимость частоты перфоративных язв и плановых операций, является одной из значимых причин сохранения повышенного уровня неотложной хирургической активности при ЯБ в странах СНГ вследствие форсированного сокращения плановой хирургии.

Таким образом, ПХА при ЯБ — объективная величина, весьма мало зависящая от «маастрихтских» и им подобным соглашений. Она определяется популяционной тяжестью заболевания и адекватностью проводимой в регионе

лечебной стратегии, важнейшим моментом которой является оптимальный уровень плановой хирургии; — чем выше ПТ ЯБ, тем больше потребность в плановой противоязвенной хирургии. Игнорирование или непонимание этих реально существующих взаимосвязей ведет к нежелательным последствиям, в частности — росту летальности и инвалидности. В отечественных условиях подъем ПХА отмечался в периоды повышенного социального стресса. Так, на рисунке 21 (приложение) имеются два отчетливых пика показателя: 1988 г. — «чернобыльский» и 1999 г. — следствие «дефолта», так как экономика юго-восточной части Беларуси тесно интегрирована с российской. Первый, обусловленный «информационным» стрессом аварии, оказал основное воздействие на население с высоким образовательным и профессиональным статусом и через затяжные обострения ЯБ отразился, главным образом, на плановой составляющей ПХА. Частота перфоративных язв в те годы даже снизилась, так как плановые операции упредили прободение у части больных с тяжелым течением заболевания. Второй пик был связан с резким снижением уровня жизни разных слоев населения и вызвал рост всех составляющих ПХА. Уместно напомнить, что в России именно в 1999 г. была отмечена максимальная частота прободных язв, в среднем по стране превысившая 30 случаев, а в ряде регионов — даже 40!

Сегодня величина ПХА при ЯБ в Беларуси и странах СНГ примерно втрое превышает аналоги экономически развитых стран (рисунок 24, приложение). Причины такой разницы неоднозначны: это и разный уровень материального достатка, и низкая мотивация по поддержанию собственного здоровья, и невысокая эффективность официальной медицины. При чрезмерной величине ПХА ее структура сегодня аналогична таковой в Западных странах. Доля неотложных операций при язвенных кровотечениях достигла четверти, а при прободениях — превысила половину всех вмешательств.

В экономически развитых странах величина ПХА при ЯБ, естественно, не является «нулевой», но много меньше отечественного показателя. Так, в США за 1993–2006 гг. ПХА сократилась с 18 до 12 операций на каждые 100 тыс. населения. При этом структура показателя осталась практически неизменной. Доля неотложных вмешательств составляет около 80 % ПХА (рисунок 25, приложение). Также следует подчеркнуть, что такое сокращение ПХА происходило эволюционным путем, главным образом, за счет повышения эффективности противоязвенной терапии на фоне относительной стабильности общественных социально-экономических индикаторов.

В отечественных условиях, наглядно продемонстрированных на примере 30-летней динамики ПХА при ЯБ в Гомельской области, изменения обсуждаемого показателя происходили вследствие масштабных социальных стрессов (авария на ЧАЭС, распад СССР, экономический кризис 90-х гг.). Значительное сокращение же плановой составляющей структуры ПХА при ЯБ (по западному образцу) произошло скорее декларативно, а не из-за реального снижения потребности, как в экономически развитых странах. Так на рисунке 22 (приложение) отчетливо видно, что в Гомельской области ПХА при ЯБ в первой поло-

вине 80-х гг. по величине близка таковой второй половины «нулевых» годов, но с вдвое меньшей долей плановой хирургии! Излишне при таких переменах ожидать сокращения общей и послеоперационной летальности при ЯБ.

Как мы уже отмечали, плановая и экстренная составляющие ПХА при ЯБ в отечественных условиях находятся в обратной зависимости (рисунок 23, приложение). Чрезмерное снижение частоты плановых операций при высокой популяционной тяжести заболевания и недостаточной эффективности консервативного лечения (или при повышенной величине социального стресса) способствует росту (или поддерживает высокий уровень) частоты экстренных операций со всеми вытекающими последствиями. На рисунке 24 (приложение) можно видеть, что ПХА в 2 российских регионах (Краснодарский край и Кировская обл.) равны по величине, но более высокая частота плановой хирургии на Кубани обеспечила заметно меньшую частоту неотложной хирургии ЯБ. Естественное стремление врачей к минимизации ПХА при ЯБ должно происходить эволюционным путем с учетом выявленных взаимоотношений ее структурных составляющих в конкретном регионе. Данные по «хирургической эпидемиологии» при ЯБ из ряда регионов России, Украины и Казахстана подтверждают эти взгляды.

Высокая социальная обусловленность и зависимость ЯБ на популяционном уровне также подтверждается и на индивидуальном. Лобанковым В. М. в 2007 г. были опубликованы результаты многофакторного анализа основных анамнестических, демографических и социологических показателей 4-х репрезентативных групп больных ЯБДК с известным исходом заболевания. Данные были получены методом личного интервьюирования пациентов с заполнением специально разработанной анкеты. Первые 3 группы состояли из хирургических пациентов (перенесших неотложные операции по поводу перфоративных — 190 чел. и кровоточащих — 96 чел. язв, а также — плановые операции — 284) и четвертая — «терапевтическая», где больные 102 чел. успешно контролировали течение ЯБ консервативными мерами. В таблицах 2 и 3 (приложение) представлены основные цифровые данные этого анализа. На рисунке 26 (приложение) демонстрируется разница в уровнях медицинской активности (комплаенса) у представителей этих групп. Различное отношение к собственному здоровью отразилось и в адекватности предшествующей терапии обострений ЯБДК. Под адекватным лечением мы понимаем антисекреторное (курсовое или поддерживающее) и антихеликобактерное лечение в амбулаторных или стационарных условиях под контролем специалиста. Неадекватное лечение — это отсутствие такового вообще, бессистемное самолечение симптоматическими (спазмолитики, ферментные препараты) и «народными» средствами (сода, отвары трав, водка и др.). Рисунок 27 (приложение) демонстрирует варианты лечения в разных группах больных, а на рисунке 28 (приложение) — представлена приверженность к вредным привычкам (курению и злоупотреблению алкоголем) у пациентов. Таким образом, исход ЯБ во многом определяется отношением самого больного к своей проблеме со здоро-

вьем.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной задачей врача, занимающегося лечением больных ЯБ, является не «спасение пациента от хирурга», а контроль над течением данного хронического заболевания. При легком и средне-тяжелом клиническом варианте ЯБ это не представляет трудностей. У таких пациентов различные схемы противоязвенной терапии обычно обеспечивают благоприятные результаты лечения с незначительным риском развития осложнений. Иных подходов требуют больные с тяжелой, потенциально опасной в отношении осложнений, формой ЯБ. Такой вариант заболевания может быть обусловлен выраженной наследственной предрасположенностью. Как правило, при этом заболевание дебютирует в подростковом возрасте, отличается частыми обострениями и повышенным риском осложнений.

Гораздо чаще тяжелое течение заболевания обусловлено «ульцерогенным» образом жизни пациента. При многофакторном анализе основных анамнестических, демографических и социологических показателей разных клинических групп больных (перенесших неотложные и плановые операции, а также контролирующих течение ЯБ консервативными мерами) оказалось, что «хирургические» пациенты характеризовались значительно более низким образовательным и социальным статусом, достоверно чаще отмечали неудовлетворенность семейными отношениями (семейный дистресс), гораздо чаще были подвержены вредным привычкам (злоупотребление алкоголем и курение). Так, если среди взрослого населения курят около 55 % мужчин, среди больных с прободными язвами — более 90 %. Большинство «хирургических» пациентов (более 50 %) обладали низким уровнем медицинской активности. Это выражалось тем, что в случаях, предшествующих обострению ЯБ, около половины больных проводили бессистемное медикаментозное, как правило, симптоматическое самолечение (спазмолитики, ферментные препараты, антациды и др.). Около 16 % пациентов обходились немедикаментозными средствами (сода, отвары трав, «народные методы», водка и т. п.). Чуть больше трети больных этой группы (37 %) при обострениях лечились амбулаторно или стационарно, проходя курсовое лечение блокаторами секреции. Для сравнения в «терапевтической» группе больных более 80 % при обострениях проходили вполне адекватное амбулаторное или стационарное консервативное лечение (таблицы 2 и 3, приложение).

Необходимо подчеркнуть, что выявление основных факторов риска осложненного течения ЯБ не требует лабораторного или инструментального обследования и может быть достигнуто квалифицированным опросом больного. При диагностировании тяжелого клинического варианта ЯБ необходимо принять решение об оптимальной лечебной тактике, ориенти-

руясь на отдаленную перспективу. В идеале такое решение должно приниматься совместно гастроэнтерологом и хирургом, лично владеющим широким диапазоном операций на желудке. Формальная консультация участкового терапевта или хирурга поликлиники недостаточна! Распространенной тактической ошибкой, допускаемой врачами, является проведение лечения, направленного только на купирование настоящего обострения ЯБ. Не менее важным аспектом лечебной тактики является обеспечение благоприятного отдаленного результата. Таким образом, развитие осложнений ЯБ для большинства больных не трагическая случайность, а вполне закономерный итог заболевания.

При тяжелом варианте ЯБ, наличии соответствующих факторов риска, низком уровне медицинской активности больного — рассчитывать на достижение многолетней, в идеале — пожизненной, ремиссии (или трансформации тяжелого течения заболевания в легкое) можно в результате наиболее эффективного медицинского вмешательства. Оставляя приоритет за консервативными методами, следует помнить, что у ряда больных оптимальным методом лечения тяжелой формы ЯБ является плановая превентивная хирургия как самый эффективный метод из существующих медицинских вмешательств (рисунок 29, приложение). Так как среди потенциально хирургических больных преимущественно встречаются пациенты с ЯБДК, вариант выбора для них — органосохраняющая операция на основе СПВ. Операция в специализированных центрах сопровождается близкой к «0» летальностью, достаточной эффективностью (риск рецидива язвы составляет всего 10–15 % в течение 10 лет, такого результата не может обеспечить ни одна из схем противоязвенной терапии!) и высоким качеством жизни, достоверно не отличающимся от не оперированных пациентов.

При язве желудка вопрос о целесообразности хирургического лечения (резекции желудка) следует ставить перед пациентом после 4–6-недельного неэффективного курса консервативной терапии. Учитывая стабильный уровень первичной запущенности при раке желудка (около 40 %), следует помнить, что даже отрицательная повторная биопсия из язвы желудка и ее частичное заживление на фоне лечения не исключают наличие первично язвенной формы рака (частота последней составляет 10–15 %). В целом факторы, определяющие стратегию лечения больных ЯБ в популяции, представлены на рисунке 30 (приложение 30).

На реальных клинико-эпидемиологических данных продемонстрирована роль и место хирургических технологий в лечении данного контингента больных. Принимая во внимание стабильно высокую заболеваемость ЯБ, выраженную ее зависимость от уровня социального стресса, низкую медицинскую культуру существенной части нашего населения, встречающуюся фальсификацию медикаментов, а также не являющуюся редкостью недостаточную квалификацию врачей, — вне всякого сомнения, актуаль-

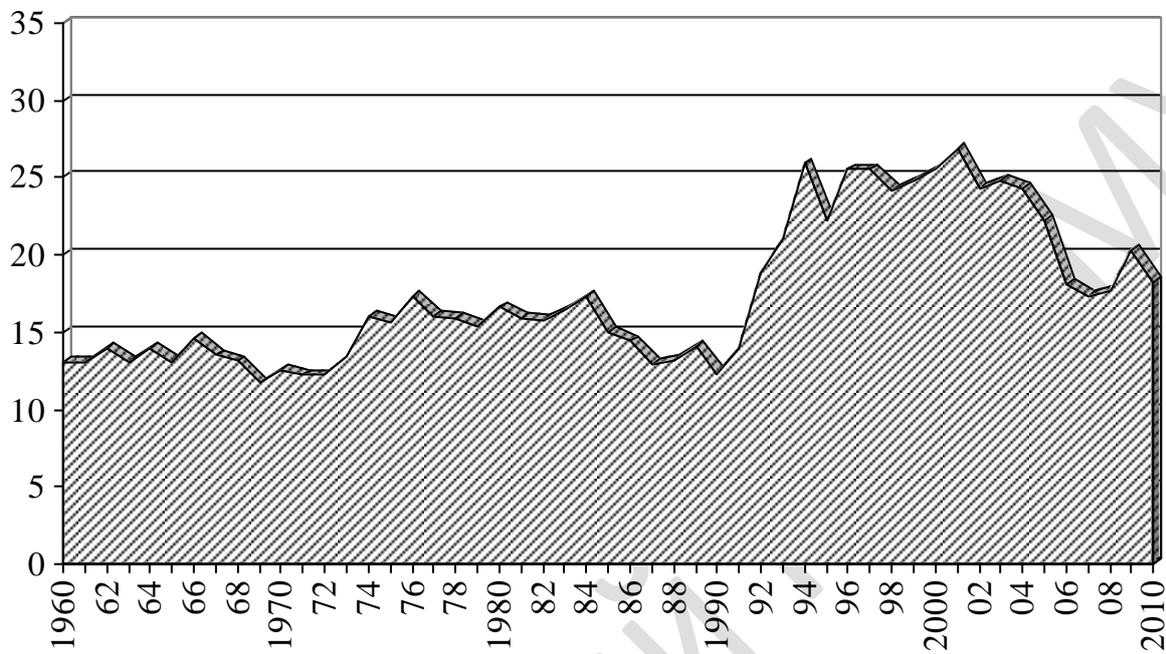
ность как самой проблемы ЯБ, так и ее хирургического лечения, включая плановое, сохранится и в будущем.

## ЛИТЕРАТУРА

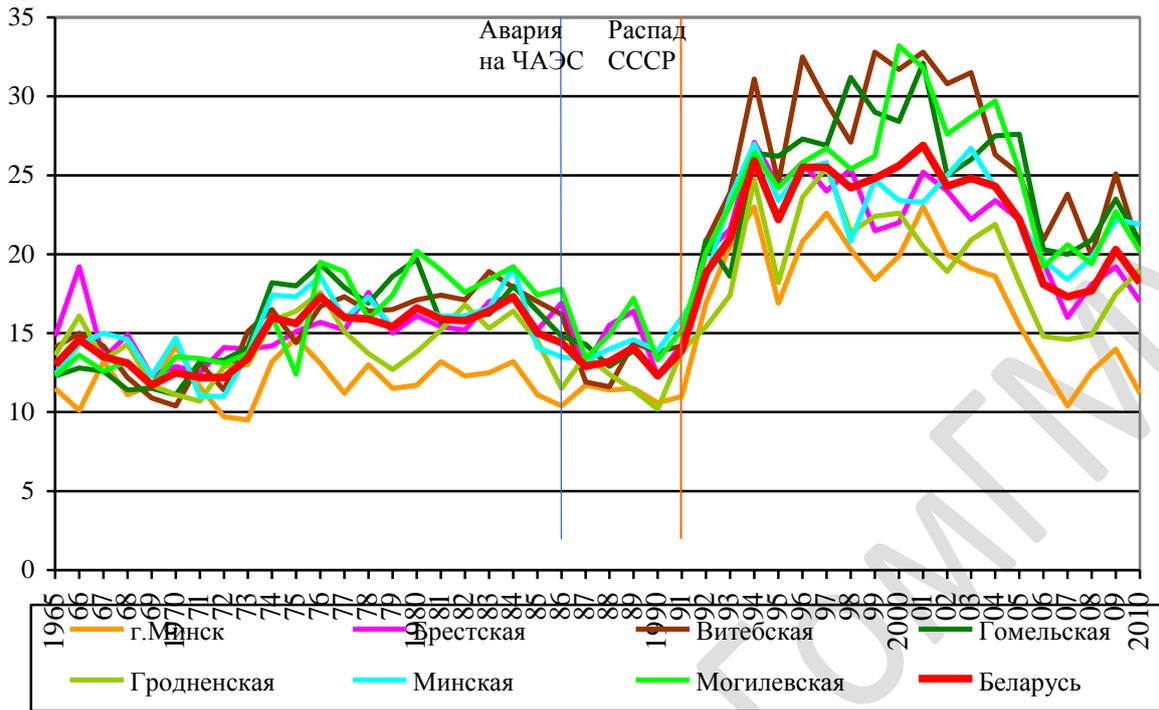
1. *Батвинков, Н. И.* Органосохраняющая хирургия язвенной болезни: практическое пособие / Н. И. Батвинков, Н. Н. Иоскевич. — Гродно, 1995. — 172 с.
2. *Гостищев, В. К.* Перитонит / В. К. Гостищев, В. П. Сажин. — М., 1992. — 78 с.
3. *Гринберг, А. А.* Неотложная абдоминальная хирургия / А. А. Гринберг. — М., 2000. — 456 с.
4. Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей / В. В. Жебровский [и др.]. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 448 с.
5. *Завада, Н. В.* Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н. В. Завада. — Минск: БелМАПО, 2006. — 117 с.
6. *Иоскевич, Н. Н.* Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины / Н. Н. Иоскевич; под ред. П. В. Гарелика. — Минск: Выш. шк., 2001. — 685 с.
7. *Итала, Э.* Атлас абдоминальной хирургии: пер с англ.: в 3-х т. / Э. Итала. — М.: Мед. Лит, 2007.
8. Клиническая хирургия / Р. Конден [и др.]; под общ. ред. Р. Кондена и Л. Найхуса: пер. с англ. — М., Практика, 1998. — 716 с.
9. *Ковалев, А. И.* Школа неотложной хирургической практики / А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов. — М. 2004. — 911 с.
10. Пропедевтика хирургической патологии / А. И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. А. И. Ковалева, А. П. Чадаева. — М.: Медицинская книга, 2006. — 640 с.
11. *Кузин, М. И.* Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М. И. Кузин // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 27–32.
12. *Маев, И. В.* Диагностические возможности трансабдоминального ультразвукового исследования желудка / И. В. Маев, Д. Т. Дичева // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2003. — № 2. — С. 78–84.
13. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза / Ю. М. Панцирев [и др.]. // Хирургия. — 2003. — № 2. — С. 18–21.
14. *Пиманов, С. И.* Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь / С. И. Пиманов. — М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000. — 378 с.
15. *Пиманов, С. И.* Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки: метод. рекомендации / С. И. Пиманов, А. В. Шиленок. — Минск, 1996. — 29 с.
16. *Призенцов, А. А.* Ультразвуковая диагностика дуоденального стеноза / А. А. Призенцов // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф., посвященной 20-летию Гомельского государственного медицинского университета (Гомель, 24–25 фев. 2011 г.) : в 4-х т. / ред. кол.: А. Н. Лызигов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2011. — Т. 3. — С. 191–193.
17. 50 лекций по хирургии / В. С. Савельев [и др.]; под общ. ред. В. С. Савельева. — М.: Изд-во «Триада-Х», 2004. — 752 с.
18. *Рычагов, Г. П.* Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии / Г. П. Рычагов. — Минск: Выш. шк., 1993. — 183 с.

19. *Савельев, В. С.* Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под редакцией В. С. Савельева. — М., Издательство «Триада-Х», 2005. — 640 с.
20. Справочник по хирургии / С. Шварц [и др.]; под общ. ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсера: пер. с англ. — СПб.: Питер Пресс, 1999. — 880 с.
21. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармако-эпидемиологического исследования / Л. С. Страчунский [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2005. — № 6. — С. 16–21.
22. Хирургические болезни: учеб.: в 2 т / В. С. Савельев [и др.]; под общ. ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
23. Хирургические болезни: учеб. / М. И. Кузин [и др.]; под ред. М. И. Кузина. — 3-е изд, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — 784 с.
24. Микрофлора слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки и ее роль в патогенезе рецидива язвенной болезни / Я. С. Циммерман и [др.] // Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. — 2001. — № 12–13. — С. 61–63.
25. *Шапошников, А. В.* Язвенная болезнь в зеркале статистики / А. В. Шапошников // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2006. — № 1. — С. 139.
26. *Шептулин, А. А.* Современный алгоритм лечения язвенной болезни / А. А. Шептулин // Клин. мед. — 2004. — № 1. — С. 57–60.
27. *Шотт, А. В.* Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. — Минск: Асар, 2004. — 525 с.
28. *Bar, L. H.* Peptical ulcer disease / L. H. Bar, L. F. Rikkers, M. W. Mulholland / ed. by M. W. Mulholland. Digestive tract surgery. — Lippencot-Raven, 1996. — P. 188–190.
29. Ulcer activity but not duodenal stenosis may regress after eradication of *Helicobacter pylori* / V. De Francesco [et al] // J. Clin. Gastroenterol. — 1999. — Vol. 29(3). — P. 290–291.
30. *Forrest, A. P. M.* Principles and practice of surgery / A. P. M. Forrest, D. C. Carter, J. B. Macleod. — Churchill Livingstone, 1989. — 672 p.
31. *Laine, L.* Peptic ulcer disease: where are we and where do we go from here? / L. Laine // In: AGA postgraduate course; May 18–19, 2002. — Course syllabus.-San Francisco. — 2002. — P. 20–25.
32. *Mann, Ch. V.* Bailey and Love's short practice of surgery / Ch. V. Mann, R.C.G. Russel. — 21<sup>st</sup> Ed. — Chapman and Hall Medical, 1992. — 1519 p.
33. Surgical treatment of complicated duodenal ulcer: controlled trials/ B. Millat [et al] // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24(3). — P. 299–306.
34. *Mulholland, M. W.* Peptical ulcer disease. Digestive tract surgery / M. W. Mulholland / Ed. L. H. Bar, L. F. Rikkers, M. W. Mulholland. — Lippencot-Raven. — 1996. — P. 188–190.
35. *O'Brien, P.* Peptic ulcer disease. Stomack and duodenum / P. O'Brien. — SCOTT.—An aid to clinical surgery. — 6-th ed. — by R.C.N. Williamson, B. P. Waxman, 1998.— P. 245–249.
36. Sabiston, D. L. Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice / D. L. Sabiston, 2001. — 2158 p.
37. *Yarze, J. C.* *Helicobacter pylori* and benign gastric outlet obstruction / J. C. Yarze //

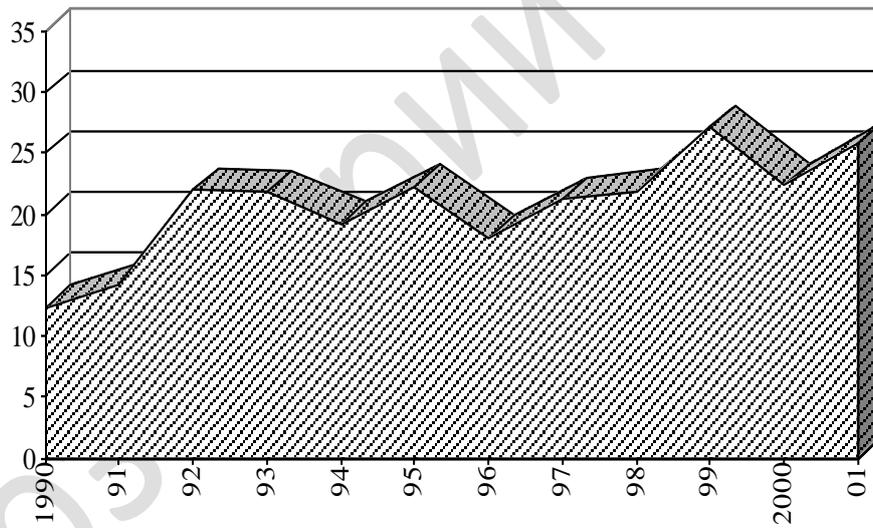
**ПРИЛОЖЕНИЕ**



**Рисунок 1 — Мониторинг частоты перфоративных язв у населения Беларуси**



**Рисунок 2 — Частота перфоративных язв у населения регионов Беларуси**



**Рисунок 3 — Частота перфоративных язв у жителей Самарской области РФ**

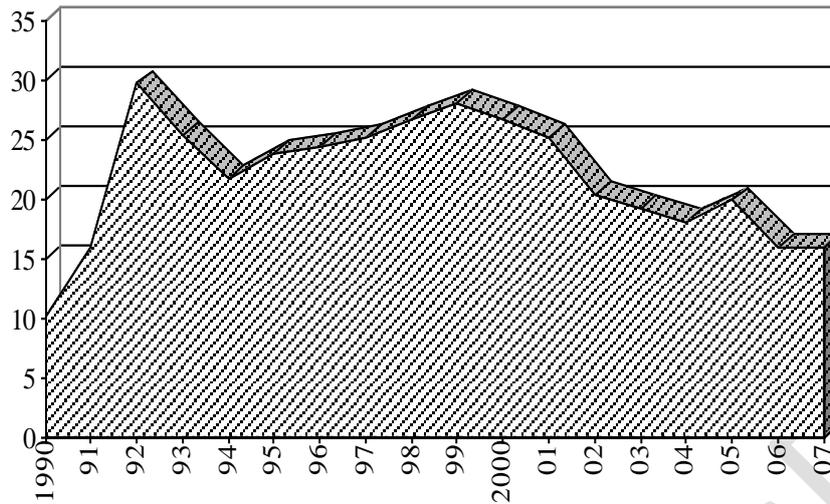


Рисунок 4 — Частота перфоративных язв у жителей Тверской области РФ

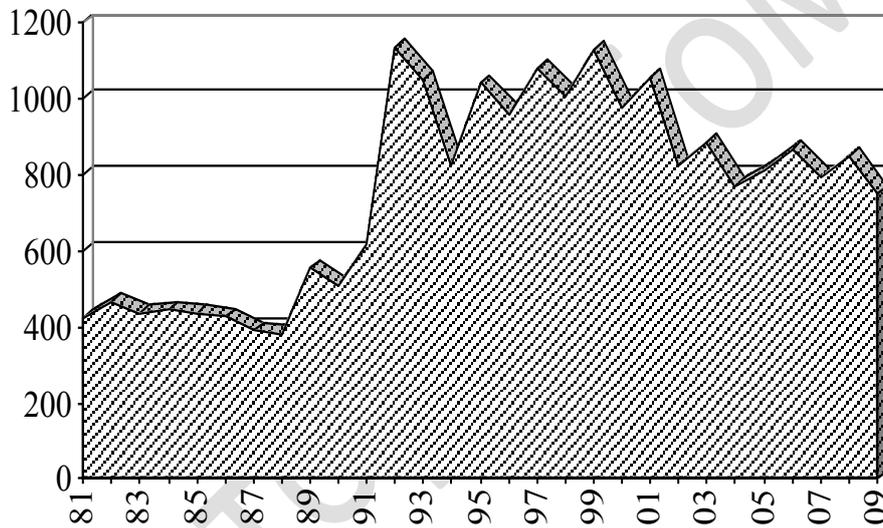


Рисунок 5 — Количество перфоративных язв у жителей Санкт-Петербурга

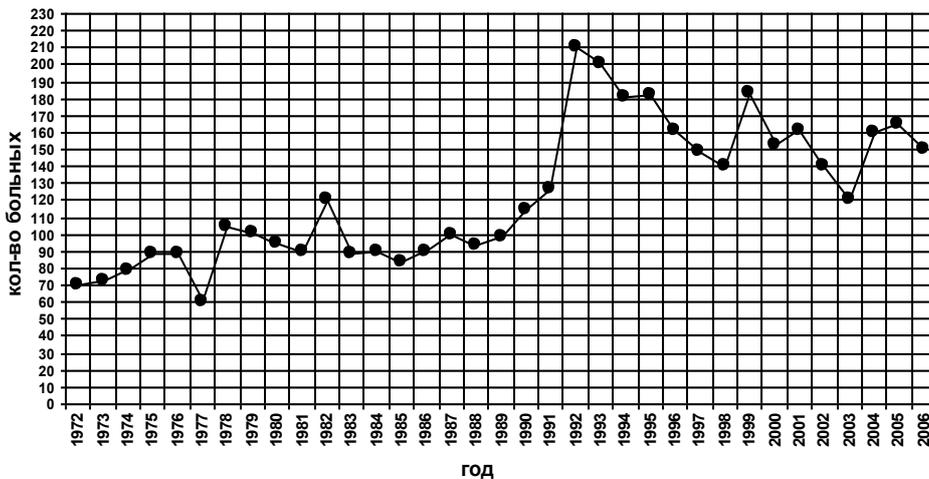
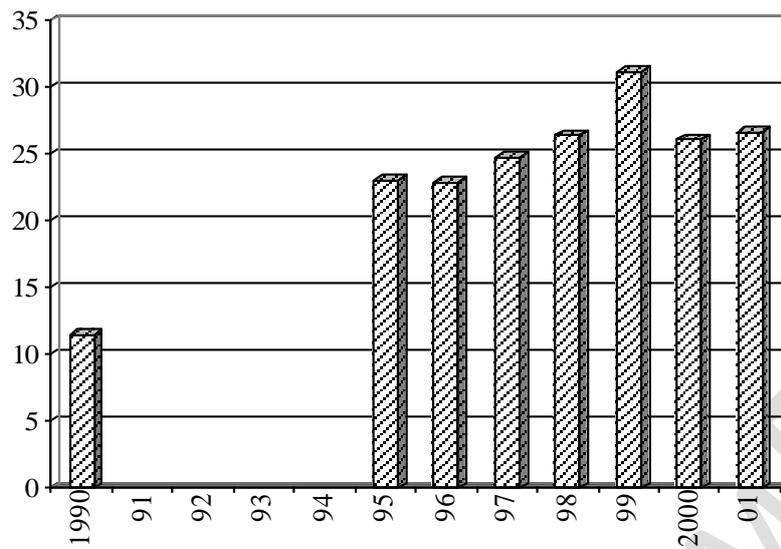
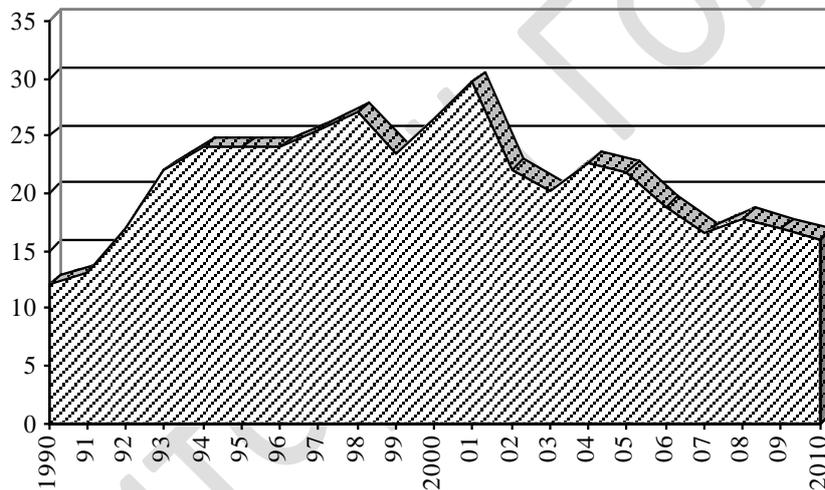


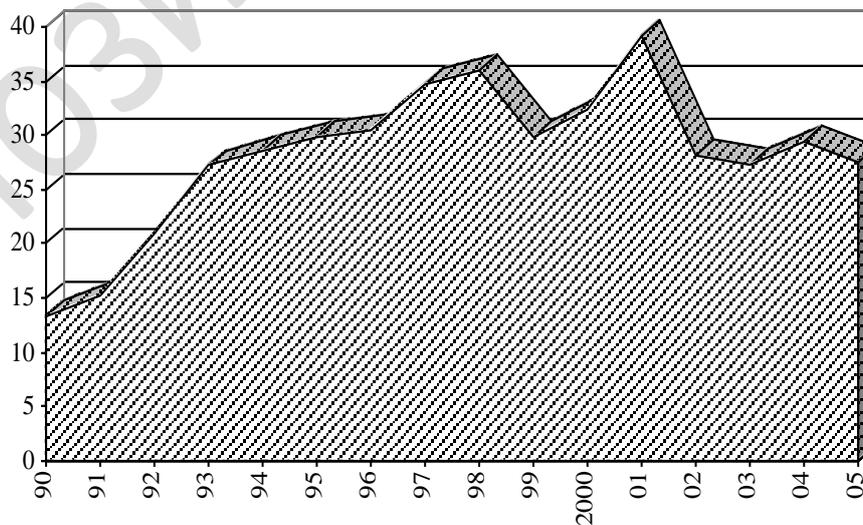
Рисунок 6 — Количество перфоративных язв у жителей Северной Осетии (по А. А. Кульчиеву и соавт., 2008)



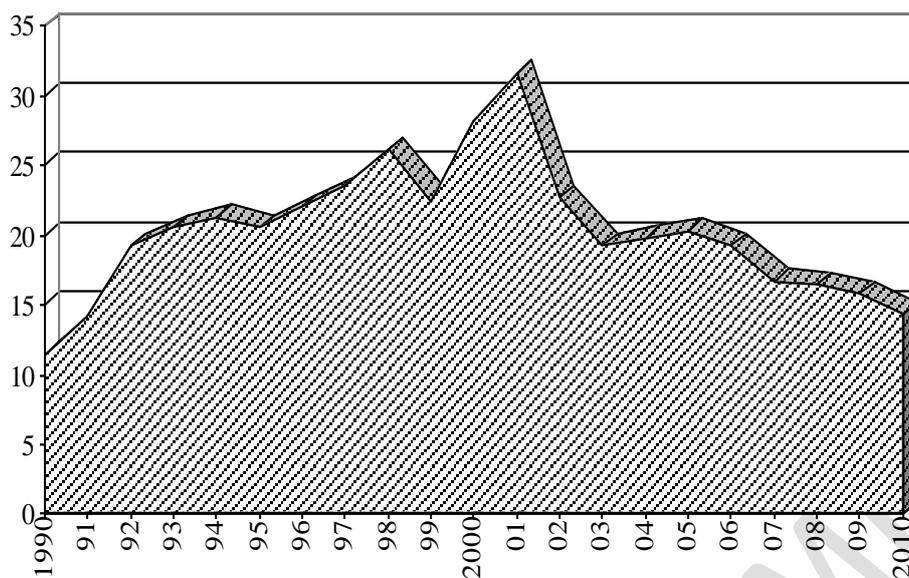
**Рисунок 7 — Частота перфоративных язв у населения России**



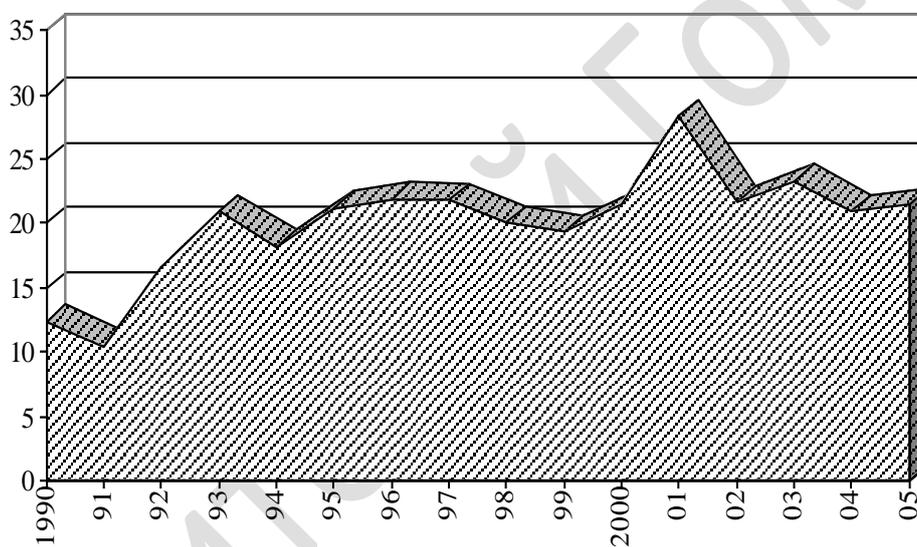
**Рисунок 8 — Частота перфоративных язв у населения Украины**



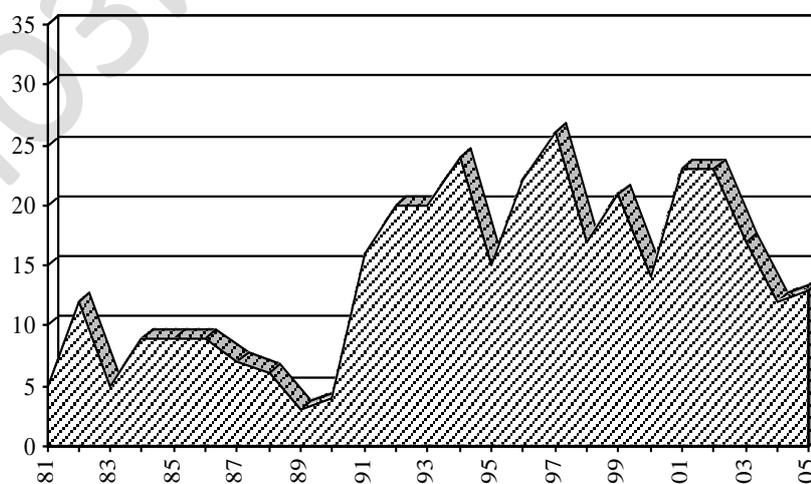
**Рисунок 9 — Частота перфоративных язв у жителей Запорожской обл. Украины**



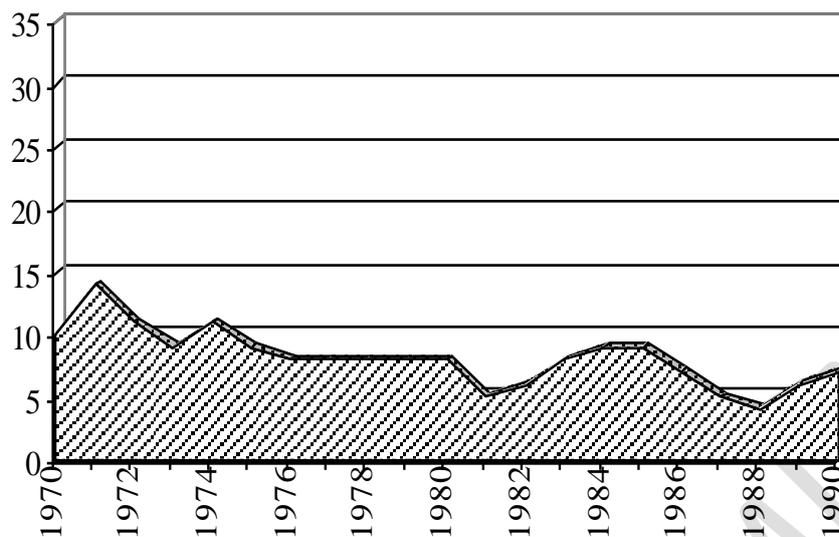
**Рисунок 10 — Частота перфоративных язв у жителей Черниговской обл. Украины**



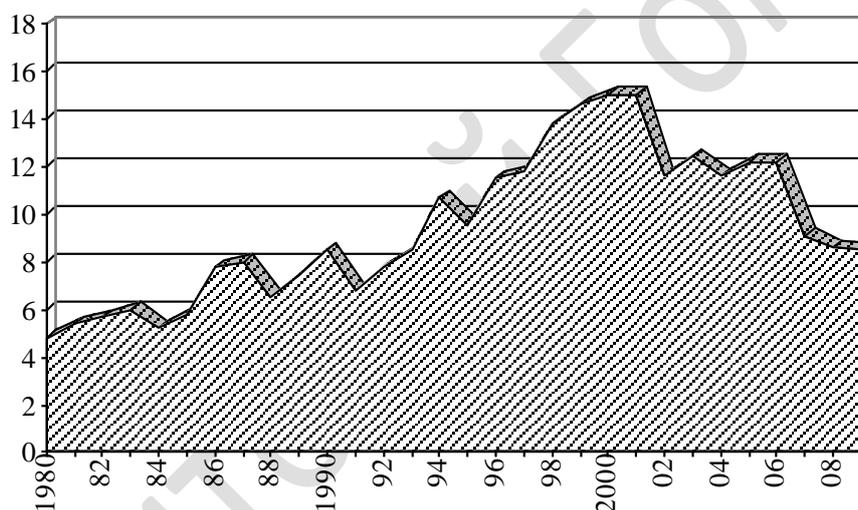
**Рисунок 11 — Частота перфоративных язв у населения Литвы**



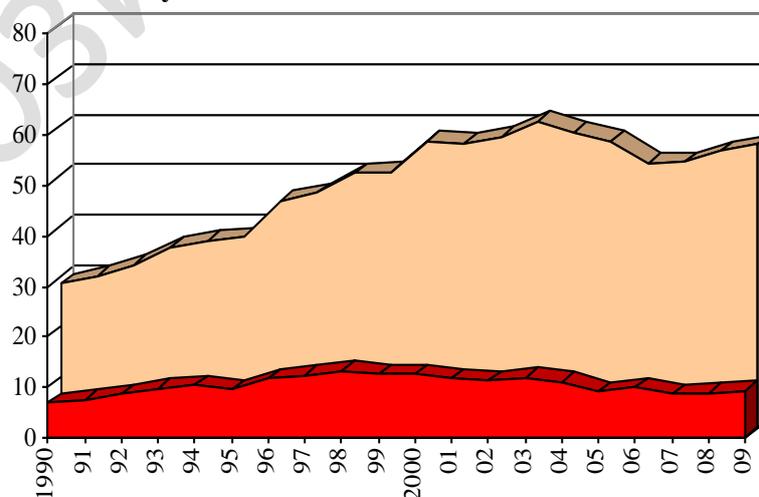
**Рисунок 12 — Частота перфоративных язв у жителей Тартуского округа Эстонии (по Т. Sillakivi, 2006)**



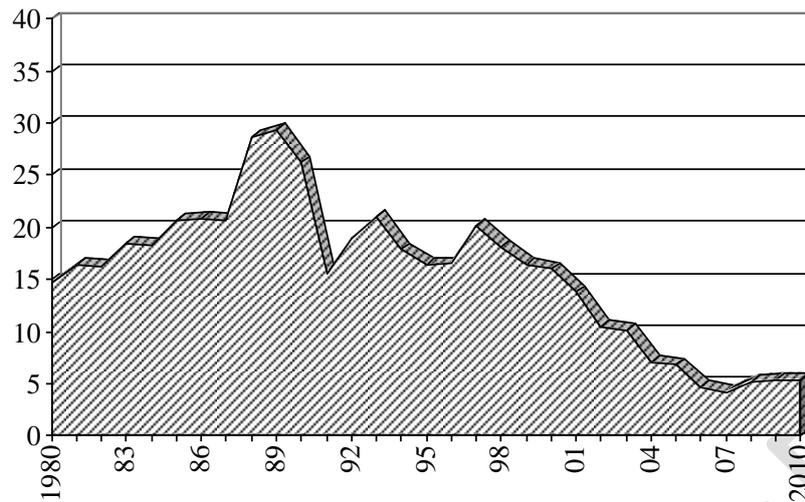
**Рисунок 13 — Частота перфоративных язв у населения США (по Soll А.Н., 1998)**



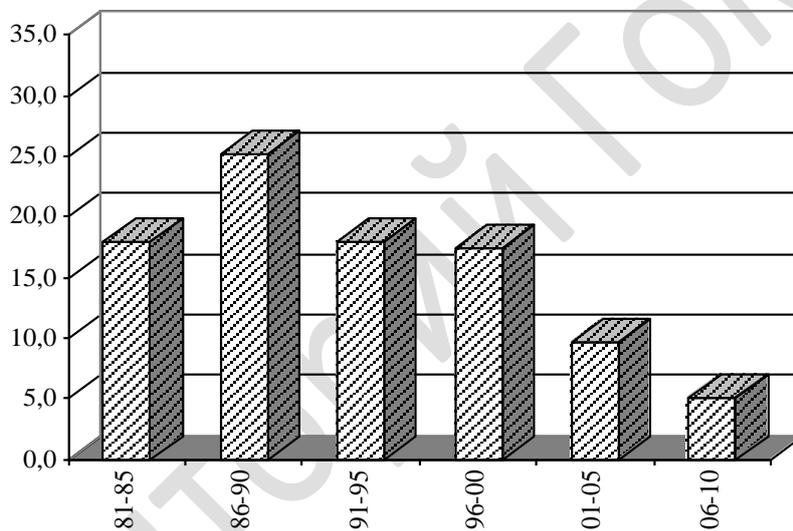
**Рисунок 14 — Частота операций при язвенных кровотечениях у жителей Гомельской области**



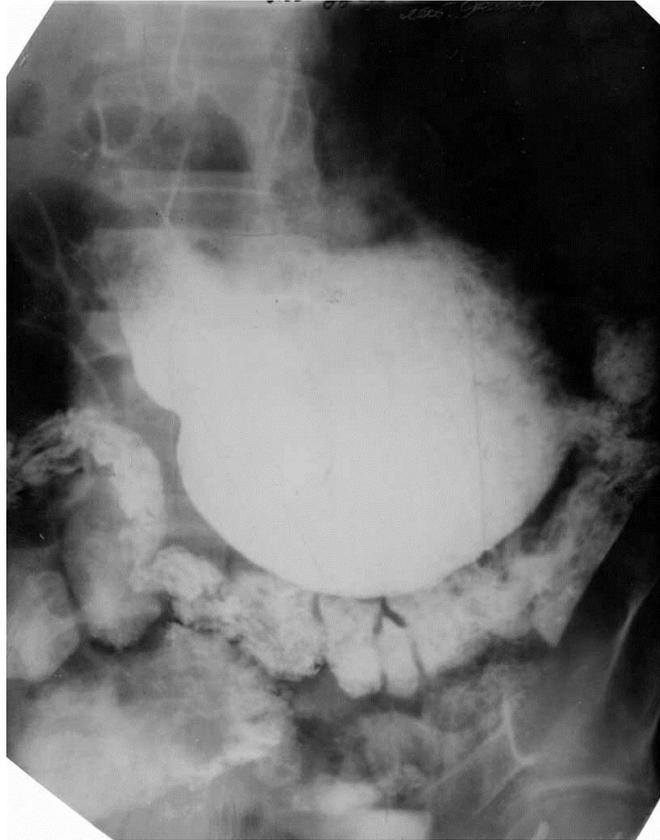
**Рисунок 15 — Частота госпитализаций и операций при язвенных кровотечениях у населения Беларуси**



**Рисунок 16 — Частота плановых операций при язвенной болезни у населения Беларуси**



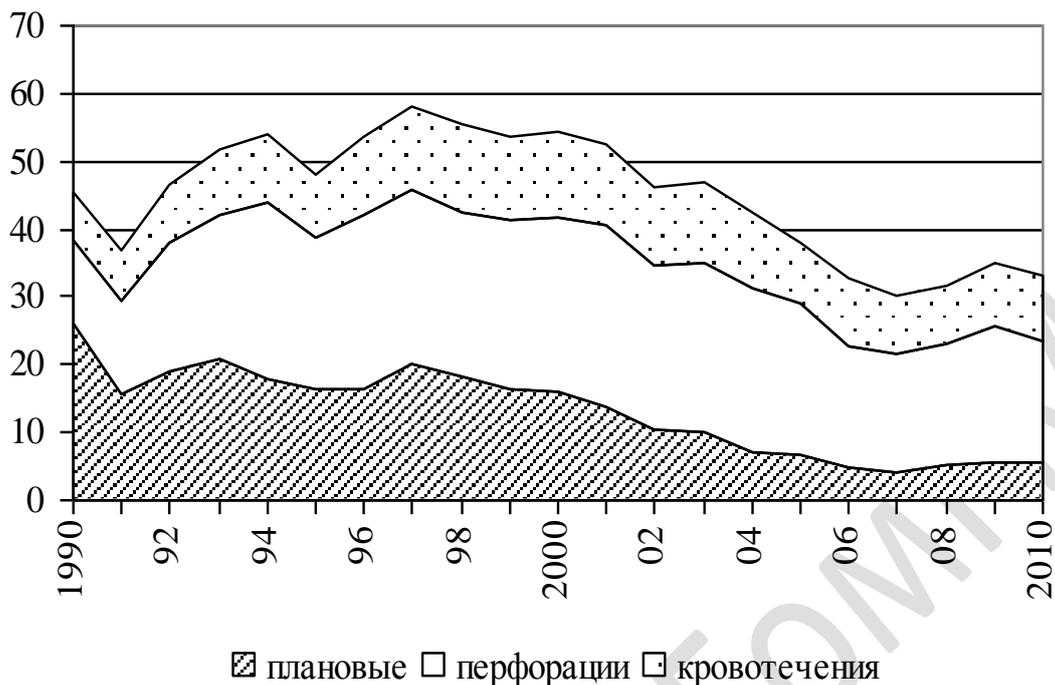
**Рисунок 17 — Частота плановых операций при ЯБ у населения Беларуси по пятилетиям**



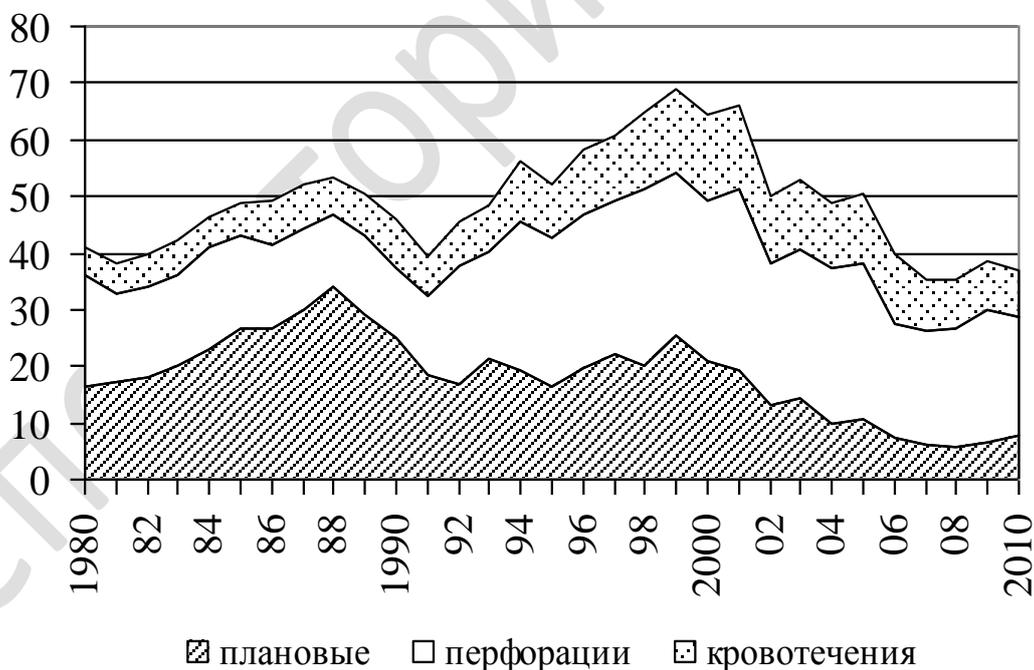
**Рисунок 18 — Рентгенограмма желудка больного М. при поступлении в стационар**



**Рисунок 19 — Рентгенограмма желудка больного М. через 1,5 месяца после операции**



**Рисунок 20 — Популяционная хирургическая активность и ее структура при язвенной болезни у населения Беларуси**



**Рисунок 21 — Популяционная хирургическая активность при ЯБ и ее структура у жителей Гомельской области (операций на 100 тыс. населения)**

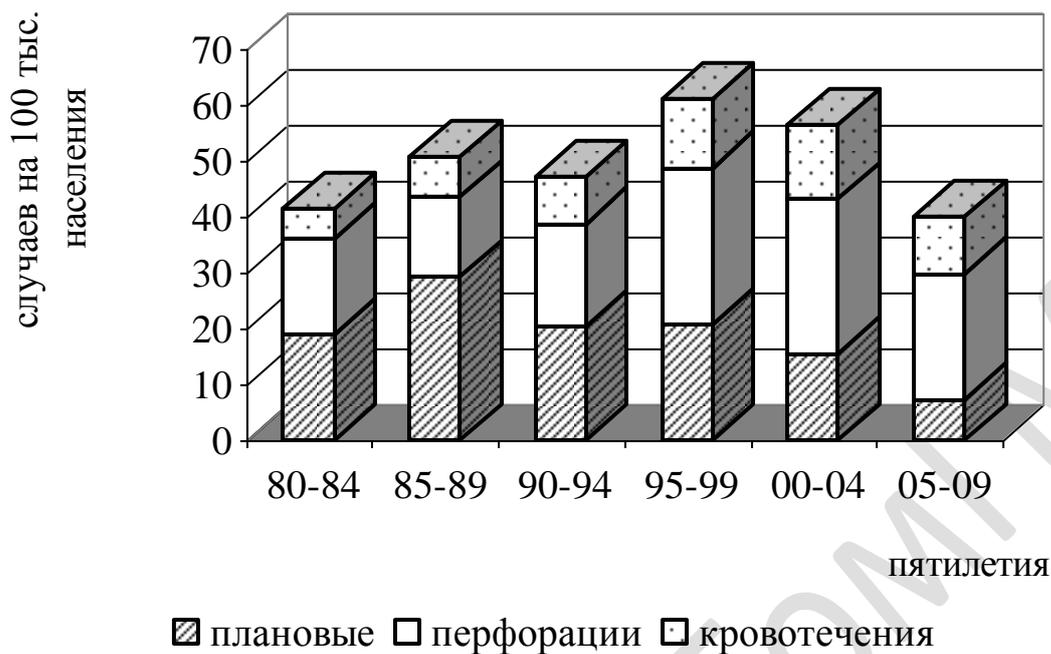


Рисунок 22 — Популяционная хирургическая активность и ее структура при язвенной болезни у жителей Гомельской области по пятилетиям 1980–2009 гг.

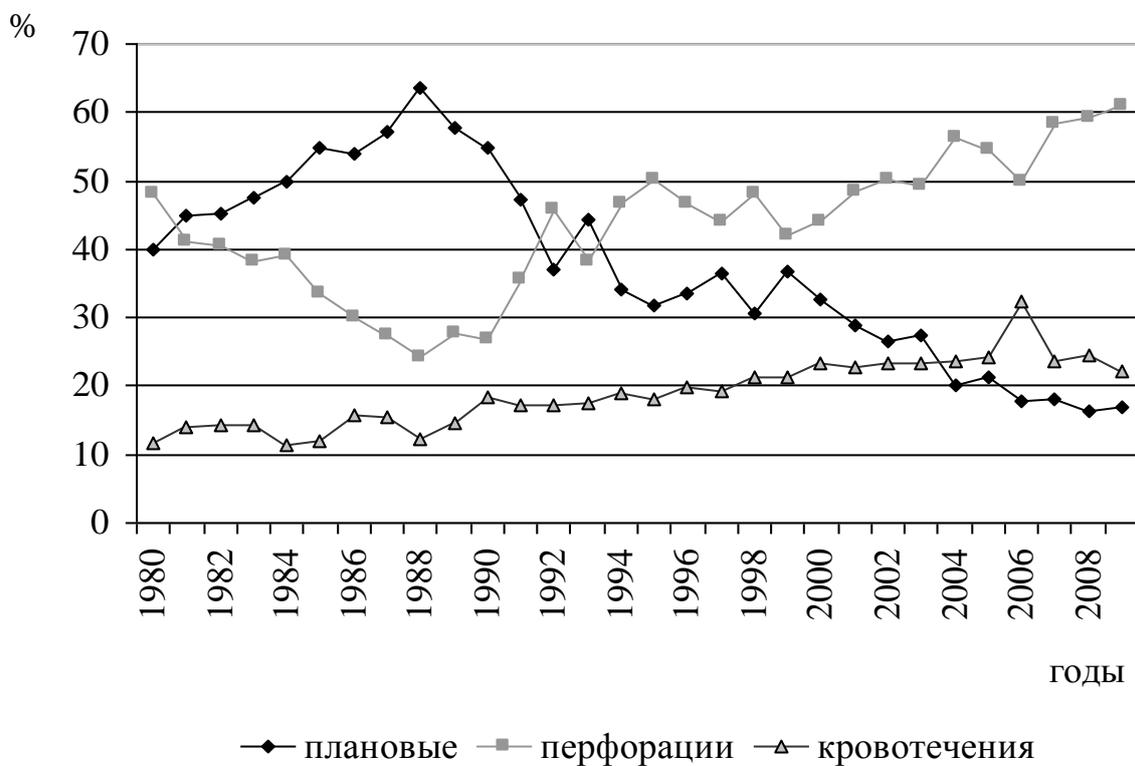
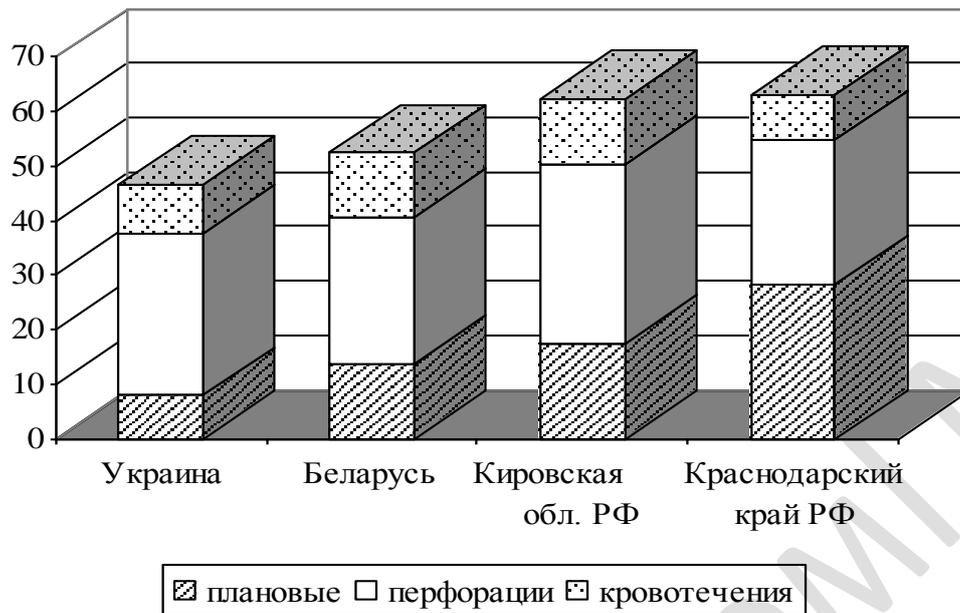
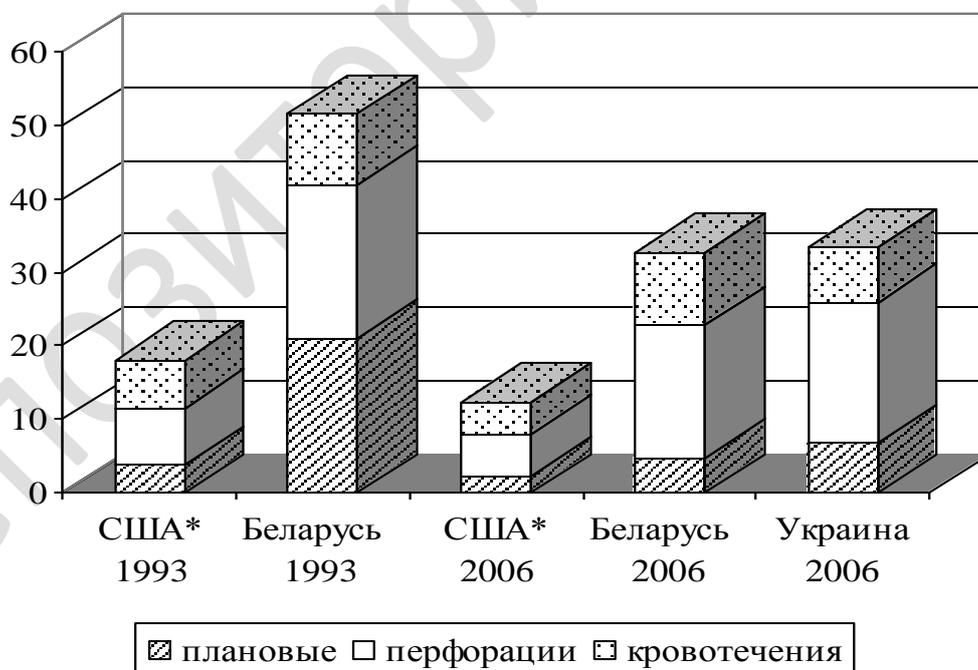


Рисунок 23 — Удельный вес неотложных и плановых операций при ЯБ у жителей Гомельской области



**Рисунок 24** — Популяционная хирургическая активность и ее структура при ЯБ у населения Украины, Беларуси, 2-х регионов России за 2001 г.



**Рисунок 25** — Популяционная хирургическая активность и ее структура при ЯБ у населения США, Беларуси, Украины за 1993 и 2006 гг.  
\* по Wang Y.R. et al, 2010

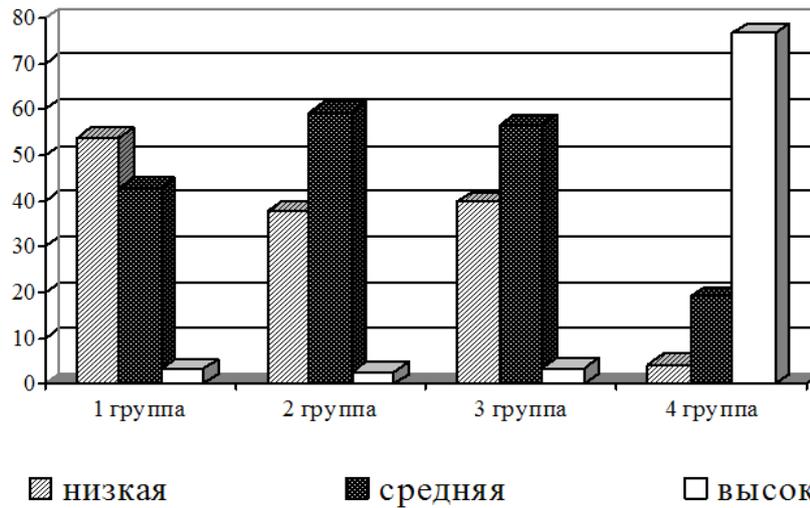


Рисунок 26 — Уровень медицинской активности у больных разных клинических групп

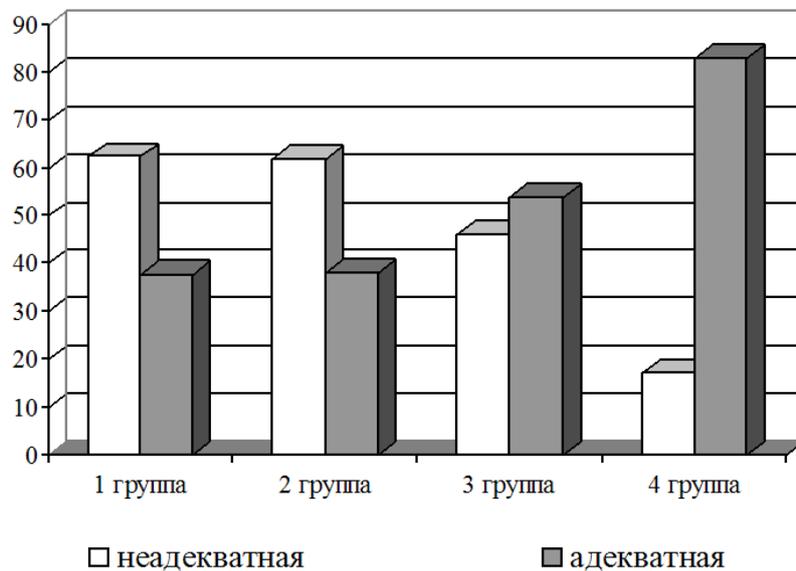


Рисунок 27 — Предшествующая терапия у больных разных клинических групп

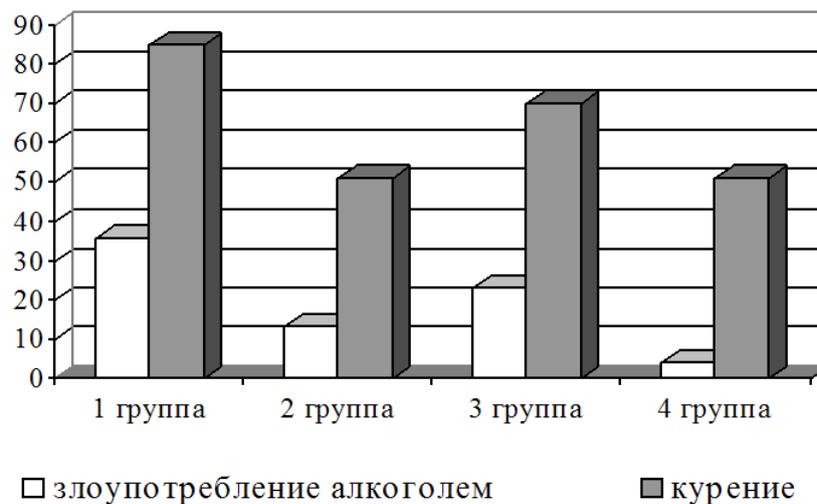


Рисунок 28 — Приверженность больных разных групп вредным привычкам

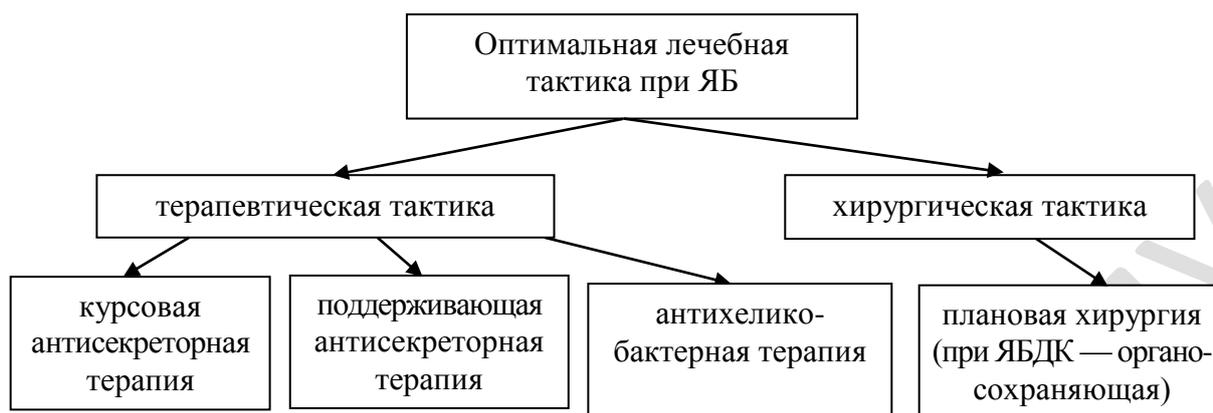


Рисунок 29 — Варианты оптимальной лечебной тактики при ЯБ



Рисунок 30 — Факторы, определяющие лечебную стратегию при ЯБ

Таблица 2 — Клинико-анамнестические признаки больных ЯБДК

Группы	Прободные	Кровотечения	Плановые	Консервативные
Признак	%	%	%	%
Длительность анамнеза:				
— отсутствует	7,9	4,2	0,4	—
—свыше 5 лет	54,2	79,2	86,6	74,4
—свыше 10 лет	37,9	66,7	65,8	66,0
Осложнения в анамнезе	32,1	46,9	67,6	69,6
Вид осложнений:				
— кровотечения	23,7	40,6	34,2	48,0
— перфорации	1,6	6,3	18,3	8,8
— стенозы	9,5	—	32,4	15,7
Операции в анамнезе				
— экстренные	1,6	6,3	19,4	8,8
— плановые	0,5	—	0,7	2,0
Наследственность:				
— отрицательная	23,7	24,0	28,9	27,5
— не известная	11,1	13,5	10,6	2,0
— не выражена	8,9	17,7	6,3	8,8
— выражена	38,9	21,9	26,8	46,1
—резко выражена	18,4	22,9	27,5	15,7
Тяжесть заболевания:				
— легкая	13,2	6,3	0,40	5,9
— средняя	31,2	4,2	6,7	56,9
— тяжелая	55,6	89,6	92,6	37,3
Предшествующее лечение:				
— не лечился	16,0	16,7	3,2	2,0
— самолечение	46,3	44,8	43,0	13,7
— по требованию	37,1	38,5	53,5	70,6
— поддерживающее	0,6	—	0,4	3,9
— антиНр	—	—	—	9,8
Сопутствующая патология:				
— нет	87,4	71,8	91,5	78,4
— ХОЗЛ	3,2	6,3	0,7	2,9
— гепатозы	4,7	—	1,4	2,9
— прочие (НПВП)	4,7	21,9	6,3	15,7
Комплаенс:				
— низкий	53,2	36,9	39,8	3,9
— средний	43,2	58,3	56,7	18,6
— высокий	3,7	5,2	3,5	77,5

Таблица 3 — Демографические и социологические признаки больных ЯБДК

Группы	Прободные	Кровотечения	Плановые	Консервативные
Признак	%	%	%	%
Пол: м	85,3	76,0	79,6	68,6
ж	14,7	24,0	20,4	31,4
Соц/проф. статус:				
Учащиеся	5,7	-	0,8	-
Работающие:	73,7	53,1	83,8	79,4
— рабочие	56,3	38,5	60,6	46,1
— служащие	15,3	10,4	19,7	33,4
— прочие	2,1	4,2	3,5	-
Неработающие:	20,5	46,9	15,5	20,6
— пенсионеры	11,1	42,7	11,3	16,7
— безработные	8,4	-	4,2	-
— прочие	1,1	4,2	-	3,9
Образование:				
— высшее	8,9	27,1	12,7	34,3
— среднеспециальное	10,5	18,8	13,0	14,7
— среднетехническое	27,4	9,4	20,4	10,8
— среднее общее	40,	30,2	42,3	34,3
— базовое общее	6,8	10,4	7,4	3,9
— начальное общее	6,3	4,2	4,2	2,0
Семейный статус:				
— не состоял в браке	24,7	2,1	9,9	3,9
— разведен	13,7	7,3	10,9	3,9
— состоит в браке	51,6	85,4	74,6	87,3
— вдовствует	10,0	3,1	4,6	4,9
— семейный дистресс	38,9	13,5	27,5	16,7
Курение:				
— некурящие	15,3	49,0	29,9	49,0
— курящие	84,7	51,0	70,1	51,0
— злостно курящие	11,7	-	13,0	-
Алкоголь:				
— «трезвенники»	2,5	9,4	5,3	7,8
— «умеренные»	51,9*	66,7	66,2	87,3
— «злоупотребляющие»	35,7*	13,5	23,2	4,9
— «алкоголики»	9,9*	10,4*	5,3	-

\* Мужчины

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Перфоративная язва .....	5
Язвенные кровотечения.....	11
Язвенный дуоденальный стеноз .....	17
Пенетрация язвы.....	23
Малигнизация язвы .....	24
Популяционная хирургическая активность при язвенной болезни .....	25
Заключение .....	28
Литература .....	30
Приложения .....	32

Учебное издание

**Лобанков** Владимир Михайлович  
**Призенцов** Антон Александрович  
**Скуратов** Александр Геннадьевич

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 5 и 6 курсов, обучающихся по специальностям  
«Лечебное дело» и «Медико-диагностическое дело»,  
медицинских вузов**

**Редактор** *Т. Ф. Рулинская*  
**Компьютерная верстка** *А. М. Терехова*

Подписано в печать 24.09.2013.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Гаймс».  
Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 3,05. Тираж 110 экз. Заказ № 335.

Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.