

Н.А.Яицкий, В.М.Седов, В.П.Морозов

ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Москва
«МЕДпресс-информ»
2002**

ББК 54.132
Я428

Я428 **Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П.**
Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: МЕДпресс-информ,
2002. — 376 с., ил.
ISBN 5-901712-43-9

ББК 54.132



9 785901 712439

**Яицкий Николай Антонович
Седов Валерий Михайлович
Морозов Виктор Петрович**

ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01
Подписано в печать 20.05.2002. Формат 60x84/16.
Печать офсетная. Печ. л. 23,5. Тираж 2000 экз. Заказ _____

Издательство «МЕДпресс-информ».
107140, Москва, ул. Краснопрудная, д.1, стр.1.
Для корреспонденции: 111539, Москва, а/я 215
E-mail: medpress@mtu-net.ru
www.medpress.info

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии

ISBN 5-901712-43-9

© Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П., 2002
© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2002

ВВЕДЕНИЕ

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — весьма распространенное и давно известное заболевание. История его хирургического лечения насчитывает более ста лет. Клинические проявления гастродуоденальных язв хорошо изучены. Большие успехи в диагностике были достигнуты благодаря внедрению эндоскопических методов исследования.

В последнее десятилетие получено много новых сведений об этиологии и патогенезе язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработаны и внедрены новые эффективные лекарственные препараты. Радикальным образом изменились принципы лечения этого распространенного заболевания, в том числе с применением новых хирургических технологий.

И все же, остаётся много непознанного и спорного в этиопатогенезе и в принципах лечения заболевания. Много неясного в механизмах рецидивов язв после казалось бы успешно проведенного лечения. Видимо, поэтому описанные многими авторами отличные и хорошие результаты лечения практически не повлияли на частоту развития осложнений. Более того, частота осложненных форм заболевания растет, а также отмечается общий рост заболеваемости. К сожалению, остаются неприемлемо высокими показатели летальности. В последние годы появились исследования, оценивающие качество жизни больных с гастродуоденальными язвами. Стойкое снижение качества жизни отмечается не только в стадии обострения заболевания, но и после терапевтического и хирургического лечения.

Пришло время вновь осмыслить и корректировать принципы и методы диагностики и лечения больных с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки с учётом появления новых эффективных лекарственных средств и новых хирургических технологий. Именно поэтому авторы книги сочли необходимым поделиться на её страницах своим опытом в диагностике и лечении более 5000 больных с гастродуоденальными язвами (неосложненными и осложненными), а также представить результаты экспериментальных и клинических исследований, посвященных различным аспектам этиопатогенеза, диагностики и лечения этого заболевания.

Авторы надеются, что издание будет полезно не только хирургам и гастроэнтерологам, но и широкому кругу других специалистов, в частности семейным врачам. С благодарностью будут восприняты все замечания и предложения, связанные с содержанием монографии.

Авторы выражают благодарность за помощь в подготовке издания М.С. Богомолу.

Глава 1

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

О ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

1.1. История учения о гастродуоденальных язвах

Наиболее ранним свидетельством гастродуоденальной пептической язвы явилась мумия 60-летнего китайца, умершего в 163 году до нашей эры. Останки прекрасно сохранились и было очевидно, что смерть наступила в результате перитонита, причиной которого явилась перфоративная язва препилорического отдела желудка. Некоторые клинические проявления язв желудка и двенадцатиперстной кишки были известны ещё в древности. На них указывали в своих трактатах Гиппократ, Цельзий, Гален. Они связывали заболевание с расстройствами нервной системы и рекомендовали в качестве основного лечения различные варианты щадящей диеты. Авиценна в «Каноне врачебной науки» описал подробно синдром, основной характеристикой которого являлись голодные и ночные боли, проходящие после приёма пищи. В XVIII веке Моргань довольно детально охарактеризовал клиническую картину язвы двенадцатиперстной кишки. В 1816 году Ф.К.Уден в своем труде «Академические чтения о хронических болезнях» описал более подробно картину язвы желудка. Этими отдельными описаниями заканчивается первый эмпирический период истории изучения язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Второй, клинический период начался с 1829-1833 гг., когда появились публикации Крювелье, который выделил язву желудка в отдельное заболевание и дал полное, ставшее классическим, описание её клинической картины, оставшееся до настоящего времени без изменений. Хотя, как уже упоминалось, Моргань описал и язву двенадцатиперстной кишки, на протяжении всего XIX века полагали, что клиническая картина, описанная Крювелье, относится только к язве желудка. Лишь в 1913 году Мойнинген, а несколько позже братья Мейо дали описание дуоденальной язвы. В течении второго периода разработаны основные методы лечения дуоденальных язв. Важной вехой этого исторического периода является внедрение в практику резекции желудка, примененной впервые по поводу рубцового стеноза привратника.

С внедрением в клиническую практику рентгенологической диагностики начинается третий период, Установлено, что гастродуоденальные язвы — частое заболевание, Изучались разнообразные осложнения язв. Широко распространились хирургические методы их лечения.

Четвертый период с конца 50-х годов начался с внедрения эндоскопических исследований. Более тщательно стали изучаться морфологические аспекты ulcerogenesis и саногенеза язв, развития различных осложнений. Получена обширная информация об этиопатогенезе язв, механизмах их заживления. Показано, что ведущим фактором в патогенезе язв является нарушение равновесия между факторами агрессии и факторами, обуславливающими резистентность слизистой оболочки.

На основании этих данных с начала 70-х годов намечается следующий этап в истории изучения язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Он характеризуется разработкой новых эффективных методов терапии язв с применением H₂-блокаторов гистамина, средств, повышающих защитные свойства слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

В разные периоды по-разному относились к методам хирургического лечения гастродуоденальных язв. Впервые показания к хирургическому лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки были сформулированы в 1897 году на XXVI Германском хирургическом конгрессе J. Mikulitz. Он разделил их на абсолютные и относительные. Абсолютными показаниями Leuhe считал перфорацию язвы, сужение желудка, деформацию желудка, превращение язвы в рак, «неудержимые» язвенные кровотечения, которые не удаётся остановить другими методами. При повторных кровотечениях, которые легко останавливаются, он считал показания относительными. Mikulitz считал необходимым расширить показания к хирургическому лечению за счёт язв, плохо поддающихся терапевтическому лечению. Эти показания долго признавались хирургами и терапевтами. С 20-х годов укрепились представления о язве желудка и двенадцатиперстной кишки как об общем заболевании, требующем общего, а не местного (хирургического) лечения. К тому же операции, которые тогда применялись (клиновидные резекции и гастроэнтеростомия), давали плохие результаты. Показания к хирургическому лечению стали ограничиваться. Только перфорация и стеноз выходного отдела желудка считались абсолютными показаниями к операции, а относительным показанием была пенетрация.

К середине 30-х годов накопился опыт, свидетельствующий о полезности резекции желудка при гастродуоденальных язвах. Эта операция влияла на два фактора, которые по представлениям того времени, являлись ведущими в патогенезе язв. Она устраняла местные изменения, вызванные язвой, и, кроме того, влияла на патогенетические механизмы, лежащие в основе язвообразования: подавление агрессивных факторов и усиление защитных свойств слизистой оболочки желудка.

Высокая эффективность резекции желудка в лечении гастродуоденальных язв послужила основанием к широкому распространению этой операции. Тем более, что она была доступна большинству хирургов. Но, с другой стороны, появилась необходимость углубленного изучения последствий удаления части желудка, иногда весьма значительной. В результате стало ясно, что эта операция безусловно сопровождается негативными последствиями, которые были сгруппированы понятием «постгастрорезекционные синдромы». Было установлено, что их развитию способ-

ствуют как патофизиологические факторы, связанные с удалением функционально значимой части желудочно-кишечного тракта, так и с техническими дефектами выполнения операции.

В связи с неудовлетворенностью патологическими последствиями резекции желудка стали актуальными поиски новых путей в лечении гастродуоденальных язв. Одним из таких направлений стала разработка и внедрение ваготомии. Физиологической основой этой операции явились результаты исследований И.П.Павлова и К.С.Шумовой-Симановской, посвященных роли блуждающих нервов в регуляции желудочной секреции. В 40-х годах Л.С.Dragstedt была создана концепция лечебной роли ваготомии при гастродуоденальных язвах и эта операция в различных модификациях стала постепенно все шире применяться в хирургии язв, преимущественно, дуоденальных. Хотя на этом пути внедрения были и сомнения, и резкое немотивированное неприятие, и оправданное желание получить объективную оценку.

Многие маститые хирурги весьма негативно оценивали возможности и будущее ваготомии в лечении дуоденальных язв. Достаточно привести весьма образный вопрос С.С.Юдина в его знаменитых «Этюдах желудочной хирургии»: «Чему же соответствует это сильное увлечение ваготомиями, пришедшее в зрелую пору развития желудочной хирургии? Неужели это признаки старческой деградации?». Отвечая себе же, корифей отечественной желудочной хирургии писал: «Нет ещё. Хирургия язвенной болезни миновала бурный период юношеских исканий в течении первых 25 лет. Она уже прошла ещё такой же срок продуктивной зрелой жизни. А с приближением к полувекovому рубежу текущего столетия ей суждено было проделать некоторые причуды «бальзаковского возраста».

Не суждено было великому мастеру предугадать все перепетии развития учения о гастродуоденальных язвах последующей половины прошлого столетия. Эта драматическая история включает многочисленные исследования, концепции, методы терапевтического и хирургического лечения. Особенно продуктивный период начался с конца 50-х годов, когда широко стали внедряться эндоскопические методы диагностики. Получена обширная информация об этиопатогенезе язв, механизмах их заживления, закономерностях развития осложнений. Доказано, что ведущим патогенетическим звеном является нарушение равновесия между факторами, определяющими агрессивные воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, и факторами её защиты.

Существование различных вариантов ваготомии обусловлено возможностью развития негативных её эффектов. Подробнее эти вопросы будут рассмотрены в главе 8. С начала 70-х годов разработана и внедрена система терапевтического лечения язв, включающая в качестве основного компонента применение H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов, а также средств, повышающих резистентность слизистой оболочки.

В 1983 году австралийскими учёными В.Marshal и I.Warren независимо друг от друга было доказано значение в развитии антрального гастрита бактерий спирале-

видной формы, которые в 1989 году были названы *Helicobacter pylori* (НР). Дальнейшее изучение патогенных свойств НР позволило считать их основным этиопатогенетическим фактором и при гастродуоденальных язвах, а также переосмыслить принципы лечения их.

На разных этапах развития проблемы по-разному относились к возможностям хирургического лечения больных с гастродуоденальными язвами. Последние годы характеризуются более сдержанным отношением к показаниям к оперативному лечению. Эффективнее стала терапия. Однако, пока не отмечено снижения осложненных, не поддающихся консервативному лечению, форм заболевания. Именно это не позволяет считать, что хирургические методы исчерпали себя.

1.2. Эпидемиология гастродуоденальных язв

В экономически развитых странах около 10-15% населения в течение жизни болеют язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом наблюдается некоторый рост заболеваемости за последние годы. Так, по данным Ю.В.Павлова и И.А.Красильникова в Санкт-Петербурге в 90-е годы этот показатель вырос с 0,74 на 1000 населения в 1991 г до 0,90 — в 1997 г. В США 5% населения страдают гастродуоденальными язвами.

На I и II Всесоюзных съездах гастроэнтерологов в 1973 и 1978 гг. отмечалось, что во многих странах мира, в том числе и в нашей стране, гастродуоденальные язвы — самое распространенное заболевание органов пищеварения. С тех пор, несмотря на появление новых препаратов, их количество к настоящему времени превысило 500, и, несмотря на появление новых методов лечения, их насчитывают более 1000, принципиальных изменений не произошло (1). Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и сегодня считаются едва ли не самым распространенным заболеванием среди населения России. На учете находится около 3 млн. больных. Н.Н. Крылов и М.И.Кузин отмечают, что от последствий неадекватного лечения этого заболевания умирают около 6000 человек в год. В США ежегодно от гастродуоденальных язв и их осложнений умирают 15000 больных.

Под диспансерным наблюдением в Санкт -Петербурге в 90-х годах находилось 10,1-11,1 на 1000 взрослых больных. Остается высоким уровень такого показателя, как число дней нетрудоспособности. Так, на 1000 человек трудоспособного возраста этот показатель вырос с 111,2 в 1991 году до 119,0 — в 1997 году.

Традиционно считалось, что чаще язвами желудка и двенадцатиперстной кишки болевают мужчины. Так, по данным L.W.Way мужчины болеют в три раза чаще, чем женщины. Однако, явной тенденцией последних лет является рост заболеваемости среди женщин и в результате соотношение мужчины: женщины составляет в настоящее время 1,5:1. Наиболее высок уровень заболеваемости в группе больных от 40 до 50 лет. За последние годы наблюдается увеличение числа больных среди детей и подростков. В Санкт-Петербурге в 1991 году показатель уровня диспансерного наблюдения на 1000 детей составлял 0,24, уже к 1997 году он вырос до 0,42. Так

же неуклонно растет число подростков (15-17 лет), страдающих гастродуоденальными язвами. В Санкт-Петербурге этот показатель с 1991 г. до 1997 г. вырос с 1,94 до 2,82. Также имеется тенденция к увеличению числа больных пожилого и старческого возраста, страдающих язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что язвы двенадцатиперстной кишки чаще выявляются в молодом возрасте, в то время, как язвы желудка чаще встречаются в более старших возрастных группах.

Во многих странах Европы и в США регистрируются хорошие результаты терапевтического лечения обострений гастродуоденальных язв, но эффективных методов предупреждения рецидивов болезни не знает ни одна страна. Вероятно поэтому не только в России, но и в других странах остается высокой частота осложнений и летальность при этом заболевании.

В Санкт-Петербурге в 1991 г. оперировано по экстренным показаниям 673 больных с перфорациями гастродуоденальных язв, в 1997 году это число возросло до 1063. По поводу желудочно-кишечных кровотечений в 1991 году лечилось 996 больных. А в 1997 году — 1549. Послеоперационная летальность при перфорациях язв остается на стабильно высоком уровне, составляя в среднем в 1991-1997 гг. 7,1%. При желудочно-кишечных кровотечениях летальность составляет 12,1% в 1997 году. Уровень общей летальности в группе больных гастродуоденальными язвами в Санкт-Петербурге вырос с 6,6 на 100000 населения в 1991 году до 7,8 в 1997 году.

Последнее десятилетие характеризуется резким снижением частоты плановых операций по поводу гастродуоденальных язв (более чем в 2 раза), но число экстренных операций, выполняемых по поводу осложнений — перфораций и кровотечений — увеличилось в 2 и 3 раза соответственно. За это же время отмечается повышение летальности на 20-25%. Некоторые авторы высказывают оптимистичные прогнозы, о снижении заболеваемости пептической язвой. Однако реально только в 1995-1997 гг. число больных с впервые выявленным заболеванием возросло: среди взрослых — на 9,7%, среди подростков 15-17 лет — на 9,3%, среди детей до 14 лет — на 23,2%, а число зарегистрированных больных — на 1,8, 22,7 и 18,6% соответственно.

Велика социально-экономическая значимость решения проблемы. Не снижается число дней временной нетрудоспособности у этой категории больных. В Санкт-Петербурге на 1000 человек трудоспособного возраста в 1991 году этот показатель составлял 111,2, а в 1997 — 119. Число дней, проведенных в стационарах подростков и взрослых, страдающих гастродуоденальными язвами, составило в 1991-1997 гг., в среднем, 205885. Среднее число дней пребывания в стационаре в 1991-1997 гг. составил 18,7. По этому показателю язвы желудка и двенадцатиперстной кишки находятся на первом месте среди остальных заболеваний органов пищеварения. В США ежегодно регистрируется 15 млн. дней нетрудоспособности у больных гастродуоденальными язвами. Затраты на лечение, реабилитацию и страховые выплаты составляют ежегодно 1 миллиард долларов.

1.3. Терминология

Характерным признаком заболевания является, наличие хронической язвы в желудке или в двенадцатиперстной кишке, а иногда одновременно и в желудке и в двенадцатиперстной кишке. Для язвы желудка и двенадцатиперстной кишки типичны признаки любой хронической язвы: плохая регенерация тканей и замедленное заживление язвенного дефекта, склонность к рецидивам.

Отдельного внимания заслуживает сам термин «язвенная болезнь». Он подразумевает, что имеется некое особое болезненное состояние организма, которое приводит к появлению хронической язвы. Однако сегодня не обнаружено каких-либо общих нарушений гомеостаза у больных «язвенной болезнью», которые могли бы привести к появлению язвы. А те многочисленные разнонаправленные отклонения, обнаруживаемые зачастую при клинико-лабораторных исследованиях (изменение АД, содержания гистамина, серотонина и ацетилхолина в крови, кортикостероидов в крови и моче и др.) не имеют существенного диагностического значения и носят, вероятнее всего, вторичный характер. Поэтому термин «язвенная болезнь» нельзя признать удачным, это больше дань традиции, однако он прижился и широко используется в отечественной литературе.

В зарубежной литературе для названия рассматриваемого заболевания применяют термин «**хроническая пептическая язва** желудка или двенадцатиперстной кишки». Это название отражает основные патогенетические признаки заболевания — появление язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, в результате пептического воздействия на эти органы пищеварительных ферментов.

Язвенная болезнь не включает в себя острые язвы желудочно-кишечного тракта и **симптоматические язвы**. Симптоматические язвы обычно рассматриваются как симптом какого-либо заболевания. Они возникают на фоне заболеваний вызывающих расстройство гомеостаза, нарушения регенерации и микроциркуляции в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Симптоматические язвы могут возникать и в тех случаях, когда основное заболевание сопровождается резким повышением пептической активности желудочного сока. Симптоматические язвы необходимо рассматривать как одно из проявлений основного заболевания. Соответственно и лечение таких язв неразрывно связано с лечением основного заболевания. Однако при этом необходимо учитывать, что местные механизмы образования симптоматических язв во многом могут совпадать с таковыми при хронических гастродуоденальных язвах.

В отличие от «язвенной болезни», при симптоматических язвах обычно удается установить непосредственную причину их появления. Например, при атеросклерозе висцеральных артерий или при врожденных стенозирующих дефектах сосудов брюшной полости появляются ишемические язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Ангиографические исследования висцеральных артерий позволяют в таких случаях выявить первопричину формирования язвенного дефекта. При гастриноме появление симптоматических язв обусловлено высокой гормональной

активностью опухоли, стимулирующей пептическую активность желудочного сока. Обнаружение опухоли и регистрация повышенных концентраций гастрин в сыворотке крови позволяют правильно поставить диагноз. Прием салицилатов или кортикостероидов, разрушая слизистый барьер может спровоцировать появление симптоматической гастродуоденальной язвы.

В зависимости от силы и длительности патогенного воздействия симптоматические язвы могут быть иметь острое или хроническое течение.

1.4. Классификация гастродуоденальных язв

Общепринятой классификации язв нет. В большинстве современных классификаций ограничиваются классификационными признаками, имеющими практическое значение.

В зависимости от локализации пораженного органа различают *язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки*.

Язва двенадцатиперстной кишки встречается значительно чаще язв желудка (на 1 случай язвы желудка приходится 4–5 случаев язвы двенадцатиперстной кишки). Язвой двенадцатиперстной кишки страдают главным образом молодые люди, в особенности мужчины. Язвой желудка — чаще всего лица 40–60 летнего возраста.

Морфологическая (макроскопическая и гистологическая) характеристика язв не зависит от локализации, также и патогенетические механизмы язвы желудка и двенадцатиперстной кишки имеют много общего. Именно, поэтому долгое время язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривались как единый патологический процесс, но с разной локализацией дефекта. Исследования последних лет выявили многочисленные этиологические и патогенетические различия между этими двумя заболеваниями. И в настоящее время язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки рассматриваются как два заболевания, различающиеся по этиологии и патогенезу и требующие разных подходов к лечению.

В зависимости от локализации среди язв желудка выделяют: язвы кардиального и субкардиального отделов, тела желудка (малая, большая кривизна), антрального отдела, пилорического канала.

Язвы двенадцатиперстной кишки по локализации разделяют на: *язвы луковицы*, они встречаются чаще всего, и *язвы постбульбарного отдела*. Общность патогенеза и клинической картины позволяет включить в группу язв двенадцатиперстной кишки также так называемые юкстапилорические (околопилорические) язвы. К ним относятся пилорические и препилорические язвы.

В зарубежной литературе язвы желудка в зависимости от патогенетических особенностей разделяются на три типа (Johnson D., 1965):

- первый тип — локализация язвы на малой кривизне или в субкардиальном отделе на фоне пониженной кислотности желудочного сока («классическая язва желудка»);

- второй тип — язва дистального отдела желудка в сочетании с сопутствующей язвой двенадцатиперстной кишки на фоне повышенной кислотности желудочного сока;
- третий тип — препилорическая язва на фоне нормальной или повышенной кислотности желудочного сока. Патогенетически этот тип язвы желудка имеет небольшие отличия от язвы двенадцатиперстной кишки.

Выделяют *сочетанные язвы* желудка и двенадцатиперстной кишки.

По числу язвенных поражений принято различать *одиночные и множественные язвы*.

Фазы язвенной болезни:

а) обострение, б) неполная ремиссия, в) ремиссия.

По стадии развития язвы:

а) активная стадия, б) стадия заживления, в) стадия рубцевания (красный рубец, белый рубец).

По тяжести течения: *латентное течение, легкое течение, средней тяжести, тяжелое течение*. Кроме того выделяют *осложненное и неосложненное течение* язвенной болезни.

Осложнения язвенной болезни классифицируются следующим образом: *перивисцерит, деформация желудка, деформация двенадцатиперстной кишки, кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз привратника (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный), малигнизация язвы*.

Симптоматические и острые язвы образуют особую группу гастродуodenальных язв и рассматриваются отдельно от хронических гастродуodenальных язв.

Глава 2

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В этиологии и патогенезе язвообразования в желудке и двенадцатиперстной кишки большое значение имеют нарушения определенных и весьма сложных физиологических функций этих органов. В реализации и клинической манифестации патологических процессов при язвах и, особенно при их осложнениях, также существенную роль играют анатомические характеристики. Именно поэтому специальная глава посвящена кратко анатомо-физиологическому очерку.

Желудок и двенадцатиперстная кишка имеют настолько тесные анатомические и функциональные связи, что справедливо рассматриваются как единое анатомо-физиологическое звено пищеварительной системы.

2.1. Анатомия желудка

Желудок (*ventriculus, gaster* — PNA, JNA, BNA) — орган пищеварительной системы располагается между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой и представляет собой эластическое мешковидное расширение пищеварительного тракта. Он обеспечивает накопление пищи, её первоначальное переваривание и частичное всасывание. Желудок располагается в верхнем отделе брюшной полости. Проецируется он на эпигастральную и частично пупочную области передней брюшной стенки (рис. 2.1). Большая часть желудка находится слева, а меньшая (1/4) — справа от средней линии. Продольная ось органа проходит сверху, слева и сзади вниз, вправо и впереди. Желудок может менять свое положение в зависимости от наполнения, тонуса стенки, положения тела, конституции.

Взаимоотношения желудка с рядом расположенными органами представлены на рис. 2.2. Спереди от желудка находится преджелудочная сумка (*bursa pregastrica*), сзади — сальниковая сумка (*bursa omentalis*). Передняя стенка желудка соприкасается (слева направо) с диафрагмой, передней брюшной стенкой, нижней поверхностью печени. Задняя стенка прилежит к аорте, поджелудочной железе, селезенке, верхнему полюсу левой почки и левому надпочечнику и частично к диафрагме и поперечному отделу ободочной кишки.

Место перехода пищевода в желудок, входное отверстие, называется кардиальным отверстием желудка (*ostium cardiacum*). Выходное отверстие желудка, за кото-

рым начинается двенадцатиперстная кишка, носит название привратникового или пилорического отверстия (*ostium pyloricum*).

В желудке выделяют переднюю и заднюю стенки. Верхне-правый контур желудка, где соединяются передняя и задняя стенки, носит название малой кривизны желудка, а место соединения передней и задней стенки по нижне-левому краю называется большой кривизной.

Длина желудка при средней степени его наполнения составляет 14-30 см (чаще 20-25 см), ширина — 10-16 см. Длина малой кривизны — от 11 до 25 см, длина большой кривизны — от 32 до 64 см. Толщина стенки желудка колеблется в зависимости от степени сокращения его мышечной оболочки и составляет 2-5 мм. Ёмкость желудка, в среднем, 1,5-2,5 л.

Желудок делится на четыре части (рис. 2.3). Кардиальная часть (*pars cardiaca*) примыкает к входному отверстию. Это — наименее подвижная часть желудка, фиксированная к диафрагме и пищеводу. Расположена влево от средней линии на уровне XI, реже X, грудного позвонка. Кардиальная часть простирается по малой кривизне на 3-4 см. Со стороны слизистой оболочки её границей является зубчатая линия перехода многослойного плоского эпителия пищевода в однорядный цилиндрический эпителий желудка.

Привратниковая или пилорическая часть (*pars pylorica*) примыкает к выходу из желудка и располагается на 1-3 см вправо от средней линии на уровне I поясничного позвонка. Привратниковая часть подразделяется на привратниковую пщеру (*antrum pyloricum*) и на канал привратника (*canalis pyloricus*). Канал привратника примыкает к луковице двенадцатиперстной кишки, имеет цилиндрическую форму и длину до 5-6 см. Привратник с внешней стороны имеет заметный перехват, которому соответствует сфинктер привратника (*m. Sphincter pylori*).

Между кардиальной и привратниковой частями желудка находится средняя подвижная часть его — тело (*corpus ventriculi*). Тело желудка занимает его большую часть до угловой вырезки, где малая кривизна образует угол (*angulus ventriculi*). Кверху и влево от кардиальной части располагается также значительная часть желудка, которая имеет форму купола, малоподвижна и называется сводом или дном желудка (*fundus ventriculi*).

Кроме анатомической классификации отделов желудка, существует *рентгенологическая классификация*, которой часто пользуются рентгенологи и хирурги. В соответствии с этой классификацией различают: свод желудка, соответствующий, по анатомической классификации дну; кардиальную часть, тело, пилоро-антральную часть.

Кардиальная часть желудка, как отмечено выше, примыкает к входному отверстию желудка. Для уточнения анатомической характеристики кардиальной части желудка, следует добавить, что кардиальный отдел начинается от входа в желудок и простирается в дистальном направлении по малой кривизне примерно на 3 см. По большой кривизне граница этого отдела желудка обычно не отмечается и для клинической работы существенного значения не имеет. В кардиальной части сли-

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Общие сведения о гастродуоденальных язвах	5
1.1. История учения о гастродуоденальных язвах	5
1.2. Эпидемиология гастродуоденальных язв	8
1.3. Терминология	10
1.4. Классификация гастродуоденальных язв	11
Глава 2. Анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки	13
2.1. Анатомия желудка	13
2.1.1. Кровоснабжение желудка	16
2.1.2. Лимфатическая система желудка	17
2.1.3. Микроциркуляторное русло стенки желудка	18
2.1.4. Иннервация желудка	21
2.1.5. Гистология стенки желудка	23
2.2. Анатомия двенадцатиперстной кишки	27
2.2.1. Кровоснабжение двенадцатиперстной кишки	30
2.2.2. Лимфатическая система двенадцатиперстной кишки	31
2.2.3. Гистология стенки двенадцатиперстной кишки	32
2.3. Физиология желудка	34
2.3.1. Критерии оценки нормальной желудочной секреции	34
2.3.2. Физиологическая регуляция секреторной функции желудка	37
2.3.3. Защитные функции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки	41
2.4. Физиология двенадцатиперстной кишки	52
Глава 3. Этиология гастродуоденальных язв	56
3.1. Значение наследственных факторов в этиологии гастродуоденальных язв ..	56
3.2. Алиментарные факторы в этиологии гастродуоденальных язв	65
3.3. Значение вредных привычек в этиологии гастродуоденальных язв	66
3.4. Инфекционные факторы ulcerogenezis	68
3.4.1. Значение <i>Helicobacter pylori</i> в этиопатогенезе гастродуоденальных язв	70
Глава 4. Патогенез гастродуоденальных язв	79
4.1. Факторы агрессии в патогенезе гастродуоденальных язв	79
4.1.1. Роль кислотно-пептической агрессии	79
4.1.2. Патогенетическая роль <i>Helicobacter pylori</i> в ulcerogenezis	87
4.2. Механизмы нарушения физиологического баланса между факторами агрессии и защиты при гастродуоденальных язвах	102
4.2.1. Изменение биохимических свойств и продукции желудочной слизи	102

4.2.2. Нарушения биохимических свойств клеточных мембран	104
4.2.3. Нарушения пластической функции слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки	107
4.2.4. Нарушения тканевого кровотока при гастродуоденальных язвах .	108
Глава 5. Патологическая анатомия гастродуоденальных язв	117
Глава 6. Клиническая картина и диагностика гастродуоденальных язв	121
6.1. Клиническая симптоматика гастродуоденальных язв	122
6.2. Диагностическое значение исследования желудочной секреции	127
6.3. Рентгенологическое исследование в диагностике гастродуоденальных язв	130
6.4. Эндоскопическая диагностика гастродуоденальных язв	133
Глава 7. Принципы терапевтического лечения гастродуоденальных язв	138
7.1. Терапия антацидными препаратами	140
7.2. Антисекреторные препараты в комплексной терапии язв	141
7.3. Гастропротекторы в терапии гастродуоденальных язв	147
7.4. Принципы антигеликобактерной терапия	149
7.4.1. Показания к антибактериальной терапии при геликобактериозе .	150
7.4.2. Чувствительность <i>Helicobacter pylori</i> к антибактериальным препаратам <i>in vitro</i> и <i>in vivo</i>	153
7.4.3. Основные принципы антигеликобактериальной терапии	155
7.4.4. <i>Helicobacter pylori</i> -инфекция и рецидивы язв	160
7.4.5. Новейшие схемы тройной терапии и квадротерапия в лечении геликобактериоза	162
7.4.6. Экономические аспекты эрадикационной терапии <i>Helicobacter pylori</i>	167
Глава 8. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв	169
8.1. История хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки	169
8.2. Показания к хирургическому лечению гастродуоденальных язв	174
8. 3. Резекция желудка в лечении гастродуоденальных язв	175
8.3.1. Мобилизация и резекция желудка	177
8.3.2. Восстановление гастродуоденальной непрерывности	182
8.3.3. Техника оперативных вмешательств, восстанавливающих гастродуоденальную непрерывность	191
8.3.4. Способы резекции желудка с односторонним выключением двенадцатиперстной кишки	200
8.3.5. Лапароскопическая резекция желудка при гастродуоденальных язвах	222

8.4. Ваготомия в лечении гастродуоденальных язв	232
8.4.1. Методика стволовой ваготомии	233
8.4.2. Методика селективной желудочной ваготомии	237
8.4.3. Проксимальная селективная ваготомия	241
8.4.4. Дренирующие желудок операции	250
8.4.5. Лапароскопическая ваготомия и пилоропластика при язве двенадцатиперстной кишки	255
8.5. Пептические и рецидивные язвы после резекции желудка и ваготомии .	261
8.5.1. Диагностика пептических и рецидивных язв	269
8.5.2. Принципы лечения пептических и рецидивных язв	273
Глава 9. Осложнения гастродуоденальных язв	277
9.1. Язвенные гастродуоденальные кровотечения	277
9.1.1. Общие патогенетические характеристики язвенных желудочно-кишечных кровотечений	279
9.1.2. Клиническая картина язвенных гастродуоденальных кровотечений	285
9.1.3. Диагностика язвенных гастродуоденальных кровотечений	288
9.1.4. Дифференциальный диагноз язвенных гастродуоденальных кровотечений	293
9.1.5. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений	304
9.2. Перфорация гастродуоденальных язв	319
9.2.1. Этиопатогенез и патологическая анатомия перфораций гастродуоденальных язв	321
9.2.2. Клиническая картина и диагностика перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки	323
9.2.3. Дифференциальный диагноз перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки	330
9.2.4. Лечение перфоративных гастродуоденальных язв	331
9.3. Рубцовый пилородуоденальный стеноз	337
9.3.1. Патологическая анатомия и патогенез пилородуоденального стеноза язвенной этиологии	338
9.3.2. Клиническая картина и диагностика пилородуоденального стеноза	339
9.3.3. Лечение пилородуоденального стеноза	341
9.4. Пенетрация гастродуоденальных язв	341
9.5. Перигастрит и перидуоденит	344
Библиографический список	347