

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического
и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа

«Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез.
Особенности клинической картины в зависимости от локализации язвы.
Диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
Показания к хирургическому лечению.»

Выполнила: студентка 4 курса, 6 группы,
педиатрического факультета
Белоусова Лилия Андреевна

5


Волгоград 2018

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Этиопатогенез.....	4
3. Классификация.....	6
4. Клиническая картина.....	8
5. Диагностика.....	14
6. Дифференциальная диагностика.....	18
7. Лечение.....	21
8. Осложнения.....	24
9. Список литературы.....	28

Введение

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

Актуальность проблемы обуславливается сохраняющейся в настоящее время высокой частотой и распространенностью ЯБ, ее длительным течением с возможным формированием часто рецидивирующих и трудно рубцующихся язв, риском развития серьезных осложнений, требующих во многих случаях проведения оперативных вмешательств, значительными расходами, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких больных.

Большое клиническое значение имеет растущая устойчивость НР к антибиотикам. Все это ставит на повестку дня необходимость подготовки рекомендаций, которые бы помогли врачу выбрать для каждого конкретного больного наиболее оптимальный план диагностики и лечения.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием, до 8-12% взрослого населения развитых стран в течение жизни болеют язвенной болезнью.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается в возрасте 20-40 лет, в то время как язвенная болезнь желудка - преимущественно в возрасте 40-60 лет. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 2-3 раза чаще язвенной болезни желудка.

Коды по МКБ-10

Язва желудка - K25

K25.0 Острая с кровотечением

K25.1 Острая с прободением

K25.2 Острая с кровотечением и прободением

K25.3 Острая без кровотечения или прободения

K25.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением

- K25.5 Хроническая или неуточненная с прободением
- K25.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- K25.7 Хроническая без кровотечения или прободения
- K25.9 Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения
- Язва двенадцатиперстной кишки - K26
- K26.0 Острая с кровотечением
- K26.1 Острая с прободением
- K26.2 Острая с кровотечением и прободением
- K26.3 Острая без кровотечения или прободения
- K26.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением
- K26.5 Хроническая или неуточненная с прободением
- K26.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- K26.7 Хроническая без кровотечения или прободения
- K26.9 Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

Этиопатогенез

Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и изображается в виде "весов", предложенных H.Shay и D.C.H.Sun. На одной чашке этих весов помещены факторы агрессии, а на другой - факторы защиты. Если обе чашки весов уравнивают друг друга, ЯБ у человека не развивается. Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводят к нарушению этого равновесия и возникновению язвы.

Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина,

нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение оболочки желудка микроорганизмами *H. pylori*).

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижение регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшение кровоснабжения слизистой оболочки желудка, уменьшения содержания простагландинов в стенке желудка (например, при приеме НПВС).

Определенное место в патогенезе ЯБ занимают также гормональные факторы (половые гормоны, гормоны коры надпочечников, гастроинтестинальные пептиды), биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины), нарушения процессов перекисного окисления липидов.

Однако, несмотря на большое число различных факторов, принимающих участие в патогенезе ЯБ, старое правило, "Нет кислоты - нет язвы" остается незыблемым и конечной причиной формирования язвенного дефекта по-прежнему является действие соляной кислоты на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки.

Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным в 1983г. австралийскими учеными Б. Маршаллом и Дж. Уорреном.

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

кодирует белок массой 128 кДа, который оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку.

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

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

Классификация

1) В зависимости от наличия или отсутствия инфекции H. pylori выделяют ЯБ:

- ассоциированную
- не ассоциированную

2) Различают ЯБ как:

- самостоятельное заболевание
- симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

3) Язвы желудка по локализации:

- кардиального отдела
- субкардиального отдела
- тела желудка
- антрального отдела
- пилорического канала

4) Язвы двенадцатиперстной кишки по локализации:

- луковицы
- постбульбарного отдела
- сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

5) По числу язвенных поражений:

- одиночные
- множественные

6) В зависимости от размеров язвы бывают:

- малые (до 0.5 см в диаметре)
- средние (0.6-1.9 см в диаметре)
- большие (2.0-3.0 см в диаметре)
- гигантские (свыше 3.0 см в диаметре)

7) Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни:

- 1 стадия- свежая язва
- 2 стадия- начало эпителизации язвенного дефекта
- 3 стадия- заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените
- 4 стадия- клинико-эндоскопическая ремиссия

8) По течению:

1. Обострение: типичные клинические проявления, локальное мышечное напряжение.
2. Затухающее обострение: отсутствие клинических признаков, наличие свежего постязвенного рубца.

3. Ремиссия: отсутствие клинических признаков, наличие рубца на месте бывшего язвенного дефекта.

9) *По тяжести:*

4. Легкая: обострения не чаще 1 раза в год, мало симптоматические проявления, быстро купируются ЛС.
5. Среднетяжелая: обострения 2 раза в год, клинические симптомы исчезают только после адекватно проведенной терапии.
6. Тяжелая: рецидивирующее течение, отсутствие стойкой ремиссии, часто имеются сопутствующие заболевания (например, холецистит)

10) *По форме:*

- неосложненная

- осложненная: кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз привратника, малигнизация.

Клиническая картина

Особенностями современного течения язвенной болезни у человека являются рост частоты заболевания, рост частоты осложнений и рецидивирования, а также нивелирование сезонности обострений и их бессимптомное течение у половины больных.

Типичной жалобой при ЯБ является боль в животе, выраженность которой может быть различной в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей больного, состояния его нервной и эндокринной систем, анатомических особенностей язвенного дефекта, степени выраженности функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта.

Клинические особенности в зависимости от локализации язвы

1. Язва кардиального и субкардиального отдела желудка

Эти язвы локализуются или непосредственно у пищеводно-желудочного перехода или дистальнее его, но не более чем на 5-6 см.

Характерными для кардиальных и субкардиальных язв являются следующие особенности:

- чаще болеют мужчины в возрасте старше 45 лет;
- боли возникают рано, через 15-20 минут после еды и локализуются высоко в эпигастрии у самого мечевидного отростка;
- боли достаточно часто иррадируют в область сердца и могут ошибочно расцениваться как стенокардические. При дифференциальной диагностике следует учитывать, что боли при ишемической болезни сердца появляются при ходьбе, на высоте физической нагрузки и исчезают в покое. Боли при кардиальной и субкардиальной язве четко связаны с приемом пищи и не зависят от физической нагрузки, ходьбы, успокаиваются не после приема нитроглицерина под язык, как при стенокардии, а после приема антацидов;
- характерна слабая выраженность болевого синдрома;
- боли довольно часто сопровождаются изжогой, отрыжкой, рвотой в связи с недостаточностью кардиального сфинктера и развитием желудочно-пищеводного рефлюкса;
- нередко язвы кардиального и субкардиального отдела желудка сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагитом;
- наиболее характерным осложнением является кровотечение, перфорация язвы бывает очень редко.

2. Язвы малой кривизны желудка

Малая кривизна — это самая частая локализация желудочных язв.

Характерные особенности:

- возраст больных обычно превышает 40 лет, нередко эти язвы бывают у пожилых и стариков;

- боли локализуются в подложечной области (несколько левее срединной линии), возникают через 1-1.5 ч после еды и прекращаются после эвакуации пищи из желудка; иногда бывают поздние, «ночные» и «голодные» боли;
- боли обычно ноющего характера, интенсивность их умеренная; однако в фазе обострения возможно появление очень интенсивных болей;
- часто наблюдаются изжога, тошнота, реже рвота;
- желудочная секреция чаще всего нормальная, но возможно также в ряде случаев повышение или понижение кислотности желудочного сока;
- в 14% случаев осложняются кровотечением, редко — перфорацией;
- в 8-10% случаев возможна малигнизация язвы, причем принято считать, что малигнизация наиболее характерна для язв, расположенных у изгиба малой кривизны. Язвы, локализующиеся в верхней части малой кривизны, большей частью доброкачественные.

3. Язвы большой кривизны желудка

Язвы большой кривизны желудка имеют следующие клинические особенности:

- встречаются редко;
- больные чаще старшего возраста;
- симптоматика мало отличается от типичной клинической картины язвы желудка;
- в 50% случаев язвы большой кривизны желудка оказываются злокачественными, поэтому врач должен всегда рассматривать язву такой локализации как потенциально злокачественную и делать повторные множественные биопсии из краев и дна язвы.

4. Язвы антрального отдела желудка

Язвы антрального отдела желудка («препилорические») составляют 10-16% всех случаев язвенной болезни и имеют следующие клинические особенности:

- встречаются преимущественно у молодых людей;
- симптоматика сходна с симптоматикой дуоденальной язвы, характерны поздние, «ночные», «голодные» боли в эпигастрии; изжога; рвота кислым содержимым; высокая кислотность желудочного сока; положительный симптом Менделя справа в эпигастрии;
- всегда необходимо проводить дифференциальную диагностику с первично-язвенной формой рака, особенно у пожилых людей, так как антральный отдел — это излюбленная локализация рака желудка;
- в 15-20% случаев осложняются желудочным кровотечением.

5. Язвы пилорического канала

Язвы пилорического канала составляют около 3-8% всех гастродуоденальных язв и характеризуются следующими особенностями:

- упорное течение заболевания;
- характерен выраженный болевой синдром, боли носят приступообразный характер, длятся около 30-40 минут, у 1/3 больных боли бывают поздние, ночные, «голодные», однако у многих пациентов они не связаны с приемом пищи;
- боли часто сопровождаются рвотой кислым содержимым;
- характерна упорная изжога, приступообразное чрезмерное отделение слюны, чувство распирания и полноты в эпигастрии после еды;
- при многолетнем рецидивировании, язвы пилорического канала осложняются стенозом привратника, кровотечением, перфорацией, пенетрацией в поджелудочную железу; у 3-8% наблюдается малигнизация.

6. Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

Язвы луковицы 12-перстной кишки чаще локализуются на передней стенке.

Клиническая картина заболевания имеет при этом следующие особенности:

- возраст больных обычно моложе 40 лет;
- чаще болеют мужчины;
- боли в эпигастрии (больше справа) появляются через 1.5-2 ч после еды, часто бывают ночные, ранние утренние, а также «голодные» боли;
- рвота бывает редко;
- характерна сезонность обострений (преимущественно весной и осенью);
- определяется положительный симптом Менделя в эпигастрии справа;
- наиболее частым осложнением является перфорация язвы.

При расположении язвы на задней стенке луковицы 12-перстной кишки в клинической картине наиболее характерны следующие проявления:

- основная симптоматика аналогична вышеописанным симптомам, характерным для локализации язвы на передней стенке луковицы 12-перстной кишки;
- часто наблюдается спазм сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря гипотонического типа (ощущение тяжести и тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую подлопаточную область);
- заболевание часто осложняется пенетрацией язвы в поджелудочную железу и печеночно-дуоденальную связку, развитием реактивного панкреатита.

7. Внелуковичными (постбульбарными) язвами называются язвы, располагающиеся дистальнее луковицы 12-перстной кишки.

- в фазе обострения очень характерны интенсивные боли в правом верхнем квадранте живота, иррадиирующие в правую подлопаточную область и

спину. Нередко боли носят приступообразный характер и могут напоминать приступ мочекаменной или желчнокаменной болезни;

- боли появляются через 3-4 ч после еды, а прием пищи, в частности молока, купирует болевой синдром не сразу, а через 15-20 минут;
- заболевание часто осложняется кишечным кровотечением, развитием пенетрацией и стенозированием 12-перстной кишки.

8. Сочетанные и множественные гастродуоденальные язвы

Сочетанные язвы встречаются у 5-10% больных язвенной болезнью. При этом первоначально развивается язва 12-перстной кишки, а через несколько лет — язва желудка. Предположительный механизм такой последовательности развития язв следующий.

При язве 12-перстной кишки развиваются отек слизистой оболочки, спазм кишки, нередко рубцовый стеноз начального отдела 12-перстной кишки. Все это затрудняет эвакуацию желудочного содержимого, происходит растяжение антрального отдела (антральный стаз), что стимулирует гиперпродукцию гастрина и, соответственно, вызывает желудочную гиперсекрецию. В результате создаются предпосылки для развития вторичной язвы желудка, которая чаще локализуется в области угла желудка. Развитие язвы первоначально в желудке, а затем в 12-перстной кишке бывает чрезвычайно редко и рассматривается как исключение. Возможно также одновременное их развитие.

Сочетанная гастродуоденальная язва имеет следующие характерные клинические особенности:

- присоединение желудочной язвы редко ухудшает течение заболевания;
- боли в эпигастрии становятся интенсивными, наряду с поздними, ночными, «голодными» болями появляются ранние боли (возникающие вскоре после еды);
- зона локализации боли в эпигастрии становится более распространенной;

- после еды появляется тягостное ощущение переполнения желудка (даже после приема небольшого количества пищи), выраженная изжога, часто беспокоит рвота;
- при исследовании секреторной функции желудка наблюдается выраженная гиперсекреция, при этом продукция соляной кислоты может стать еще более высокой по сравнению с величинами, которые имелись при изолированной дуоденальной язве;
- характерно развитие таких осложнений, как рубцовый стеноз привратника, пилороспазм, желудочно-кишечные кровотечения, перфорация язвы (чаще дуоденальной);
- в 30-40% случаев присоединение язвы желудка к дуоденальной язве не меняет существенно клинической картины заболевания и желудочная язва может обнаруживаться только при гастроскопии.

Множественными язвами называются 2 и более язв, одновременно локализующиеся в желудке или 12-перстной кишке. Для множественных язв характерны следующие особенности:

- склонность к медленному рубцеванию, частому рецидивированию, развитию осложнений;
- у ряда больных клиническое течение может не отличаться от течения одиночной желудочной или дуоденальной язвы.

Диагностика

Язвенную болезнь следует подозревать при наличии у пациента болей, связанных с приемом пищи в сочетании с тошнотой и рвотой, в эпигастральной, пилородуоденальной областях или правом и левом подреберьях. При этом, клиническая картина может зависеть от локализации язвенного дефекта, его размеров и глубины, секреторной функции желудка,

возраста больного. Следует всегда иметь в виду возможность бессимптомного обострения язвенной болезни.

План обследования при язве желудка и двенадцатиперстной кишки:

Анамнез и физикальное обследование.

Обязательные лабораторные исследования

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- общий анализ кала;
- анализ кала на скрытую кровь;
- уровень общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, сывороточного железа в крови;
- группа крови и резус-фактор;

Обязательные инструментальные исследования

- ФЭГДС. При локализации язвы в желудке - взятие 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы с их гистологическим исследованием с целью исключения рака (чаще у взрослых);
- УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря.
- определение инфицированности *Helicobacter pylori* эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом;

Дополнительные лабораторные исследования

- определение уровня сывороточного гастрина.

Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям)

- внутрижелудочная рН-метрия;
- эндоскопическая ультрасонография;
- рентгенологическое исследование желудка;
- компьютерная томография.

Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения:

Фаза обострения:

I стадия - острая язва. На фоне выраженных воспалительных изменений СОЖ и ДПК - дефект (дефекты) округлой формы, окруженные воспалительным валом; выраженный отек. Дно язвы с наложением фибрина.

II стадия - начало эпителизации. Уменьшается гиперемия, сглаживается воспалительный вал, края дефекта становятся неровными, дно язвы начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве.

Фаза неполной ремиссии:

III стадия - заживление язвы. На месте репарации - остатки грануляций, рубцы красного цвета разнообразной формы, с деформацией или без нее. Сохраняются признаки активности гастродуоденита.

Ремиссия:

Полная эпителизация язвенного дефекта (или "спокойный" рубец), отсутствуют признаки сопутствующего гастродуоденита.

- Контрастное рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ также позволяет выявить язвенный дефект, однако по чувствительности и специфичности рентгенологический метод уступает эндоскопическому.
- Внутрижелудочная рН-метрия. При язвенной болезни наиболее часто обнаруживают повышенную либо сохранённую кислотообразующую функцию желудка.
- УЗИ органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии.

Выявление *H. pylori*

Инвазивная диагностика:

- Цитологический метод - окраска бактерий в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка по Романовскому-Гимзе и Граму (в настоящее время считается недостаточно информативным).
- Гистологический метод - срезы окрашивают по Романовскому-Гимзе, по Уортину-Старри и др. Этот наиболее объективный метод диагностики *H. pylori*, так как позволяет не только обнаружить бактерии, но и определить их

расположение на слизистой оболочке, степень обсемененности, оценить характер патологического процесса

- Бактериологический метод - определение штамма микроорганизма, выявление его чувствительности к применяемым препаратам, мало используется в рутинной клинической практике.
- Иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител: обладает большей чувствительностью, так как используемые антитела избирательно окрашивают *H. pylori*. Мало используется в рутинной клинической практике для диагностики *H. pylori*.
- Биохимический метод (быстрый уреазный тест) - присутствие бактерии в биоптате подтверждается изменением цвета среды, реагирующей на разложение мочевины уреазой, выделяемой *H. pylori*.
- Выявление *H. pylori* в слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки методом полимеразной цепной реакции. Этот метод обладает наибольшей специфичностью.

Неинвазивная диагностика:

- Серологические методики: обнаружение антител к *H. pylori* в сыворотке крови. Метод наиболее информативен при проведении эпидемиологических исследований. Клиническое применение теста ограничено тем, что он не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия *H. pylori* в настоящий момент и контролировать эффективность эрадикации.
- Уреазный дыхательный тест (УДТ) - определение в выдыхаемом воздухе больного повышенной концентрации аммиака после пероральной нагрузки мочевиной в результате метаболической активности *H. pylori*.
- Изотопный уреазный дыхательный тест – определение в выдыхаемом воздухе больного ^{14}C , меченого изотопом ^{14}C или $^{13}\text{O}_2$ ^{13}C , который выделяется под действием уреазы *H. pylori* в результате расщепления в желудке меченой мочевины. Позволяет эффективно диагностировать результат эрадикационной терапии.

- Определение антигена *H. pylori* в кале с применением моноклональных антител.

Дифференциальная диагностика

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

Хронический гастрит

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

Хронический гастроэнтерит

Хронический гастроэнтерит, так же как и язвенная болезнь, может проявляться болями в эпигастральной области после еды. Но эти боли сопровождаются урчанием кишечника, а выраженная болезненность при пальпации определяется в околопупочной области и ниже. В кале определяется большое количество продуктов неполного переваривания пищи (мышечных волокон, нейтрального жира, крахмала). Из рентгенологических

признаков важны изменения слизистой желудка, быстрая эвакуация контраста из тонкой кишки, раннее заполнение (через 2—3 часа) слепой кишки.

Рак желудка

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

Хронический панкреатит

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

Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами, патогенез которых связан с определёнными фоновыми заболеваниями или конкретными этиологическими факторами, например, с приёмом НПВС.

Симптоматические, особенно лекарственные, язвы чаще всего развиваются остро, проявляясь иногда желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией. Клиническая картина обострения этих язв стёрта, отсутствует сезонность и периодичность заболевания.

Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона отличаются крайне тяжёлым течением, множественной локализацией, упорной диареей. При обследовании таких больных выявляется резко повышенный уровень желудочной секреции (особенно базальной), содержание гастрина в сыворотке крови в 3-4 раза превышает норму. В диагностике синдрома

Золлингера-Эллисона важное значение имеют провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном), ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

Лечение

1. Терапия в период обострения, направленная на ликвидацию клинических проявлений и ускорение заживления язвы.
2. Реабилитация, начинающаяся с первого периода и продолжающаяся до восстановления структурно-функциональных нарушений гастродуоденальной системы.
3. Профилактические мероприятия по предупреждению рецидивов в период стойкой ремиссии.

Цели терапии:

- Эрадикация *H. pylori* (при наличии).
- Заживление язвенного дефекта и быстрая ликвидация симптоматики заболевания.
- Достижение стойкой ремиссии.
- Предупреждение развития осложнений.

Немедикаментозное лечение

1 Режим физической нагрузки. Охранительный режим с ограничением физических и эмоциональных нагрузок.

2 Диета.

Лечебное питание детей с ЯБ направлено на уменьшение действия агрессивных факторов, мобилизацию защитных факторов, нормализацию моторики желудка и ДПК. В острой фазе или при рецидиве язвенной болезни назначается диета №1, или вариант диеты с механическим и химическим

щажением (по новой номенклатуре диет), изначально протертый вариант, по мере улучшения состояния – непротертый вариант.

Исключаются продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареная и острая пища, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчица), соленья и маринады, орехи, грибы, тугоплавкие животные жиры, овощи, фрукты и ягоды без предварительной тепловой обработки, кисломолочные и газированные напитки, кофе, какао, шоколад, цитрусовые.

Рекомендуются продукты, обладающие выраженными буферными свойствами: мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), паровой омлет, молоко, пресный протертый творог. В пищевой рацион включаются супы на овощной и крупяной основе, молочные каши (кроме пшенной и перловой), овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) отварные или в виде пюре и паровых суфле; печеные яблоки, муссы, желе, кисели из сладких сортов ягод, некрепкий чай с молоком. Разрешаются также макаронные изделия, пшеничный подсушенный хлеб, сухой бисквит и сухое печенье. Блюда подаются в теплом виде, используется дробный режим питания, 5-6 раз в сутки. Пища принимается в спокойной обстановке, сидя, не спеша, тщательно пережевывается.

Медикаментозное лечение

При отсутствии Н.руlogi больным язвенной болезнью желудка назначают базисную терапию.

В случае язвенной болезни, не ассоциированной Н . руlogi, целью лечения считают купирование клинических симптомов болезни и рубцевание язвы. В связи с этим показано назначение антисекреторных препаратов.

1) Препаратами выбора в настоящее время являются ингибиторы протонного насоса: эзомепразол, омепразол, рабепразол,

2) H₂-блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко, главным образом, при невозможности применения ИПП или же в комбинации с ними с целью усиления антисекреторного действия.

3) Антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) применяются в комплексной терапии с симптоматической целью для купирования диспепсических жалоб. Для усиления цитопротекции назначается висмута субцитрат 8 мг/кг/сут до 2-4 недели.

4) При нарушениях моторики ЖКТ назначаются прокинетики, спазмолитики по показаниям.

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 нед., при дуоденальной язве — через 4 нед.

Лечение инфекции *H.pylori*

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

Схемы эрадикационной терапии обязательно включают в себя наряду с антибиотиками ИПП. Целесообразность их назначения обусловливается несколькими обстоятельствами. Проведенные исследования показали, что *H.pylori* выживают при значениях рН 4,0-6,0 и хорошо размножаются при значениях рН 6,0-8,0 [18]. ИПП повышают показатели внутрижелудочного рН, и это приводит к тому, что размножающиеся в таких условиях бактерии становятся более чувствительными к действию антибиотиков. Кроме того, ИПП уменьшают объем желудочного сока, в результате чего повышается концентрация антибиотиков в желудочном содержимом, увеличивают вязкость желудочного сока и замедляют эвакуацию содержимого из желудка, вследствие чего возрастает время контакта антибиотиков и микроорганизмов. Наконец, ИПП сами обладают антигеликобактерной активностью.

Перечисленные свойства ИПП делают их обязательным компонентом различных схем эрадикации.

Схема первой линии: ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки).

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

Схема второй линии (при неэффективности стандартной тройной терапии): ИПП(омепразол), висмута трикалия дицитрат, тетрациклин, метронидазол.

Схема третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам. ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки).

Осложнения язвенной болезни:

1. Кровотечения из язвы

Основные симптомы:

- 1) кровавая рвота желудочное содержимое имеет вид кофейной гущи (за счет соляно- кислого гематина) Характерен симптом Бергмана (внезапное исчезновение болевого синдрома).
- 2) Дегтеобразный стул (мелена): черный, неоформленный, блестящий, липкий.

3) Общие симптомы острой кровопотери: При кровопотере 400-500 мл (10 % ОЦК) может наблюдаться легкая тошнота, сухость во рту, общая слабость, тенденция к снижению АД. Кровопотеря 700-1300 мл (15-25% ОЦК) вызывает развитие I ст. геморрагического шока (компенсированного): бледность кожных покровов, сознание не нарушено, тахикардия 90- 100 ударов в минуту, снижение АД, олигурия. При кровопотере 1300-1800 мл (25-45% ОЦК) развивается декомпенсированный обратимый геморрагический шок: бледность и цианоз кожи, одышка, тахикардия 120-140 ударов в минуту, АД ниже 100 мм рт.ст., олигурия, сознание сохранено. Кровопотеря 2000-2500 мл (50 % ОЦК) вызывает развитие декомпенсированного необратимого геморрагического шока: отсутствие сознания, одышка, кожа бледная, покрыта липким потом, тахикардия более 140 уд. в минуту, систолическое АД может не определяться, олигоанурия.

Лечебная тактика:

1. Неотложные мероприятия:

2. Лечение основного заболевания, вызвавшего кровотечение.

3. Профилактика рецидива кровотечения: применение антисекреторных препаратов (ИПП, антациды, H₂-блокаторы), цитопротекторов (сукральфат по 0,5-1,0г. 4 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки).

2. Перфорация язвы

Типичная перфорация язвы (в свободную брюшную полость). Выделяют 3 периода:

1. Период болевого шока:

-внезапно появляется сильная, жестокая, «кинжальная» боль в животе;

-вынужденное положение (на спине или на боку с приведенным к животу ногами);

- лицо больного бледное с пепельно-цианотичным оттенком, испарина на лбу, руки и ноги холодные;
- дыхание поверхностное учащенное, брадикардия;
- «доскообразное» напряжение передней брюшной стенки;
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- симптом Жобера (тимпанит над областью печени);

2.Период мнимого благополучия (развивается через несколько часов после перфорации):

- боли в животе уменьшаются или исчезают;
- эйфория;
- язык и губы сухие;
- тахикардия, снижение АД;
- напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, уменьшение печеночной тупости, парез кишечника;

3.Развитие перитонита.

Лечебная тактика:

Экстренная госпитализация в хирургический стационар, хирургическое лечение.

3. Пенетрация язвы

Клинические проявления:

- 1.Боли в эпигастрии становятся интенсивными и постоянными, теряют суточный ритм и связь с приемом пищи. При пенетрации в поджелудочную железу боль иррадирует в правую, реже - в левую поясничную область, в спину, или приобретает опоясывающий характер. При пенетрации язвы желудка в малый сальник боль иррадирует вверх и вправо. При пенетрации постбульбарной язвы в брыжейку толстой кишки боль иррадирует вниз к пупку;
- 2.Выраженная локальная болезненность и воспалительный инфильтрат в проекции пенетрации;

3.Симптомы поражения тех органов, в которые пенетрирует язва;

4.Субфебрильная температура тела.

Лечебная тактика:

Экстренная госпитализация в хирургический стационар, хирургическое лечение.

4. Малигнизация язвы

Симптомы:

- постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину;
- исчезает симптом локальности боли при пальпации;
- прогрессирующее падение массы тела больного,
- исчезновение аппетита;
- немотивированная слабость;

Список литературы

1. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие / Д.И. Трухан и др. - М.: СпецЛит, 2014. - 160 с.
2. Василенко, В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. - М.: Медицина, 2016. - 344 с.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни, 2013г.
4. Клинический рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки без кровотечения и прободения, 2014г.
5. Хирургические подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Михин И.В., Голуб В.А., 2014г.
6. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. 2016г.
7. Федеральные клинические рекомендации - Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Денисов И.Н., Шавкута Г.В., 2015г.
8. Щеголев, А. А. Helicobacter Pylori и хирургия язвенной болезни / А.А. Щеголев, Б.Е. Титков. - М.: Центрполиграф, 2015. - 264 с

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __6__ группы

Белоусова Лилия Андреевна

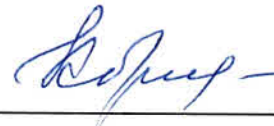
(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)