

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научно-исследовательская работа на тему:

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

Выполнила:

Студентка 4 курса 1 группы
педиатрического факультета
Зайцева Елена Николаевна



Волгоград 2018г.

Содержание	
Введение.....	3
Эпидемиология.....	3
Этиология и патогенез.....	4-5
Классификация.....	6
Клиническая картина.....	7-10
Диагностика.....	11-15
Дифференциальная диагностика.....	16-17
Осложнения.....	18-19
Принципы лечения.....	20-22
Заключение.....	23
Список литературы.....	24

Введение

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

Эпидемиология

Несмотря на некоторое снижение частоты и распространенности ЯБ, это заболевание, по-прежнему, остается одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым

Этиология и патогенез

В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами кислотопептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводят к нарушению этого равновесия и возникновению язвы.

К факторам агрессии относят гиперпродукцию соляной кислоты, повышенную возбудимость обкладочных клеток, обусловленную ваготонией, инфекционные факторы (*Helicobacter pylori*), нарушение кровоснабжения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение антродуоденального кислотного тормоза, желчные кислоты и лизолецитин.

Факторами защиты являются слизистый барьер, муцин, сиаловые кислоты, бикарбонаты – обратная диффузия ионов водорода, регенерация, достаточное кровоснабжение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, антродуоденальный кислотный тормоз.

Решающая этиологическая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H. pylori*. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. 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 поступление соляной кислоты в просвет двенадцатиперстной кишки в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует усилению дуоденита, возникновению кишечной метаплазии и распространению *H. pylori*. При наличии наследственной предрасположенности и действии дополнительных этиологических факторов (погрешности в питании, нервно-психические стрессы и др.) формируется язвенный дефект.

В патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имеются существенные различия.

Желудочные язвы развиваются под воздействием следующих факторов:

1. снижение резистентности слизистой оболочки на границе кислотопродуцирующей зоны и антрального отдела;
2. кантоминация слизистой оболочки *Helicobacter pylori*;
3. локальная ишемия слизистой оболочки;
4. редукция главных (пептических) клеток, продуцирующих пепсиноген;
5. гастрит;
6. желудочный стаз с гиперпродукцией гастрина;
7. дуоденогастральный рефлюкс.

Факторы патогенеза дуоденальных язв:

1. усиление секреторной активности желудка;
2. нарушение нейтрализации HCl в двенадцатиперстной кишке;
3. снижение резистентности слизистой оболочки;
4. наличие *Helicobacter pylori*;
5. генетическая предрасположенность;
6. эндокринные факторы.

Классификация язвенной болезни

По локализации:

1. Язва желудка: кардиальной части, субкардиальной части, тела желудка, антрального отдела, передней стенки, задней стенки, большой кривизны, малой кривизны.
2. Язва двенадцатиперстной кишки: луковицы, залуковичного отдела, передней стенки, задней стенки, верхней стенки, нижней стенки.

По клинической форме:

1. Острая или впервые выявленная язва.
2. Хроническая язва.

По фазе процесса:

1. Обострение.
2. Неполная ремиссия.
3. Ремиссия.

По клиническому течению:

1. Латентно протекающая язвенная болезнь.
2. Лёгкое (редко рецидивирующее) заболевание.
3. Средней тяжести (1-2 рецидива в год).
4. Тяжёлое (3 рецидива в год и более) или непрерывно рецидивирующее заболевание, развитие осложнений.

По морфологической картине: маленькая язва (менее 0,5 см в диаметре), средних размеров (0,5-1,0 см), большая язва (1-3 см), гигантская язва (более 3 см).

По наличию осложнений:

1. Язва, осложнённая кровотечением: лёгким, тяжёлым (профузным), крайне тяжёлым.
2. Язва, осложнённая перфорацией: открытой, прикрытой.
3. Пенетрирующая и каллёзная язва.
4. Язва, осложнённая рубцовыми деформациями желудка и двенадцатиперстной кишки, стенозом привратника: компенсированным, субкомпенсированным, декомпенсированным.
5. Малигнизированная язва.

Клиническая картина

От локализации язвы в том или ином отделе желудка и двенадцатиперстной кишки зависят клинические проявления и особенности течения заболевания.

Язвы верхнего отдела желудка. К ним относятся язвы кардиального и субкардиального отделов желудка. Больные с язвами этой локализации составляют 20,8% по отношению к больным язвенной болезнью желудка. Язвы верхних отделов желудка встречаются, как правило, у мужчин, преимущественно в возрасте 40 — 60 лет. Клинической особенностью заболевания с данной локализацией язвы является слабая выраженность болевого синдрома, атипичная локализация и иррадиация болей. Чаще больные жалуются на болевые ощущения в виде жжения, давления под мечевидным отростком, за грудиной или слева от нее. Боли нередко иррадиируют в область сердца, левое плечо, под левую лопатку и напоминают приступы стенокардии. В отличие от коронарных эти боли возникают после приема пищи (обычно через 20 — 30 мин после еды). Наряду с болевым синдромом при язвах верхней трети желудка часто наблюдаются отрыжка, изжога и рвота, которые объясняются недостаточностью кардиального сфинктера, возникающей в результате распространения воспалительного вала язвы непосредственно на кардиальный жом пищевода. Язвы этой локализации нередко осложняются кровотечением (17,7%) и малигнизацией (7,9%). Прободение язвы верхнего отдела желудка — крайне редкое осложнение, встречается только у 0,9% больных.

Язва малой кривизны тела желудка. Представляет собой самую частую локализацию желудочных язв и встречается в 36,8— 68% всех его язвенных поражений. Возраст больных медиогастральной язвой обычно превышает 40 лет, причем среди них встречается немало пожилых и даже стариков. Клиническая картина язв данной локализации бывает весьма разнообразной. Наиболее часто отмечаются боли в подложечной области и несколько левее средней линии, возникающие через 1 — 1,5 ч после еды и прекращающиеся после эвакуации пищи из желудка. Наблюдаются также поздние, «голодные» и ночные боли. Болевые ощущения, как правило, носят ноющий характер и отличаются умеренной интенсивностью. При язвах данной локализации часто встречаются диспепсические расстройства (изжога, тошнота, реже рвота), у 30% больных снижается аппетит. Развивается похудание, кровотечения осложняют язвы малой кривизны тела желудка в 3,9% случаев, прободение — в 3,9%. Считается, что в среднем около 8 — 10% доброкачественных медиогастральных язв течением времени переходит в рак.

Язва большой кривизны желудка. Составляет, по различным статистическим данным, от 0,2 до 4,6% от числа язв всех локализаций и до 10% от язв желудка. Среди больных язвенной болезнью с локализацией процесса по большой кривизне желудка преобладают мужчины старших возрастных групп. Каких-либо специфических признаков, отличающих ее клиническую картину от типичных проявлений язвенной болезни, не отмечено. Интерес к язвам большой кривизны обусловлен не только их редкостью, но и тем, что в 50% случаев они оказываются злокачественными.

Язва антрального отдела желудка. Язвенная болезнь с такой локализацией наблюдается, по сводным данным, в 10 — 16% случаев. Язва антрального отдела желудка встречается преимущественно у лиц молодого возраста. Клиническая картина язвенной болезни с локализацией процесса в антральном отделе больше похожа на таковую при дуоденальной язве, чем при язвах других отделов желудка. Для больных с пилорическими язвами характерны поздние, «голодные», ночные боли в эпигастральной области. Наряду с типичным болевым синдромом при язвах данной локализации часто наблюдаются изжога и рвота кислым желудочным содержимым. Язвы антрального отдела желудка в 15 — 20% случаев осложняются кровотечением.

Язвы пилорического канала. Язвы пилорического канала встречаются у 2,1 — 7,8% больных от числа всех больных язвенной болезнью. Локализация язвы в наиболее суженной части желудка, несущей большую функциональную нагрузку, определяет особенности клинической картины. Основным признаком язв пилорического канала является болевой синдром, в основном проявляется в следующих трех вариантах:

- 1) приступообразные, сильные боли продолжительностью 20 — 40 мин, многократно возобновляющиеся в течение суток.
- 2) постепенно нарастающие и медленно стихающие сильные боли.
- 3) боли умеренной силы, различной продолжительности, имеющие тенденцию к усилению. Почти у 50% больных возникновение болей не связано с приемом пищи и у многих отсутствует сезонность обострений. Наряду с болевым синдромом при язвах пилорического канала часто наблюдаются тошнота и рвота, которые носят упорный характер и нередко приводят к значительному похуданию. Из других симптомов описываются упорная изжога, приступообразная обильная саливация, снижение аппетита, чувство распирания и быстрой насыщаемости после приема даже небольшого количества пищи. Все эти явления объясняются стойкими нарушениями секреторной и моторной

функций желудка. Нередким осложнением (у 10 — 27% больных) является массивное кровотечение, что связано с обильной васкуляризацией пилорического канала. Нередко при данной локализации язвы наблюдают прободение или ее пенетрацию, обычно в поджелудочную железу. У 3 — 8% больных может произойти малигнизация язвы. Язвы пилорического канала необходимо строго отграничивать от язв луковицы двенадцатиперстной кишки, поскольку они имеют своеобразную клиническую картину и могут озлокачиваться, что совершенно не свойственно дуоденальным язвам.

Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Чаще всего встречается локализация язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (в 32,4 — 49,6% случаев). При таком расположении язвы в основном наблюдаются типичные клинические симптомы. Наиболее характерным осложнением язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки является ее перфорация. До 60 — 75% всех перфораций наблюдается именно на этой локализации язвы и в 20 — 25% случаев перфорация возникает внезапно как первое проявление язвенной болезни. Более разнообразна клиническая картина при расположении язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (17,5 — 28,5%), особенно при ее пенетрации в поджелудочную железу и печеночно-дуоденальную связку. При этом отмечается резко выраженный болевой синдром, иногда приобретающий приступообразный характер, что нередко бывает связано с присоединившимся реактивным панкреатитом.

Внелуковичные язвы. Язвы, располагающиеся дистальнее луковицы двенадцатиперстной кишки, принято называть постбульбарными. Они составляют 1,4 — 7,2% всех гастродуоденальных язв и отличаются своеобразной клинической картиной. Внелуковичные язвы двенадцатиперстной кишки чаще встречаются у мужчин в возрасте 40 — 60 лет, причем начинается заболевание в среднем на 5 — 10 лет позже, чем при локализации язвы в луковице. Клинические проявления постбульбарных язв и язв луковицы двенадцатиперстной кишки очень схожи, однако постбульбарные язвы отличаются более упорным течением, значительной частотой и длительностью обострений. Боли выявляются у 93% больных и локализуются обычно в правом верхнем квадранте живота, распространяясь под правую лопатку и в спину. Они возникают через 3 — 4 ч после приема пищи, иногда носят приступообразный характер и напоминают печеночную или почечную колику. Боли исчезают после приема пищи не сразу, как при бульбарной язве, а лишь спустя 15 — 20 мин. Течение язвенной болезни с локализацией язвы в

постбульбарном отделе характеризуется значительной частотой развития различных осложнений. Среди них наиболее частым является кровотечение, которое встречается у 42,8 — 79% больных. Кишечное кровотечение обычно проявляется в виде мелены и значительно реже — кровавой рвоты. Нередко оно является первым и единственным проявлением постбульбарной язвы. Кроме кровотечения, наблюдаются перивисцериты — у 91% больных, пенетрация язвы (у 43%), стенозирование двенадцатиперстной кишки (у 23%), прободение язвы обнаруживается существенно реже (у 6% больных). У некоторых пациентов заболевание осложняется присоединением механической желтухи. Нарушение оттока желчи может наступить вследствие рефлекторного спазма сфинктера Одди (сфинктер печечно-поджелудочной ампулы) или сдавления воспалительным периульцерозным инфильтратом и рубцовой тканью терминальных отделов общего желчного протока.

При сочетанных язвах наблюдается своеобразное клиническое течение язвенной болезни, при этом имеющиеся симптомы не укладываются в рамки классической картины язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Характерны упорное течение заболевания, длительное сохранение болевого синдрома, медленное рубцевание язв, частые рецидивы и отсутствие сезонности. В клиническом течении сочетанных язв можно выделить два периода: период типичной клинической симптоматики, характерной для той или иной локализации язвы, и период изменения симптоматики в связи с возникновением язвы другой локализации.

Диагностика

Клиническое обследование

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

При обострении ЯБ часто встречаются также отрыжка кислым, тошнота запоры, Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение и потому вызываемая больными искусственно, всегда считалась признаком ЯБ, однако, в настоящее время она встречается сравнительно редко. Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов. При обострении заболевания нередко отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

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

Лабораторные исследования

Клинический анализ крови при неосложненном течении ЯБ чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях. Лейкоцитоз и повышение СОЭ встречаются при осложненных формах язвенной болезни.

Определенное место в диагностике обострений ЯБ занимает анализ кала на скрытую кровь. При интерпретации его результатов необходимо помнить, что положительная реакция кала на скрытую кровь встречается и при многих других заболеваниях, что требует их обязательного исключения.

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

кишки и пилорического канала обычно отмечаются повышенные показатели секреции HCl, при язвах тела и субкардиального отдела желудка – нормальные или сниженные. Обнаружение и подтверждение гистаминустойчивой ахлоргидрии практически всегда исключает диагноз ЯБ двенадцатиперстной кишки и ставит под сомнение доброкачественный характер язвы желудка.

Инструментальные исследования

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования.

Наиболее точный метод диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – эзофагогастродуоденоскопия, имеющая особую ценность в следующих ситуациях: 1) при проведении дифференциальной диагностики, 2) при динамическом обследовании на предмет активности язвенной болезни, 3) при диагностике мелких или поверхностных язв, 4) при верификации желудочно-кишечного кровотечения. ЭГДС позволяет провести визуальную оценку язвенного дефекта (размеры, форму, локализацию), биопсию язвы и слизистой антрального отдела для обнаружения *Helicobacter pylori*, оценить эффективность лечения.

Контрастное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки также достаточно информативный метод диагностики язвенной болезни, позволяющий определить не только морфологические, но и функциональные изменения изучаемого органа. Основным рентгенологическим признаком гастродуоденальных язв является симптом «ниши» - бесструктурное депо бария довольно правильной формы с чёткими контурами. Вокруг ниши виден ободок просветления или меньшей ширины воспалительный вал, к которому конвергируют складки слизистой оболочки. Остальные рентгенологические признаки, выявляемые при обострении язвенной болезни, имеют второстепенное значение. К ним относят: усиленную моторику, конвергенцию складок слизистой оболочки, деформацию стенки органа, гиперсекрецию, локальный спазм, ускоренную эвакуацию бария из желудка и быстрое его прохождение по двенадцатиперстной кишке и начальному отделу тощей кишки.

Аспирационно-титрационный метод исследования секреции соляной кислоты. Материал для исследования получают (аспирируют) с помощью желудочного зонда. Для определения базальной секреции берут 4 порции желудочного содержимого с интервалом в 15 минут. Измеряют объём каждой порции и определяют концентрацию соляной кислоты путём титрования гидроксидом натрия до pH 7,0 или вычисляют её, исходя из pH полученного желудочного сока. Для определения максимальной секреции соляной кислоты в качестве

стимулятора применяются гистамин (тест Кея), гастрин, а предпочтение отдаётся пентагастрину, который после определения базальной секреции вводят подкожно в дозе 4 мкг/кг и собирают ещё 4 порции желудочного сока с интервалом в 15 минут. Максимальная секреция – это суммарное количество соляной кислоты, собранное в течение часа после введения пентагастрина.

У здоровых мужчин базальная секреция соляной кислоты составляет в среднем около 0,8 мкмоль/с (2-3 мэкв/ч), а максимальная - 6,4 мкмоль/с (23 мэкв/ч). У женщин уровень базальной и стимулированной секреции составляет около 65-75% от тех же показателей у мужчин.

При язве двенадцатиперстной кишки уровень секреции соляной кислоты значительно колеблется, при этом базальная секреция составляет 1–1,7 мкмоль/с (4-6 мэкв/ч), а стимулированная – 8-11 мкмоль/с (30-40 мэкв/ч). У пациентов с язвой желудка уровень секреции нормальный или, чаще всего, немного снижен.

Метод 24-х часовой внутрижелудочной рН-метрии позволяет детально изучить суточные ритмы секреторной и моторной функции пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, оценить скорость наступления эффекта и продолжительность действия антисекреторных препаратов. Для продолжительной регистрации рН используется двойной рНметрический зонд, состоящий из трансназального зонда с активным электродом и назогастрального референтного электрода, который фиксируется на грудную клетку. Это позволяет существенно уменьшить диаметр трансназального компонента зонда. Тонкий зонд сводит к минимуму дискомфорт больного во время исследования и позволяет проводить 24-х часовую рН-метрию даже у новорождённых. Активный электрод чаще всего бывает стеклянным или сурьмяным. Зонд соединён с портативным прибором, автоматически записывающим показания в течение суток. Количество электродов зонда варьирует от 1 до 3, что позволяет регистрировать рН одновременно на разных уровнях – в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке. Расположение электродов в исследуемых зонах после установки зонда определяется под контролем рентгентелевизионной установки, позволяющей выполнить коррекцию локализации активных частей электродов посредством механической тракции зонда. В течение суток пациент получает назначенное лечение, выполняет предписанный режим и диету, регистрируя время приёма препаратов, пищи, сна. Полученная на портативный прибор информация обрабатывается на компьютере с распечаткой графика секреторной и моторной функции исследуемых органов. В результате оценки полученных данных открывается возможность подобрать оптимальную частоту и ритм приёма противоязвенных средств.

Диагностика инфекции *H.pylori*

Часто необходимость определения *H.pylori* возникает во время проведения гастродуоденоскопии, когда врач обнаруживает у больного язву желудка или двенадцатиперстной кишки. В таких случаях чаще всего применяется быстрый уреазный тест (CLO-тест), основанный на определении изменения рН среды по окраске индикатора, которое происходит вследствие выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой, вырабатываемой бактериями. Результаты этого исследования становятся известными уже через 1 час после получения биоптатов слизистой оболочки желудка,

Морфологический (гистологический) метод также относится к распространенным методам первичной диагностики инфекции *H.pylori* при проведении биопсии. Исследование биоптатов слизистой оболочки желудка с применением различных окрасок (акридиновым оранжевым, красителем Гимзы, серебрением по Вартину-Старри) позволяет не только с высокой степенью надежности выявить наличие *H.pylori*, но и количественно определить степень обсеменения. При использовании эндоскопических методов диагностики *H.pylori* берут, как минимум, 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела. Если больному не проводится эзофагогастродуоденоскопия, то для диагностики инфекции *H.pylori* предпочтительнее применять уреазный дыхательный тест с применением мочевины, меченой изотопами ^{13}C или ^{14}C . Этот метод предполагает использование масс-спектрографа для улавливания этих изотопов в выдыхаемом воздухе.

Серологический метод выявления антител к *H.pylori* применяется в научных исследованиях в основном с целью оценки инфицированности *H.pylori* различных групп населения, поскольку не требует проведения эндоскопии, наличия сложных приборов, специально обученного персонала, но его можно использовать и для первичной диагностики инфекции *H.pylori* в широкой клинической практике. К недостаткам серологического метода относится то, что он не позволяет отличить текущую инфекцию от перенесенной (т.е., его нельзя применять для контроля эрадикации), а также обладает более низкой чувствительностью у детей. В то же время серологический метод имеет и ряд преимуществ: он позволяет обнаружить *H.pylori* у больных с низкой обсемененностью, может применяться при язвенных кровотечениях, на его результаты не влияют предшествующая антисекреторная терапия и прием антибиотиков.

Микробиологический (бактериологический) метод получения культуры *H.pylori* имеет то преимущество, что с его помощью можно определить чувствительность микроорганизмов к тому или иному антибактериальному препарату. Однако этот метод является достаточно дорогостоящим. Кроме того, он сопряжен с определенными трудностями, обусловленными необходимостью наличия специальных сред, определенной температуры, влажности, качества атмосферного воздуха и т.д. Все это приводит к тому, что рост колоний микроорганизмов удается получить далеко не всегда. Неудобство метода связано и с тем, что его результатов приходится ждать, как правило, не менее 10-14 дней. В настоящее время он применяется для определения индивидуальной чувствительности к бактериям в случаях неэффективности лечения.

Дифференциальная диагностика

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.

Для гастродуоденальных язв у больных гиперпаратиреозом, помимо тяжёлого течения с частыми рецидивами и склонностью к кровотечению и перфорации, характерны признаки повышенной функции паращитовидных желёз: мышечная слабость, боли в костях, чувство жажды, полиурия. Диагноз ставится на основании изучения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, наличия гипертиреоидной остеодистрофии, характерных признаков поражения почек и неврологических расстройств.

Дифференциальная диагностика язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с дуоденитом, функциональными нарушениями двенадцатиперстной кишки, хроническим холецисто-панкреатитом проводится по результатам эндоскопического, рентгенологического и ультразвукового исследования панкреатодуоденальной зоны.

При верификации язвенных дефектов в желудке необходимо проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. Признаками злокачественного поражения являются: очень большие размеры язвы, атипичная локализация (на большой кривизне, задней стенке, кардиальном отделе и дне желудка), повышенная СОЭ, гистаминустойчивая ахлоргидрия. Имеются характерные рентгенологические и эндоскопические признаки злокачественных язв желудка: неправильная форма язвенного дефекта с неровными и бугристыми краями, инфильтрация слизистой оболочки вокруг язвы, ригидность стенки желудка в зоне локализации язвы.

Злокачественное перерождение более характерно для крупных язв (более 3 см в диаметре). При эндоскопической или интраоперационной биопсии язв желудка, которые при рентгеноскопии выглядели доброкачественными, у 1-8% пациентов обнаруживают признаки злокачественного перерождения.

Поскольку рентгенологическое исследование может давать ложноположительные и ложноотрицательные результаты, его нельзя использовать в качестве единственного способа верификации язвы и рака желудка.

Эндоскопическая ультрасонография позволяет оценить характер поражения стенки желудка и определить состояние региональных лимфоузлов.

Окончательно диагноз верифицируется после гистологического исследования биоптатов язвы. Учитывая возможность ложноотрицательных результатов, биопсию следует проводить повторно, вплоть до полного заживления язвы. При каждом исследовании необходимо брать не менее 3-4 фрагментов ткани.

Одновременно желательно сделать соскоб слизистой для цитологического исследования.

Ведущее место в дифференциальной диагностике язвенной болезни желудка с недостаточностью кардии, функциональными расстройствами желудка и двенадцатиперстной кишки, рефлюкс-эзофагитом, гастритом, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом занимают: ЭГДС, 24- часовая внутрижелудочная рН-метрия и контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки.

Осложнения

В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких, как физическое перенапряжение, прием НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений, К ним относятся кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы).

Язвенное кровотечение наблюдается у 15-20% больных ЯБ, чаще при локализации язв в желудке. Язвенное кровотечение проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена).

При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменной крови. Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов.

Перфорация (прободение) язвы встречается у 5-15% больных ЯБ, чаще у мужчин. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немого») течения ЯБ. Перфорация язвы клинически манифестируется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния, При обследовании больного обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита.

Под пенетрацией понимают проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При пенетрации язвы возникают упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела, в анализах крови выявляется повышение СОЭ. Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.

Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки. Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания прободной язвы данной области. Наиболее характерными клиническими симптомами стеноза привратника являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом «тухлых» яиц. При пальпации живота в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), у худых больных становится иногда видимой перистальтика желудка. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение больных, присоединяются электролитные нарушения.

Малигнизация (озлокачествление) доброкачественной язвы желудка является не таким частым осложнением, как считалось раньше. Клинически иногда удается отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови обнаруживаются анемия, повышение СОЭ. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

Принципы лечения

Немедикаментозное лечение

Диета №1 с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копченые продукты). Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Медикаментозное лечение

Антациды

Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного рН > 3 на протяжении 4-6 часов в течение суток, что определяет их недостаточно высокую эффективность при применении в качестве монотерапии. Тем не менее, многие больные ЯБ охотно принимают антацидные препараты для купирования болей и диспепсических жалоб, учитывая быстроту их действия и доступность при безрецептурной продаже. При систематическом применении больными ЯБ антацидных препаратов следует помнить о возможных побочных эффектах. К ним относятся феномен «рикошета» - вторичное повышение секреции соляной кислоты, наблюдающееся, в частности, при приеме антацидов, содержащих карбонат кальция; «молочно-щелочной синдром» (при одновременном приеме карбоната кальция и употреблении большого количества молока), нарушение всасывание некоторых лекарственных препаратов (например, антибиотиков, H₂-блокаторов), если они применяются вместе с антацидами, повышение уровня алюминия и магния в крови у больных с нарушенной функцией почек, принимающих магний- и алюминийсодержащие антациды, нарушения стула.

H₂-блокаторы

Они подавляют секрецию соляной кислоты за счет вытеснения гистамина из связи с H₂-рецепторами париетальных клеток. Эти препараты поддерживают показатели внутрижелудочного рН > 3 на протяжении суток в течение 8-10 часов. Многочисленные проведенные исследования показали, что применение H₂-блокаторов в течение 4-6 недель приводит к рубцеванию язвенного дефекта. После того как в клинической практике в качестве базисной антисекреторной терапии стали широко применяться ИПП, H₂-блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко.

Ингибиторы протонной помпы

Лишь препараты этой группы могут выполнить после их приема условия правила продолжительности повышения рН в желудке, необходимой для заживления гастродуоденальных язв. В настоящее время ИПП являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Они назначаются с целью

купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки.

В настоящее время существует строгий протокол фармакотерапии ЯБ, который предусматривает назначение выбранного препарата в строго определенной дозе: омепразола - в дозе 20 мг, лансопразола – в дозе 30 мг, пантопразола – в дозе 40 мг, рабепразола – в дозе 20 мг, эзомепразола – в дозе 20 мг.

Лечение инфекции *H. pylori*

В настоящее время краеугольным камнем противорецидивного лечения ЯБ признано проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии.

Терапия схемой первой линии включает в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки). В настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность стандартной тройной терапии:

1. Назначение дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной по сравнению со стандартной).
2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней.
3. Добавление к стандартной тройной терапии висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки.
4. Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки).
5. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств.

Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя 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).

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам.

Неэффективность консервативного лечения ЯБ проявляется в двух вариантах: часторецидивирующим течением заболевания (с частотой рецидивов более 2 раз в год) и формированием труднорубцующихся язв, не заживающих в течение 12 недель непрерывного лечения.

Что касается показаний к хирургическому лечению ЯБ, то к ним в настоящее время относятся только осложненные формы заболевания (перфорация язвы, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника, профузные желудочно-кишечные кровотечения, которое не удается остановить консервативными методами, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза).

Хирургическое лечение

Когда медикаментозное подавление желудочной секреции не приводит к стойкой ремиссии заболевания, является показанием к плановому оперативному лечению. Чаще всего выполняют стволовую ваготомию с резекцией антрального отдела желудка (антрумэктомией) или пилоропластикой, а также проксимальную селективную ваготомию без дренирующих желудок операций.

При стволовой ваготомии с антрумэктомией пересекают блуждающие нервы, удаляют антральный отдел желудка и накладывают анастомоз с проксимальным отделом двенадцатиперстной кишки - резекция желудка по Бильрот-I или с петлёй тощей кишки - резекция желудка по Бильрот-II. Это достаточно эффективный метод лечения язвенной болезни. Частота рецидива заболевания после операции составляет 1%, а частота послеоперационных осложнений и летальность несколько выше, чем при ваготомии с пилоропластикой.

Некоторые хирурги предпочитают селективную ваготомию, когда пересекаются все желудочные ветви блуждающих нервов, при сохранении ветвей, идущих к печени и чревному сплетению. После этой операции рецидивы и осложнения встречаются реже, чем после стволовой ваготомии. При селективной проксимальной ваготомии денервируют дно и тело желудка, сохраняя ветви блуждающего нерва, иннервирующие регулирующие работу привратника. Поэтому антральный отдел и после выполнения селективной проксимальной ваготомии выполнять пилороластику или другую дренирующую желудок операцию нет необходимости.

Заключение

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

Список литературы

1. Трухан Д.И. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие. 2014.
2. Щеголев А. А., Титков Б.Е. *Helicobacter Pylori* и хирургия язвенной болезни. М.: Центрполиграф, 2015.
3. Маев И. В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Болезни желудка - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Габбасова Л.В., Крюкова А.Я. Роль социальных факторов в развитии ЯБДПК-2015.
5. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
6. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2015.
7. Трухалев В.А., Гомозов Г.И. Современное состояние проблемы лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, 2014.
8. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения/В кн.: Нерешенные спорные проблемы современной гастроэнтерологии. М.: МЕДпресс-информ, 2013.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __1__ группы

Зайцева Елена Николаевна

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

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

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

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)