

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов


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, 3 группы

педиатрического факультета

Костюк Юлия Михайловна

41-  


Волгоград 2018 г.

## Содержание

Введение.....	3
Этиология.....	4
Патогенез.....	4
Симптомы язвенной болезни в зависимости от локализации язвы.....	7
Диагностика.....	14
Дифференциальная диагностика.....	19
Принципы лечения.....	22
Показания к хирургическому лечению.....	28
Список использованной литературы.....	29

## Введение

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** – это хроническое заболевание, склонное к рецидивированию, характеризующееся образованием язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Это заболевание относится к наиболее частым поражениям органов желудочно-кишечного тракта.

Язвенной болезнью страдает до 5% взрослого населения (при массовых профилактических осмотрах язвы и рубцовые изменения стенки желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживают у 10—20% обследованных).

- Пик заболеваемости наблюдается в возрасте 40-60 лет.
- Заболеваемость выше у городских жителей, чем у сельских.
- У мужчин язвенная болезнь развивается чаще, преимущественно в возрасте до 50 лет.
- Дуоденальные язвы преобладают над желудочными в пропорции 3:1 (в молодом возрасте — 10:1).

В возрасте до 6 лет язву обнаруживают с равной частотой у девочек и мальчиков (с одинаковой локализацией в двенадцатиперстной кишке и желудке). У детей старше 6 лет язвы чаще регистрируют у мальчиков с преимущественной локализацией в двенадцатиперстной кишке.

Рецидивирование наблюдается примерно у 60% пациентов в течение первого года после заживления язвы двенадцатиперстной кишки и у 80-90% в течение двух лет.

Смертность обусловлена в основном кровотечением (оно наблюдается у 20—25% пациентов) и перфорацией стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с развитием перитонита. Смертность при перфорации стенки желудка примерно в 3 раза выше, чем при перфорации стенки двенадцатиперстной кишки.

## Этиология

Причины развития заболевания остаются недостаточно изученными. В настоящее время считают, что факторами, способствующими ее возникновению, являются следующие:

- длительное или часто повторяющееся нервно-эмоциональное перенапряжение (стресс);
- генетическая предрасположенность, в том числе стойкое повышение кислотности желудочного сока конституционального характера;
- другие наследственно-конституциональные особенности (0 группа крови; HLA-B6-антиген; снижение активности  $\alpha$ -антитрипсина);
- наличие хронического гастрита, дуоденита, функциональных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки (предязвенное состояние);
- нарушение режима питания;
- курение и употребление крепких спиртных напитков;
- употребление некоторых лекарственных препаратов, обладающих ulcerогенными свойствами (ацетилсалициловая кислота, бутадион, индометацин и пр.).

## Патогенез

В настоящее время самой распространенной точкой зрения на патогенез язвенной болезни признается нарушение взаимодействия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного сока и защитными возможностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К факторам кислотно-пептической агрессии относят гиперпродукцию соляной кислоты и пепсина, гиперплазию фундальной слизистой, повышение тонуса блуждающего нерва, гиперпродукцию гастрина, ацетилхолина, гиперреактивность обкладочных клеток, травматизацию гастродуоденальной

слизистой, дисмоторику (усиление моторной активности желудка с ускоренной эвакуацией из него кислотного содержимого, цитолитическое действие желчных кислот и лизолецитина при дуоденогастральном рефлюксе).

Защитные факторы - это адекватная продукция слизи, активная регенерация клеток покровного эпителия, достаточное кровоснабжение слизистой оболочки, активная секреция бикарбонатов, нейтрализующая соляную кислоту желудочного сока, как за счет щелочного компонента желудочной секреции, так и благодаря внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы.

К факторам защиты в патогенезе язвообразования относят простагландины. По своей химической природе они являются циклическими полиненасыщенными жирными кислотами. Механизм их цитопротективного действия до конца не известен. Установлено, что он включает в себя стимулирующее влияние простагландинов на желудочное слизеобразование. Большинство авторов считают, что они увеличивают выработку щелочного компонента желудочной секреции и повышают уровень кровотока в слизистой оболочке желудка.

В патогенезе язвенной болезни в последнее время важное место отводится различным нарушениям иммунной системы организма, обнаружены антитела к гастрину, существует предположение, что иммунологическая перестройка приводит к вторичным изменениям слизистой оболочки. Однако роль иммунных нарушений в патогенезе язвенной болезни не может считаться окончательно установленной и требует дальнейших исследований.

Гормональные факторы патогенеза. Огромная роль в регуляции жизнедеятельности организма принадлежит системе гипоталамус-гипофиз периферические эндокринные железы.

Согласно литературным данным (В. А. Виноградов, В. Г. Смагин и др.) у большинства больных язвенной болезнью регистрируется повышенная активность гипоталамуса, которая может быть обусловлена влиянием генетических факторов, а также результатом стрессовых воздействий.

Увеличение выделения гипоталамических пептидов повышает секрецию гормонов передней доли гипофиза (соматотропного, тиреотропного, АКТГ, пролактина), что может привести к развитию язвенной болезни. Значительное место в патогенезе язвенной болезни отводится снижению минералокортикоидной функции надпочечников.

В последние годы учеными привлечено внимание к бактериям из рода *Helicobacter*, которые вызывают эрозии и язвы в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Высказано мнение о том, что воспаление, обусловленное *Helicobacter pylori*, повреждает слизистую оболочку, уменьшает слой слизи и приводит к нарушению равновесия между факторами агрессии и защиты, и в результате к образованию язв.

Таким образом, патогенез язвенной болезни является сложным. Несмотря на полное единодушие ученых в понимании общей концепции заболевания (нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного сока и факторами защиты) существуют противоречивые взгляды на оценку отдельных факторов в механизмах язвообразования. Система взаимодействующих факторов агрессии и защиты является очень динамичной, изменение любого ее звена может нарушать равновесие и приводить к возникновению язвенной болезни. В каждом конкретном случае заболевания удельный вес патогенетических факторов (кислотно-пептической агрессии, сосудистых нарушений и т. д.) будет неравнозначным, и в качестве решающего звена язвообразования может выступить один из них. Так, например, при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке превалируют факторы агрессии, а при локализации ее в желудке наблюдается преимущественное снижение факторов защиты.

## Симптомы язвенной болезни в зависимости от локализации язвы

### Симптомы язвы 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 стенокардитические. 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, молока;
- 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.

## **Симптомы язвы малой кривизны желудка**

Малая кривизна - это самая частая локализация желудочных язв. Характерными особенностями являются следующие:

- 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.

## **Симптомы язвы большой кривизны желудка**

Язвы большой кривизны желудка имеют следующие клинические особенности:

- встречаются редко;
- среди больных преобладают мужчины 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.

### **Симптомы 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.

### **Симптомы 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; другими частыми осложнениями

являются кровотечения (пилорический канал обильно васкуляризирован), перфорация, пенетрация в поджелудочную железу; у 3-8% наблюдается малигнизация.

### **Симптомы язвы луковицы 12-перстной 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.

Язвы 12-перстной кишки, в отличие от язв желудка, не малигнизируются.

## **Симптомы внедуоденальных (постбульбарные) язв**

Внедуоденальными (постбульбарными) язвами называются язвы, располагающиеся дистальнее луковицы 12-перстной кишки. Они составляют 5-7% всех гастродуоденальных язв и имеют характерные черты:

- наиболее часто встречаются у мужчин в возрасте 40-60 лет, заболевание начинается на 5-10 лет позже по сравнению с дуоденальной язвой;
- 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 перивисцеритов, перигастритов, пенетрацией и стенозированием 12-перстной кишки;
- прободение язвы, в отличие от локализации на передней стенке луковицы 12-перстной кишки, наблюдается значительно реже;
- у некоторых больных возможно развитие механической (подпеченочной) желтухи, что обусловлено сдавленной общего желчного протока воспалительным периульцерозным инфильтратом или соединительной тканью.

## **Симптомы сочетанных и множественных гастродуоденальных язв**

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.

### **Симптомы язвы гигантских язв желудка и 12-перстной кишки**

Согласно Е. С. Рыссу и Ю. И. Фишзон-Рыссу (1995), гигантскими называются язвы, имеющие диаметр свыше 2 см. А. С. Логинов (1992) к гигантским относит язвы с диаметром более 3 см.

Гигантские язвы характеризуются следующими особенностями:

- располагаются преимущественно на малой кривизне желудка, реже - в субкардиальной области, на большой кривизне и очень редко - в 12-перстной кишке;
- боли значительно выражены, нередко исчезает их периодичность, они могут стать почти постоянными, что требует дифференциальной диагностики с раком желудка; в редких случаях болевой синдром может оказаться слабо выраженным;
- характерно быстро наступающее истощение;
- очень часто развиваются осложнения - массивные желудочные кровотечения, пенетрация в поджелудочную железу, реже - перфорация язвы;
- требуется тщательная дифференциальная диагностика гигантской язвы с первично-язвенной формой рака желудка; возможна малигнизация гигантских язв желудка.

## **Симптомы длительно незаживающих язв**

Согласно А. С. Логинову, В. М. Майорову, длительно незаживающими называются язвы, не рубцующиеся в течение 2 месяцев. Основными причинами резкого удлинения сроков заживления язвы являются:

- наследственная отягощенность;
- возраст старше 50 лет;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- наличие резко выраженного гастродуоденита;
- рубцовая деформация желудка и 12-перстной кишки;
- персистирование хеликобактерной инфекции.

Для длительно незаживающих язв характерна стертая симптоматика, на фоне терапии острота болей уменьшается. Однако довольно часто такие язвы осложняются перивисцеритом, пенетрацией, и тогда боль становится упорной, постоянной, монотонной. Может отмечаться прогрессирующее падение массы тела больного. Указанные обстоятельства диктуют необходимость тщательной дифференциальной диагностики длительно не заживающей язвы с первично-язвенной формой рака желудка.

## **Диагностика**

### **План обследования при язве желудка и 12-перстной 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;
- фракционное исследование желудочной секреции.

### **Обязательные инструментальные исследования**

- ФЭГДС со взятием 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы при её локализации в желудке и с их гистологическим исследованием;
- УЗИ печени, поджелудочной железы, жёлчного пузыря.

### **Дополнительные лабораторные исследования**

- определение инфицированности *Helicobacter pylori* эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом;
- определение уровня сывороточного гастрина.

### **Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям)**

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

### **Лабораторное обследование**

Патогномоничных для язвенной болезни лабораторных признаков нет.

Следует проводить исследования с целью исключения осложнений, в первую очередь язвенного кровотечения:

- общий анализ крови (ОАК);
- анализ кала на скрытую кровь.

## Инструментальная диагностика язвы желудка и 12-перстной кишки

- ФЭГДС позволяет достоверно диагностировать и охарактеризовать язвенный дефект. Дополнительно ФЭГДС позволяет контролировать его заживление, проводить цитологическую и гистологическую оценку морфологической структуры слизистой оболочки желудка, исключать злокачественный характер изъязвления. При наличии язвы желудка необходимо взятие 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы с последующим их гистологическим исследованием для исключения наличия опухоли.
- Контрастное рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ также позволяет выявить язвенный дефект, однако по чувствительности и специфичности рентгенологический метод уступает эндоскопическому.
- Рентгенологические признаки язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
  - Симптом «ниши» - тень контрастной массы, заполнившей язвенный кратер. Силуэт язвы может быть виден в профиль (контурная «ниша») или в анфас на фоне складок слизистой оболочки («рельеф-ниша»). Маленькие «ниши» неразличимы при рентгеноскопии. Контуры малых язв ровные и чёткие. В больших язвах очертания становятся неровными из-за развития грануляционных тканей, скопления слизи, сгустков крови. Рельефная «ниша» имеет вид стойкого округлого или овального скопления контрастной массы на внутренней поверхности желудка или двенадцатиперстной кишки. Косвенные признаки - наличие жидкости в желудке натощак, ускоренное продвижение контрастной массы в зоне язвы.
  - Симптом «указующего перста» - в желудке и луковице спазм возникает на уровне язвы, но на противоположной стороне патологического процесса.
- Внутрижелудочная рН-метрия. При язвенной болезни наиболее часто обнаруживают повышенную либо сохранённую кислотообразующую функцию желудка.



- УЗИ органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии.

## **Выявление Helicobacter pylori**

### **Инвазивная диагностика язвы желудка и 12-перстной кишки**

Проводят забор не менее 5 биоптатов слизистой оболочки желудка: по два из антрального и фундального отделов и одного из области угла желудка. Для подтверждения успешности эрадикации микроба данное исследование выполняют не ранее 4-6-й недели после завершения терапии.

### **Морфологические методы диагностики язвы желудка и 12-перстной кишки**

«Золотой стандарт» диагностики Helicobacter pylori - окраска бактерий в гистологических срезах слизистой оболочки желудка.

- 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.

Биохимический метод (быстрый уреазный тест) - определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путём помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую мочевины и индикатор. При наличии в биоптате H. pylori его уреазы превращает мочевины в аммиак, что изменяет pH среды и, следовательно, цвет индикатора.

Бактериологический метод 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*.

### **Неинвазивная диагностика язвы желудка и 12-перстной кишки**

- 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. В последнее время появились более чувствительные системы, которые позволяют диагностировать эрадикацию по снижению титра антихеликобактерных антител в сыворотке крови больных в стандартные сроки 4-6 нед методом иммуноферментного анализа.
- Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе  $CO_2$ , меченного изотопом  $^{14}C$  или  $^{13}C$ , который образуется под действием уреазы *H. pylori* в результате расщепления в желудке меченой мочевины. Позволяет эффективно диагностировать результат эрадикационной терапии.
- ПЦР-диагностика. Можно исследовать как биоптат, так и фекалии больного.

При соблюдении всех правил выполнения методик и надлежащей стерилизации эндоскопической аппаратуры первичная диагностика *H. pylori* обосновывает начало антихеликобактерной терапии при обнаружении бактерии одним из описанных методов.

### **Диагностика результата эрадикационной терапии *H. pylori***

Диагностику любым методом проводят не ранее 4-6 нед после окончания курса антихеликобактерной терапии.

Референтным методом для определения успешности эрадикационной терапии *H. pylori* служит дыхательный тест с пробным завтраком мочевиной,

меченной 14С. При использовании методов непосредственного обнаружения бактерии в биоптате (бактериологический, морфологический, уреазный) необходимо исследование как минимум двух биоптатов из тела желудка и одного из антрального отдела.

Цитологический метод для установления эффективности эрадикации неприменим.

### **Дифференциальная диагностика**

Распознавание неосложненной язвенной болезни в типичных случаях при хорошо собранном анамнезе, а также при детальном физическом и лабораторно-инструментальном обследовании больного не представляет особых затруднений. Среди вспомогательных методов исследования ведущее место занимают рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Они помогают поставить диагноз и при атипической клинической картине и в случае "немых" язв.

При атипичном болевом синдроме следует проводить дифференциальную диагностику с патологией желчного пузыря и поджелудочной железы. Оба эти заболевания могут протекать волнообразно, с периодами обострения. Для холециститов характерна иррадиация болей в область правого плеча, лопатки, приступ болей бывает более коротким, обострениям не свойственна сезонность, отмечается непереносимость жирной пищи, яиц и других продуктов. При объективном исследовании положительны симптомы раздражения желчного пузыря, при подозрении на желчнокаменную болезнь необходимо провести УЗИ и холецистографию. При подозрении на холецистит показано дуоденальное зондирование, в том числе и для исключения паразитарной этиологии заболевания.

При обострении хронического панкреатита боли носят приступообразный характер, локализуются в верхней половине живота, чаще в левом верхнем

квадранте, могут быть опоясывающими, длятся обычно несколько часов, сопровождаются метеоризмом и тошнотой.

При пальпации живота отмечается болезненность, чаще всего в верхней половине, в области пупка и левого подреберья. Определенное значение имеют симптомы Кача, Гротта, Мейо-Робсона. Повышение содержания панкреатических ферментов в крови и в моче считается одним из важнейших симптомов панкреатита.

У лиц молодого возраста нередко имеют место функциональные расстройства секреторной функции, требующие дифференциальной диагностики с язвенной болезнью. Желудочная секреция у них резко повышена. Клинические проявления, как правило, не носят периодичности и сезонности, на первый план выступают диспепсические расстройства (изжога, кислая отрыжка), а боли могут и отсутствовать. Решающее значение в диагностике в таких случаях будет иметь динамическое рентгенологическое и эндоскопическое исследование.

Хронический дуоденит по своим клиническим проявлениям напоминает язву двенадцатиперстной кишки. В целях дифференциальной диагностики необходимо провести рентгенологическое и эндоскопическое исследование.

При стойком болевом синдроме в сочетании с высокими показателями ночной и базальной секреции необходимо исключить синдром Золлингера-Эллисона, для чего необходимо провести дополнительные целенаправленные исследования.

Трудности в диагностике могут возникнуть в тех случаях, когда язвенные боли напоминают стенокардию, локализуются за мечевидным отростком, отдают в левую руку и в область сердца, указанные симптомы могут наблюдаться при язвах верхнего отдела желудка (кардиальных и субкардиальных).

Тщательно собранный анамнез, зависимость болей от приема пищи, возникновение их к концу еды или вскоре после нее, исчезновение болей после

приема антацидов позволяют провести дифференциальный диагноз между язвенной болезнью и заболеванием сердца. Рентгенологический и эндоскопический методы исследования помогут поставить правильный диагноз.

В дифференциальной диагностике язвенной болезни желудка и рака желудка руководствуются анамнезом, характерным для язвенной болезни (периодичность, цикличность течения), сохранением или повышением кислотности желудочного содержимого, наличием ниши и характерных эндоскопических данных, исследованием кала на скрытую кровь.

В тоже время необходимо помнить, что существует так называемая первично-язвенная форма рака, которую клинически не всегда легко отличить от язвенной болезни с локализацией язвы в желудке. Поэтому при впервые выявленной язве желудка, плохо поддающейся лечению, даже при сохранении желудочной секреции, независимо от возраста и пола больного нужно исключить злокачественный характер язвы. Решающим в диагностике будет эндоскопическое наблюдение в динамике с прицельной биопсией краев и дна язвы. В литературе есть указание, что злокачественные язвы могут рубцеваться. Поэтому такие больные должны находиться под тщательным наблюдением.

При проведении дифференциальной диагностики между язвенной болезнью и раком необходимо иметь в виду, что не исключена возможность одновременного существования старой зажившей язвы и первичного рака желудка. О симптомах, свидетельствующих о раковом перерождении старой язвы желудка, будет указано в описании осложнений язвенной болезни.

Язвенную болезнь необходимо идентифицировать от вторичных или симптоматических язв: от стресс-язв, лекарственных, старческих, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, легких, печени и других.

## Лечение

### Общие принципы:

- больные с в первый раз, кстати, выявленной язвой, а также с обострением язвенной болезни, независимо от возраста, локализации и характера язвенного процесса подлежат госпитализации в терапевтическое отделение; если по каким-то причинам госпитализация невозможна и лечение проводится на дому, оно должно приближаться к стационарному;
- не курить и не употреблять крепкие спиртные напитки.

В комплексной терапии важное значение имеет лечебное питание. Диета больного язвенной болезнью должна предусматривать:

- минимальное стимулирующее влияние пищевых продуктов на главные железы желудка, уменьшение моторной активности,
- предпочтение продуктам, обладающим хорошими буферными свойствами: белки животного происхождения: отварное мясо и рыба, молоко, сливки, яйцо всмятку или паровые омлеты, творог, сливочное масло. Разрешается также черствый белый хлеб, сухой бисквит и печенье, молочные и вегетарианские супы. В пищевой рацион включаются овощи (тушеные либо в виде пюре), различные каши, кисели и фруктовые соки, печеные яблоки;
- в период обострения больной должен принимать пищу не менее 6 раз в день, в промежутках между приемами пищи рекомендуется пить по полстакана теплого молока или смеси молока и сливок с целью связывания соляной кислоты, выделенной после эвакуации пищи из желудка;
- при резко выраженном обострении язвенной болезни с наличием болевого и диспепсического синдромов назначается стол № 1а (пища дается только жидкой либо в виде желе, пюре, количество соли ограничивается до 4-5 г. Исключаются хлеб и сухари. Мясо и рыба даются в виде суфле один раз в день в небольшом количестве);

- стол № 1а малокалорийный (2100-2200 ккал) и физиологически неполноценный. Длительное назначение стола № 1а может сопровождаться чувством голода, потерей массы тела, авторому он назначается только при необходимости и на короткий срок (несколько дней);
- в фазе ремиссии стол № 5, несколько обогащенный белковыми продуктами.

### **Принципы фармакотерапии язвенной болезни:**

- одинаковый подход к лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки;
- обязательное проведение базисной антисекреторной терапии;
- выбор антисекреторного препарата, поддерживающего внутрижелудочную  $\text{pH} > 3$  около 18 часов в сутки;
- назначение антисекреторного препарата в строго определенной дозе;
- эндоскопический контроль с 2-х недельным интервалом;
- длительность антисекреторной терапии исходя из сроков заживления язвы;
- эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР-положительных больных;
- обязательный контроль эффективности антихеликобактериной терапии через 4-6 недель;
- повторные курсы антихеликобактерной терапии при ее неэффективности;
- поддерживающая противорецидивная терапия антисекреторным препаратом у НР-негативных больных;
- влияние на факторы риска плохого ответа на терапию (замена НПВП парацетамолом, селективными ингибиторами ЦОГ-2, сочетание НПВП с мизопростолом, обеспечение комплаентности больных и др.).

## Лекарственная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Учитывая патогенез развития язвенной болезни, на первом месте стоит эрадикационная терапия. У каждого больного язвенной болезнью, у которого в слизистой оболочке желудка обнаруживается НР, тем или иным методом (быстрым уреазным тестом, морфологическим методом, с помощью определения ДНК НР методом полимеразной цепной реакции и т.д.), проводится эрадикационная терапия.

Лекарственные схемы для эрадикации НР включают ингибитор протонной помпы или блокатор H<sub>2</sub>-рецепторов (ранитидин, фамотидин), а также препараты висмута в сочетании с двумя или тремя антибактериальными препаратами.

Согласно Маастрихтскому (Европейскому) консенсусу 2000 г. эрадикационная терапия «первой линии» включает: ингибитор протонной помпы или ранитидин (блокатор H<sub>2</sub> рецепторов гистамина), висмута трикалия дицитрат в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день, как минимум 7 дней.

Психотропные: Седативные и транквилизаторы - диазепам, седуксен, элениум, беллатаминал, отвар корня валерианы, настой травы пустырника.

Антациды : Альмагель, альмагель А по 15-30 мл X 3-4 раза в сутки: препараты, содержащие висмут - викалин (викаир), смесь Бурже (гидрокарбоат натрия, фосфат натрия, сульфат натрия), растворить в стакане воды по 1ст.л. x 3-4 раза в день.



### **Средства, воздействующие на различные уровни нервной регуляции:**

М-холинолитики - атропин 0,1% - 1.0. платифиллин 0,2% - 1 мл. и др. по 1-2 раза в сутки, в течение 10 дней до 4-6 недель с перерывами на 2-3 дня, через каждые 10 дней.

ганглиоблокаторы: бензогексоний 0,1% - 1,0 по 2 раза, квамерон 0,03 x 3 раза; пирилен 0,005x 3 раза при упорном болевом синдроме, в сочетании с гипертонической болезнью.

центральные холинолитики (дифацил, метилдиазил, апренал 2% - 1,0x 2 раза в сутки).

блокаторы центральных дофаминовых рецепторов: метоклопрамид (церукал, реглан, прилеперан) и сульпирид (эглонил, догматил) - препараты избирательно воздействуют на моторику гастроудоденальной системы.

### **Средства, воздействующие на кислотно-пептический фактор интрагастрально:**

блокаторы H<sub>2</sub> - рецепторов гистамина - циметидин (цинамет, тагамет, беламет) по 400 мг x2 раза в день с переходом на поддерживающую терапию по 400 мг на ночь не менее 1 месяца, ранитидин 150 мг - 2 раза в день, фамотидин 20 мг - 2 раза в день.

селективные блокаторы H-холинорецепторов - гастроцепин (пирензепин) по 50 мг - 300 мг в сутки в течение 4-6 недель: поддерживающая терапия по 50 мг на ночь длительно.

ингибиторы натрий-калиевой АТФазы (протонной помпы) - омепразол по 30 мг утром либо вечером.

**Средства, улучшающие репаративные процессы:** анаболические стероиды, метилурацил, оротат калия, пентоксил, оксиферрискарбон, аллонтон, солкасерил в дозе 8мл/сутки, в течение 2 недель с переходом на пероральный прием препарата (по 100 мг x 3 раза в день в течение 1-2 недель).

Седства, влияющие на образование слизи (ликвиритон, флакарбон, биогастрон).

**Средства, оказывающие защитное действие на слизистые** (цитопротекторы): сукралфат (Вентер) по 0,5 -1,0 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4 раз перед сном.

**В случаях, когда предполагается либо выявлена причастность НР к возникновению и рецидивированию язвенной болезни используется:**

- де-нол ( 1т.х 3 раза за 30 мин. до еды на 2-4 недели);
- метронидазол (1т.х4 раза в день);
- омепразол
- оксациллин (2г в сутки) и др. ( кларитромицин).

**Терапия "второй линии"** (для повторного лечения) включает ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день 7 дней.

Используется одна из семидневных схем, обеспечивающих эрадикацию НР более чем в 80 % случаев:

1. Рабепразол или омепразол 20 мг 2 раза в день или лансопразол 30 мг 2 раза в день. Препараты принимать с интервалом 12 часов

+ кларитромицин 500 мг 2 раза в день в конце еды

+ метронидазол или тинидазол 500 мг 2 раза в день в конце еды.

2. Ингибитор протонной помпы 2 раза в день (в стандартной дозе)

+ азитромицин 1000 мг 1 раз в день 3 дня

+ амоксилицин 1 г 2 раза в день в конце еды

3. Ранитидин висмут цитрат 400 мг 2 раза в день с едой

+ кларитромицин 250-500 мг или тетрациклин 1000 мг, либо амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

+ метронидазол 500 мг 2 раза в день с едой.

#### 4. Квадро-терапия:

Ингибитор протонной помпы 2 раза в день (в стандартной дозе)

+ висмута трикалия дицитрат 120 мг 3 раза за 30 минут до еды и 4-й раз спустя 2 часа после еды перед сном

+ метронидазол 250 мг 4 раза в день в конце еды или тинидазол 500 мг 2 раза в день в конце еды

+ тетрациклин либо амоксициллин по 500 мг 4 раза в день в конце еды.

Во всех схемах метронидазол можно заменять фуразолидоном (0,1 г 4 раза или 0,2 г 2 раза в день). Оправдано применение пиллобакта, в состав которого входят омепразол, кларитромицин, тинидазол. В комбинации имеется полный набор лекарств для 7-дневной эрадикационной терапии (1-я неделя), а если включить в схему препарат висмута на 7-10 дней, то по эффективности она будет соответствовать резервному варианту (2-я линия).

После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение еще в течение 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язв однократным назначением (в 14-16 часов) того ингибитора протонной помпы, который использовался в эрадикационных схемах, или одного из следующих препаратов: ранитидин 300 мг 1 раз в 19-20 часов; фамотидин 40 мг 1 раз в 19-20 часов; либо висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день. При неосложненной ЯБ пролонгированное лечение после окончания эрадикационного курса может не проводиться. Если в терапии этих больных используются только антисекреторные препараты, в частности блокаторы протонной помпы, то отмечается транслокация НР из антрума в тело желудка с развитием пангастрита, что существенно снижает эффективность

последующей эрадикационной терапии и является фактором риска развития рака желудка.

### **Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

**Показания к операции при язвенной болезни делятся на:**

#### **Абсолютные:**

- перфорация;
- кровотечение, которое нельзя остановить иным методом помимо оперативного;
- стеноз привратника III и IV стадии;
- малигнизация.

#### **Условно абсолютные:**

- рецидивирующие кровотечения;
- пенетрация.

#### **Относительные:**

- при отсутствии эффекта от консервативного лечения:

А. Отсутствие тенденции к заживлению язвы при лечении более 6 недель.

Б. Рецидивы язвы желудка более двух раз в год в течение 1 года, язвы двенадцатиперстной кишки – в течение 3 лет.

### Список использованной литературы

1. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2012. - №1. – С.87-89
2. Турсуметов А. А., Ахмедов А. И., Рахимов О. У., Кутлымуратов А. Б. Сочетанные и вторичные язвы желудка, ассоциированные с *Helicobacter Pylori* // Молодой ученый. — 2016. — №10. — С. 538-540.
3. Щеголев А.А. *Helicobacter pylori* и хирургия язвенной болезни/ А.А. Щеголев, Б.Е. Титков.-М.: Центрполиграф, 2015.-264 с.
4. Шептулин А.А., Киприанис В.И. Диагностика и лечение инфекции *H.pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3» // Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2016. - №2. – С.88-91.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство /под редакцией В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной – М.ГЭОТАР-Медиа, 2012, - 480 с.
6. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология (болезни пищевода, желудка, кишечника): Практик. пособие/ Мн.: Ураджай, 2012.

## Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 3 группы

**Костюк Юлия Михайловна**

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

В целом представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом сформулирована актуальность исследуемой проблемы. Теоретическая и практическая значимость отражена недостаточно полно. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Структура и логика изложения материала сохранена. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

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



---

(подпись)