

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ



Кафедра внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов

Реферат

На тему: «Язвенная болезнь желудка и 12-ти
перстной кишки».

Выполнила: студентка 4 курса
педиатрического факультета
2 группы

Муқанова С.Ж.

4 -

г. Волгоград 2018 года

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
Патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	4
Этиология	6
Классификация.....	7
Клиника.....	10
Диагностика.....	12
План обследования при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.....	13
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	15
ЛЕЧЕНИЕ	16
Список использованной литературы:	20

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, при котором в результате нарушения нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы, под воздействием соляной кислоты и пепсина, на фоне *Helicobacter pylori* ассоциированного хронического гастрита в желудке и двенадцатиперстной кишке образуются язвы.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием, до 8-12% взрослого населения развитых стран в течение жизни болеют язвенной болезнью. ЯБДК наиболее часто встречается в возрасте 20-40 лет, в то время как ЯБЖ - преимущественно в возрасте 40-60 лет. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 2-3 раза чаще язвенной болезни желудка. Заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в последние годы стала уменьшаться в западных странах и существенно возрастает в России.

Патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

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 НР;
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 НР;
5. генетическая предрасположенность;
6. эндокринные факторы.

Патогенез язвенной болезни заключается в нарушении равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К агрессивным факторам относят:

- повышение выработки соляной кислоты (в результате увеличения количество обкладочных клеток, гиперпродукции гастрина, нарушения нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотообразования);
- повышение выработки пепсина и пепсиногена;
- нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки

К ослаблению защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки относят:

- снижение выработки и нарушение качественного состава желудочной слизи;
- уменьшение выделения бикарбонатов (в составе желудочной и панкреатической секреции);
- нарушение регенераторных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ухудшение кровоснабжения и уменьшение содержания простагландинов в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Этиология

В развитии язвенной болезни играют роль как модифицируемые, так и немодифицируемые факторы.

Немодифицируемыми факторами являются:

- Генетическая предрасположенность
- Увеличенное количество обкладочных клеток в железах желудка и вследствие этого стойко высокий уровень соляной кислоты в желудочном соке
- Высокое содержание в сыворотке крови пепсиногенов I, II и так называемой «ульцерогенной» фракции пепсиногена в желудочном содержимом
- Повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи и повышенная чувствительность обкладочных клеток к гастрину
- Группа крови O (I)
- Сниженная активность α 1-антитрипсина и дефицит α 2-макроглобулина
- Неспособность секретировать в желудок агглютиногены крови AB и отсутствие их в слюне
- Дефицит фукогликопротеидов
- Нарушение продукции секреторного иммуноглобулина A
- Отсутствие кишечного компонента и снижение индекса B щелочной фосфатазы
- Отсутствие 3-й фракции холинэстеразы
- Переход от биологического лета к биологической зиме и наоборот (физиологические десинхронозы)

Модифицируемые факторы:

- Инфицирование *Helicobacter pylori* (*H. pylori*);
- прием НПВП;
- стрессогенные ситуации;
- наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);
- профессиональные вредности;
- нарушение стереотипа питания;

Классификация

- В зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H.pylori*:

1. ЯБ, ассоциированная с *H.pylori*

2. ЯБ, не ассоциированная с *H.pylori*

- По локализации:

1. Язва желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);

2. Язва двенадцатиперстной кишки (луковицы или постбульбарного отдела);

3. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;

- По количеству язвенных поражений:

1. Одиночные язвы

2. Множественные язвы

- По размерам язвенных дефектов:

1. Язвы малые (до 0,5 см в диаметре)

2. Средние (0,6-1,9 см)
3. Большие (2,0-3,0 см)
4. Гигантские (более 3,0 см)

• По стадии заболевания:

1. Обострения
2. Рубцевания (с эндоскопически подтвержденной стадией «красного» и «белого рубца»)
3. Ремиссии

• По течению:

1. Острое (при впервые выявленной язвенной болезни).
2. Хроническое (с повторными обострениями).

Периоды обострения могут быть редкими (1 раз в 2-3 года), частыми (2 раза в год и чаще).

• По наличию осложнений:

1. кровотечение;
2. перфорация;
3. пенетрация;
4. стенозирование;
5. малигнизация.

Кровотечение характеризуется кровью в рвотных массах (алая или рвота "кофейной гущей"), черным дегтеобразным стулом. При большой кровопотере характерны слабость, тошнота, бледность, тахикардия, снижение АД, иногда обморок. При скрытом кровотечении в кале определяется положительная реакция на скрытую кровь.

Стеноз пилоробульбарной зоны развивается обычно в процессе заживления язвы. В результате задержки пищи в желудке происходит его расширение с последующим развитием интоксикации, истощения. Клинически это проявляется рвотой пищей, съеденной накануне, усилением перистальтики желудка, особенно при пальпации и «шумом плеска», определяемого при толчкообразной пальпации брюшной стенки.

Пенетрация (проникновение язвы в соседние органы) возникает обычно на фоне длительного и тяжелого течения заболевания, неадекватной терапии. Сопровождается усилением болевого синдрома с иррадиацией в спину. Наблюдается рвота, не приносящая облегчения, возможна лихорадка.

Перфорация язвы в 2 раза чаще встречается при желудочной локализации язвы. Основным клиническим признаком перфорации - резкая внезапная («кинжальная») боль в эпигастральной области и в правом подреберье, часто сопровождающаяся шоковым состоянием. Отмечается слабый пульс, резкая болезненность в пилородуоденальной зоне, исчезновение печеночной тупости вследствие выхода воздуха в свободную брюшную полость. Наблюдается тошнота, рвота, задержка стула.

Клиника

Клиническая картина зависит от локализации язвенного дефекта, его размеров, глубины поражения, состояния секреторной функции желудка, возраста больного. Всегда следует иметь в виду возможность бессимптомного обострения язвенной болезни.

Жалобы: К типичным жалобам относятся:

Болевой синдром:

1. Локализация:

- преимущественно в центральной части эпигастрия или слева от срединной линии - при язве тела желудка
- справа от срединной линии - при язве пилорического отдела и луковицы 12-перстной кишки
- за грудиной или слева от нее – при язве кардиального отдела желудка
- в правом подреберье, правой подвздошной области, в спине - при язве постбульбарного отдела.

2. Характер боли: тупые, ноющие, сверлящие, режущие, схваткообразные, различной интенсивности.

3. Иррадиация боли: - при патологии кардиального отдела желудка наблюдается распространение болей в левую половину грудной клетки, грудной отдел позвоночника;

- при поражении антрального отдела и пилорического канала боли могут иррадиировать в область правого подреберья

4. Связь с приемом пищи:

- ранние – наступают через 0,5-1 ч после еды, длятся в течение 1-1,5 часов и уменьшаются по мере эвакуации содержимого из желудка; характерны для язвы верхних отделов желудка.
- поздние – через 1,5-3 ч после еды - язва антрального отдела и 12-перстной кишки
- голодные боли возникают через 6-7 ч после еды и проходят после повторного приема пищи
- ночные боли – возникают ночью во время сна.

Диспепсический синдром

Синдром пищеводной диспепсии:

- изжога
- отрыжка (чаще кислая, но может быть воздушная, горькая)

Синдром желудочной диспепсии:

тошнота (характерна для медиогастральных язв, а также нередко наблюдается при постбульбарных язвах). Возникновение тошноты нехарактерно для язвы луковицы двенадцатиперстной кишки;

рвота (как правило, появляется на «высоте» болей и приносит облегчение). Больные часто сами вызывают рвоту для облегчения своего состояния. Обязательно уточняется наличие эпизодов рвоты с кровью.

желудочное кровотечение (рвота с кровью)

нарушение аппетита («ситофобия»)- страх перед приемом пищи (при язвенной болезни желудка, усиление аппетита – при язве луковицы 12 перстной кишки)

Синдром кишечной диспепсии: • метеоризм • нарушение стула (у половины больных возможны запоры) мелена (при желудочно-кишечных кровотечениях)

Астено-вегетативный синдром: - общая слабость, недомогание, головокружение, сердцебиение.

Диагностика

Жалобы и анамнез

• При сборе анамнеза рекомендовано обращать внимание на наличие следующих жалоб:

о Боли в животе (в эпигастральной или параумбиликальной области, имеющие ночной и "голодный" характер, уменьшающиеся при приеме пищи)

о Изжога

о Отрыжка

о Рвота

о Тошнота

о Сниженный аппетит

о Склонность к запорам или неустойчивому стулу

о Эмоциональная лабильность

о Повышенная утомляемость

Физикальное обследование

При осмотре часто выявляется белый налет на языке,

при пальпации — болезненность в пилородуоденальной зоне. Независимо от локализации язвы у детей очень часто отмечается болезненность в эпигастральной области и в правом подреберье. Симптом мышечной защиты бывает редко, чаще во время сильных болей. В фазе обострения определяется

положительный симптом Менделя

Клинические проявления ЯБ многообразны, типичная картина наблюдается не всегда, что значительно затрудняет диагностику

План обследования при язве желудка и двенадцатиперстной кишки

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;

- рентгенологическое исследование желудка;
- компьютерная томография.

Лабораторное обследование

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: снижение содержания эритроцитов, уровней гемоглобина и гематокрита.

Биохимический анализ крови: повышение содержания сахара крови, АСТ, АЛТ, билирубина, остаточного азота, мочевины, креатинина; снижение общего белка.

Коагулограмма: снижение ПТИ, фибриногена, повышение МНО, удлинение времени свертываемости.

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.

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 наслоением 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.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

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

Клиническая картина обострения этих язв стёрта, отсутствует сезонность и периодичность заболевания.

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки при болезни Крона, которые иногда также относят к симптоматическим гастродуоденальным язвам, представляют собой самостоятельную форму болезни Крона с поражением желудка и двенадцатиперстной кишки.

Дифференциальная диагностика язвенной болезни с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, хроническим гастродуоденитом, хроническими заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы проводится по данным анамнеза, осмотра, результатам лабораторного, эндоскопического, рентгенологического и ультразвукового исследований. С гастритом, опухолями желудка, заболеваниями желчевыводящих путей, печени и поджелудочной железы, хроническим аппендицитом, колитом, нарушением мезентериального кровообращения, абдоминальными болями при инфаркте миокарда.

ЛЕЧЕНИЕ

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.

Диета больных ЯБ должна обладать слабым сокогонным действием: питьевая вода, щелочные воды, лишенные углекислоты, жирное молоко, сливки, яичный белок, отварное мясо, отварная рыба, овощное пюре, супы из разных круп.

Из диеты исключаются продукты и блюда, обладающие сильным сокогонным действием: бульоны, крепкие навары из овощей, спиртные напитки, жареные и копченые блюда, соленья, алкогольные напитки и др.

Диетотерапия при язвенной болезни состоит из трех циклов (диеты №1а, №1б, и №1 продолжительностью 10—12 дней каждый в период обострения. В дальнейшем, при отсутствии резкого обострения и проведении противорецидивной терапии, может быть назначен непротертый вариант диеты № 1.

Противоязвенная диета должна содержать соки сырых овощей и фруктов, богатых витаминами (особенно сок капусты), отвар шиповника.

Питание при ЯБ, осложненной кровотечением, больному не дают пищу в течение 1-3 дней, и он находится на парентеральном питании. После остановки или значительного уменьшения кровотечения дают жидкую и

полужидкую охлажденную пищу столовыми ложками через каждые 2 ч до 1,5-2 стаканов в день (молоко, сливки, слизистый суп, негустое желе, кисель, фруктовые соки, отвар шиповника стол Мейленграхта). Затем количество пищи постепенно увеличивают за счет яиц всмятку, мясного и рыбного суфле, сливочного масла, жидкой манной каши, тщательно протертых плодов и овощей. Режим питания - через каждые 2 ч малыми порциями. В дальнейшем больного переводят сначала на диету № 1а, а затем на № 1б с увеличением в них содержания животных белков (мясные, рыбные и творожные паровые блюда, белковые омлеты). Целесообразно использование энпитов, в частности белкового и противоязвенного. На диете № 1а больной находится до полного прекращения кровотечения, на диете № 1б - 10-12 дней. Далее на 2-3 месяца назначают протертую

Медикаментозное лечение

Схемы лечения. Если язвенная болезнь была вызвана бактериями *Helicobacter pylori*, то для ее лечения применяют эрадикационную терапию.

Эрадикационная терапия направлена на полное уничтожение вредоносных микроорганизмов, избавление от симптомов заболевания и заживление язв. Используются 7-дневные и 10-дневные схемы лечения.

Терапия первой линии, включает 2 схемы лечения (курс от 10 до 14 дней):

Схема № 1 (трехкомпонентная):

1. Омепразол (или его аналоги) — 2 раза в день по 20 мг. Утром принимать на голодный желудок, вечером — через 2 и более часа после последнего приема пищи.

2. Кларитромицин (Кларбакт, Фромилид) — это препарат необходимо пить дважды в сутки по 500 мг Принимать после еды.

3. Амоксициллин (Амоксил, Амосин) — пить антибиотик нужно дважды в сутки по 1 г. 2 раза в день. Принимать после еды.

Схема № 2 (четырёхкомпонентная):

1. Омепразол (или его аналоги) — пить дважды в сутки по 20 мг. Утром принимать до завтрака, натощак, вечером — через 2 и более часа после последнего приема пищи.

2. Де-Нол — четырежды в сутки по 120 мг. Три раза принимать за полчаса до еды, один раз — перед сном, через 2 и более часа после приема пищи.

3. Метронидазол — противомикробный препарат назначают пить трижды в сутки по 0,5 г. Принимать лекарство нужно строго после еды.

4. Тетрациклин — четырежды в день по 0,5 г. 4 раза в сутки. Принимать после еды.

После завершения выбранной терапии назначают Ранитидин, Фамотидин или Роксатидин для предупреждения обострений болезни. Принимать один из препаратов нужно 2 раза в день на протяжении 5-7 недель.

Если язвенная болезнь была вызвана не бактериями *Helicobacter pylori*, а другими причинами, то ее лечение происходит без применения антибиотиков: назначают Ранитидин или Фамотидин 1 раз в день (перед сном) по 2 таблетки. Кроме того, назначают какой-то препарат из антацидов — Маалокс, Альмагель и др. — для снятия неприятных симптомов болезни.

Терапия первой линии.

- ИПП + амоксициллин + кларитромицин
- ИПП + амоксициллин или кларитромицин + нифурател (30 мг/кг/сут)
- ИПП + амоксициллин + джозамицин (50 мг/кг/сут, не более 2г/сут).

Возможно применение «последовательной» схемы.

- В качестве терапии второй линии используются квадротерапия:
- висмута субцитрат + ИПП + амоксициллин + кларитромицин
- висмута субцитрат + ИПП + амоксициллин или кларитромицин + нифурател. Продолжительность лечения 10-14 дней .

Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка — осложнения болезни: перфорация язвы, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника, сопровождающийся выраженными эвакуаторными нарушениями; профузные желудочно-кишечные кровотечения, которые не удается остановить консервативными методами, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза. При выборе метода хирургического лечения предпочтение отдают органосохраняющим операциям.

Список использованной литературы:

1. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению *Helicobacter pylori* у взрослых. / Российский журн. гастроэнт, гепатол. и колопрокт . № 1. Том XXII. 2012. С. 87– 89.
2. Актуальные вопросы деятельности врача первичного звена здравоохранения. Учебное пособие. Под редакцией проф. Шавкуты Г.В. – Ростов-на-Дону. Изд. РостГМУ. 2012. 800 с.
3. Синкевич Д.А. Маастрихт-4. Диагностика и лечение *Helicobacter pylori*, 2012. [http:// atio-irk.ru/](http://atio-irk.ru/).
4. Щеголев, А. А. *Helicobacter Pylori* и хирургия язвенной болезни / А.А. Щеголев, Б.Е. Титков. - М.: Центрполиграф, **2015**. - 264 с.
5. Василенко, В. Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. - М.: Медицина, **2016**. - 344 с.
6. Клиника, диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения. Методическое пособие. Под ред. Л.Ф.Казначеевой. - Новосибирск, 2013. - 64с.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 2 группы

Муканова Сауле Жардемовна

**(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)