

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



Научно-исследовательская работа

на тему:

«Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и
двенадцатиперстной кишки»

Подготовила:
студентка 5 группы IV курса
педиатрического факультета
Дибирова Э. Ш.

Проверил:
Кудряченко Ю.В.
и Воробей

Волгоград, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

1. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12 - ПЕРСТОЙ КИШКИ

1.1 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

1.2 КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

1.3 ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

1.4 ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И 12 - ПЕРСТНОЙ КИШКИ

1.5 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

2. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И 12 - ПЕРСТНОЙ КИШКИ

2.1 ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

2.2 ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

3. ДИАГНОСТИКА

3.1. Диагностика инфекции *H.pylori*

4. Лечение

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность обсуждения современного состояния проблемы язвенной болезни обусловлена широкой распространенностью ее среди взрослого населения, что в разных странах мира составляет от 5 до 15%. Язвы 12-перстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с язвами 12-перстной кишки мужчин больше чем женщин.

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.

Цель:

Изучить этиологию и патогенез, классификацию, эпидемиологию, клинику, а также методы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи:

- Обзор современной научной литературы
- Разбор клинических рекомендаций и протоколов
- Изучить распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и структуру заболеваемости в целом.
- Изучить этиологию и патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12 - ПЕРСНОЙ КИШКИ

1.1 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Заболевание носит полиэтиологический характер. Имеют значение наследственная расположенность, нарушение режима питания (переедание, одинаковая пища, еда всухомытку, несоблюдение ритма питания, жгучая пища и др.). Расстройство нервно-эндокринных влияний на пищеварительный тракт (стрессовые ситуации, ритм выделения кортикостероидов), нарушение выделения половых гормонов, щитовидной железы, гормонов желудочно-кишечного тракта, аллергия к пищевым продуктам и лекарственным продуктам, изменение местного иммунитета. Нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке и гипоксия создают условия для язвообразования. Увеличение уровня кислотности и активация переваривающей способности ферментов желудка способствуют формированию язвенного процесса.

Данные относительно распространенности язвенной болезни разнообразны, что связано не лишь с региональными и этническими чертами, но и с способами диагностики, которые используются.

До 6-10 лет язвенная болезнь поражает мальчиков и девочек приблизительно с одинаковой частотой, а после 10 лет мальчики болеют существенно почаше. Этот факт, возможно, разъясняется антиульцерогенным действием эстрогенов. Следует выделить, что в последнее время отмечается существенное омоложение язвенной болезни. Часто это заболевание диагностируется уже в возрасте 5-6 лет.

На протяжении последних десятилетий мы можем следить коренные конфигурации точки зрения на этиологию и патогенез язвенной болезни. На смену парадигме "нет кислоты, нет язвы" пришло убеждение "нет *Helicobacter pylori* (HP) нет язвы". Следует считать доказанным, что абсолютное большая часть случаев язвенной болезни хеликобактер-ассоциированные. Совместно с тем, безусловно, что ульцерогенность HP зависит от значимого количества эндогенных и экзогенных факторов риска. Беря во внимание высокий уровень инфицированности отдельных популяций HP, следовало бы ожидать существенно более больших характеристик заболеваемости язвенной

болезнью.

Таким образом, язвенная болезнь полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Посреди неблагоприятных факторов, которые повышают риск развития язвенной болезни, принципиальное место занимает наследственность. Возможно, наследуется не само заболевание, а лишь склонность к нему. Без определенной наследственной склонности тяжело представить возникновение язвенной болезни. Причем следует отметить, что детям с отягощенной наследственностью присущ так называемый синдром опережения: то есть они, как правило, начинают болеть язвенной болезнью ранее, чем их родители и близкие родственники.

Согласно современным представлениям, механизм язвообразования как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке сводится к нарушению взаимодействия меж факторами злости желудочного сока и защиты (резистентности) слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, что проявляется сдвигом в сторону усиления первого звена названного соотношения и ослабления второго.

1.2 КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Тип I. Большинство язв первого типа возникает в теле желудка, а именно в области, называемой местом наименьшего сопротивления (*locus minoris resistentiae*), так называемой переходной зоне, расположенной между телом желудка и антральным отделом.

Тип II. Язвы желудка, возникающие вместе с язвой двенадцатиперстной кишки.

Тип III. Язвы пилорического канала. По своему течению и проявлениям они больше похожи на язвы двенадцатиперстной кишки, чем желудка.

Тип IV. Высокие язвы, локализующиеся около пищеводно-желудочного перехода на малой кривизне желудка. Несмотря на то, что они протекают, как язвы типа I, их выделяют в отдельную группу, так как они склонны к малигнизации.

Болезнь язвенная двенадцатиперстной кишки:

Большая часть язв двенадцатиперстной кишки располагается в начальной её части (в луковице); их частота одинакова как на передней, так и на задней стенке. Примерно 5% язв двенадцатиперстной кишки расположено постбульбарно. Язвы пилорического канала следует лечить, как дуоденальные, хотя анатомически они располагаются в желудке. Нередко эти язвы не поддаются медикаментозной терапии и требуют оперативного лечения (преимущественно по поводу развивающегося стеноза выходного отдела желудка).

1.3 ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Боль в эпигастральной области.

При язвах кардиальной области и задней стенки желудка появляется сразу после приёма пищи, локализуется за грудиной, может иррадиировать в левое плечо. При язвах малой кривизны возникает через 15-60 мин после еды.

Диспептические явления - отрыжка воздухом, пищей, тошнота, изжога, запоры.

Астеновегетативные проявления в виде снижения работоспособности, слабости, тахикардии, артериальной гипотензии.

Умеренная локальная болезненность и мышечная защита в области эпигастрия.

Язвы, индуцированные приёмом НПВС, часто бывают бессимптомными; они могут дебютировать перфорацией или кровотечением.

Проявления язвенной болезни двенадцатиперстной кишки Боль - преобладающий симптом у 75% больных.

Боли возникают через 1,5-3 ч после приёма пищи (поздние), натощак (голодные) и ночью (ночные). Субъективно боль воспринимается как чувство жжения в эпигастральной области. Приём пищи улучшает состояние.

Рвота на высоте боли, приносящая облегчение (уменьшение боли).

Неопределённые диспептические жалобы - отрыжка, изжога (раннее и наиболее частое проявление), вздутие живота, непереносимость пищи - в 40 - 70%, частые запоры.

При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса.

Астеновегетативные проявления.

Отмечают периоды ремиссии и обострения, последние продолжаются несколько недель.

Существует сезонность заболевания (весна и осень).

1.4 ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И 12 - ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Причины делят на:

- предрасполагающие, которые формируют условия развития заболевания
- реализующие, которые непосредственно вызывают развитие язвы.

К предрасполагающим причинам относят:

генетические или наследственные факторы. Это генетически запрограммированное увеличенное количество обкладочных клеток желудка, которые продуцируют соляную кислоту, вследствие чего в желудке имеется повышенная кислотность. Высокое содержание в крови компонентов,

стимулирующих желудочную секрецию. Высокая чувствительность железистых клеток желудка к стимуляции. Генетически обусловленное снижение или нарушение синтеза компонентов защитного желудочного барьера - компонентов желудочной слизи. Установлено, что язвенная болезнь чаще развивается у людей с первой группой крови.

Особенности нервно-психического развития человека. Чаще язвенная болезнь возникает у людей с нарушением функции вегетативной нервной системы под воздействием отрицательных эмоций, умственных перегрузок, стрессовых ситуаций.

Пищевой фактор. Это нарушение ритма питания. Употребление грубой, слишком горячей или слишком холодной пищи, злоупотребление специями и др. Однако на сегодняшний день воздействие пищевого фактора на возникновение язвенной болезни желудка считается не доказанным.

Прием некоторых лекарственных препаратов может способствовать развитию язвы желудка. Это нестероидные противовоспалительные препараты, аспирин, резерпин, синтетические гормоны коры надпочечников. Эти лекарственные препараты могут, как непосредственно повреждать слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, так и снижать функцию защитного барьера желудка, и активировать факторы агрессии желудочного сока. Сейчас считается, что лекарственные препараты вызывают не хроническую язвенную болезнь, а острую язву, которая заживает после отмены препарата. При хронической язвенной болезни эти препараты могут вызвать обострение язвенного процесса.

Вредные привычки. Крепкие алкогольные напитки так же могут непосредственно вызывать повреждение слизистой оболочке. Кроме того, алкоголь повышает желудочную секрецию, увеличивает содержание соляной кислоты в желудке, а при длительном употреблении алкогольных напитков возникает хронический гастрит. Курение и содержащийся в табачном дыме никотин стимулирует желудочную секрецию, нарушая при этом кровоснабжение желудка. Однако роль курения и употребления алкоголя так же считается не доказанной.

Часто к возникновению язвенной болезни приводит не один какой-нибудь фактор, а воздействие многих из них в комплексе.

Реализующей причиной возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день считается хеликобактерная инфекция.

1.5 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь имеет хроническое течение с периодами обострения и

ремиссии. При отсутствии необходимого лечения она может вызвать серьезные осложнения. Возможно развитие желудочно-кишечного кровотечения, стеноза привратника, кишечной непроходимости, перфорации (выхода содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость), пенетрации (выхода содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в близлежащий орган). Язвенный дефект также может переродиться в онкологический процесс.

Поэтому так важно находиться под постоянным наблюдением врачей. При частых рецидивах и наличии осложнений необходимо проходить осмотр у терапевта или гастроэнтеролога 4 раза в год, а в стадии стойкой ремиссии - 2 раза в год.

Ежегодно и при обострениях больным должно проводиться эзофагогастродуоденальное исследование. Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена) и анализ желудочной или дуоденальной секреции нужно выполнять 1 раз в 2 года при частых обострениях, а при стойкой ремиссии - 1 раз в 5 лет. Поскольку язвенная болезнь может приводить к анемии, рекомендуется сдавать общий анализ крови 2-3 раза в год при часто рецидивирующей форме и 1 раз в год - при стойкой ремиссии

2. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И 12 - ПЕРСТНОЙ КИШКИ

2.1 ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Профилактика язвенной болезни в целом включает в себя профилактику любых заболеваний пищеварительной системы. Профилактика рецидивов язвенной болезни заключается в динамическом (диспансерном) наблюдении за больными с обязательным осмотром и клинико-эндоскопическим обследованием 2 раза в год.

В качестве профилактики обострений рекомендуются чередование режима труда и отдыха, нормализация сна, отказ от вредных привычек, рациональное пятиразовое питание и использование двух - или трехкомпонентной терапии в течение недели каждые 3 месяца

Первичная профилактика язвенной болезни

Первичная профилактика язвенной болезни желудка или дуоденальной язвы предусматривает:

Предупреждение заражения *Helicobacter pylori*. Если в семье имеются больные язвой или носители этого микроба, то рекомендуется строго выполнять противоэпидемические мероприятия. Они включают индивидуальную посуду и столовые приборы, личные полотенца, резкое ограничение поцелуев для уменьшения риска передачи возбудителя здоровым, особенно детям.

2. Своевременное лечение и соблюдение гигиены полости рта.

- . Отказ от крепких спиртных напитков и от курения.
- . Организация правильного питания. Оно по составу и регулярности приема пищи должно соответствовать возрасту и потребностям организма. Немаловажное значение имеет щадящая кулинарная обработка с резким ограничением острых, копченых и раздражающих блюд. Не употреблять чрезмерно горячие или очень холодные продукты, кофеин содержащие и газированные напитки.
- . Предупреждение и активное лечение гормональных нарушений, острых и хронических заболеваний особенно актуально для профилактики язвы двенадцатиперстной кишки или желудка.
- . Исключение частого или бессистемного приема лекарственных препаратов, вызывающих образование язвы.
- . Рациональная организация труда и отдыха, занятий спортом. Обязательно придерживаться режима дня и спать минимум 6 часов за сутки (а детям - придерживаться возрастной нормы).
- . Своевременная психологическая помощь. Особенно важны спокойные отношения в семье и школе и быстрое решение конфликтных ситуаций в подростковом возрасте.

2.2 ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Вторичная профилактика язвенной болезни или дуоденальной язвы включает мероприятия обязательной диспансеризации:

- . Регулярно проводимые курсы противорецидивного лечения, особенно в осенний и весенний периоды. Они должны состоять из назначаемых гастроэнтерологом лекарственных препаратов, физиотерапевтических процедур, фитотерапии, приема минеральной воды.
- 2. Санаторно-курортное профилактическое лечение язвы в профильных учреждениях.
- . Санация хронических очагов инфекции и любых заболеваний, которые могут спровоцировать обострение язвы.
- . Длительное и неукоснительное соблюдение противоязвенной диеты.
- . Постоянный лабораторный и инструментальный мониторинг состояния язвы для раннего выявления симптомов обострения и скорейшего начала активного лечения.
- . Вторичная профилактика язвы включает также полный комплекс мероприятий по ее первичной профилактике.

3. Диагностика

Основной метод диагностики ЯБ — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). При наличии противопоказаний для проведения ЭГДС проводят рентгенологическое исследование.

Показания для РИ (относительные противопоказания для ЭГДС):

1. Подозрение на стеноз привратника
2. Нарушения опорожнения желудка
3. Аномалии положения желудка
4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
5. Фистулы
6. Дивертикулез
7. Повышенный эндоскопический риск

Противопоказания для ЭГДС:

1. Нарушения сердечного ритма
2. Недавний инфаркт миокарда (3 месяца)
3. Рецидивирующие приступы сердечной астмы
4. Хроническая застойная СН
5. Острые и хронические инфекционные заболевания

При рентгенологическом исследовании на наличие язвы указывает симптом «ниши» — бесструктурное депо (светлое) бариевой массы, относительно правильной формы с четкими контурами, вокруг которого наблюдается темный ободок просветления (перифокальное воспаление), к которому тянутся складки слизистой оболочки.

3.1. Диагностика инфекции *H.pylori*

Для определения дальнейшей тактики лечения исключительно большое значение имеют результаты исследования наличия у больного ЯБ инфекции *H.pylori*. В зависимости от целей этого исследования и условий, в которых оно проводится, в клинической практике могут применяться различные методы диагностики 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. Кроме того, уреазный тест является наиболее дешёвым из всех методов диагностики инфекции *H.pylori* (дешевле этого теста оказывается лишь метод диагностики *H.pylori* в мазках-

отпечатках, который сейчас не применяется из-за низкой чувствительности). К недостаткам метода относится то, что его результат зависит от количества микроорганизмов в биоптате и оказывается положительным лишь в тех случаях, если оно превышает 10^4 .

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, меченной изотопами ^{13}C или ^{14}C . Этот метод предполагает использование масс-спектрографа для улавливания этих изотопов в выдыхаемом воздухе. В России дыхательный уреазный тест стал доступен благодаря отечественным разработкам. При этом анализ изотопического соотношения $^{13}\text{CO}_2 / \text{CO}_2$ проводится с помощью оригинальной диодной лазерной спектроскопии [6].

В качестве неинвазивного метода первичной диагностики инфекции *H.pylori* можно применять также определение антигена *H.pylori* в кале с помощью иммуноферментного анализа и определение ДНК *H.pylori* (в слизистой оболочке желудка, в кале) с помощью полимеразной цепной реакции.

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. Однако достоверность результатов серологического метода обеспечивается только в том случае, если определяемые антитела относятся к классу IgG [10].

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. Определение конкретного штамма *H. pylori* (CagA, VacA и т.д.) не играет роли в решении вопроса об антигеликобактерном лечении. Обнаружение любого штамма *H. pylori* служит показанием к проведению его эрадикации.

Для контроля эрадикации, который проводят через 4-6 недель после окончания эрадикационной терапии, лучше всего применять уреазный дыхательный тест или определение антигена *H. pylori* в кале.

Проблема диагностики инфекции *H. pylori* заключается в настоящее время в возможности получения ложноотрицательных результатов, связанных, главным образом, с тем, что исследование проводится на фоне терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) или вскоре после нее. Во избежание ложноотрицательных результатов прием ИПП необходимо прекратить за 2 недели до предполагаемого контрольного исследования [16]. Кроме того, отрицательный результат исследования на инфекцию *H. pylori* должен быть обязательно подтвержден другим методом диагностики.

4. Лечение

Общие принципы:

больные с впервые 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 или в виде пюре), различные каши, кисели и фруктовые соки, печеные яблоки;

в период обострения болезни 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 или 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, поэтому 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 рН>3 около 18 часов в сутки;
- ✧ назначение антисекреторного препарата в строго определенной дозе;
- ✧ эндоскопический контроль с 2-х недельным интервалом;

- ✧ длительность антисекреторной терапии в зависимости от 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.).

4.1. 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 H₂-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 H₂ 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 1 ст.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 H₂ – рецепторов гистамина – циметидин (цинамет, тагамет, белавет) 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 или 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).

Средства, 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 или 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

+ амоксициллин 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, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

+ метронидазол 500 мг 2 раза в день с едой.

4. Квадро-терапия:

симптоматического средства для быстрого купирования болей и диспептических расстройств.

2. Фамотидин 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером (в 19-20 ч) и антацидный препарат в качестве симптоматического средства.

3. Омепразол 20 мг в 14-15 часов и антацидный препарат в качестве симптоматического средства. Вместо омепразола может быть использован рабепразол 20 мг/сут, или лансопразол 30 мг/сут, или пантопразол 40 мг/сут.

Сукральфат (0,5-1 г 3 раза в день за 30 минут до еды и вечером перед сном натошак) назначается одновременно с антисекреторными препаратами в течение 4 недель, далее в половинной дозе в течение месяца.

Факторами, определяющими часторецидивирующее течение язвенной болезни, являются:

- ✧ обсемененность слизистой оболочки желудка НР;
- ✧ прием НПВП;
- ✧ наличие в анамнезе язвенных кровотечений и перфорации язвы;
- ✧ низкий «комплаенс» (compliance), т.е. отсутствие готовности больного к сотрудничеству с врачом, проявляющееся в отказе больных прекратить курение и употребление алкоголя, нерегулярном приеме лекарственных препаратов.

Эффективность лечения при язве желудка и гастроэюнальной язве контролируется эндоскопически через 8 недель, а при дуоденальной язве - через 4 недели.

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни:

- ✧ Стриктуры в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.
- ✧ Пенетрирующие и перфорирующие процессы при отсутствии регрессии патологического процесса под влиянием медикаментозной терапии.
- ✧ Продолжающиеся или рецидивирующие кровотечения, несмотря на использование эндоскопических и медикаментозных методов гемостаза.

Для профилактики обострений ЯБЖ и особенно ЯБДК, а следовательно, и их осложнений, рекомендуются два вида терапии:

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 или 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 пилобакта, 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; или 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, особенно 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.

4.2. Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, не ассоциированных с НР

Цель лечения - купировать симптомы болезни и обеспечить рубцевание язвы. Лекарственные комбинации и схемы включают антисекреторный препарат в сочетании с цитопротектором, главным образом, сукральфатом. Используется одна из следующих схем:

1. Ранитидин 300 мг в сутки преимущественно однократно вечером (19-20 часов) и антацидный препарат (альмагель, фосфалюгель) внутрь по 1-2 дозы в межпищеварительный период 3-4 раза в день и вечером перед сном в качестве

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например по 150 мг ранитидина ежедневно вечером или по 20 мг фамотидина. Показаниями к проведению данной терапии являются: неэффективность проведенной эрадикационной терапии; осложнения ЯБ (язвенное кровотечение или перфорация); наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов; сопутствующий ЯБ эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит; возраст больного старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением ЯБ, несмотря на адекватную курсовую терапию.

2. Терапия "по требованию", предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов: рабепразол, ранитидин, фамотидин, омепразол, лансопразол в полной суточной дозе в течение 3 дней, а затем в половинной - в течение 3 недель. Если после такой терапии полностью исчезают симптомы обострения, то терапию следует прекратить, но если симптомы не купируются или рецидивируют, то необходимо провести эзофагогастродуоденоскопию и другие исследования. Показанием к проведению данной терапии является появление симптомов ЯБ после успешной эрадикации НР.

Профилактика рецидивов. Сезонная профилактика – курсы приема антацидов, М-холинолитиков, седативных, анаболиков в осенне-весенний периоды. Пролонгированное применение не менее 3-4 лет поддерживающих доз блокаторов H₂ – гистаминовых рецепторов (циметидин 400 мг на ночь) или гастропепина (50 мг на ночь) – блокатора холинорецепторов.

Физиолечение.

Стадия обострения:

Электросон на область глаз и сосцевидных отростков, поперечно-диагонально: частота 3,5 -5Гц, сила тока 6-8 мА, продолжительность 10-15 мин ежедневно; на курс лечения 8-10 процедур.

Для снятия функционального расстройствами центральной нервной системы, нарушения сна.

Электрофорез новокаина, платифиллина, кальция, цинка на надчревную область, второй электрод на спине, плотность тока 0,02-0,04 мА/см, продолжительность процедур, проводимых через день, 12-15 мин; на курс лечения 10-15 процедур.Используется для купирования болевого синдрома.

Электрофорез даларгина в область проекции пилорической части желудка и луковицы ДПК, сила тока 10-20 мА, длительность процедуры от 15 до 30 мин, ежедневно, на курс 15-20 процедур. Обладает выраженным цитопротективным действием, обеспечивающим эффективное рубцевание дуоденальных язв.

УВЧ в нетепловой интенсивности на область желудка и двенадцатиперстной кишки по 8-10 мин; на курс 7-8 процедур. Обладает противовоспалительным, улучшающим кровообращение, болеутоляющим, улучшающим функцию нервной системы, десенсибилизирующим действием.

ДМВ на область эпигастрия, мощность 40 Вт, продолжительность процедур, проводимых через день, 10-15 мин; на курс лечения 12-15 процедур. Оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммуномоделирующее действие, улучшает кровообращения.

6. Франклинизация на область эпигастрия, на расстояние 5 см от поверхности, напряжение 10-20 кВ. продолжительность процедур 10-15 мин, курс лечения 10-15 процедур. Усиливает обменные тканевые процессы в области язвенной поверхности.

7. Ультразвук на 3 поля: область эпигастрия – в непрерывном режиме, ППМ 0,4-0,6 Вт/см в течение 4-5 мин и паравертебрально с обеих сторон на уровне TVI-TXI в импульсном режиме по 2 мин, ППМ 0,2 Вт/см. Первые 5 процедур проводят через день, а затем ежедневно; на курс 10-15 процедур.

Активирует обмен веществ, по всей толще мягких тканей, в области воздействия расширяются кровеносные сосуды и в них усиливает кровоток, возбуждаются нервные структуры, проявляется болеутоляющим действием, активируются репаративные процессы.

Стадия ремиссии:

Индуктотермия на область желудка и ДПК, частота магнитного поля 13,56 МГц, продолжительность процедур, проводимых через день, 1-20 мин; на курс лечения 12-15 процедур.

Увеличивает кровообращения, интенсивность обменных процессов, синтез глюкокортикоидов и освобождение их из связанного с белками состояния, рассасываются воспалительные очаги, понижается тонус поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, в том числе сосудистых стенок, снижается артериальное давление, проявляется общее седативное действие, понижается возбудимость центральной и периферической нервной систем, болеутоляющее действием.

9. ПеМП НЧ на эпигастральную область. МП пульсирующее, режим прерывистый.

Интенсивность 10 мин, ежедневно, 6 процедур. Улучшает обменные процессы, усиливает кровообращения. Аппликация озокерита в область эпигастрия и сегментарно; температура 45-50С, продолжительность 10-20 мин; на курс 8-12 процедур. Способствуют улучшению крово- и лимфообращения, процессов репарации, моторики.

Пелоидотерапия на область эпигастрия, температура грязи 38-39С, продолжительность процедур проводимых через день, от 10 до 15 мин; на курс лечения 6-10 процедур. Улучшает крово- и лимфообращения, процессов репарации, моторики.

Бальнеотерапия. Радоновые ванны с концентрацией радона 20-40 нКи/л, температура воды 36-37С, продолжительность ванны от 5 до 10-12 мин, на курс лечения 8-10 ванн, проводимых через день.

Для улучшения функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ, улучшения кровоснабжения желудка. Других органов брюшной полости, уменьшения спастических явлений, дискинезии, повышения общей иммунологической резистентности.

Воздушно-радоновые ванны, при концентрации 0,15-0,35кБк/л, температура воды 36-37С, продолжительность ванны от 5 до 10-12 мин, через день; курс лечения включает 10-15 процедур.

Для улучшения функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ, улучшения кровоснабжения желудка. Других органов брюшной полости, уменьшения спастических явлений, дискинезии, повышения общей иммунологической резистентности.

Хлоридные натриевые ванны, концентрация 20 гл, температура воды 36-37С, продолжительность ванны от 5 до 10-12 мин, на курс лечения 8-10 ванн, проводимых через день.

Для улучшения функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ, улучшения кровоснабжения желудка. Других органов брюшной полости, уменьшения спастических явлений, дискинезии, повышения общей иммунологической резистентности.

Питьевые минеральные воды (углекислые гидрокарбонатные, сульфатные, гидрокарбонатно-сульфатные или сложного состава). Воду температурой 38С

принимают за 60-90 мин до еды 3 раза в день по S-3/4 стакана в день в течение 21-24 дней.

Оказывает антацидное действие, улучшает функциональное состояние желудка ДПК, уменьшает воспалительный процесс в зоне язвенного дефекта, усиливает процессы регенерации, рубцевания язвы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в современной медицине для лечения и облегчения протекания язвенной болезни используют препараты и их комбинации, обладающие высокой эффективностью и незначительным побочным эффектом. Однако в более тяжелых случаях применяют хирургические методы лечения.

Показатели заболеваемости язвенной болезнью достаточно высоки, поэтому стоит вопрос о дальнейших исследованиях заболевания и предотвращению заболеваемости среди молодого поколения.

В целях профилактики язвенной болезни рекомендуются устранение нервного напряжения, отрицательных эмоций, интоксикаций; прекращение курения, злоупотребления алкоголем; нормализация питания, активная лекарственная терапия хеликобактерной инфекции у больных хроническим гастритом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внутренние болезни: Учебник для ВУЗов. В 2-х томах / под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2009.
2. В.Г. Ясногородский. Справочник по физиотерапии. – М.: Медицина, 2010.- 512с., ил.
3. Лычёв В.Г., Набиулин М.С., Архипов А.Г и соавт. Гастроэнтерология. Учеб. метод. пособие. / Барнаул. - 2011. - 159 с.
4. Вело Салупене. Клиническая гастроэнтерология. // Таллин, 2009. – С. 99-112.
5. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология. // Минск, 2009. – С. 116-149.
6. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А. и соавт. Неотложная гастроэнтерология. // Спб., - 2012. – 216-226.
7. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Лядов К.В. // Кислотозависимые и ассоциированные с *H.pylori* заболевания органов пищеварения. // Конспект врача. Выпуск № 38. Медицинская газета № 44-45. (20-25.06.2008).
8. Рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2008. – №1. – С.105-107.
9. Шептулин А.А., Хакимова Д.Р. Алгоритм лечения больных язвенной болезнью // РМЖ. – 2013. – Т.11.№2. – С. 59-65

Рецензия
на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 5 группы
Дибировой Э.Ш.

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.