

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа на  
тему: "Диагностика и лечение  
язвенной болезни желудка и 12  
перстной кишки"

Подготовила: Филонова И. С. 4 курс ПФ 9 группа  
Проверил: Кухтенко Юрий Владимирович

*И. С. Филонова*

Волгоград 2018 год.

## Оглавление

1. введение.....	3
2. актуальность проблемы.....	3
3. причины.....	4
4. факторы риска.....	4
5. классификация.....	5
6. клиника.....	7
7. осложнения.....	8
8. диагностика.....	9
9. лечение.....	10
10. заключение.....	12
11. список литературы.....	12

## Введение

**Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки** - заболевание двенадцатиперстной кишки хронического рецидивирующего характера, сопровождающееся образованием дефекта в ее слизистой оболочке и расположенных под ней тканях. Проявляется сильными болями в левой эпигастральной области, возникающими через 3-4 часа после еды, приступами «голодных» и «ночных» болей, изжогой, отрыжкой кислотой, часто рвотой. Наиболее грозные осложнения - кровотечение, прободение язвы и ее злокачественное перерождение.

Язвенная болезнь 12п. кишки

**Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки** – это хроническое заболевание, характеризующееся возникновением язвенных дефектов слизистой ДПК. Протекает длительно, чередуя периоды ремиссии с обострениями. В отличие от эрозивных повреждений слизистой, язвы представляют собой более глубокие дефекты, проникающие в подслизистый слой стенки кишки. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается у 5-15 процентов граждан (статистика колеблется в зависимости от региона проживания), чаще встречается у мужчин. Язва двенадцатиперстной кишки в 4 раза более распространена, чем язва желудка.

## Актуальность проблемы

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.

## **Причины образования язвы двенадцатиперстной кишки**

Развитие язвы (дефекта) слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, происходит по 2 основным механизмам:

- агрессивного действия соляной кислоты на слизистую оболочку, в результате повышенной кислотности. Попадание в двенадцатиперстную кишку кислого желудочного содержимого, приводит к воспалению участков её слизистой, и образованию дефекта в виде язвы;
- инфекционный фактор (*Helicobacter Pylori*), бактерия обладающая сродством к эпителию органов пищеварительной системы (желудок, двенадцатиперстная кишка). Инфекции *Helicobacter Pylori* попадая в пищеварительный тракт, может оставаться в течение многих лет, закрепляясь своими жгутиками к стенке слизистой, не вызывая ни каких клинических проявлений. По мере размножения, происходит выделение бактерией вредных веществ, которые приводят к смерти клеток слизистой двенадцатиперстной кишки, с последующим развитием дефекта. Так же, *Helicobacter Pylori* повышает кислотность, с помощью выделения аммиака.

## **Факторы риска развития язвы двенадцатиперстной кишки**

1. **Факторы, приводящие к повышению кислотности желудочного содержимого:**
  - Курение;
  - Алкоголь;
  - Злоупотребление крепким кофе;
  - Нарушенный режим питания с длительными перерывами между приёмами пищи;
  - Злоупотребление продуктами повышающие кислотность (острая еда, копчености, солёности, квашенности и другие);
  - Наличие предъязвенного состояния (хронического гастрита);
  - Нервно-эмоциональное перенапряжение;
  - Генетическая предрасположенность к повышенной секреции желудочного сока.
2. **Факторы, оказывающие разрушительное действие на клетки слизистой двенадцатиперстной кишки, не зависящие от кислотности:**

- Бактерия *Helicobacter Pylori*, которая передаётся через слюну заражённого человека;
- Частое употребление некоторых групп медикаментов: нестероидные противовоспалительные препараты (Аспирин, Ибупрофен и другие), глюкокортикоиды (Преднизолон) и другие.

## **Классификация**

1. Общая характеристика болезни:

1.1. Язвенная болезнь желудка

1.2. Язвенная болезнь 12 п.к.

1.3. Язвенная болезнь неуточненной локализации

1.4. Пептическая гастроэюнальная язва после резекции желудка.

2. Клиническая форма:

2.1. Впервые выявленная

2.2. Хроническая

3. Течение:

3.1. латентное

3.2. легкая (редко рецидивирующее)

3.3. среднетяжелая (1-2 рецидива в год)

3.4. тяжелая (3 и более)

4. Фаза

4.1. активная с указанием степени активности (1, 2, 3)

4.2. неактивная – а0.

### **РАЗМЕР ЯЗВЫ**

Малая-до 0.5см;средняя-от 0.5-1см;крупные от 1-2см;гиганские свыше 2см

5. Локализация язвы :

а) желудок:

1. Кардия;
2. Субкардиальный отдел;
3. Тело желудка
4. Антральный отдел;
5. Пилорический канал.

б)ДПК. :

А 1. Луковица; 2. Постбульбарная часть ДПК. :

Б - 1. Передняя стенка; 2. Задняя стенка; 3. Малая кривизна;

4. Большая кривизна

6. Осложнения: .

1. Кровотечения;

2. Перфорация;

3. Пенетрация;

4. Стеноз: а) компенсированный, б) субкомпенсированный

в) декомпенсированный

5. Малигнизация

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).

## **Клиника**

Клиническая картина язвенной болезни полиморфна. Симптоматика зависит от пола и возраста больного, времени года, локализации и величины язвенного дефекта, личностных и социальных особенностей пациента, его профессиональных качеств. Клиника определяется совокупностью признаков: хроническим течением болезни с момента ее появления, наличием признаков обострения и ремиссии заболевания, заживлением дефекта слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки с образованием рубца.

Язвенная болезнь представлена двумя клинико-морфологическими вариантами: язвой желудка и язвой двенадцатиперстной кишки. Традиционно различают болевой и диспептический синдромы. Ведущим клиническим признаком является боль в верхней половине живота. По характеру болевого синдрома практически невозможно разграничить хронический бактериальный гастрит и язвенную болезнь. Боль в эпигастральной области, натошак, преимущественно весной и осенью одинаково часто встречается как при язвенной болезни, так и при хроническом бактериальном гастрите. Купирование болевого синдрома пищевыми и лекарственными антацидами достигается и при хроническом бактериальном гастрите, и при язвенной болезни. Отличительным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является лишь наличие боли в эпигастральной области по ночам.

Рвота при язвенной болезни бывает редко. Тошнота значительно чаще встречается при язве желудка и при дуоденальной язве. Запоры сопутствуют хронической язве двенадцатиперстной кишки.

Симптоматика язвенной болезни определяется числом язвенных дефектов и их локализацией.

Множественные язвы желудка в 3 раза чаще встречаются у мужчин. Клиническая картина в этом случае зависит от локализации пептических

дефектов. При язвах в теле желудка отмечаются тупая боль в эпигастрии без иррадиации, возникающая через 20–30 мин после еды, и тошнота. При язвах субкардиального отдела характерны тупые боли под мечевидным отростком, иррадиирующие в левую половину грудной клетки.

Сочетанные язвы желудка и дуоденальные язвы – это комбинация активной язвы желудка и зарубцевавшейся язвы двенадцатиперстной кишки. Для них характерны длительное сохранение болевого синдрома, упорное течение болезни, частые рецидивы заболевания, медленное рубцевание язвы и частые осложнения.

К внеульковичным относятся язвы, расположенные в области бульбодуоденального сфинктера и дистальнее его. Их клиническая картина имеет свои особенности и имеет много общего с дуоденальной язвой. Они встречаются преимущественно у больных в возрасте 40–60 лет. Постбульбарные язвы протекают тяжело и склонны к частым обострениям, сопровождающимся массивными кровотечениями. Боль, локализуемая в правом верхнем квадранте живота, иррадиирующая в спину или под правую лопатку, встречается в 100 % случаев. Интенсивность, острота болей, стихающих только после приема наркотических анальгетиков, доводит больных до выраженной неврастении. Сезонность обострений при внеульковичных язвах регистрируется почти у 90 % больных. У многих больных кардинальным симптомом становится желудочно-кишечное кровотечение.

Для язв пилорического канала характерен симптомокомплекс, названный пилорическим синдромом: боль в эпигастрии, тошнота, рвота и значительное похудание. Обострение заболевания при этом очень длительное. На фоне интенсивной противоязвенной терапии язва рубцуется в течение 3 месяцев. Обильное кровоснабжение пилорического канала служит причиной возникновения массивного желудочного кровотечения.

## **Осложнения язвы двенадцатиперстной кишки**

Все осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются тяжёлыми и опасными для жизни больного, они приводят к развитию острого живота, поэтому требуют срочного хирургического вмешательства:

- **Прободение язвы**, через все стенки кишечника, и сообщение язвенной поверхности с брюшной полостью. Такое осложнение сопровождается развитием перитонита, главным проявлением которого, является острая кинжальная боль в брюшной полости;
- **Кровотечение из язвы**, развивается в результате разъедания стенки сосуда двенадцатиперстной кишки на уровне язвенной поверхности. Основным проявлением этого осложнения, является, мелена (кровь в кале);



- **Пенетрация язвы**, проникновение язвы через стенку двенадцатиперстной кишки в поджелудочную железу, сопровождается острым панкреатитом;
- **Дуоденальный стеноз**, развивается в результате образования рубца больших размеров, который препятствует дальнейшему продвижению химуса в кишечник. Одним из главных проявлений, рвота полным ртом;
- **Перидуоденит**, развивается в результате достижения зоны воспаления вокруг язвы, серозной оболочки двенадцатиперстной кишки;
- **Малигнизация язвы**, встречается редко, происходит озлокачествление клеток слизистой в области язвенной поверхности, с последующим развитием злокачественной опухоли.

## Диагностика

При неосложненном течении язвенной болезни

- в общем анализе крови изменения отсутствуют, возможны некоторое снижение СОЭ, незначительный эритроцитоз. При присоединении осложнений в анализах крови появляются анемия, лейкоцитоз – при вовлечении в патологический процесс брюшины.

- в общем анализе мочи изменений нет.

- в биохимическом анализе крови в случаях осложненного течения язвенной болезни возможны изменения показателей сиаловой пробы, С-реактивного протеина, ДФА-реакции.

Традиционный метод исследования при патологии желудка – определение кислотности желудочного содержимого. Возможны различные показатели: повышенные и нормальные, в ряде случаев – даже сниженные. Язва двенадцатиперстной кишки протекает с высокой кислотностью желудочного сока.

- При рентгенологическом исследовании пептическая язва представляет собой «нишу» – депо бариевой взвеси. Помимо такого прямого рентгенологического симптома, в диагностике имеют значение косвенные признаки пептического дефекта: гиперсекреция содержимого желудка натошак, нарушения эвакуации, дуоденальный рефлюкс, дисфункция кардии, локальные спазмы, конвергенция складок слизистой оболочки, рубцовая деформация желудка и двенадцатиперстной кишки.

- гастродуоденоскопия с биопсией является наиболее надежным методом диагностики язвенной болезни. Она позволяет оценить характер изменений слизистой оболочки в крае язвы, в периульцерозной зоне и гарантирует точность диагноза на морфологическом уровне.

При эндоскопическом и морфологическом исследованиях установлено, что большинство язв желудка располагается в области малой кривизны и антрального отдела, гораздо реже – на большой кривизне и в зоне пилорического канала. 90 % дуоденальных язв находится в бульбарном отделе.

Для пептической язвы типична круглая или овальная форма. Ее дно состоит из некротических масс, под которыми находится грануляционная ткань. Наличие темных вкраплений на дне свидетельствует о перенесенном кровотечении. Фаза заживления язвы характеризуется уменьшением гиперемии слизистой оболочки и воспалительного вала в периульцерозной зоне. Дефект становится менее глубоким, постепенно очищается от фибринозного налета. Рубец имеет вид гиперемированного участка слизистой оболочки с линейными или звездчатыми втяжениями стенки. В дальнейшем при эндоскопическом исследовании на месте бывшей язвы определяются различные нарушения рельефа слизистой оболочки: деформации, рубцы, сужения. При эндоскопии зрелый рубец вследствие замещения дефекта грануляционной тканью имеет белесоватый вид, признаки активного воспаления отсутствуют.

-При морфологическом исследовании биоптата, полученного из дна и краев язвы, выявляется клеточный детрит в виде скопления слизи с примесью распадающихся лейкоцитов, эритроцитов и слущенных клеток эпителия с расположенными под ними коллагеновыми волокнами.

## **Лечение язвы двенадцатиперстной кишки**

При первых подозрениях на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, необходимо обратиться за медицинской помощью, для исследования и необходимого лечения, для предотвращения возможных опасных, быстроразвивающихся осложнений, которые излечить намного тяжелее. Для лечения язвы двенадцатиперстной кишки разработаны специальные 3 или 4-х компонентные схемы лечения, которые предупреждают прогрессирование заболевания. Лечащий врач каждому больному, подбирает схему лечения индивидуально, в зависимости от причины заболевания и результатов исследования. Препараты для лечения можно принимать в таблетированной форме и в виде инъекций. Обычно курс лечения продолжается в течение 14 дней.

### **Медикаментозное лечение язвы двенадцатиперстной кишки**

Группы медикаментов, которые используются для лечения язвы двенадцатиперстной кишки:

1. **Антибиотики, применяются с целью эрадикации (уничтожения) хеликобактерной инфекции:**

- Макролиды (Эритромицин, Кларитромицин). Таблетки Кларитромицин применяются по 500 мг, утром и вечером, после еды;
  - Пенициллины: Ампиокс назначается по 500 мг 4 раза в день, после еды;
  - Нитроимидазолы: Метронидазол, назначается по 500 мг 3 раза в день, после еды.
2. **Для устранения боли путём снижения секреции соляной кислоты** применяются:
- Препараты висмута (Де-нол), обладают как вяжущим механизмом для слизистой желудка, так и бактерицидным действием против *Helicobacter Pylori*. Де-нол, назначается по 120 мг 4 раза в день, за 30 минут до еды.
  - Ингибиторы протоновой помпы: Омепразол, назначается по 20 мг 2 раза в день, перед едой;
  - Ингибиторы  $H_2$  – рецепторов: Ранитидин, назначается по 150 мг 2 раза в день, перед едой.
3. **Препараты, устраняющие боль, путём образования защитной плёнки на слизистой двенадцатиперстной кишки:**
- Антациды, (Алмагель, Алгель А, Алмагель Нео, Маалокс). Алмагель назначается пить по 1 столовой ложке за 30 минут до еды.

### **Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки**

Проводится редко или при язвенных осложнениях. Заключается в удалении поражённого участка кишечника или пересечение нервных ветвей блуждающего нерва, тем самым снижая желудочную секрецию и уменьшая уровень соляной кислоты.

**Диета при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки** Все больные язвенной болезнью, должны обязательно соблюдать режим питания, придерживаться диеты, по возможности исключить нервные стрессы, отказаться от алкогольных напитков и курения. Еда для больных язвенной болезнью должна быть мелко измельчённой (не грубой), тёплой (не горячей и не холодной), не солёной, не жирной и не острой. Больной должен питаться около 5 раз в день, маленькими порциями, общая суточная калорийность, должна составлять около 2000 ккал. Еда должна быть, в варёном виде или приготовленная на пару. Хорошо в качестве питья принимать гидрокарбонатные воды и успокоительные чаи, к ним относятся: Боржоми, Эссентуки №4, чай из мяты или Melissa и другие.

### **Продукты и блюда, которые можно употреблять при язвенной болезни:**

- Молочные продукты (молоко, не жирный творог, не жирная сметана, кефир);
- Рыба нежирных сортов или блюда из неё (судак, окунь и другие);
- Не жирные сорта мяса (кролика, курицы, телятины);
- Различные виды каши (гречневая, овсяная, рисовая и другие);

- Сухарики и подсушенный хлеб;
- Овощи и фрукты, свежие или в вареном виде (красная свекла, картофель, морковь, кабачки);
- Блюда, приготовленные на растительных маслах (оливковое, облепиховое и другие);
- Лёгкие супы из овощей;

При язвенной болезни запрещено употреблять:

- Жареную еду;
- Солёную еду;
- Острые блюда;
- Фрукты, повышающие кислотность в желудке (цитрусы, помидоры, и другие);
- Копчености;
- Различные консервы;
- Жирные сорта мяса и рыбы (свинина);
- Квашености (квашеная капуста, помидоры, огурцы);
- Ржаной хлеб и хлебобулочные изделия из сдобного теста.

## **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 литературы**

1. Хавкин А.И. Современные принципы терапии язвенной болезни / А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева, Н.С. Рачкова // Русский медицинский журнал М.: Волга-Медиа, 2005. - Т.13 №3. - С.153-155 .
2. Фисенко, В.П. Helicobacter pylori патогенез заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и возможности фармакологического воздействия / В.П. Фисенко. // Врач: Ежемесячный научно-практический и публицистический журнал / Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова (М.). - М.: Русский врач, 2006. - №3. - с.46-50 .

3. Кучерявый Ю.А. Висмута трикалиядицитрат в схемах терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны / Ю.А. Кучерявый, М.Г. Гаджиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: научно-практический журнал. - М.: Б. и., 2005. - Том 15 N1. - С.71-75 .
4. Бураков, И.И. Язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori* (патогенез, диагностика, лечение) / И.И. Бураков; В.Т. Ивашкин; В.М. Семенов, 2002. - 142 с. . Броневец И.Н. Современные принципы и методы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: сборник И.Н. Броневец // Теория и практика медицины: Сб. науч. Тр. - Минск, 1999. - Вып.1. - С.83-85 .
5. Исаев Г.Б. Роль *Helicobacter pylori* в клинике язвенной болезни/ Г.Б. Исаев // Хирургия. - 2004. - №: 4. - С.64-68 . Химико-фармацевтический журнал. М.: "Фолиум", Т.40, №2, 2006, С.5 . Машковский М.Д. Лекарственные средства. - 15-е изд. - М: - РИА "Новая волна"-Москва, 2007 . Основы органической химии лекарственных веществ/ А.Т. Солдатенков, Н.М. Колядина, И.В. Шендрик. М.: "Мир", Москва, 2003 . Рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии - . - М.: Б. и., 1998. - №1. - С.105-107. .
6. Шептулин А.А., Хакимова Д.Р. Алгоритм лечения больных язвенной болезнью // РМЖ. - 2003. - 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 9 группы  
Филоновой И.С.**

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

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

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

Кухтенко Ю.В.