

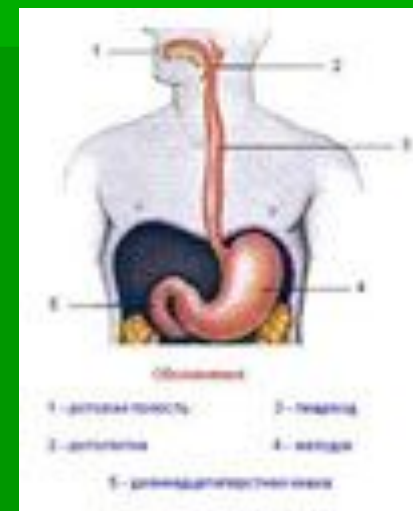
# Патология верхних отделов ЖКТ

БФУ им. И. Канта

Доцент, к.м.н. В.И. Бут-Гусаим

# Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

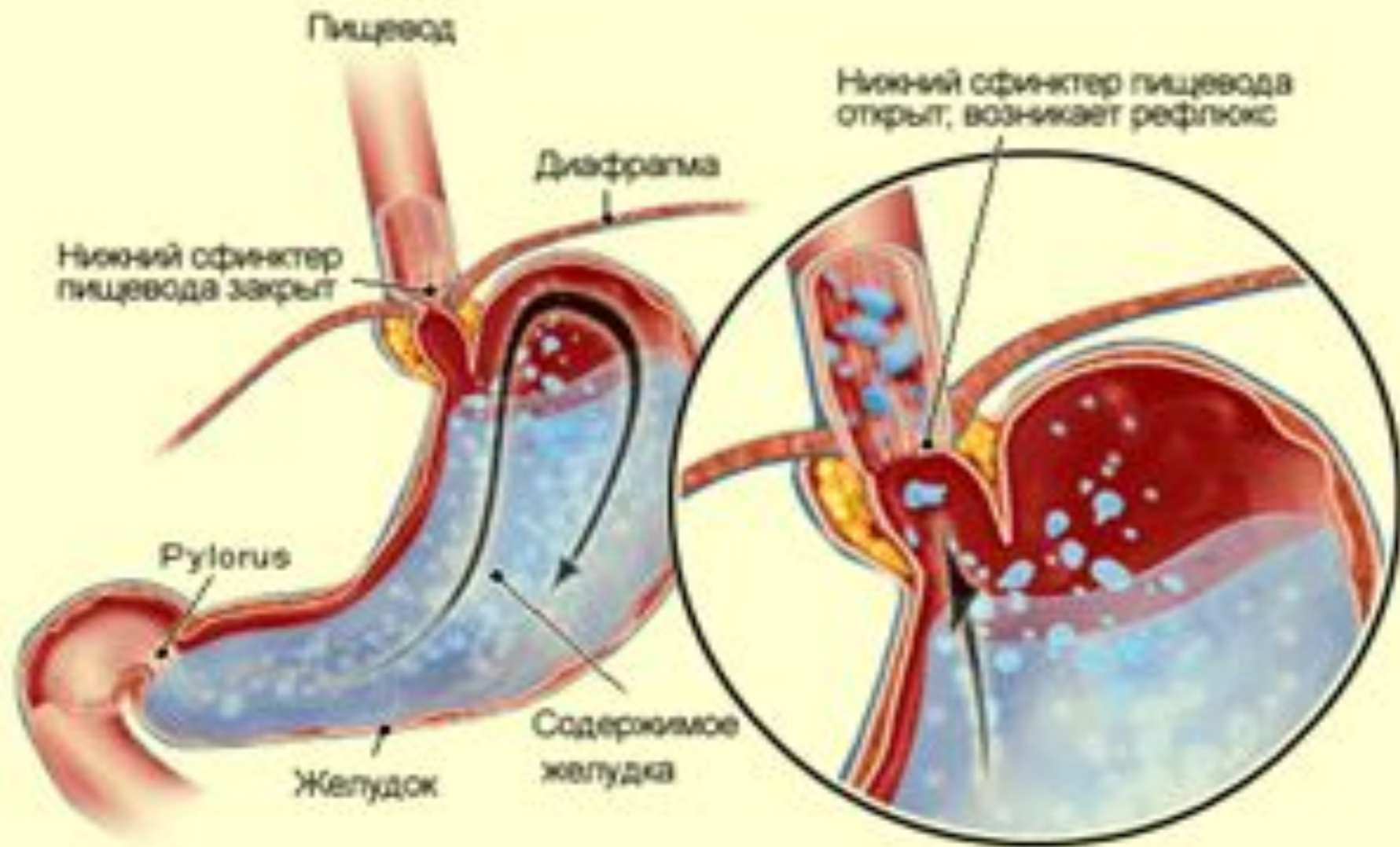
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) относится к наиболее распространенным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и сравнима по частоте с язвенной и желчнокаменной болезнями.



# Гастроэзофагальный рефлюкс-

это заброс кислого желудочного содержимого в нижнюю треть пищевода. В 10% случаев кислый рефлюкс комбинируется со щелочным, то есть в пищевод одновременно забрасывается и желудочное содержимое, и содержимое двенадцатиперстной кишки.

# Рефлюкс-эзофагит



# ГЭРБ

Когда пища поступает в желудок, в сфинктере нижней трети пищевода повышается давление, и он препятствует обратному забросу. Если же давление в нижнем пищеводном сфинктере по разным причинам становится ниже нормального, это является предпосылкой для **рефлюкса** – заброса содержимого желудка в пищевод.

### Степень А

воспалительные изменения  
в слизистой ограничены  
в пределах складки, до 5 мм

### Степень В

изменения в слизистой оболочке  
более 5 мм, распространяющиеся  
на 2 складки

### Степень С

изменения в слизистой оболочке,  
распространяющиеся на  
несколько складок, но не  
циркулярные

### Степень D

обширные воспалительные  
изменения в слизистой оболочке,  
распространяющиеся более чем  
на 75 % окружности

Рис. 1. Классификация рефлюкс-эзофагитов, основанная на эндоскопических критериях, характеризующих изменения слизистой оболочки пищевода

# Этиология.

Рефлюкс развивается у:

- тучных людей,
- любителей поесть, особенно на ночь,
- злоупотребляющих алкоголем, кофе,
- злостных курильщиков.

В результате длительного рефлюкса развиваются воспалительные изменения в пищеводе, самым распространенным из которых является эзофагит.



# Эзофагит.

Эзофагит - воспаление слизистой оболочки пищевода

обнаруживается с помощью эндоскопического исследования.

Признак неблагополучия

пищевода - всем знакомая

**изжога.**



# Причины возникновения ГЭРБ

ГЭРБ относят к кислотно-зависимым заболеваниями, поскольку основной причиной возникновения является чрезмерное воздействие на стенки пищевода соляной кислоты. Это может произойти из-за:

- нарушения работы нижнего пищеводного сфинктера - мышечного "кольца", регулирующего поступление пищи из пищевода в желудок,
- нарушения химических свойств слизи и слюны,
- снижения тонуса мышц пищевода,
- повышения внутрибрюшного давления,
- нарушения моторики желудка и т.д.

# Причины ГЭРБ.

Отмечается взаимосвязь между ростом заболеваемости ГЭРБ и:

- повышением уровня жизни,
- материального благосостояния пациентов,
- снижением общей физической активности,
- нарушением режима питания.

# Симптомы.

Характерные симптомы ГЭРБ:

- изжога,
- отрыжка,
- срыгивание,
- болезненное и затрудненное глотание,
- боль в эпигастральной области, появляющаяся вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях.

Особенно мучительно их проявление по ночам.



Часто источник болей может локализоваться в области грудной клетки, имитируя сердечные боли. При этом, в подавляющем большинстве случаев (более 70%) при детальном инструментальном обследовании (ЭКГ, затем ЭГДС) выявлялась патология пищевода - ГЭРБ и дискинезия пищевода.

В настоящее время доказано, что целый ряд бронхолегочных и ЛОР-заболеваний фактически являются осложнениями ГЭРБ:

- хронический кашель,
- пневмонии,
- фарингиты,
- злокачественные поражения гортани и глотки,
- голосовых связок и прочее.

По данным ряда зарубежных авторов, причиной необъяснимого кашля в 10% случаев является ГЭРБ.

При этом кашель чаще всего бывает длительным (от 1 года до 5 лет), сухим (без отхождения мокроты). Этот кашель может быть единственным проявлением ГЭРБ и пациенты могут связывать его возникновение с простудой.

# Диагностика.

Помните: залог успешного лечения ГЭРБ и профилактики ее осложнений своевременное обращение за медицинской помощью.

Обнаружив, что "невинная" изжога становится регулярной, не откладывайте визит к врачу и обязательно пройдите назначенные им диагностические процедуры:

1. эндоскопическое (гастроскопия),
2. гистологическое.



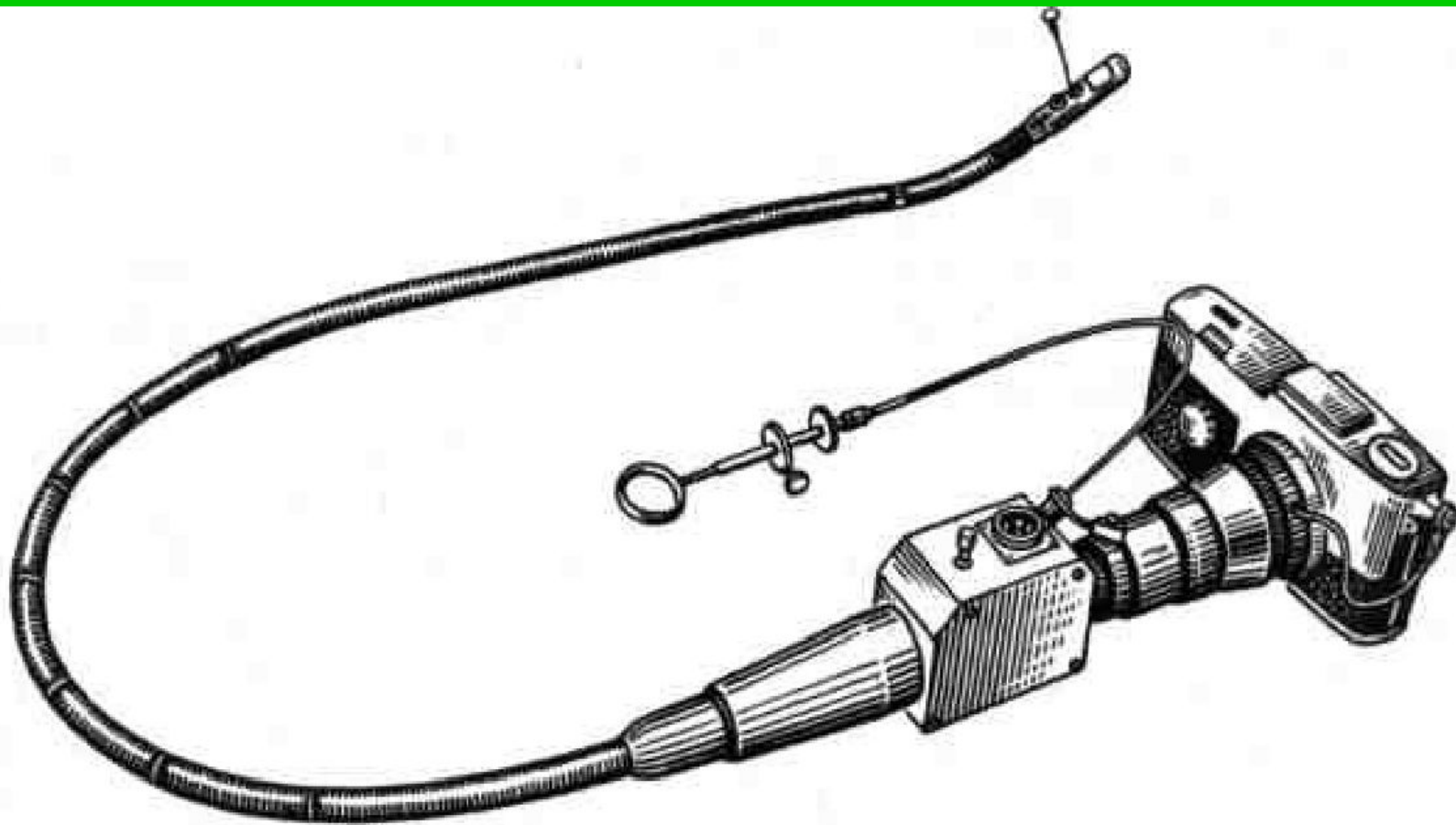


Рис. 100. Гастродуоденоскоп.

# Диагностика.

Гастроскопия показана пациентам с симптомами, которые не исчезают после проводимого лечения, пациентам с тревожными симптомами:

- потеря веса,
- затрудненное или плохое глотание,
- чувство кома за грудиной или в горле при глотании),
- пациентам преклонного возраста с первичными проявлениями заболевания.

**Правильное лечение может назначить только врач.**

# Лечение ГЭРБ.

Неосложненный рефлюкс - эзофагит нужно начинать лечить на основе анамнеза заболевания и клинической картины комбинацией диетических рекомендаций и препаратов, снижающих кислотность.

1. Изменение стиля жизни и питания.

2. Медикаментозное лечение:

- антациды,
- обволакивающие препараты,
- H<sub>2</sub> - блокаторы,
- ингибиторы протоновой помпы,
- прокинетики



Рис. 1. Алгоритм диагностики и лечения ФД, рекомендованный врачам общей практики (семейным врачам) на консультативном совете по вопросам ФД и препарату Ганатон (Чанг-Май, Таиланд, 29 января 2010 г.)

## Функциональная диспепсия, рефрактерная боль

### • Рефрактерная боль

Исключение причины боли, связанной с патологией передней брюшной стенки.



Старт: Венлафаксин — антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН). 75-100 мг. Синонимы: Велафакс, Велаксин, Эфевелон..., или Дулоксетин 65 мг ≥ 6 недель. Миртазапин (ремерон) Внутрь, перед сном, в дозе 15-45 мг/сут в зависимости от степени наблюдаемых терапевтических и побочных эффектов. Коррекция дозы возможна после 1-2 нед. наблюдения. Общая длительность лечения — до 6 мес.

Рассматриваются риски терапии парациетамином, трамадолом и т.д.

Tack, J., 2010

Рис. 3. Алгоритм ведения пациента с функциональной диспепсией и рефрактерным синдромом абдоминальной боли [12]



# Функциональная диспепсия, рефрактерная тошнота/рвота

## Рефрактерная тошнота/рвота



Адаптировано по Task J, 2010 с добавлениями

TCA – трициклические антидепрессанты

Рис. 4. Алгоритм ведения пациента с ФД и рефрактерной тошнотой/рвотой [12]

# Хронический гастрит-

это хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, характеризующееся расстройством секреции, моторики и эвакуации пищи. 50% населения страдает хроническим гастритом и лишь только 10-15% обращается к врачам. Заболевание не безобидное, т.к. в результате развивается нарушение всасывания целого ряда питательных веществ, необходимых организму. Часто развивается малокровие, поскольку желудок перестает вырабатывать фактор, участвующий в кроветворении. Кроме того, на фоне атрофического гастрита могут развиваться опухоли желудка. В 75% случаев хронический гастрит сочетается с хроническим холециститом, аппендицитом, колитом и другими заболеваниями органов пищеварения.



# Гастрит.



# Симптомы.

Симптомы хронического гастрита:

- ощущение давления и распирания в эпигастральной области после еды,
- изжога,
- тошнота,
- тупая боль,
- снижение аппетита,
- неприятный вкус во рту,
- при пальпации - легкая болезненность в эпигастрии.

# СИМПТОМЫ.

- Иногда развиваются эрозивные процессы в желудке, появляются поверхностные дефекты слизистой, которые могут кровоточить. Вначале заболевание может протекать с различным секреторным фоном, хотя чаще всего имеется тенденция к снижению секреции и кислотности желудочного сока.

# Причины.

1. Алиментарный фактор (нарушение режима и ритма питания, неполноценная и недоброкачественная, острая и жирная пища, алкоголь).
2. Бесконтрольный прием лекарств.
3. Профессиональные вредности (промышленная запыленность, химические агенты, радионуклиды).
4. Курение.
5. Нервно-эмоциональное перенапряжение.
6. Заражение *Helicobacter pylori*.
7. Генетическая предрасположенность.

**Таблица. Классификация хронического гастрита**

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы
<b>Неатрофический</b>		
• неатрофический	<i>H. pylori</i> и др.	поверхностный, диффузный антральный, интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный, тип В
<b>Атрофический</b>		
• аутоиммунный	аутоиммунный	тип А, диффузный тела желудка, ассоциированный с пернициозной анемией
• мультифокальный	<i>H. pylori</i> , особенности питания, среды	
<b>Особые формы</b>		
• химический	химические раздражители, желчь, нестероидные противовоспалительные препараты	реактивный рефлюкс-гастрит, тип С
• радиационный	лучевые поражения	
• лимфоцитарный	идиопатический, иммунные механизмы, глютен, <i>H. pylori</i>	вариолиформный, ассоциированный с целиакией
• неинфекционный гранулематозный	болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегнера, инородные тела, идиопатический	изолированный гранулематоз
• эозинофильный	пищевая аллергия, другие аллергены	аллергический
• другие инфекционные	бактерии (кроме <i>H. pylori</i> ), вирусы, грибы, паразиты	

# Диагностика.

Выявить характер гастрита можно с помощью современных методов обследования: \_\_\_\_\_

- УЗИ,
- гастроскопия,
- лабораторных методов с определением микроорганизма *Helicobacter pylori*,
- биохимических анализов крови,
- копрологии
- бактериологии.

# Лечение

В дальнейшем подбирается:

- современная схема лечения,
- диета,
- характер питания,
- профилактика возможных осложнений.

Хронический гастрит часто бывает причиной дисбактериоза кишечника.



# Профилактика гастрита.

Основное значение имеет:

- рациональное питание,
- отказ от употребления крепких алкогольных напитков, курения,
- необходимо следить за состоянием полости рта,
- своевременно лечить заболевания других органов брюшной полости,
- устранять профессиональные вредности. Больные хроническим гастритом, особенно с атрофически-дисрегенераторными изменениями, должны находиться на диспансерном учете и комплексно обследоваться не реже двух раз в год.



# Язвенная болезнь.

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего - в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) - в подслизистый слой.

# Язва.

**Что такое язва?**



# Что такое язва?

Основным морфологическим субстратом заболевания является язва – дефект слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки, появление которого большинство специалистов связывают с агрессивным действием желудочного сока (прежде всего соляной кислоты и пепсина). Большинство язв по своим размерам редко превышают 1 см.

# Причины образования язвы.

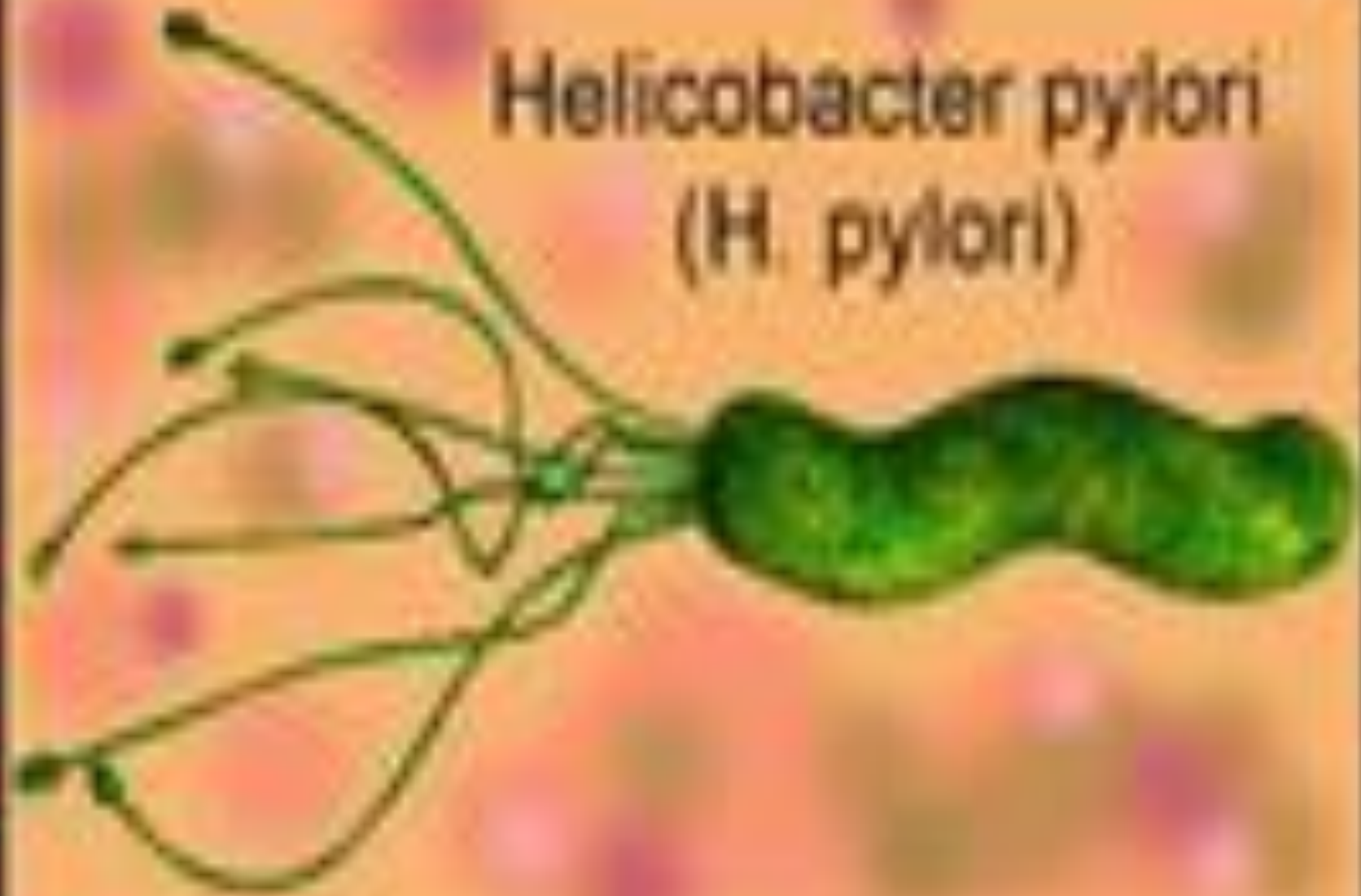
В настоящее время к основным причинам развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки специалисты относят бактерию *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) а также регулярный прием нестероидных противовоспалительных препаратов, таких как аспирин, ибупрофен, индометацин, диклофенак и др.

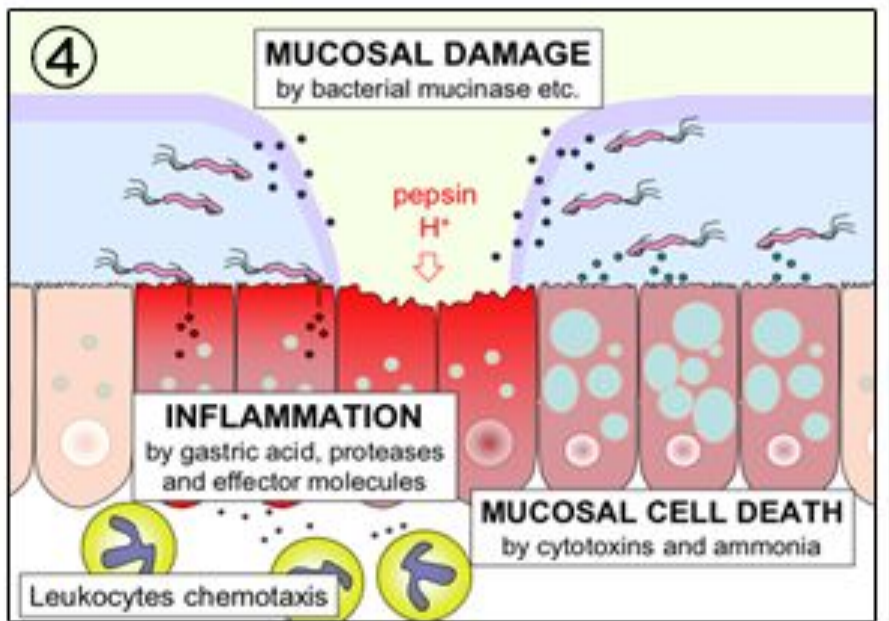
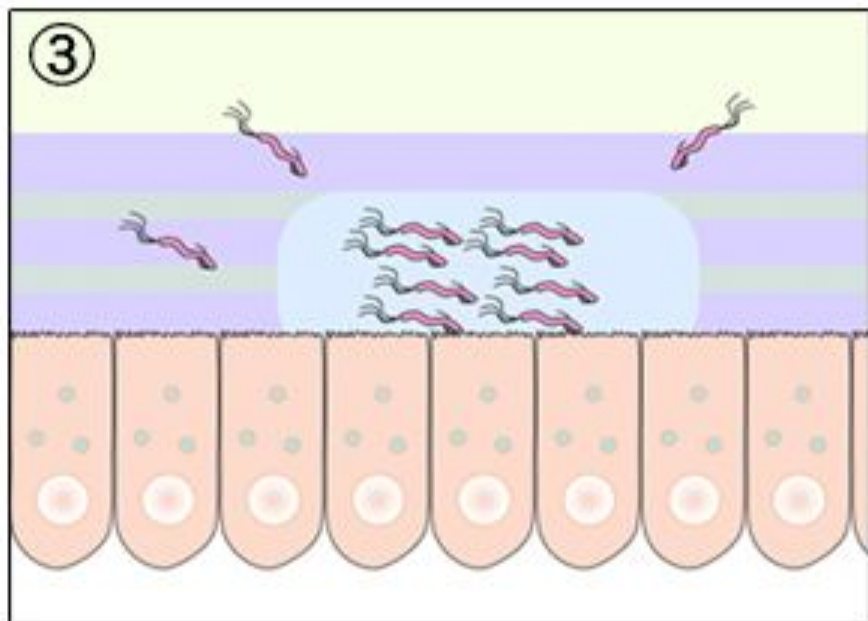
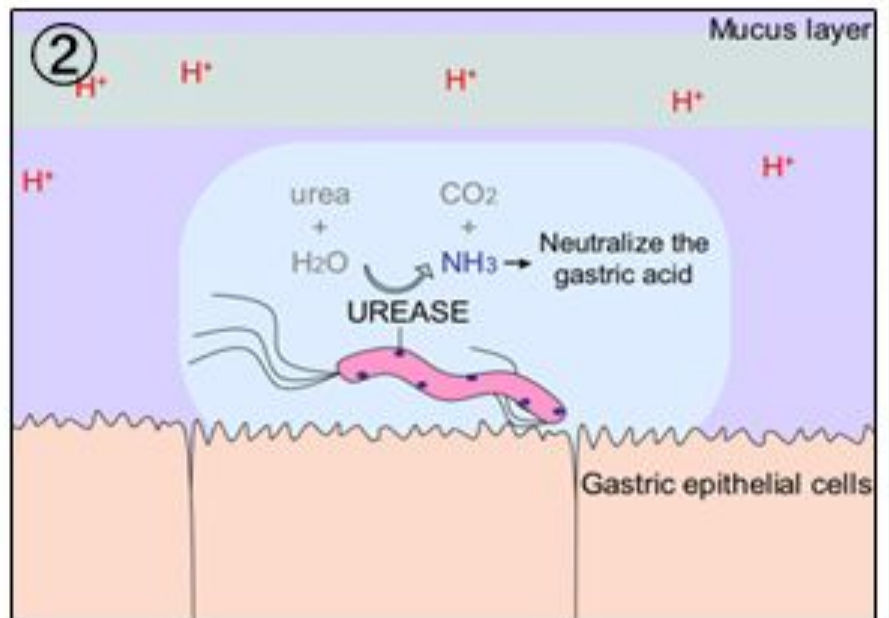
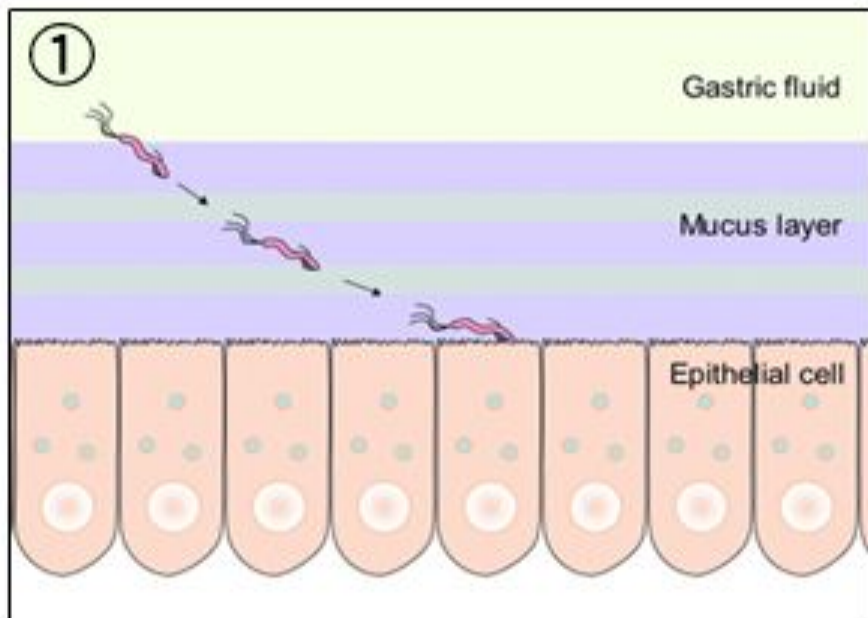
# **H. pylori.**

Установление связи между этой бактерией и развитием язвенной болезни многие относят к наиболее выдающимся событиям прошедшего века в медицине. *H. pylori* обнаруживается в желудке более чем 90% пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, и несколько реже – язвенной болезнью желудка. Этот микроорганизм способен вызывать воспалительный процесс в стенке желудка, облегчая тем самым воздействие агрессивного содержимого на его слизистую оболочку.



Helicobacter pylori  
(H. pylori)





# **H. pylori.**

Спектр неблагоприятного влияния НР на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающие защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Наиболее патогенными являются VacA-штамм НР, продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток, и CagA -штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином

# **H. pylori.**

Этот ген кодирует белок, который оказывает прямое повреждающее действие на слизистую оболочку желудка. НР способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка.

*Helicobacter pylori*

Острый гастрит

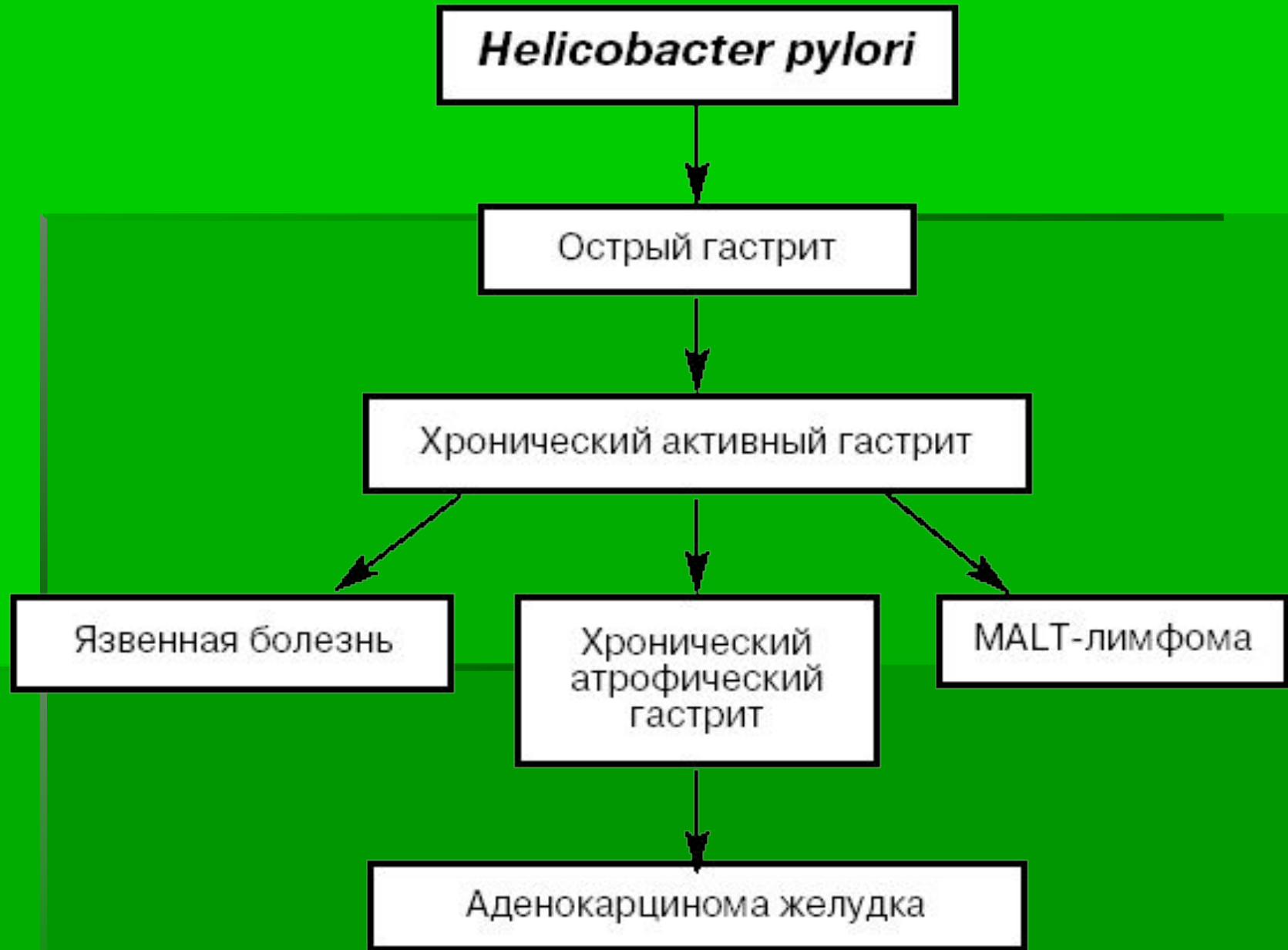
Хронический активный гастрит

Язвенная болезнь

Хронический  
атрофический  
гастрит

MALT-лимфома

Аденокарцинома желудка



## Основные методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori* и показания к их применению

Метод диагностики	Показания к применению	Чувствительность, %	Специфичность, %
Серологический	Скрининговая диагностика инфекции НР	90	90
Микробиологический	Определение чувствительности НР к антибиотикам	80—90	95
Морфологический	Первичная диагностика инфекции НР у больных язвенной болезнью	90	90
Быстрый уреазный тест	Первичная диагностика инфекции НР у больных язвенной болезнью	90	90
Дыхательный тест	Контроль полноты эрадикации	95	100



# *Классификация язвенной болезни*

Согласно международной классификации ВОЗ (МКБ-10, Женева, 1992 г.) и приказа МЗ РФ №125 от 17.04.98 г.

Выделяют:

1. язву желудка (язвенную болезнь желудка) – шифр K25,
2. язву двенадцатиперстной кишки (язвенную болезнь 12-перстной кишки) - шифр K26,
3. пептическую язву неуточнённой локализации - шифр K27,
4. гастродуоденальную язву, включая пептическую язву анастомоза желудка,
5. приводящей и отводящей петель тонкой кишки - шифр K28.

## *Классификация язвенной болезни*

Эта классификация не может считаться удобной для клинической практики, поскольку практически не учитывает локализацию язвы, а это имеет существенное значение для течения и прогноза заболевания. Эта классификация не отражает клиническую форму язвы (острая или хроническая), тяжесть течения заболевания, фазу болезни, размер язвы, стадии её развития, характер моторных и секреторных нарушений функции желудка, осложнения болезни. Поэтому отечественная классификация Ф.И. Комарова и А.В. Калинина (1992) намного удобнее для практикующего гастроэнтеролога.



## *Клиника язвенной болезни*

Язвенная болезнь является хроническим заболеванием, характеризующимся периодами обострения (рецидива) и ремиссии. Клинические проявления болезни обычно выражены только в период обострения.

## *По течению различают:*

1. впервые выявленную,
2. редко рецидивирующую (рецидив 1 раз в 2 - 5 лет),
3. рецидивирующую (1 - 2 рецидива в год),
4. часто рецидивирующую (3 и более рецидивов в год),
5. непрерывно рецидивирующую (длительно не рубцующаяся язва) язвенную болезнь.

# *Клиника язвенной болезни*

Типичным для больных язвенной болезнью является наличие **болевого синдрома**.

Боли встречаются у 79 - 90% всех больных с обострением заболевания. Очень ранние боли (через 10 - 15 минут после приёма пищи) боли возникают при язве субкардиального и кардиального отделов желудка. Ранние (через 0,5 - 1 час после приёма пищи) боли характерны для язвы в области малой кривизны желудка.

## *Клиника язвенной болезни*

Для медиогастральных (в средней трети желудка) язв характерны боли через 1,5 часа после еды. У больных с локализацией язв в пилорическом отделе желудка боли возникают примерно через 2 часа после еды. Поздние (через 2,5 - 3 часа после еды) боли характерны для язв антрального отдела желудка, пилорического канала и луковицы 12-перстной кишки. "Голодные" (через 6 - 7 часов после еды) или ночные боли типичны для пилорических язв и язв 12-перстной кишки. Однако зависимость боли от времени приёма пищи не очень специфична и заметно зависит от качества принятой пищи.

# *Клиника язвенной болезни.*

При локализации язвы в теле желудка боли ощущаются в эпигастии несколько левее срединной линии. Если язва локализуется в прекардиальном или в кардиальном отделе, то **боли чаще ощущаются** под мечевидным отростком. При локализации язвы в пилорическом отделе и в луковице 12-перстной кишки боль ощущается правее срединной линии на уровне или немного выше пупка. При локализации язв в области задней стенки луковицы 12-перстной кишки боли ощущаются в поясничной области или в области правой лопатки.

## *Клиника язвенной болезни.*

При пилорических, антральных и сочетанных язвах боли могут ощущаться в области правого подреберья, что сильно напоминает клинику холецистита. При высокой локализации язвы в субкардиальном и кардиальном отделах желудка боли могут ощущаться за грудиной, в левой половине грудной клетки, что напоминает клинику ИБС. Во всех случаях локализация боли у больных с язвой в желудке менее чётко очерчена, чем при язве в луковице 12-перстной кишки.

## *Клиника язвенной болезни.*

У больных с язвой в области субкардиального и кардиального отделов желудка боль *иррадирует* в перикардальную область, в область левой лопатки, в грудной отдел позвоночника.

У больных с язвой в области луковицы 12-перстной кишки боль иррадирует обычно в поясничную область, под правую лопатку, в межлопаточное пространство.

## *Клиника язвенной болезни.*

Большое влияние на характер болевого синдрома оказывают осложнения язвенной болезни. При пенетрации язвы в поджелудочную железу боль становится упорной и иррадирует в поясницу. При пенетрации язвы в печёночно-12-перстную связку боль ощущается в правой половине грудной клетки. При пенетрации язвы в желудочно-селезёночную связку боль локализуется в левой половине грудной клетки. При перивисцерите боль занимает обширное пространство в эпигастрии и не имеет чёткой локализации.



# Клиника.

*Характер* боли у больных язвенной болезнью весьма разнообразен.

Боли могут быть:

- ноющие,
- тупые,
- жгучие,
- схваткообразные,
- режущие,
- грызущие,
- сверлящие и другие.

Иногда больные отмечают чувство давления, тяжести в животе, мучительное чувство голода.

# Клиника.

Во время приступа боль носит нарастающий характер, заставляя больного принимать вынужденное положение, прибегать к иным средствам облегчения боли. Затем боль постепенно стихает.

# Клиника.

Высокая *интенсивность* боли обычно отмечается при язвах дистального отдела желудка, больших диаметре и глубине язв, развитии осложнений. У молодых больных боль обычно интенсивна, у пожилых и давно страдающих заболеванием лиц интенсивность боли часто небольшая. Ликвидаторы аварии на ЧАЭС обычно не отмечают выраженных болей. Безболевая форма заболевания представляет серьёзную клиническую проблему, поскольку приводит к развитию осложнений и сопровождается высокой летальностью.

Кроме болевого синдрома больные язвенной болезнью отмечают разнообразные проявления *желудочной диспепсии*:

- тошноту,
- отрыжку,
- изжогу,
- рвоту,
- нарушения аппетита.

Весьма часто у этих больных имеются проявления и кишечной диспепсии: метеоризм, запоры или поносы. Диспептические расстройства имеют второстепенное значение для диагностики заболевания и лишь дополняют его картину.

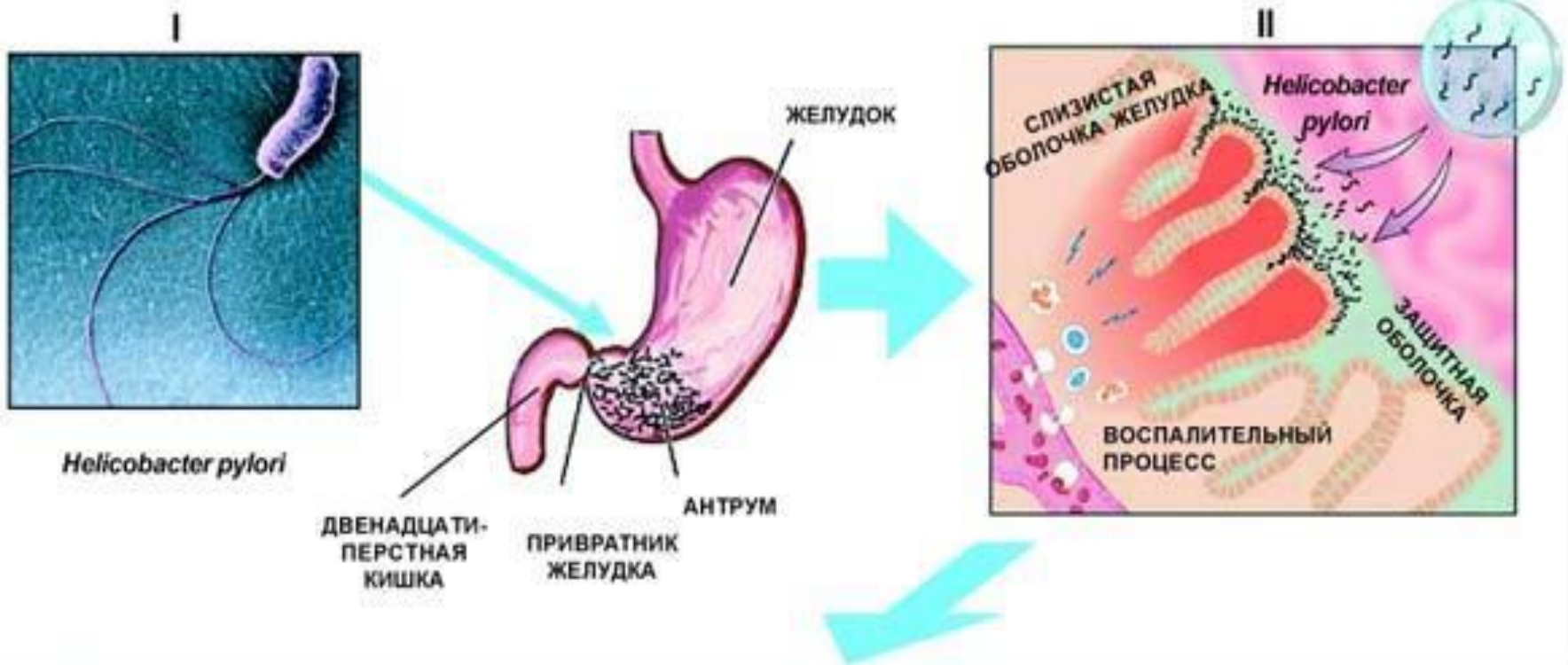
**Рвота** при этом заболевании имеет ряд особенностей. Обычно она наступает на высоте боли. При ранней рвоте рвотные массы содержат съеденную пищу и большое количество кислой жидкости. При поздней рвоте она может быть представлена только резко кислым желудочным секретом. При наличии стеноза привратника рвотные массы могут приобретать тухлый запах.

Проявления **кишечной диспепсии**, в частности признаки кишечной дискинезии, у больных язвенной болезнью объясняются разными причинами.

*Запоры* объясняют повышенным тонусом блуждающего нерва (точнее относительной симпатической недостаточностью) и торможением пропульсивной кишечной перистальтики, вынужденным характером питания (сниженное количество трудно перевариваемых продуктов), ограничением двигательной активности больного, приёмом некоторых лекарственных препаратов.

*Поносы* объясняются сниженной желудочной секрецией с увеличением пропульсивной кишечной перистальтики, наличием кишечного дисбиоза, присоединением реактивного или хронического панкреатита с нарушением кишечного пищеварения.

Кроме субъективных симптомов у больных язвенной болезнью выявляется немало *объективных признаков заболевания*.





# Диагностика ЯБ.

При *ориентировочной поверхностной пальпации* живота часто определяется локальная болезненность в эпигастральной области слева (при медиогастральных язвах) или справа (при пилорической или дуоденальной язве), непосредственно под мечевидным отростком (при локализации язвы в верхних отделах желудка). При сочетанных язвах желудка и 12-перстной кишки зона пальпаторной болезненности может быть довольно обширной.

# Диагностика ЯБ.

Болезненность живота при пальпации часто сочетается с повышенной резистентностью мышц передней брюшной стенки в области верхней трети правой и левой прямой мышцы. Эти симптомы появляются обычно при пенетрирующих язвах с перивисцеритом.

В зависимости от локализации язв *пальпаторно* выявляется болезненность в вентральных точках эпигастральной, пилородуоденальной, Гербста, Опенховского, Боаса, Певзнера.

# Диагностика.

Характерным симптомом язвенной болезни является *локальная болезненность при перкуссии* (положительный симптом Менделя). Появление этого симптома объясняют раздражением париетального листка брюшины. Зоны выявленной перкуторной болезненности точно соответствуют локализации язвы. Вблизи от мечевидного отростка - при субкардиальной язве, справа от срединной линии - при дуоденальных и пилорических язвах, слева от срединной линии - при поражениях тела желудка.

# Диагностика.

При стенозе привратника, высокой желудочной секреции через 7 - 8 часов после еды выявляется шум плеска при сукуссии в эпигастрии (*симптом Василенко*).

# Диагностика.

Диагностика язвенной болезни базируется, прежде всего, на *данных эндоскопического исследования*. Следует сразу отметить, что в настоящее время при диагностике язвенной болезни не целесообразно отдавать предпочтение рентгенологическому методу. Дело в том, что во время эндоскопического исследования можно не только осмотреть язвенный дефект, оценить характер язвенного дефекта, наслоения на нём, взять биопсию, провести диагностику хеликобактериоза, измерить локальную рН.

# Диагностика.

Достоверность эндоскопической диагностики язвенной болезни составляет 97% вероятности против 70% достоверности рентгенологическим методом.

По динамике эндоскопической картины Sakita T.U. et al. (1971) различают 3 стадии рубцевания язвы:

Стадия А (стадия активная - stage active). А1 - слизистая оболочка вокруг язвы отёчна, регенеративная эпителизация не видна. А2 - окружающий отёк уменьшается, края язвы чёткие, окружены небольшим количеством регенеративного эпителия, начинает формироваться конвергенция складок слизистой оболочки, отторгаются некротические массы, виде красный ореол и белый круг струпьев по краю язвы.

# Стадия Н.

Стадия Н (стадия заживления - stage of healing). Н1 - белый покров струпьев по краям язвы истончается, виден рост регенеративного эпителия в дно язвы, края её чёткие. Диаметр язвы уменьшается до 0,5 - 0,75 от первоначального (в стадию А). Н2 - язвенный дефект уменьшается, регенеративный эпителий покрывает большую часть её дна, белый наружный покров струпьев значительно уменьшается.

# Стадия S.

Стадия S (стадия рубцевания). S1 - регенеративный эпителий полностью покрывает дно язвы, белого наружного покрова струпьев нет, регенеративная зона красная, в ней много капилляров (стадия красного рубца).

✓ S2 - через несколько месяцев, а то и лет, цвет рубца не отличим от окружающей слизистой (стадия белого рубца).



# Диагностика.

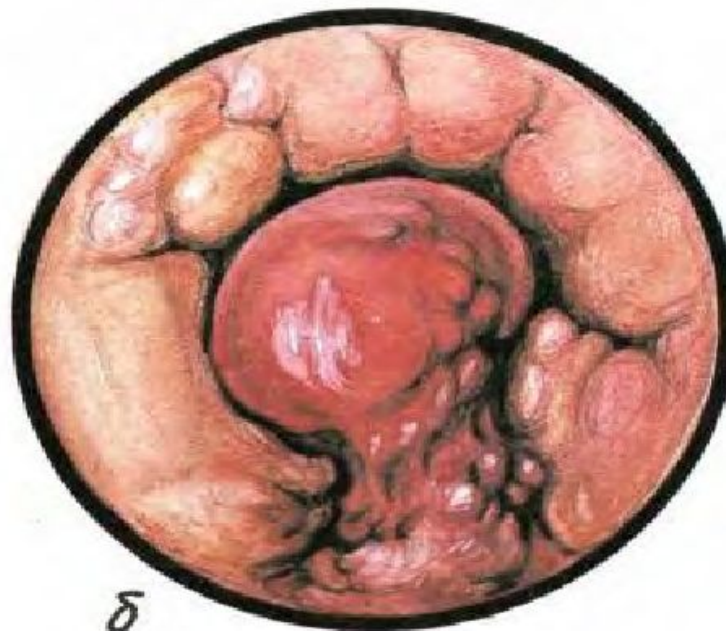
В качестве *дополнительных методов* обследования больных язвенной болезнью используют определение желудочной рН и химический анализ желудочного сока, оценку переваривающей способности желудочного сока, регистрацию электрогастрограммы, оценку перистальтической активности гастродуоденальной зоны и внутрижелудочного давления баллоно - кимографическим методом и комплексную оценку моторно-эвакуаторной функции желудка. Эти методы обследования позволяют объективно оценить и корректировать лечебными мероприятиями выявленные функциональные нарушения



Рис. 102. Рентгенограмма.  
Язва малой кривизны же-  
лудка.



*a*



*б*



*в*

Рис. 101. Данные гастроскопии при некоторых заболеваниях желудка.  
*a* — острая язва желудка; *б* — кровоточащий полип антрального отдела желудка; *в* — хроническая язва желудка.

# Осложнения.

В зависимости от фазы рецидива язвенной болезни у больного могут развиваться те или иные **осложнения**.

1. В *острую фазу* рецидива, в его наиболее активный период, могут возникать:

- кровотечение,
- перфорация
- пенетрация язвы.

# Осложнения.

2. В *подострую фазу* рецидива заболевания более чётко регистрируются:

- пенетрация
- стеноз привратника (пилоростеноз).

3. В фазу *рубцевания и эпителизации* формируются:

- пилоростеноз,
- калёзная язва
- малигнизация язвы.

## Осложнения.

Кровотечения возникают в том случае, когда в зоне образования язвенного дефекта (некроза) оказывается кровеносный сосуд. Стенка сосуда под действием пищеварительных ферментов (желудочного сока, панкреатического сока, желчи) разрушается и возникает кровотечение, которое может оказаться смертельным для больного из-за большой потери крови.

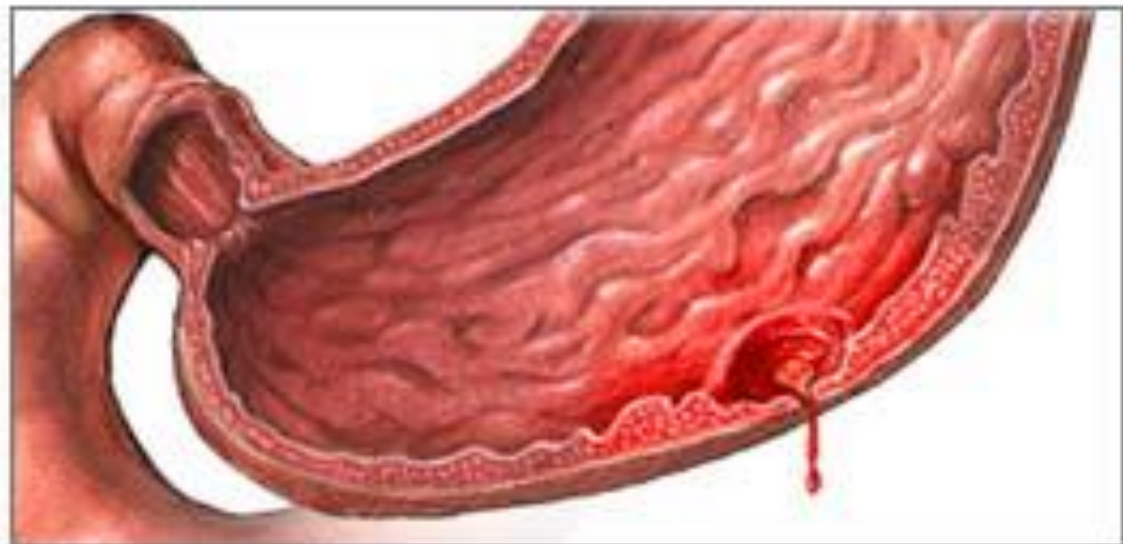


## Осложнения.

Перфорация развивается в том случае, если глубина язвенного дефекта распространяется на всю толщину желудочной стенки, в результате чего образуется отверстие в стенке желудка или 12-перстной кишки, а их содержимое изливается в брюшную полость.



Peptic ulcers  
may lead to  
bleeding or  
perforation,  
emergency  
situations





# Осложнения.

Под пенетрацией язвы понимают состояние, когда вследствие перифокального воспаления происходит спаяние стенки желудка с каким - либо соседним органом (чаще всего - с поджелудочной железой, реже - с печенью, диафрагмой, сальником, поперечноободочной кишкой и др.). Глубина язвенного дефекта под влиянием пищеварительных ферментов продолжает увеличиваться и выходит за пределы стенки желудка или 12-перстной кишки в соседний орган.

# Осложнения.

Пилоростеноз (стеноз привратника) развивается при рубцевании язвы пилорического канала. Особенно значительный стеноз развивается при рубцевании язв с высокой активностью перифокального воспаления.

# Осложнения.

Калёзной становится длительно нерубцующаяся язва с вялым перифокальным воспалением. При этом в области дна язвы и в периульцерозной ткани разрастается плотная фиброзная ткань с клеточной инфильтрацией, бедной капиллярной сетью. Дно язвы становится плотным, края её утолщаются и приобретают мозолистый вид. Процесс рубцевания прекращается, развиваются перивисцериты, возрастает угроза повторных язвенных кровотечений

# ФОРМЫ.

*Как особые формы язвенной болезни*

выделяют:

1. Язвенная болезнь с необычной локализацией высоко расположенной язвы (в кардиальном отделе желудка).
2. Язвенная болезнь с необычной локализацией низко расположенной язвы (ниже луковицы 12 перстной кишки).
3. Гигантские язвы более 3 см в диаметре.

# ФОРМЫ.

В заключение следует назвать *особые формы гастродуоденальных язв*, не относящиеся к язвенной болезни:

1. Эндокринные язвы (при тиреотоксикозе),
2. Стрессорные язвы, возникающие после тяжёлых травм, после больших операций, при недостаточность кровообращения, инфаркте миокарда и др.
3. Лекарственные (аспиринные, НПВП - обусловленные и др.) язвы.

# Лечение.

Комплексная противоязвенная терапия включает в себя диетическое питание, основанное на принципах механического, химического и термического щажения слизистой оболочки желудка, назначение лекарственных препаратов (антацидов, блокаторов протонного насоса, блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов). При обнаружении НР проводится обязательная эрадикационная антигеликобактерная терапия.

# Рак желудка.

Как часто возникает рак желудка?



## Причины возникновения рака желудка.

Причины возникновения рака желудка вообще и рака желудка в частности не известны. Установлены лишь некоторые предрасполагающие к возникновению опухоли факторы. Нитраты и нитриты являются канцерогенными метаболитами, которые при продолжительном воздействии на эпителий желудка могут потенцировать его озлокачествление. Основным источником нитратов и нитритов (89%) в пище человека являются овощи. К ним относятся капуста, в том числе цветная, морковь, салат, сельдерей, свекла и шпинат. Концентрация нитратов и нитритов в овощах очень варьирует в зависимости от способов их выращивания, условий хранения, от вида применяемых удобрений и воды для поливки



# Причины.

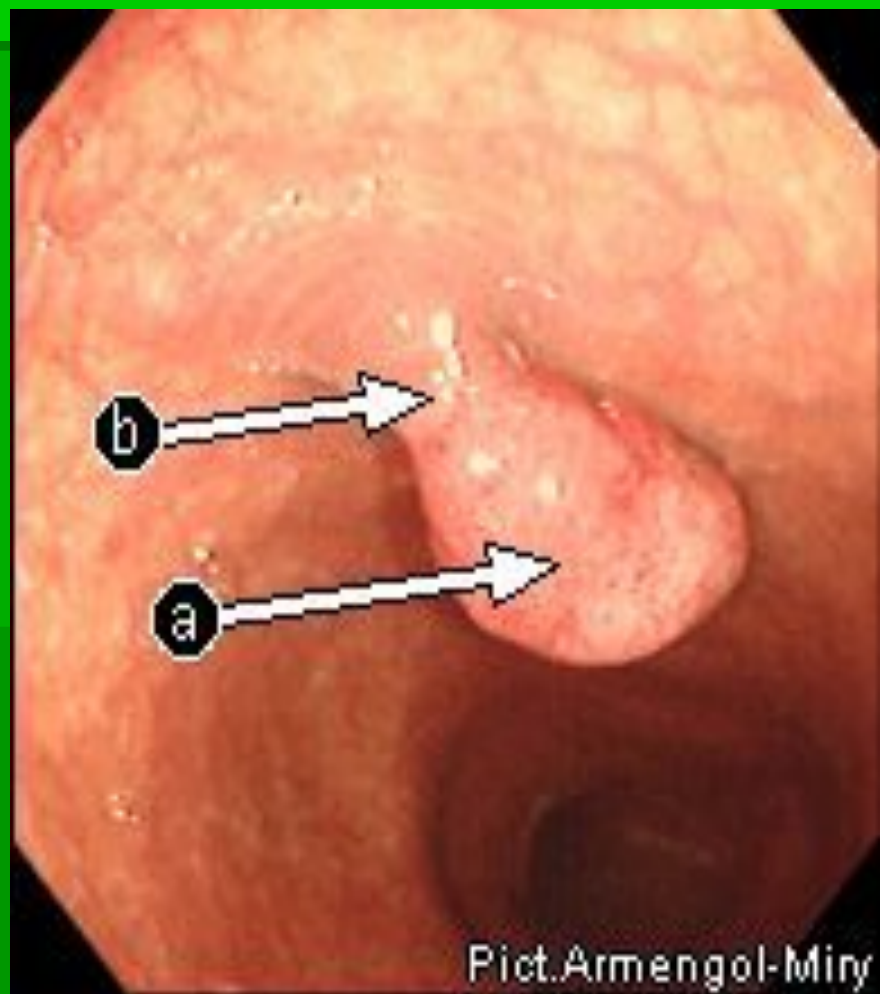
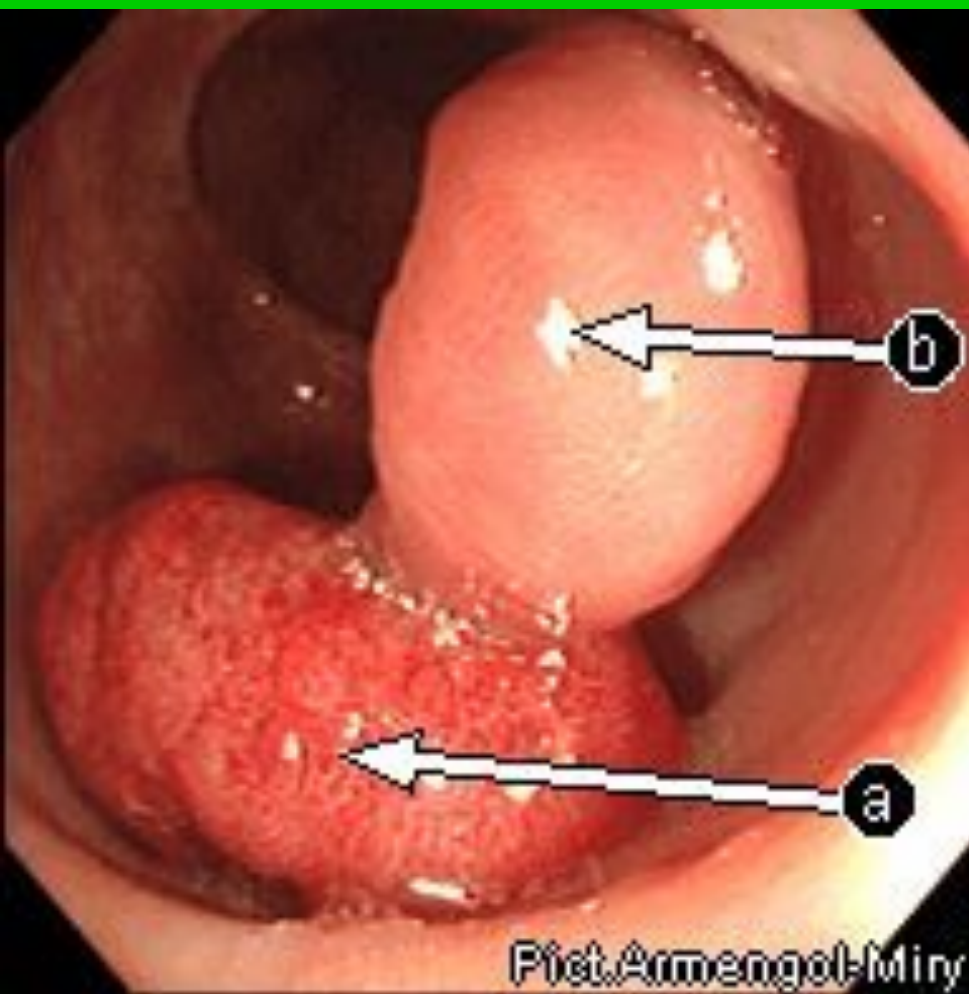
Дополнительными, но менее значительными источниками нитратов и нитритов являются вяленые и копченые продукты питания.

Существенное количество этих веществ также содержится в сырах, пиве и некоторых других алкогольных напитках, грибах, специях.

Непищевым источником поступления нитратов и нитритов в организм человека являются курение и косметика. Повсеместное снижение заболеваемости раком желудка во многих странах мира частично связывают с улучшением качества хранения пищевых продуктов, в частности с широким применением холодильников

Кроме того, благодаря использованию холодильников значительно увеличилась возможность употребления свежих фруктов и овощей и уменьшилась необходимость в копчении и вялении продуктов питания. Пиво, виски и многие другие алкогольные напитки содержат желудочные канцерогены — нитрозамины. Согласно данным некоторых исследователей, алкоголь сам по себе способен увеличивать риск возникновения рака желудка.

# Что такое предраковые заболевания желудка?



## Что такое предраковые заболевания желудка?

Предраковыми заболеваниями желудка называют состояния, которые со временем могут переходить в рак или на их фоне чаще развивается рак. К таким заболеваниям относят:

1. хроническую язву желудка,
2. полипы желудка,
3. гипертрофический гастрит Менетрие,
4. пернициозная (В12 — дефицитная) анемия,
5. хронический гастрит со сниженной кислотностью желудка.

Кроме того, риск злокачественной опухоли желудка выше у лиц, перенесших удаление части желудка из-за какой-то другой болезни.

# Как проявляется рак желудка?

К сожалению, на ранних стадиях рак желудка практически ничем не проявляется или «маскируется» другими имеющимися болезнями. Наиболее частые признаки опухоли желудка:

1. немотивированная слабость,
2. быстрая утомляемость при привычной работе,
3. похудание,
4. снижение аппетита.

# Как проявляется рак желудка?

С ростом опухоли могут появляться боли в верхних отделах живота, характеристика которых чрезвычайно переменчива. При сужении выходного отдела желудка (стеноз) появляется:

- чувство переполнения желудка после еды,
- тошнота,
- отрыжка «тухлым»,
- рвота.

- Любые сомнения в своем самочувствии должны приводить пациента к врачу, который определит план обследования.



# Как диагностируют рак желудка?

- Основным методом выявления рака желудка является фиброгастродуоденоскопия — осмотр желудка при помощи специального аппарата, позволяющего через фиброволокно осмотреть желудок изнутри, передать изображение на компьютер и взять подозрительный кусочки для изучения под микроскопом. Кроме того, можно рельеф желудка изучить при помощи рентгеновского аппарата на рентгеноскопии желудка.

# Лечение рака желудка.

Основным методом лечения рака желудка является операция. Никакие другие методы лечения не могут заменить хирургическое вмешательство. При небольшой опухоли желудка, расположенной у выхода из желудка, выполняют так называемую субтотальную резекцию, при которой удаляется примерно 4/5 желудка. Во всех других случаях желудок удаляется полностью, а пищевод сшивается с тонкой кишкой. Кроме самого желудка хирург удаляет и все зоны, где расположены лимфатические узлы, в которых могут быть метастазы опухоли. Результаты лечения рака желудка тем лучше, чем в более ранней стадии эта опухоль выявлена.

# Химио- и лучевая терапия рака желудка.

Лучевое лечение рака желудка не проводится. Химиотерапия может быть применена в тех случаях, когда удалить опухоль не удалось. В таких ситуациях она позволяет уменьшить или полностью ликвидировать тягостные проявления заболевания. К сожалению, эти эффекты кратковременны, и достичь значительного продления жизни не удастся. Иногда химиотерапия применяется после операции у больных, когда опухоль удалена, но есть не удаленные метастазы опухоли или риск появления этих метастазов высок. По некоторым данным, в таких ситуациях химиотерапия улучшает результаты лечения.