

Доктор медицинских наук Ермакова Маргарита Александровна

**Гастриты**  
**Язвенная болезнь 12 перстной**  
**кишки**

# Понятие гастрита

- **Гастрит – поражение слизистой оболочки желудка с преимущественно воспалительными изменениями при остром развитии процесса с прогрессирующей атрофией слизистой при хроническом течении**

# Гастрит, понятие, этиология

- Гастрит (gastritis) - заболевание, характеризующееся воспалением желудка (син. катарр желудка). Это наиболее частое заболевание желудка.
- **Острый гастрит** (gastritis acuta) может быть простым (катаральным), коррозивным и флегмонозным.
- Гастрит является полиэтиологическим заболеванием. В настоящее время этиологически выделяют 3 типа гастрита - А, В, С.
- Гастрит А, или аутоиммунный, - довольно редко встречающееся заболевание.
- Гастрит В, или инфекционный, - наиболее часто встречающаяся форма заболевания. В настоящее время наиболее частой причиной этого заболевания считают инфекцию *Helicobacter pylori*.
- Гастрит С, или рефлюкс-гастрит, - нередко встречающееся заболевание, заболевание связанное с нарушением перистальтики двенадцатиперстной кишки и тонуса пилорического сфинктера желудка, при котором происходит заброс содержимого двенадцатиперстной кишки, содержащего желчь, в желудок.
- Клинически и патологоанатомически выделяют гастрит острый и гастрит хронический.

# Классификация гастритов

- **Острый:**
  - – катаральный;
  - – эрозивный;
  - – флегмонозный
- **Хронический:**
  - – тип А;
  - – тип В;
  - – тип С
- **Секреторная функция:**
  - – нормальная;
  - – повышенная;
  - – пониженная
- **Диагностика:**
  - – ЭГДС;
  - – биопсия слизистой (для выявления *Helicobacter pylori*);
  - – рН-метрия;
  - – исследование уровня гастрина

# Острый гастрит

- *Симптомами* острого гастрита служат главным образом диспептические явления: потеря аппетита, тошнота, отрыжка, рвота, сначала съеденной пищей, а затем и с примесью желчи. Больные жалуются на режущие боли, чувство давления или жжения в эпигастральной области. Во рту может появляться дурной привкус.
- *При осмотре* язык густо обложен серым налётом. Отмечается запах изо рта (foetor ex ore). При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. В последующем могут присоединяться явления кишечной диспепсии: метеоризм, понос.
- *Общее состояние* больных меняется по-разному. У одних больных состояние остаётся удовлетворительным, и они сохраняют трудоспособность, у других может повышаться температура тела, появляться слабость.

# Клинические проявления острого гастрита

- **Болевой синдром** – в эпигастральной области, умеренной активности
- **Диспептический синдром**
  1. Отрыжка: – кислым (при нормальной и повышенной секреции);  
– тухлым (при пониженной секреции)
  2. Тошнота, рвота
  3. Снижение аппетита
  4. Метеоризм
  5. Урчание
  6. Неустойчивый стул: – склонность к запорам (при нормальной и повышенной секреции); – склонность к поносам (при пониженной секреции)
  7. Демпинг-синдром (при пониженной секреции) – после еды:  
– слабость; потливость; головокружение; сердцебиение
- **Желудочно-кишечные кровотечения**
  - (при эрозивном гастрите)
    1. Рвота «кофейной гущей
    2. Мелена

# Эндоскопическая картина острого гастрита

- *При эндоскопическом обследовании выявляется воспаление слизистой оболочки желудка различной степени выраженности. Складки слизистой утолщены. Наряду с катаральными явлениями на слизистой пилорического отдела могут обнаруживаться эрозии от единичных до множественных. При электрогастрографии выявляют усиление желудочной перистальтики. Рентгенологически выявляется утолщение складов слизистой оболочки желудка и ускорение его опорожнения. Секреторная функция желудка может быть любой - сниженной, сохранённой или повышенной.*

# Острый гастрит

- ***Коррозивным гастритом*** называют поражение желудка едкими веществами - едким натром, уксусной кислотой, сулемой и т.д., вызывающими химические ожоги стенок желудка (обычно и пищевода).
- ***Флегмонозным гастритом*** называют гнойное воспаление желудка, вызываемое чаще стрептококком. Оно бывает обычно в виде отдельных абсцессов, встречается крайне редко и относится к хирургической патологии, поскольку лечение такого гастрита оперативное. Внезапное начало. У больного появляются резкие боли в эпигастрии, особенно сразу после глотания, икота, рвота, иногда с гнойными массами. Температура тела поднимается до гектических цифр. При осмотре живот вздут, резко болезнен при пальпации в эпигастральной области. Пульс малый и частый. В анализах крови лейкоцитоз и ускорение СОЭ.

# Хронический гастрит

- *Симптомами* хронического гастрита являются, прежде всего, диспептические явления, проявляющиеся волнообразно. Больных беспокоят отрыжка (пустая или тухлая), изжога, тошнота, чаще после еды, рвота, особенно после погрешности в диете (после употребления консервированных, острых, жирных, грубых продуктов). Часто больных беспокоят боли различного характера и тяжесть в эпигастральной области. Отмечаются нарушения частоты стула и характера кала. При склонности к гиперацидному состоянию у больных чаще отмечаются запоры, а при снижении желудочной секреции - склонность к послаблениям стула. Аппетит изменчив. У больных склонных к гиперацидозу чаще выявляется повышение аппетита, а при анацидном состоянии аппетит может вообще отсутствовать.
- *При осмотре* язык у больных хроническим гастритом чаще обложен белым или серым налётом, хотя может иметь и обычный вид. При осмотре во время обострения заболевания живот нередко вздут. пальпаторно определяется болезненность в эпигастральной области.

# Эндоскопическая картина хронического гастрита

- *Эндоскопически* у больных гастритом А выявляется атрофия слизистой с бледностью и истончением её. При гастрите В воспаление распространяется на пилорический отдел желудка. Складки слизистой его утолщены, на вершинах складок обычно гиперемия, возможно - эрозии. В полости желудка натошак содержатся жидкость (желудочный секрет) и слизь. При гастрите С воспаление и атрофия слизистой располагаются преимущественно в нижних отделах желудка. Во время исследования виден заброс дуоденального содержимого в желудок.

# Хронический гастрит

- *Рентгенологическая картина* при хроническом гастрите обычно сопоставима с эндоскопическими данными.
  - *При исследовании желудочной секреции* могут выявляться различные данные. Гастрит А протекает с гипоацидозом вплоть до ахилии, а для гастрита В характерно гиперацидное состояние.
  - При исследовании желудочного содержимого тонким зондом нередко обнаруживается примесь большого количества слизи.
  - *Бактериологическое исследование* содержимого желудка может выявлять около двух десятков различных микроорганизмов: *Helicobacter pylori*, лактобациллы, энтеробактерии, дрожжеподобные грибки, стафилококки, сарцины, актиномицеты, стрептококки, клебсиеллы, грибы рода *Candida* и другие микроорганизмы.
  - *Электрогастрография* у больных с гиперацидозом обычно выявляется снижение перистальтической активности, лишь во время приступа боли регистрируются высокоамплитурные, обычно неправильные волны. При снижении желудочной секреции обычно выявляется ускорение перистальтической активности желудка.
- Течение** хронического гастрита сильно варьирует от латентного текущих форм неопределённой продолжительности до прогрессирующего течения заболевания.

- **Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – образование пептических язв в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки**

# Этиология язвенной болезни 12 перстной кишки

- Сосудистые теории (нарушения регионального кровотока и нарушения баланса свёртывающей и противосвёртывающей систем гемостаза), инфекционная теория (в генезе ЯБ выделяют в 65% случаев лактобациллы и энтеробактерии, в 35% случаев - дрожжеподобные грибки, и почти в 20% случаев стафилококки, сарцины, актиномицеты, стрептококки, клебсиеллы, грибы рода *Candida* и другие микроорганизмы с которыми и связывали развитие заболевания. Большая роль в развитии ЯБ отводится вирусам, особенно вирусу простого герпеса), травматическая теория, воспалительная теория, теория моторных нарушений, теория недостаточности защитных факторов, нейрогенные теории (нервно - рефлекторная и кортико-висцеральная), психосоматическая и стрессовая теории, гормональная теория, наследственная теория, аллергическая теория.

# Язвенная болезнь 12 перстной КИШКИ

- **Причины**
- *Нарушение баланса между факторами агрессии и защиты*
- *Факторы защиты:*
  - – слизисто-бикарбонатный барьер;
  - – простагландины;
  - – регенеративная функция клеток;
  - – наличие разветвленной сосудистой сети
- *Факторы агрессии:*
  - – *Helicobacter pylori*;
  - – желчные кислоты;
  - – НПВС;
  - – алкоголь
- **Клинические проявления**
- *Болевой синдром:*
  - – локализация – в эпигастральной области
  - – иррадиация – в спину, позвоночник
  - – связь с приемом пищи: ранние боли при язве желудка (через 30–40 мин) и поздние боли при язве двенадцатиперстной кишки (через 1,5–3 ч)
  - – купируется приемом антацидов
- *Диспепсический синдром:*
  - – отрыжка;
  - – изжога;
  - – тошнота;
  - – рвота кислым, приносящая облегчение

# Язвенная болезнь 12 перстной КИШКИ

- *Большое значение для развития и обострения язвенной болезни имеют:*

- – гиперсекреция гастрина;
- – наследственная предрасположенность;
- – стрессы;
- – несбалансированное питание;
- – курение

- **Инструментальные методы исследования:**

- – ЭГДС с биопсией и рН-метрией;
- – исследование секреторной функции желудка;
- – рентгенологическое исследование с контрастированием барием (выявление симптома «ниши»)

## Осложнения

1. Перфорация – появление выраженной «кинжальной» боли в животе с последующим развитием острого перитонита
2. Кровотечение:
  - малосимптомное течение (диагностируется при исследовании кала на скрытую кровь);
  - рвота «кофейной гущей»;
  - мелена (черный жидкий зловонный стул)
3. Стеноз привратника:
  - упорная рвота пищей съеденной накануне, гнилостного запаха;
  - шум «плеска»
4. Пенетрация
5. Малигнизация

# Клиника язвенной болезни 12 перстной кишки

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

# Клиника язвенной болезни 12 перстной кишки

- Типичным для больных язвенной болезнью является наличие *болевого синдрома*. Боли встречаются у 79 - 90% всех больных с обострением заболевания.
- Для язв 12-перстной кишки характерны поздние (через 2,5 - 3 часа после еды), «голодные» (через 6 - 7 часов после еды) или ночные боли. При локализации язвы в 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 12 перстной кишки

- У больных с язвой в области луковицы 12-перстной кишки боль иррадирует обычно в поясничную область, под правую лопатку, в межлопаточное пространство.
- *Периоды* возникновения боли совпадают с периодами обострения заболевания. Они продолжаются от 3 - 4 до 7 - 8 недель, а иногда и более. Периодичность более характерна для язв 12-перстной кишки, чем для язв желудка.
- *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.
- Во время приступа боль носит нарастающий характер, заставляя больного принимать вынужденное положение, прибегать к иным средствам облегчения боли. Затем боль постепенно стихает.
- 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.

# Объективные признаки язвенной болезни 12 перстной кишки

- При *ориентировочной поверхностной пальпации* живота часто определяется локальная болезненность (справа при дуоденальной язве). При сочетанных язвах желудка и 12-перстной кишки зона пальпаторной болезненности может быть довольно обширной.
- Болезненность живота при пальпации часто сочетается с повышенной резистентностью мышц передней брюшной стенки в области верхней трети правой прямой мышцы. Эти симптомы появляются обычно при пенетрирующих язвах с перивисцеритом.
- В зависимости от локализации язв *пальпаторно* выявляется болезненность в пилородуоденальной зоне.
- 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. Справа от срединной линии - при дуоденальных язвах.

# Диагностика язвенной болезни<sup>12</sup> перстной кишки

- Диагностика язвенной болезни базируется, прежде всего, на *данных эндоскопического исследования*. Следует сразу отметить, что в настоящее время при диагностике язвенной болезни не целесообразно отдавать предпочтения 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. Достоверность эндоскопической диагностики язвенной болезни составляет 97% вероятности против 70% достоверности рентгенологическим методом.

# Стадии рубцевания язвы болезни12

## перстной кишки:

- Стадия А (стадия активная - stage active).  $A_1$  - слизистая оболочка вокруг язвы отёчна, регенеративная эпителизация не видна.  $A_2$  - 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 заживления - stage of healing).  $H_1$  - 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).  $H_2$  - язвенный дефект уменьшается, регенеративный эпителий покрывает большую часть её дна, белый наружный покров струпьев значительно уменьшается.
- Стадия S (стадия рубцевания).  $S_1$  - регенеративный эпителий полностью покрывает дно язвы, белого наружного покрова струпьев нет, регенеративная зона красная, в ней много капилляров (стадия красного рубца).
- $S_2$  - через несколько месяцев, а то и лет, цвет рубца не отличим от окружающей слизистой (стадия белого рубца).

# Осложнения язвы болезни 12 перстной кишки

- *острую фазу* рецидива, в его наиболее активный период, могут возникать кровотечение, перфорация и пенетрация язвы.
- В фазу *рубцевания и эпителизации* формируются калёзная язва и малигнизация язвы.
- 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.
- Перфорация развивается в том случае, если глубина язвенного дефекта распространяется на всю стенки, в результате чего образуется отверстие в стенке 12-перстной кишки, а их содержимое изливается в брюшную полость.
- Под пенетрацией язвы понимают состояние, когда вследствие перифокального воспаления происходит спаяние стенки 12 перстной кишки с каким - либо соседним органом . Глубина язвенного дефекта под влиянием пищеварительных ферментов продолжает увеличиваться и выходит за пределы стенки 12-перстной кишки в соседний орган.

# Особые формы язвенной болезни 12 перстной кишки

- Язвенная болезнь с необычной локализацией высоко расположенной язвы (в кардианальном отделе желудка).
- Язвенная болезнь с необычной локализацией низко расположенной язвы (ниже луковицы 12 перстной кишки).
- Гигантские язвы более 3 см в диаметре.
- Эндокринные язвы (при тиреотоксикозе),
- Стрессорные язвы, возникающие после тяжёлых травм, после больших операций, при недостаточность кровообращения, инфаркте миокарда и др.
- Лекарственные (аспириновые и др.) язвы.
-

# Особенности сбора анамнеза у гастроэнтерологических больных.

- Начало заболевания: острое или постепенное.
- Характер течения болезни - монотонное, постепенное или рецидивирующее течение.
- Причина обострения заболевания. Это могут быть нарушения ритма питания, рекомендованной диеты. Важно выявить связь обострения с характером питания, качеством и количеством пищи, с нервно-психическими факторами.
- Выяснить, в какие лечебные учреждения больной обращался и когда до момента настоящего осмотра. Какие методики диагностического обследования, проводились больному, и каковы результаты этих исследований. Необходимо выяснить эффективность применявшихся ранее терапевтических мероприятий.
- Сбор диетологического анамнеза. При этом выясняют, какой характер пищи, обычно употребляемой больным, рацион больного, отличается разнообразием или питание его одностороннее.

# ПОРЯДОК ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

- Осмотр живота вертикальном и горизонтальном положении.
- Поверхностная или ориентировочная пальпация живота.
- Выявление зон кожной гиперестезии Захарьина-Геда.
- Перкуссия живота (поиск свободной жидкости в брюшной полости).
- Аускультация живота.
- Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация живота по Образцову - Стражеско.
- Определение болевых точек и болевых симптомов.

• СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ