

*ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА  
и ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ*

*Выполнила: студентка 6 курса  
616 гр. МПФ  
Ковалева Я.О.*

- \* Язвенная болезнь (ЯБ) - хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).

\* В МКБ-10 рассматривается: K.25 - язва желудка (язвенная болезнь желудка), включая пептическую язву пилорического и других отделов желудка; K26 - язва двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки), включая пептическую язву всех отделов двенадцатиперстной кишки; K28 - гастроеюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с исключением первичной язвы тонкой кишки. При обострении ЯБ обычно обнаруживается рецидивирующая язва, хронический активный гастрит, чаще - активный гастродуоденит, ассоциированные с пилорическим хеликобактериозом.

# Классификация

Общая характеристика болезней:

## I. Язвенная болезнь желудка

- а) поражение кордиальной части желудка;
- б) малой кривизны;
- в) пилорического отдела желудка.

## II. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

- а) язва луковицы;
- б) язва постлуковичного отдела;
- в) язва неуточнённой локализации.

# Клинические формы:

1. Острая или впервые выявленная.
2. Хроническая

Течение:

1. Латентное.
2. Редко рецидивирующее (1 раз в 4 – 5 лет).
3. Умеренно рецидивирующее (1 раз в 2 – 3 года).
4. Часто рецидивирующее (1 раз в год и чаще).

# Фазы обострения язвенных болезней

1. Обострённая. 2. Неполная ремиссия. 3. Ремиссия.

\* Виды язв:

1. Острые. 2. Рубцующиеся. 3. Не рубцующиеся.

4. Хронические.

\* По уровню желудочной секреции:

1. Повышенная. 2. Нормальная.

3. Пониженная

**Это заболевание встречается  
у людей любого возраста,  
но чаще у 30-40 летних**

\* В возникновении заболевания важную роль играют: эндогенные и экзогенные факторы ульцерогенеза (ulcus – язва).

\* **Экзогенные факторы ульцерогенеза:**

- нарушения питания;
- вредные привычки (курение, алкоголь);
- нервно-психические перенапряжения;
- профессиональные факторы и образ жизни;
- лекарственные воздействия.

## **\* Эндогенные факторы:**

- генетическая предрасположенность
- возраст и пол;
- Нарушения гастродуоденальной моторики
- хронический гастрит типа В и метаплазия желудочного эпителия в ДПК
- *Helicobacter pylori*;
- гиперпродукция соляной кислоты и пепсина.



# Клиника

- \* При ЯБДП преобладающий симптом - боли в эпигастрии: поздние (через 1,5-3 ч), голодные (натошак) и ночные; купируются приемом пищи. На высоте боли возможна рвота, приносящая облегчение. При язве желудка - боли в эпигастрии (при язвах кардиальной области и задней стенки - сразу после приема пищи, локализуются за грудиной, иррадируют в левое плечо; при язвах малой кривизны - через 15-60 мин после еды).
- \* Для ЯБ характерны диспепсические жалобы (отрыжка, изжога, вздутие живота), запоры, астеновегетативный синдром.

# Диагностика

При физикальном обследовании выявляют :

- ❖ синдром вегетативной дисфункции (повышенную потливость, красный и белый дермографизм, расстройства сна, повышенная раздражительность)
- ❖ локальную болезненность и напряжение мышц в надчревной области и пилородуоденальной зону
- ❖ усиленную перистальтику желудка и спастическое состояние толстой кишки.

- \* **Верифицирует язву эндоскопически** - проведение гастрофибродуоденоскопии.
- \* Каждая эндоскопия должна сопровождаться проведением биопсии для **решения 3-х задач:**
  - ✓ проведение CLO-теста с целью экспресс-диагностики хеликобактерной инфекции,
  - ✓ забор биопсийного материала для последующего посева на селективные среды, получения культуры Н.Р. и определения ее чувствительности к различным антибактериальным препаратам,
  - ✓ проведение гистологического исследования биопсийного материала для исключения редких причин дуоденальной язвы и уточнения степени выраженности хронического гастрита

- \* **CLO-тест** – быстрый уреазный тест, при котором биоптат помещают в агар, содержащий мочевины и индикатор pH. Образовавшийся вследствие уреазной активности аммиак вызывает сдвиг pH среды в щелочную сторону, что обуславливает изменение окраски.
- \* Тест прост и может проводиться в эндоскопическом кабинете

- \* Возможен **серологический метод** (определение антител кл. IgA и IgG против антигенов Н.Р.), однако, тест не годится для диагностики реинфекции

## **Дыхательный тест с мочевиной.**

В настоящее время наиболее чувствительный и легко выполним. Метод основан на том, что после перорального приема р-ра мочевины, меченой  $^{13}\text{C}$  или  $^{14}\text{C}$ , уреазы Н.Р. метаболизирует меченую мочевины и высвобождает меченый углекислый газ, который определяется в выдыхаемом воздухе в течение 10-30 мин. В отличие от серологических реакций тест положителен при текущей инфекции Н.Р. .

- \* Во время эндоскопии можно провести и рН-метрию для уточнения характера секреции кислоты и наличия сопутствующей рефлюксной болезни.
- \* Секреторная функция желудка выявляется повышенной, причем как в период базальной, так и стимулированной секреции.

\* **Рентгенологически** – находят «нишу» с конвергенцией складок при язве желудка, деформацию луковицы 12-перстной кишки, спазма привратника, дискинезию луковицы, повышение тонуса и перистальтики 12-перстной кишки, зубчатость контуров слизистой оболочки луковицы и гиперсекрецию желудка



# Дифференциальный диагноз:

Следует проводить с хроническим холециститом и абдоминальной формой инфаркта миокарда, а также симптоматическими язвами.

Острый холецистит начинается внезапно после обильной еды (жирной, жареной пищи, алкоголя) или «без видимых причин». Характеризуется быстро нарастающей болью в правом подреберье, реже — болью в мезогастрии, в левом подреберье, затем появляется горечь, сухость во рту, рвота с примесью желчи в рвотных массах, не приносящая облегчения.


При осмотре больные беспокойны, язык у них сухой, обложен серым налетом, пальпаторно выявляется локальная болезненность и напряжение мышц живота в зоне расположения желчного пузыря. Пузырные симптомы положительны. В периферической крови отмечаются воспалительные изменения (увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево). Показано УЗИ желчного пузыря.

При инфаркте миокарда боль возникает внезапно после физического или эмоционального перенапряжения, ночью. Она локализуется в правом подреберье, в эпигастрии, распространяется за грудину, иррадирует в левую руку, лопатку, сопровождается ощущением жжения у мечевидного отростка, тахикардией, тошнотой рвотой. Кожные покровы бледные, иногда отмечается акроцианоз. Ослабление сердечных тонов, тахикардию и нарушение ритма. Решающее значение для диагностики имеют результаты ЭКГ.

Дифференцировать ЯБ следует с симптоматическими язвами, синдромом Маллори-Вейса, синдромом Золлингера-Эллисона.

*Острые изъязвления слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки* включают стрессовые, аспирин-индуцированные, глюкокортикоидиндуцированные, гепарином, нестероидными противовоспалительными средствами.

Могут возникать при остром коронарном синдроме, циррозе печени, ХПН, заболеваниях щитовидной железы, при злоупотреблении алкоголя и других токсикантов.



Локализуются чаще в области дна и тела желудка. У больных отмечаются боль в надчревной области, изжога, тошнота, отрыжка, сухость во рту, общую слабость, тахикардию. Д-ка ФГДС, Лечение – отмена ульцерогенных препаратов, назначение Н2гистаминовых блокаторов или блокаторов протонной помпы, сукральфата.

## Синдром Маллори-Вейсса

Трещины - разрывы слизистой кардиального отдела желудка, непосредственной причиной их являются многократная рвота. Спазмы нижнего пищеводного сфинктера. Трещины-разрывы локализируются по продольной оси желудка, изредка захватывают подслизистый и мышечный слои. Клиника - кровавая рвота.

Лечение – остановка кровотечения, назначение ингибиторов протонной помпы.

**Синдром Золлингера-Эллисона** – характеризуется упорно рецидивирующими, часто множественными язвами двенадцатиперстной кишки, желудочной гиперсекрецией и гипергастринемией вследствие опухоли G- клеток поджелудочной железы. Больных беспокоят интенсивные боли в эпигастральной области в сочетании с диареей, обусловленной инактивацией пищеварительных ферментов избытком соляной кислоты, и склонностью к кровотечению. Лечение – ингибиторы протонной помпы.

# Осложнения язвенных болезней:

1. Кровотечение.
2. Перфорация.
3. Пенетрация (прорастание).
4. Малигнизация.
5. Стенозирование.
6. Реактивный гепатит.
7. Реактивный панкреатит.



# ЛЕЧЕНИЕ

## \* Основные цели терапии при ЯБ:

- Быстрое купирование боли и диспепсических явлений
- Ускорение заживления язвы
- Предупреждение осложнений и рецидивирования язвы
- стремление к полному излечению язвы

## Лечебное питание

- \* Диету № 1а и 1б назначают в фазе обострения на 2-3 дня, после чего переводят на диету № 1, которая стимулирует процессы репарации слизистой оболочки, предупреждает развитие запора, восстанавливает аппетит.
- \* Цель – механическое, термическое и химическое щажение слизистой. Еда дается в вареном, но не протертом виде 5-6 раз в день. В рацион включают белый черствый хлеб, супы из круп, овощей, хорошо разваренные каши, картофельное пюре, птичье мясо.
- \* Существует мнение, что назначение столов 1, 1а и 1б подходит только лицам с осложненной язвой

# Семидневные схемы:

- \* 1. Омепразол (зероцид, омез и др. аналоги) - 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч) + кларитромицин (клацид) - 250 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) - 500 мг 2 раза в день в конце еды.
- \* 2. Омепразол (зероцид, омез и др. аналоги) - 20 мг 2 раза в день (утром и вечером не позже 20 часов, с обязательным интервалом в 12 ч) + амоксициллин (флемоксин солутаб, хиконцил и др. аналоги) - 1 г 2 раза в день в конце еды + метронидазол (трихопол и др. аналоги) - 500 мг 2 раза в день в конце еды.


- \* 3. Пилорид (ранитидин, висмут цитрат) - 400 мг 2 раза в день в конце еды + кларитромицин (клацид) - 250 мг или тетрациклин 500 мг, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день + метронидазол (трихопол и др. аналоги) - 400-500 мг 2 раза в день с едой.
- \* 4. Омепразол (зероцид, омез и др. аналоги) - 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч) + коллоидный субцитрат висмута (вент-рисол, де-нол и др. аналоги) - 120 мг 3 раза за 30 мин до еды и 4-й раз спустя 2 ч после еды перед сном + метронидазол 250 мг 4 раза в день после еды или тинидазол 500 мг 2 раза в день после еды + тетрациклин или амоксициллин по 500 мг 4 раза в день после еды. Частота эрадикации при данных схемах достигает 95%.

# Десятидневные схемы:


Ранитидин (зантак и др. аналоги) - 300 мг 2 раза в день или фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид) - 40 мг 2 раза в день утром и вечером (не позже 20 ч) с обязательным интервалом в 12 ч + "Гастростат" (в состав гастростата входят: калиевая соль двузамещенного цитрата висмута - 108 мг в таблетках + тетрациклина гидрохлорид 250 мг в таблетках + метронидазол 200 мг в таблетках) - 5 раз в день после еды. Частота эрадикации достигает 85-90%.

Предложен комбинированный препарат для эрадикации - пилобакт, включающий омепразол, кларитромицин и тинидазол. Продолжительность стационарного лечения больных: при язве желудка и гастродуоденальной язве - 20-30 дней, при язве двенадцатиперстной кишки- 10 дней.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжить лечение еще в течение 5 нед при дуоденальной и 7 нед при желудочной локализации язв с использованием одного из следующих препаратов: ранитидин (зантак и др. аналоги) - 300 мг в 19-20 ч; фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид и др. аналоги)-40мг в 19-20 ч.



Для профилактики обострений язвенной болезни желудка и особенно язвенной болезни 12-перстной кишки, а, следовательно, и их осложнений, рекомендуются два вида терапии: 1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, принимать ежедневно вечером по 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (гастросидин, квамател, ульфамид).




Прогноз относительно благоприятный, за исключением тех случаев, когда возникают осложнения. Трудоспособность сохранена, однако не показаны все виды работ, связанные с нерегулярным питанием, большими эмоциональными и физическими перегрузками.



# ПРОФИЛАКТИКА:

1. Антисекреторные препараты в половинной дозе, т. е., например, Фимотицин, Ренитицин, Омез 1 раз в день + антициды, также 1 раз в день.
2. Ежегодно ФГДС.
3. По показаниям: рентгенологическое исследование желудка.
4. Санация хронических очагов инфекции.
5. Вне обострения: санаторно-курортное лечение (Боржоми, Ессентуки).
6. Исключение удьцерогенных факторов (алкоголь, курение, приём определённых лекарственных препаратов).



Соблюдение гигиенических норм труда, быта и питания, воздержание от курения и употребления алкоголя. Профилактическому лечению подлежат больные ЯБ, находящиеся под диспансерным наблюдением, с отсутствием полной ремиссии (назначается один из антисекреторных препаратов).

# Список литературы:

- \* Заболевания внутренних органов в амбулаторной практике, под редакцией проф. В.Г. Радченко. 2011г.
- \* Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М., 2006г.
- \* Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения.
- \* Лекционный материал
- \* Рысс Е. С. Антибиотики в гастроэнтерологии // Материалы научно-практической конференции «Практика современной антибактериальной терапии внебольничных и госпитальных инфекций». — 2000г.