

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ
АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки: диагностика и лечение

Выполнила: Аташова Г.Т

Проверила: Бегимбетова Р.С

Алматы 2017

Определение

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки - это хроническое, рецидивирующее циклическое заболевание, характерным признаком которого является образование язвы в гастродуоденальной зоне в период обострения.

Этиология

- **Helicobacter pylori (НР)** 70–80% дуоденальных язв и 50–60% ЯЖ.
- Прием НПВП.
- **Редкие причины** образования гастродуоденальных язв -1% (синдром Золлингера-Элисона, гиперпаратиреоз, болезнь Крона и др.)

Классификация ЯБ

По МКБ-10 выделяют:

- Язва желудка
- Язва 12-п кишки
- Гастроэюнальная язва

По этиологии:

- Нр-ассоциированная ЯБ
- Нр-негативная ЯБ
- Стероссовые язвы (при ожогах, ИМ, полостных операциях)
- Лекарственные язвы
- Эндокринные язвы (синдром Золингера-Элисона, гиперпаратиреоз)
- Гастродуоденальные язвы при заболеваниях ПЖ, почек, сосудов, сердца

По локализации:

- **1. Язва желудка**

- кардиального отдела

- субкардиального отдела

- тела и угла желудка

- антрального отдела

- пилорического отдела

- **2. Язва 12-п кишки:**

- Лукоцивы

- -постбульбарного отдела

- Сочетание язвы желудка и 12-п кишки

По проекции поражения желудка и 12-п кишки:

- **Малая кривизна**
- **Большая кривизна**
- **Передняя стенка**
- **Задняя стенка**

По числу язвенных поражений:

- **Одиночные**
- **Множественные**

По размеру язвенного дефекта:

- **Малых размеров до 0,5 см в диаметре**
- **Средних размеров 0,6-1,9 см в диаметре**
- **Больших размеров 2-3 см в диаметре**
- **Гигантские язвы свыше 3,0 см в диаметре**

По клинической форме заболевания:

- **Типичная**
 - **Атипичная**
- А) с атипичным болевым синдромом**
- Б) безболевая**
- В) бессимптомная**

По характеру течения:

- **Впервые выявленная**
- **Острое**
- **Хроническое**

По стадии течения:

- **Обострение**
- **Рубцевание (стадия красного или белого рубца)**
- **Ремиссия**

По наличию или отсутствию рубцовых деформаций:

- Рубцово-язвенная деформация желудка
- Рубцово-язвенная деформация луковицы 12-п кишки

По наличию или отсутствию осложнений:

- Неосложненная
- Осложненная:
 1. Кровотечение
 2. Прободение
 3. Пенетрация
 4. Рубцово-язвенный стеноз привратника
 5. Малигнизация
 6. Перигастрит, перидуоденит

Клиника язвы желудка

Болевой синдром – зависит от локализации язвы:

- Язва субкардиального отдела: боли локализуются за грудиной и могут иррадиировать в левое плечо, левую руку, пища- ранние боли (15-30 минут после приема пищи – рвота – облегчение
- Язва средней и нижней трети желудка: боль локализуется в подложечной области, пища-облегчение (30-60 минут до полной эвакуации пищи) – облегчение
- Язва пилорического отдела: боли локализуются в подложечной области справа от средней линии на 5-7 см выше пупка, иррадиируют в правое подреберье, в спину, голодные боли –прием пищи-облегчение (1,0-1,5 ч до полной эвакуации пищи) – поздние боли.

Клиника язвы желудка

- Диспепсические симптомы:
- изжога, отрыжка кислым, воздухом,
- тошнота, рвота, не приносящая облегчение, иногда рвота в виде "кофейной гущи"),
- срыгивание, саливация,
- снижение аппетита,
- похудание,
- цитофобия

Клиника язвы 12-перстной кишки

Болевой синдром: боли локализуются в подложечной области справа от средней линии на 5-7 см выше пупка, иррадиируют в правое подреберье, в спину,

Ритмичность: облегчение (1,0-1,5 ч до полной эвакуации пищи) – поздние боли, ночные голодные боли-прием пищи - облегчение.

- **Диспепсические симптомы** (изжога, отрыжка кислым, металлический вкус во рту, аппетит повышен, тошнота, рвота на высоте болей, приносящая облегчение, иногда рвота в виде "кофейной гущи", склонность к запорам, "дегтеобразный" стул).

Клиника язвы 12-перстной кишки

- **Диспепсические симптомы**
- Постоянная изжога, отрыжка кислым,
- Тошнота, рвота на высоте болей, приносящая облегчение, иногда рвота в виде "кофейной гущи",
- Аппетит сохранен или повышен
- Астено-вегетативные проявления: повышенная утомляемость, потливость, раздражительность, нарушение сна
- Наклонность к запорам, "дегтеобразный" стул).

Объективно

- **Общее состояние не изменено**
- **Определяются признаки вегетативной дисфункции: повышенная потливость, красный дермографизм**
- **При поверхностной пальпации – резистентность или напряжение, при глубокой – локальная болезненность**
- **Симптом Менделя: боль, возникающая при легком покалывании кончиками пальцев по передней брюшной стенке (признак раздражения брюшины)**
- **Симптом Опенховского (точки): болезненность при надавливании на область остистых отростков VIII- IX грудных позвончков**

Диагностика

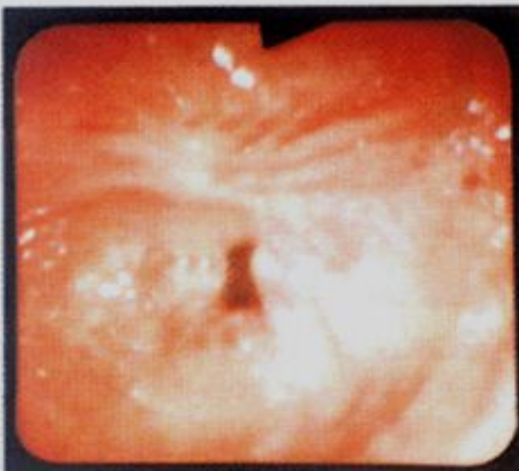
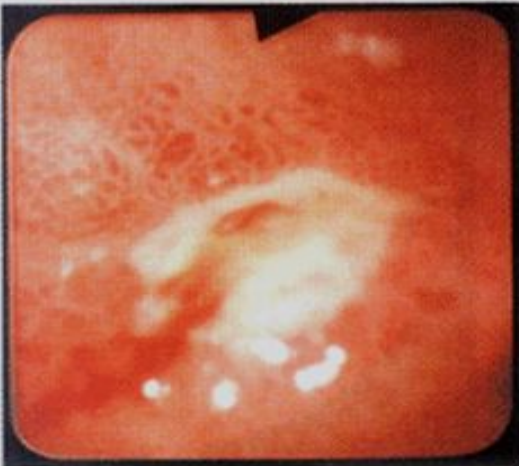
- ОА крови.
- Кал на скрытую кровь.
- Суточная РН-метрия.
- Рентген исследование желудка и 12-ти перстной кишки.
- ЭГДС с биопсией слизистой оболочки.

Диагностика

- **ОАК: при неосложненных язвах без изменений, при осложненных (кровотечение)- анемия**
- **Кал на скрытую кровь- реакция Грегерсена положительная**
- **В сыворотки крови повышенная концентрация гастрина**
- **При серологическом исследовании выявляют АТ к НР**

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

- Визуально, язва желудка представляет собой дефект слизистой оболочки различного размера, формы и глубины.
- Слизистая оболочка желудка вокруг язвы воспалена, отечна, гиперемирована, ее сосуды расширены.
- На дне язвы образуется пленка из белка - фибрина (на фотографии - белое пятно), можно обнаружить кровоточащий сосуд. Может даже произойти разрыв стенки желудка.



- **а - фаза обострения (вокруг язвы выраженный воспалительный вал);**
- **б - фаза заживления (по периферии язвы заметна грануляционная ткань);**
- **в - фаза рубцевания (образование грубого рубца с нарушением рельефа слизистой и деформацией органа)**

Рентгенологическое обследование

Рентгенологическое обследование в настоящее время носит вспомогательный характер. Используется для диагностики:

- Моторно-эвакуаторных нарушений
- Дуоденостаза.
- Рубцово-язвенных деформаций желудка и ДПК.
- При абсолютных противопоказаниях к эндоскопии

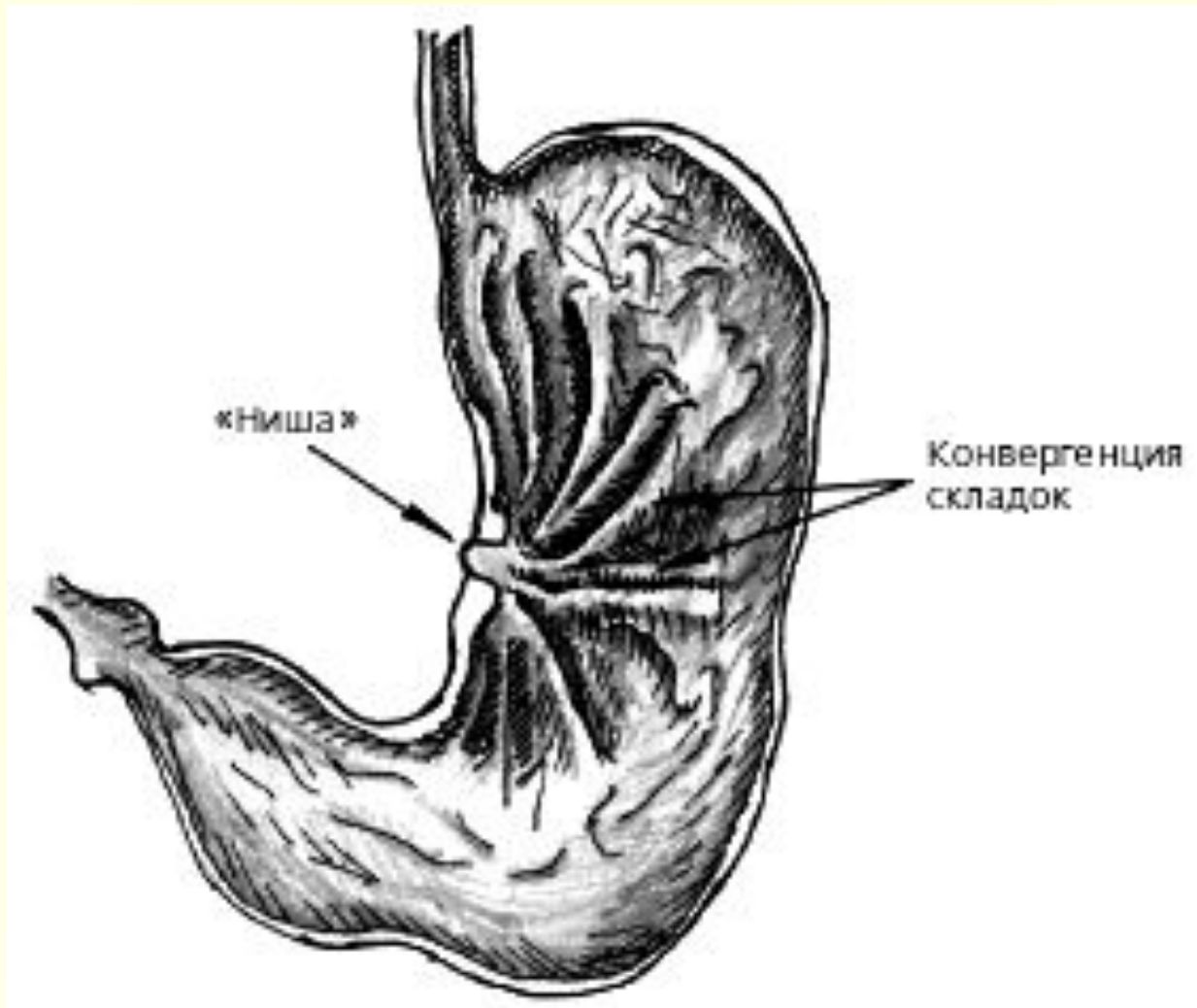
Рентгенологические критерии язвы:

- симптом "ниши"
- конвергенция складок
- симптом «указующего перста» (симптом де Кервена)
- симптом местной гипермобильности
- наличие большого количества жидкости в желудке натошак

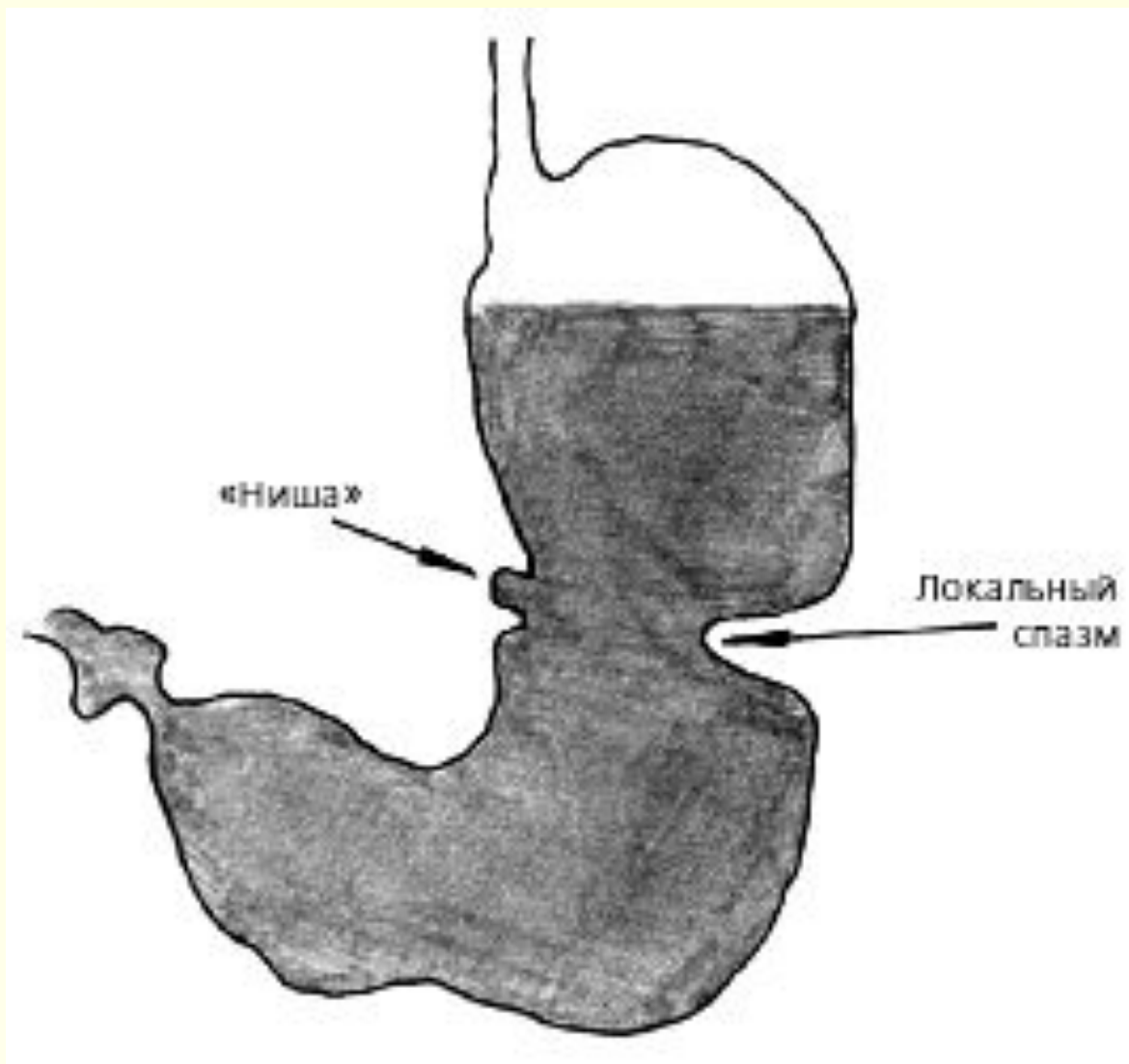
Симптом «ниши» при язве желудка, выявляемый при тугом наполнении органа



Конвергенция складок слизистой оболочки к «нише» при язве малой кривизны желудка.



Симптом «указующего перста» (симптом де Кервена) при язве желудка



Осложнения

- **Кровотечения из язвы**
- **Перфорация язвы**
- **Пенетрация язвы**
- **Стеноз привратника и 12-перстной кишки**
- **Малигнизация язвы желудка**

Кровотечения из язвы

- Осложняется в 10-15% больных.
- Механизм развития кровотечения заключается в том, что в области язвы происходит повреждение сосуда, и он начинает кровоточить.
- Если повреждается мелкий сосуд, то кровотечение очень незначительное, без клинических проявлений и выявляется лишь с помощью реакции Греггерсена.

Явные кровотечения из язвы характеризуются тремя основными синдромами:

1. Кровавой рвотой
2. Дегтеобразным стулом
3. Симптомами острой кровопотери

Кровотечения из язвы

- **Кровавая рвота** — наиболее характерна для кровотечения из язвы желудка и реже наблюдается при язве 12-перстной кишки.
- Желудочное содержимое имеет вид кофейной гущи, что обусловлено превращением Hb под влиянием HCl в солянокислый гематин, имеющий темный цвет.
- **Дегтеобразный стул (melena)** важный признак кровотечения из дуоденальной язвы, наблюдается после потери более 80-200 мл крови.
- **Мелена** — это жидкий или кашицеобразной консистенции кал черного цвета. Под влиянием кишечной флоры происходит образование из Hb сернистого железа черного цвета.

Симптомы острой кровототери

Выраженность симптомов зависит от величины и скорости кровотечения:

- Изменение сознания
- Прогрессирующая бледность кожных покровов.
- Нарушения гемодинамики: снижение АД, тахикардия.
- Олигурия или анурия.
- В тяжелых случаях клиника геморагического шока (больной без сознания, одышка, нитевидный пульс, ЧСС более 140 уд/мин, АД не определяется, олигоанурия)

Диагностика кровотечения

- **Общий анализ крови**-постгеморрагическая анемия.
- **ЭКГ**- синусовая тахикардия, э/систолия, снижение сегмента ST книзу от изолинии и значительное уменьшение амплитуды z.T в грудных отведениях.
- **ФГДС**- проводится обязательно с диагностической и лечебной целью.
- **Срочная консультация хирурга.**

Перфорация язвы

- Чаще протекает типично, в свободную брюшную полость.

В клинической картине выделяют 3 периода:

- Период болевого шока
- Мнимого (ложного) благополучия
- Перитонита

Период болевого шока

- Внезапно появляется сильная, жестокая, «кинжальная боль в животе» в верхних отделах живота, далее становится разлитой. При поколачивании или покашливании боль резко усиливается.
- Больной принимает вынужденное положение на спине или боку с приведенными к животу ногами.
- Появляется «доскообразное» напряжение передней брюшной стенки. Живот вздут, не участвует в акте дыхания
- Характерен с. Щеткина-Блюмберга.
- С. Жобера- тимпанит над областью печени.
- Лицо бледное, испарина на лбу, руки и ноги холодные, пульс редкий, дыхание поверхностное, прерывистое.

Период мнимого благополучия

- Развивается через несколько часов от момента перфорации и длится около 8-12 часов.
- Боли в животе уменьшаются (паралич нервных окончаний).
- Появляется состояние эйфории различной степени выраженности.
- Сохраняется напряжение передней брюшной стенки, появляется парез кишечника (метеоризм), исчезает кишечная перистальтика.
- Язык и губы сухие.
- Брадикардия сменяется тахикардией, пульс плохого наполнения, аритмии, АД снижается, тоны сердца глухие.

Перитонит

- Протекает тяжело.
- Появляется тошнота, резко выраженная сухость во рту, жажда, рвота.
- Кожа влажная, липкая, землистого цвета, температура тела высокая.
- Черты лица заостряются, глаза запавшие – «лицо Гиппократата», язык сухой, шершавый, губы сухие.
- Живот напряжен, отсутствуют перистальтические шумы.
- Пульс нитевидный, АД значительно снижено, может быть коллапс, дыхание частое, поверхностное, анурия.

Диагностика перфорации

- **ОА крови-** лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ.
- **ОА мочи-** возможно появление белка.
- **ЭКГ-** снижение сегмента ST книзу от изолинии и значительное уменьшение амплитуды z.T в грудных отведениях, э/систолия.
- **Обзорная рентгеноскопия брюшной полости** –наличие газа а виде серпа справа под диафрагмой.

Пенетрация

- Это проникновение язвы в смежные органы и ткани.
- Язвы задней стенки луковицы 12-перстной кишки и постбульбарные язвы пенетрируют в головку поджелудочной железы, реже в печень.

Стеноз привратника и 12-перстной кишки

- **Частая рвота, не приносящая облегчения**
- **Постоянная отрыжка тухлым**
- **Тягостное ощущение постоянного переполнения желудка**
- **Полное отсутствие аппетита**
- **Прогрессирующее истощение больного**
- **Проступающий контур растянутого желудка в подложечной области**
- **Постоянно определяющийся шум плеска**

Малигнизация

- Боль в подложечной области становится постоянной, иррадирует в спину, особенно становится интенсивной ночью
- Исчезает симптом локальности боли при пальпации, боль в эпигастрии становится диффузной
- Отмечается прогрессирующее падение массы тела
- Исчезает аппетит
- Появляется немотивированная слабость
- Характерны прогрессирующая анемия, постоянно (+) реакция Грегерсена, стойкое увеличение СОЭ.
- **При Р-скопии признаки малигнизации язвы:**
 - Широкий вход в язвенный кратер
 - Вал инфильтрации вокруг язвы превышает диаметр кратера язвы

При ЭФГДС:

- Язвы неправильной формы, неровные, нечеткие, бугристые
- Дно язвы покрыто сероватым налетом
- Диффузная инфильтрация и деформация стенок желудка в зоне язвы
- Регидность язвы и повышенная кровоточивость.

Лечение

Немедикаментозные методы лечения:

- Диета предусматривает механическое, термическое и химическое щажение слизистой оболочки желудка с исключением острых, маринованных и копченых продуктов. Принимать пищу 4-5 раз в день в небольших количествах.
- Отказ от курения и употребления алкоголя.
- Противопоказаны ulcerогенные лекарственные препараты: аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты, кортикостероиды.

Антихеликобактерная терапия

Терапия 1ой линии (тройная терапия)

- Омепразол 20 мг х2 р/д
Кларитромицин 500мгх2р/д } 14 дней
Метронидазол 250мгх4р/д

или

- Омепразол
Амоксициллин 500 мг х4 р/д } 14 дней
Метронидазол

или

- Омепразол
- Кларитромицин 500мгх2р/д
- Амоксициллин 500 мг х4 р/д } 14 дней

Антихеликобактерная терапия

Терапия 2-й линии (квадротерапия)
назначается при неэффективности лечением 1
линии через 4-6 недель :

1. омепразол

2. де-нол 120 мг х4 р/д

3. амоксициллин

} 14 дней

или (кларитромицин)

4. метронидазол

Терапия ремиссии

- После окончания эрадикационной терапии для достижения индукции ремиссии продолжить лечение еще в течение **3-5 недель при дуоденальной** и **5-7 недель при желудочной** локализации с использованием одного из следующих препаратов:
 - Ранитидин по 300мг в 20 часов.
 - Фамотидин по 40 мг в 20 часов.
 - Омепразол по 20мг 2 раза в день (8 и 20 часов).

Контроль эрадикации осуществляется через **8 недель** от окончания приема любых антибактериальных и антисекреторных препаратов