



Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной КИШКИ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основные проявления которого – образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.

Синонимы: пептическая язва (не полностью отражает понятие язвенной болезни)

Код по МКБ: К 25 Язва желудка

К 26 Язва двенадцатиперстной кишки

Классификация

I. Локализация язвенного дефекта.

1. Язва желудка.

1.1. Кардиального и субкардиального отделов желудка.

1.2. Медиогастральная.

1.3. Антрального отдела.

1.4. Пилорического канала и препилорического отдела или малая и большая кривизна.

Передняя стенка.

Задняя стенка.

2. Язва 12-перстной кишки.

2.1. Бульбарная локализация.

Передняя стенка.

Задняя стенка.

2.2. Постбульбарная локализация.

2.2.1. Проксимальный отдел 12-перстной кишки.

2.2.2. Дистальный отдел 12-перстной кишки.

II. Фаза течения заболевания.

1. Обострение.

2. Рецидив.

3. Затухающее обострение.

4. Ремиссия.

III. Характер течения.

1. Впервые выявленная.
2. Латентное течение.
3. Легкое течение.
4. Средней степени тяжести.
5. Тяжелое или непрерывно рецидивирующее течение.

IV. Размеры язв.

1. Малая язва — до 0.5 см в диаметре.
2. Большая язва — более 1 см в желудке и 0.7 см в луковице 12-перстной кишки.
3. Гигантская — более 3 см в желудке и более 1.5-2 см в 12-перстной кишке.
4. Поверхностная — до 0.5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.
5. Глубокие — более 0.5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

V. Стадия развития язвы (эндоскопическая).

1. Стадия увеличения язвы и нарастания воспалительных явлений.
2. Стадия наибольшей величины и наиболее выраженных признаков воспаления.
3. Стадия стихания эндоскопических признаков воспаления.
4. Стадия уменьшения язвы.
5. Стадия закрытия язвы и формирования рубца.
6. Стадия рубца.
 - 6.1. Фаза «красного» рубца.
 - 6.2. Фаза «белого» рубца.

VI. Состояние слизистой оболочки гастродуоденальной зоны с указанием локализации и степени активности.

1. Поверхностный гастрит I, II, III степени активности.

1.1. Диффузный.

1.2. Ограниченный.

2. Гипертрофический.

3. Атрофический.

3.1. Очаговый.

3.2. Диффузный.

4. Бульбодуоденит катаральный I, II, III степени активности.

5. Атрофический бульбит, дуоденит.

6. Гипертрофический бульбит, дуоденит.

VII. Нарушение секреторной функции желудка.

VIII. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и 12-перстной кишки.

1. Гипертоническая и гиперкинетическая дисфункция.
2. Гипотоническая и гипокинетическая функция.
3. Дуоденогастральный рефлюкс.

IX. Осложнения язвенной болезни.

1. Кровотечение.
2. Перфорация.
3. Пенетрация с указанием органа.
4. Перивисцерит.
5. Стеноз привратника.
6. Реактивный панкреатит, гепатит, холецистит.
7. Малигнизация.

Х. Сроки рубцевания язвы.

1. Обычные сроки рубцевания (язва 12-перстной кишки — 3-4 недели, язва желудка — 6-8 недель).
2. Длительно не рубцующиеся (язва 12-перстной кишки — более 4 недель, язва желудка — более 8 недель).

Степени активности воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и 12- перстной кишки

**Активность I степени (умеренно
выраженное воспаление)
характеризуется неравномерной
отечностью слизистой оболочки с
участками гиперемии в виде пятен
(«пятнистая гиперемия») с наличием
слизи.**

Активность II степени (выраженное воспаление) — слизистая оболочка значительно и диффузно отечна, резко гиперемирована с участками подслизистых геморрагии, легко ранима, кровоточит, местами покрыта клейкой белой слизью.

Активность III степени (резко выраженное воспаление) — наряду со значительно выраженным диффузным отеком и гиперемией, подслизистыми геморрагиями на поверхности слизистой оболочки обнаруживают очаговые дефекты (эрозии), нередко множественные, слизистая оболочка также легко ранима, часто кровоточит. Кровоизлияния в слизистую оболочку по величине и форме могут быть самыми разнообразными — от мелких пурпур до крупных полей.

Тяжесть течения язвенной болезни

Легкая форма (легкая степень тяжести) — характеризуется следующими особенностями:

- обострение наблюдается 1 раз в 1-3 года;
- болевой синдром умеренный, боли купируются за 4-7 дней;
- язва неглубокая;
- в фазе ремиссии трудоспособность сохранена.

Форма средней степени тяжести имеет следующие критерии:

- рецидивы (обострения) наблюдаются 2 раза в год;
- болевой синдром выражен, боли купируются в стационаре за 10-14 дней;
- характерны диспептические расстройства;
- язва глубокая, часто кровоточит, сопровождается развитием перигастрита, перидуоденита.

Тяжелая форма характеризуется следующими признаками:

- рецидивы (обострения) наблюдаются 2-3 раза в год и чаще;
- боли резко выражены, купируются в стационаре за 10-14 дней (иногда дольше);
- резко выражены диспептические явления, похудание;
- язва часто осложняется кровотечением, развитием стеноза привратника, перигастритом, перидуоденитом.

Пример формулировки диагноза

Язвенная болезнь с локализацией язвы больших размеров в субкардиальном отделе желудка в фазе обострения, средней степени тяжести. Диффузный поверхностный гастрит, активность I ст.

Клиническая картина

Предъязвенный период

У большинства больных развитию типичной клинической картины заболевания со сформировавшейся язвой желудка или 12-перстной кишки предшествует предъязвенный период (В. М. Успенский). Предъязвенный период характеризуется появлением язвенноподобной симптоматики, однако, при этом во время эндоскопического исследования не удается определить основной патоморфологический субстрат заболевания — язву. Больные в предъязвенном периоде жалуются на боли в подложечной области натощак («голодные» боли), ночью («ночные» боли), через 1.5-2 ч после еды, изжогу, отрыжку кислым.

При пальпации живота отмечается локальная болезненность в эпигастрии, преимущественно справа. Определяются высокая секреторная активность желудка (гиперацидитас), повышенное содержание пепсина в желудочном соке натощак и между приемами пищи, значительное снижение антродуоденального рН, ускоренная эвакуация желудочного содержимого в 12-перстную кишку (по данным ФЭГДС и рентгеноскопии желудка).

Как правило, у таких больных имеется хронический хеликобактерный гастрит в пилорическом отделе или гастродуоденит.

Типичная клиническая картина

Субъективные проявления

Клиническая картина язвенной болезни имеет свои особенности, связанные с локализацией язвы, возрастом больного, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений. Тем не менее, в любой ситуации ведущими субъективными проявлениями заболевания являются болевой и диспептический синдромы.

Болевой синдром

Боль является основным симптомом язвенной болезни и характеризуется следующими особенностями.

Локализация боли. Как правило, боль локализуется в эпигастральной области, причем при язве желудка — преимущественно в центре эпигастрия или слева от срединной линии, при язве 12-перстной кишки и препилорической зоны — в эпигастрии справа от срединной линии.

При язвах кардиального отдела желудка довольно часто наблюдается *атипичная локализация боли* за грудиной или слева от нее (в прекардиальной области или области верхушки сердца). В этом случае следует проводить тщательную дифференциальную диагностику со стенокардией и инфарктом миокарда с обязательным выполнением электрокардиографического исследования. При локализации язвы в постбульбарном отделе боль ощущается в спине или правой подложечной области.

Время появления боли. По отношению ко времени приема пищи различают боли ранние, поздние, ночные и «голодные». Ранними называются боли, возникающие через 0.5-1 ч после еды, интенсивность их постепенно нарастает; боли беспокоят больного в течение 1.5-2 ч и затем по мере эвакуации желудочного содержимого постепенно исчезают.

Ранние боли характерны для язв, локализованных в верхних отделах желудка. Поздние боли появляются через 1.5-2 ч после еды, ночные — ночью, голодные — через 6-7 ч после еды и прекращаются после того, как больной снова покушает, выпьет молоко.

Поздние, ночные, голодные боли наиболее характерны для локализации язвы в антральном отделе и 12-перстной кишке. Голодные боли не наблюдаются ни при каком другом заболевании.

Следует помнить, что поздние боли могут быть также при хроническом панкреатите, хроническом энтерите, а ночные — при раке поджелудочной железы.

Характер боли. У половины больных боли небольшой интенсивности, тупые, приблизительно в 30% случаев интенсивные. Боли могут быть ноющие, сверлящие, режущие, схваткообразные. Выраженная интенсивность болевого синдрома при обострении язвенной болезни требует дифференциальной диагностики с острым животом.

Периодичность боли. Для язвенной болезни характерна периодичность появления боли. Обострение язвенной болезни продолжается от нескольких дней до 6-8 недель, затем наступает фаза ремиссии, во время которой больные чувствуют себя хорошо, боли их не беспокоят.

Купирование боли. Характерно уменьшение боли после приема антацидов, молока, после еды («голодные» боли), часто после рвоты.

Сезонность боли. Обострения язвенной болезни чаще наблюдается весной и осенью. Эта «сезонность» боли особенно характерна для язвы 12-перстной кишки.

Появление боли при язвенной болезни обусловлено:

- раздражением соляной кислотой симпатических нервных окончаний в области дна язвы;
- моторными нарушениями желудка и 12-перстной кишки (пилороспазм и дуоденоспазм сопровождаются повышением давления в желудке и усилением сокращения его мускулатуры);
- спазмом сосудов вокруг язвы и развитием ишемии слизистой оболочки;
- снижением порога болевой чувствительности при воспалении слизистой оболочки.

Диспептический синдром

Изжога - один из наиболее частых и характерных симптомов язвенной болезни. Она обусловлена желудочно-пищеводным рефлюксом и раздражением слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым, богатым соляной кислотой и пепсином. Изжога может возникать в те же сроки после приема пищи, что и боли. Но у многих больных не удастся отметить связи изжоги с приемом пищи. Иногда изжога может быть единственным субъективным проявлением язвенной болезни. Поэтому при упорной изжоге целесообразно сделать ФЭГДС для исключения язвенной болезни.

~~Однако~~ надо помнить, что изжога может быть не только при язвенной болезни, но и при калькулезном холецистите, хроническом панкреатите, гастродуодените, изолированной недостаточности кардиального сфинктера, диафрагмальной грыже. Упорная изжога может быть также при стенозе привратника в связи с повышением внутрижелудочного давления и проявлением гастроэзофагального рефлюкса.

Отрыжка - довольно частый симптом язвенной болезни. Наиболее характерна отрыжка кислым, чаще она бывает при медиогастральной, чем при дуоденальной язве. Появление отрыжки обусловлено одновременно недостаточностью кардии и антиперистальтическими сокращениями желудка. Следует помнить, что отрыжка чрезвычайно характерна также для диафрагмальной грыжи.

Рвота и тошнота. Как правило, эти симптомы появляются в периоде обострения язвенной болезни. Рвота связана с повышением тонуса блуждающего нерва, усилением моторики желудка и желудочной гиперсекрецией. Рвота возникает на «высоте» болей (в период максимально выраженной боли), рвотные массы содержат кислое желудочное содержимое. После рвоты наступает облегчение самочувствия больного, боли значительно ослабевают или даже исчезают. Неоднократно повторяющаяся рвота характерна для стеноза привратника или выраженного пилороспазма. Больные часто сами вызывают рвоту для облегчения своего состояния.

Тошнота характерна для медиогастральных язв (но обычно связана с сопутствующим гастритом), а также нередко наблюдается при постбульбарных язвах. В то же время тошнота, как указывают Е. С. Рысс и Ю. И. Фишзон-Рысс, совершенно «нехарактерна для язвы луковицы 12-перстной кишки и скорее даже противоречит такой возможности».

Аппетит при язвенной болезни обычно хороший и может быть даже повышен. При выраженном болевом синдроме больные стараются есть редко и даже отказываются от еды из-за боязни появления боли после приема пищи («ситофобия»). Значительно реже отмечается снижение аппетита.

Нарушение моторной функции толстого кишечника

У половины больных язвенной болезнью наблюдаются запоры, особенно в периоде обострения заболевания. Запоры обусловлены следующими причинами:

- спастическими сокращениями толстой кишки;
- диетой, бедной растительной клетчаткой и отсутствием, вследствие этого, стимуляции кишечника;
- снижением физической активности;
- приемом антацидов: кальция карбоната, гидроокиси алюминия.

Данные объективного клинического исследования

При осмотре обращает на себя внимание астенический (чаще) или нормостенический тип телосложения. Гиперстенический тип и избыточная масса тела мало характерны для больных с язвенной болезнью.

Чрезвычайно характерны признаки вегетативной дисфункции с ярким преобладанием тонуса блуждающего нерва:

- холодные, влажные ладони, мраморность кожи, дистальных отделов конечностей;
- тенденция к брадикардии;
- склонность к артериальной гипотензии.

Язык у больных язвенной болезнью обычно чистый.

При сопутствующем гастрите и выраженных запорах язык может быть обложен.

При пальпации и перкуссии живота при неосложненной язвенной болезни выявляются следующие симптомы:

- умеренная, а в периоде обострения выраженная болезненность в эпигастрии, как правило, локализованная. При язве желудка болезненность локализуется в эпигастрии по средней линии или слева, при язве 12-перстной кишки — больше справа;

- перкуторная болезненность - симптом Менделя. Этот симптом выявляется путем отрывистой перкуссии согнутым под прямым углом пальцем по симметричным участкам эпигастральной области. Соответственно локализации язвы при такой перкуссии появляется локальная, ограниченная болезненность. Иногда болезненность ярче выражена на вдохе. Симптом Менделя обычно указывает на то, что язвенный дефект не ограничен слизистой оболочкой, а локализуется в пределах стенки желудка или 12-перстной кишки с развитием перипроцесса;

- локальное защитное напряжение передней брюшной стенки, более характерное для язвы 12-перстной кишки при обострении заболевания. Происхождение этого симптома объясняется раздражением висцеральной брюшины, что по механизму висцеро-моторного рефлекса передается на брюшную стенку. По мере купирования обострения защитное напряжение брюшной стенки прогрессивно уменьшается.

Клинические особенности заболевания

В зависимости от локализации язвы

Язва кардиального и субкардиального отдела желудка

Эти язвы локализуются или непосредственно у пищеводно — желудочного перехода или дистальнее его, но не более чем на 5-6 см. Характерными для кардиальных и субкардиальных язв являются следующие особенности:

- чаще болеют мужчины в возрасте старше 45 лет;
- боли возникают рано, через 15-20 минут после еды и локализуются высоко в эпигастрии у самого мечевидного отростка;

- боли достаточно часто иррадируют в область сердца и могут ошибочно расцениваться как стенокардитические. При дифференциальной диагностике следует учитывать, что боли при ишемической болезни сердца появляются при ходьбе, на высоте физической нагрузки и исчезают в покое. Боли при кардиальной и субкардиальной язве четко связаны с приемом пищи и не зависят от физической нагрузки, ходьбы, успокаиваются не после приема нитроглицерина под язык, как при стенокардии, а после приема антацидов, молока;
- характерна слабая выраженность болевого синдрома;

- боли довольно часто сопровождаются изжогой, отрыжкой, рвотой в связи с недостаточностью кардиального сфинктера и развитием желудочнопищеводного рефлюкса;
- нередко язвы кардиального и субкардиального отдела желудка сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагитом;
- наиболее характерным осложнением является кровотечение, перфорация язвы бывает очень редко.

Язвы малой кривизны желудка

Малая кривизна — это самая частая локализация желудочных язв. Характерными особенностями являются следующие:

- возраст больных обычно превышает 40 лет, нередко эти язвы бывают у пожилых и стариков;
- боли локализуются в подложечной области (несколько левее срединной линии), возникают через 1-1.5 ч после еды и прекращаются после эвакуации пищи из желудка; иногда бывают поздние, «ночные» и «голодные» боли;
- боли обычно ноющего характера, интенсивность их умеренная; однако в фазе обострения возможно появление очень интенсивных болей;

- часто наблюдаются изжога, тошнота, реже рвота;
- желудочная секреция чаще всего нормальная, но возможно также в ряде случаев повышение или понижение кислотности желудочного сока;
- в 14% случаев осложняются кровотечением, редко — перфорацией;
- в 8-10% случаев возможна малигнизация язвы, причем принято считать, что малигнизация наиболее характерна для язв, расположенных у изгиба малой кривизны. Язвы, локализующиеся в верхней части малой кривизны, большей частью доброкачественные.

Язвы большой кривизны желудка

Язвы большой кривизны желудка имеют следующие клинические особенности:

- встречаются редко;
- среди больных преобладают мужчины старшего возраста;
- симптоматика мало отличается от типичной клинической картины язвы желудка;
- в 50% случаев язвы большой кривизны желудка оказываются злокачественными, поэтому врач должен всегда рассматривать язву такой локализации как потенциально злокачественную и делать повторные множественные биопсии из краев и дна язвы.

Язвы антрального отдела желудка

Язвы антрального отдела желудка («препилорические») составляют 10-16% всех случаев язвенной болезни и имеют следующие клинические особенности:

- встречаются преимущественно у молодых людей;
- симптоматика сходна с симптоматикой дуоденальной язвы, характерны поздние, «ночные», «голодные» боли в эпигастрии; изжога; рвота кислым содержимым; высокая кислотность желудочного сока; положительный симптом Менделя справа в эпигастрии;
- всегда необходимо проводить дифференциальную диагностику с первично-язвенной формой рака, особенно у пожилых людей, так как антральный отдел — это излюбленная локализация рака желудка;
- в 15-20% случаев осложняются желудочным кровотечением.

Язвы пилорического канала

Язвы пилорического канала составляют около 3-8% всех гастродуоденальных язв и характеризуются следующими особенностями:

- упорное течение заболевания;
- характерен выраженный болевой синдром, боли носят приступообразный характер, длятся около 30-40 минут, у 1/3 больных боли бывают поздние, ночные, «голодные», однако у многих пациентов они не связаны с приемом пищи;

- боли часто сопровождаются рвотой кислым содержимым;
- характерна упорная изжога, приступообразное чрезмерное отделение слюны, чувство распирания и полноты в эпигастрии после еды;
- при многолетнем рецидивировании язвы пилорического канала осложняются стенозом привратника; другими частыми осложнениями являются кровотечения (пилорический канал обильно васкуляризирован), перфорация, пенетрация в поджелудочную железу; у 3-8% наблюдается малигнизация.

Язвы луковицы 12-перстной кишки

Язвы луковицы 12-перстной кишки чаще локализуются на передней стенке.

Клиническая картина заболевания имеет при этом следующие особенности:

- возраст больных обычно моложе 40 лет;
- чаще болеют мужчины;
- боли в эпигастрии (больше справа) появляются через 1.5-2 ч после еды, часто бывают ночные, ранние утренние, а также «голодные» боли;

- рвота бывает редко;
- характерна сезонность обострений (преимущественно весной и осенью);
- определяется положительный симптом Менделя в эпигастрии справа;
- наиболее частым осложнением является перфорация язвы.

При расположении язвы на задней стенке луковицы 12-перстной кишки в клинической картине наиболее характерны следующие проявления:

- основная симптоматика аналогична вышеописанным симптомам, характерным для локализации язвы на передней стенке луковицы 12-перстной кишки;
- часто наблюдается спазм сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря гипотонического типа (ощущение тяжести и тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую подлопаточную область);
- заболевание часто осложняется пенетрацией язвы в поджелудочную железу и печеночно-дуоденальную связку, развитием реактивного панкреатита (клиническая картина описана в «Осложнения язвенной болезни»).

Язвы 12-перстной кишки, в отличие от язв желудка, не малигнизуются.

Внелуковичные (постбульбарные) язвы

Внелуковичными (постбульбарными) язвами называются язвы, располагающиеся дистальнее луковицы 12-перстной кишки. Они составляют 5-7% всех гастродуоденальных язв (В. Х. Василенко, 1987) и имеют характерные черты:

- наиболее часто встречаются у мужчин в возрасте 40-60 лет, заболевание начинается на 5-10 лет позже по сравнению с дуоденальной язвой;
- в фазе обострения очень характерны интенсивные боли в правом верхнем квадранте живота, иррадиирующие в правую подлопаточную область и спину. Нередко боли носят приступообразный характер и могут напоминать приступ мочекаменной или желчнокаменной болезни;

- боли появляются через 3-4 ч после еды, а прием пищи, в частности молока, купирует болевой синдром не сразу, а через 15-20 минут;
- заболевание часто осложняется кишечным кровотечением (см. «Осложнения язвенной болезни»), развитием перивисцеритов, перигастритов, пенетрацией и стенозированием 12-перстной кишки;
- прободение язвы, в отличие от локализации на передней стенке луковицы 12-перстной кишки, наблюдается значительно реже;
- у некоторых больных возможно развитие механической (подпеченочной) желтухи, что обусловлено сдавлением общего желчного протока воспалительным периульцерозным инфильтратом или соединительной тканью.

Сочетанные и множественные гастродуоденальные язвы

Сочетанные язвы встречаются у 5-10% больных язвенной болезнью. При этом первоначально развивается язва 12-перстной кишки, а через несколько лет — язва желудка. Предположительный механизм такой последовательности развития язв следующий.

При язве 12-перстной кишки развиваются отек слизистой оболочки, спазм кишки, нередко рубцовый стеноз начального отдела 12-перстной кишки. Все это затрудняет эвакуацию желудочного содержимого, происходит растяжение антрального отдела (антральный стаз), что стимулирует гипепродукцию гастрина и, соответственно, вызывает желудочную гиперсекрецию. В результате создаются предпосылки для развития вторичной язвы желудка, которая чаще локализуется в области угла желудка. Развитие язвы первоначально в желудке, а затем в 12-перстной кишке бывает чрезвычайно редко и рассматривается как исключение. Возможно также одновременное их развитие.

Сочетанная гастродуоденальная язва имеет следующие характерные клинические особенности:

- присоединение желудочной язвы редко ухудшает течение заболевания;
- боли в эпигастрии становятся интенсивными, наряду с поздними, ночными, «голодными» болями появляются ранние боли (возникающие вскоре после еды);
- зона локализации боли в эпигастрии становится более распространенной;
- после еды появляется тягостное ощущение переполнения желудка (даже после приема небольшого количества пищи), выраженная изжога, часто беспокоит рвота;

- при исследовании секреторной функции желудка наблюдается выраженная гиперсекреция, при этом продукция соляной кислоты может стать еще более высокой по сравнению с величинами, которые имелись при изолированной дуоденальной язве;
- характерно развитие таких осложнений, как рубцовый стеноз привратника, пилороспазм, желудочнокишечные кровотечения, перфорация язвы (чаще дуоденальной);
- в 30-40% случаев присоединение язвы желудка к дуоденальной язве не меняет существенно клинической картины заболевания и желудочная язва может обнаруживаться только при гастроскопии.

Множественными язвами называются 2 и более язв, одновременно локализующиеся в желудке или 12-перстной кишке. Для множественных язв характерны следующие особенности:

- склонность к медленному рубцеванию, частому рецидивированию, развитию осложнений;
- у ряда больных клиническое течение может не отличаться от течения одиночной желудочной или дуоденальной язвы.

Гигантские язвы желудка и 12-перстной кишки

Гигантскими называются язвы, имеющие диаметр свыше 2 см.

Гигантские язвы характеризуются следующими особенностями:

- располагаются преимущественно на малой кривизне желудка, реже — в субкардиальной области, на большой кривизне и очень редко — в 12-перстной кишке;

- боли значительно выражены, нередко исчезает их периодичность, они могут стать почти постоянными, что требует дифференциальной диагностики с раком желудка; в редких случаях болевой синдром может оказаться слабо выраженным;
- характерно быстро наступающее истощение;
- очень часто развиваются осложнения — массивные желудочные кровотечения, пенетрация в поджелудочную железу, реже — перфорация язвы;
- требуется тщательная дифференциальная диагностика гигантской язвы с первично-язвенной формой рака желудка; возможна малигнизация гигантских язв желудка.

Длительно незаживающие язвы

Длительно незаживающими называются язвы, не рубцующиеся в течение 2 месяцев. Основными причинами резкого удлинения сроков заживления язвы являются:

- наследственная отягощенность;
- возраст старше 50 лет;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- наличие резко выраженного гастродуоденита;
- рубцовая деформация желудка и 12-перстной кишки;
- персистенция хеликобактерной инфекции.

Для длительно незаживающих язв характерна стертая симптоматика, на фоне терапии острота болей уменьшается. Однако довольно часто такие язвы осложняются перивисцеритом, пенетрацией, и тогда боль становится упорной, постоянной, монотонной. Может отмечаться прогрессирующее падение массы тела больного. Указанные обстоятельства диктуют необходимость тщательной дифференциальной диагностики длительно не заживающей язвы с первично-язвенной формой рака желудка.

Язвенная болезнь в старческом и пожилом возрасте

Под старческими понимают язвы, впервые развившиеся в возрасте после 60 лет. Язвами у стариков или пожилых людей называют язвы, впервые появившиеся в молодом возрасте, но сохраняющие активное течение до преклонного возраста.

Особенностями язвенной болезни в этих возрастных группах являются:

- увеличение числа и тяжести осложнений, в первую очередь, кровотечений, по сравнению с тем возрастом, когда впервые сформировалась язва;

- тенденция к увеличению диаметра и глубины язвы;
- плохое заживление язв;
- болевой синдром выражен слабо или умеренно;
- острое развитие «старческих» язв, преимущественная их локализация в желудке, частое осложнение кровотечением;
- необходимость тщательной дифференциальной диагностики с раком желудка.

Атипичное течение язвенной болезни

Отклонения от типичного течения язвенной болезни (атипичные формы) заключаются в следующем:

- боли нередко локализуются преимущественно в области правого подреберья или в правой подвздошной области и тогда больным обычно ставят диагноз хронического холецистита (часто калькулезного), хронического или острого аппендицита («холециститная» или «аппендицитная» маски язвенной болезни). Следует подчеркнуть, что в настоящее время далеко не все согласны с существованием хронического аппендицита;

- возможна атипичная локализация боли: в области сердца (при язве малой кривизны желудка — «сердечная» маска); в поясничной области («радикулитная» маска);
- в ряде случаев бывают «немые» язвы, не проявляющиеся болями, диспептическим синдромом. Такие «немые» язвы могут внезапно проявиться желудочными кровотечениями, перфорацией. Иногда «немые» язвы постепенно приводят к развитию рубцового стеноза привратника. При этом тщательно собранный анамнез не выявляет указаний на какие-либо диспептические нарушения или боли в преморбидном периоде. Больные с рубцовым стенозом привратника обращаются к врачу лишь тогда, когда начинает проявляться субъективная симптоматика самого стеноза. Причины «немого» течения язвенной болезни неизвестны.

Лабораторные и инструментальные данные при неосложненной язвенной болезни

1. ОАК: Наблюдается тенденция к увеличению количества эритроцитов и гемоглобина. Однако эти показатели не бывают столь велики, чтобы возникала необходимость дифференциальной диагностики с полицитемией. Причины, ведущие к эритроцитозу и увеличению показателей гемоглобина при язвенной болезни, неизвестны. Предполагается повышенное всасывание в тонком кишечнике микроэлементов кобальта и меди, стимулирующих эритроцитоз. Имеется также тенденция к замедлению СОЭ.

2. Исследование секреторной функции желудка: Рекомендуется определять показатели базальной секреции, а также максимальную кислотную продукцию (maximal acid output — MAO). Уровень MAO позволяет судить о количестве обкладочных клеток. Секреторная функция желудка при язвенной болезни повышена, особенно при дуоденальной язве. При язве желудка она повышена или нормальна.

Сопоставление показателей МАО и ВАО (basal acid output — базальной кислотной продукции) позволяет оценить функциональное и морфологическое состояние железистого аппарата желудка. В норме у мужчин ВАО не превышает 5 ммоль/ч, МАО колеблется в пределах от 18 до 26 ммоль/ч, в среднем составляя 22 ммоль/ч. У женщин эти показатели снижены на 1/3, что обусловлено меньшим числом у них обкладочных клеток.

МАО 22 ммоль/ч соответствует содержанию в слизистой оболочке желудка 1 миллиарда обкладочных клеток. Выделение под влиянием максимальной пентагастриновой стимуляции 1 ммоль/ч соляной кислоты соответствует 50 млн. обкладочных клеток. Такие сопоставления получили образное сравнение с «химической биопсией» слизистой оболочки желудка.

Высокие уровни МАО, соответственно, гиперплазия слизистой оболочки желудка и увеличение количества обкладочных клеток характерны для дуоденальной, антральной и пилорической язв. При язве желудка эти показатели также повышены или нормальные.

(Атрофии слизистой оболочки желудка показатели МАО соответствуют: у мужчин – менее 4-5 ммоль\л, у женщин – менее 2,5-3,5 ммоль\л)

Для доброкачественной пептической язвы абсолютная ахлоргидрия не характерна. При ее констатации необходимо думать о раковой язве желудка. рН-метрия также выявляет повышение кислотообразующей функции желудка при язвенной болезни.

3. Анализ кала на скрытую кровь (с помощью реакции Грегерсена-Вебера) имеет определенное диагностическое значение. Истинная положительная реакция наблюдается в следующих ситуациях:

- латентно протекающая язва желудка или 12-перстной кишки;
- обострение типично протекающей язвенной болезни;
- рак желудка;
- рак кишечника (преимущественно толстого кишечника);
- геморрой в фазе обострения;
- трещины в области заднепроходного отверстия.

4. Эндоскопическое исследование. Для язвенной болезни типична хроническая язва. По эндоскопическим признакам различают активную и рубцующуюся язвы и послеязвенные рубцы. При ФЭГДС выявляются следующие признаки, характерные для обострения язвенной болезни:

- язва имеет округлую или овальную, иногда полигональную или щелевидную форму;
- края язвы имеют четкие границы, гиперемированы, отечны;

- край язвы, обращенный к кардиальному отделу, несколько подрыв, нависает над дном язвы, дистальный край более пологий;
- дно язвы покрыто фибринозными наложениями серовато — белого или желтоватого цвета; можно видеть признаки недавнего кровотечения;
- в биоптате со дна язвы определяется детрит, скопление слизи с примесью лейкоцитов, эритроцитов, клеток слущенного эпителия; вокруг язвы определяется картина острого воспаления (отек, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, расширение сосудов).

В фазе заживления язвы отмечается уменьшение гиперемии слизистой оболочки, воспалительно-отечного вала вокруг язвы. Язва становится менее глубокой, очищается от фибрина, выявляется грануляционная ткань. В окружающей язву слизистой оболочке определяются нежные розовые рубчики, направляющиеся к язве. В стадии рубцевания можно выделить две фазы: «красного» и «белого» рубца. В фазе «красного» рубца постъязвенный рубец выглядит в виде гиперемированного участка слизистой оболочки с линейным или звездчатым втяжением стенки.

В биоптате из свежего красного рубца видны умеренный отек и инфильтрация плазматическими клетками и лимфоцитами.

В дальнейшем формируется зрелый рубец, при этом грануляционная ткань замещается волокнистой соединительной тканью, активное воспаление отсутствует (фаза «белого рубца»). У многих больных заживление язвы завершается выраженной деформацией стенки желудка или 12-перстной кишки.

Практически у всех больных с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки определяются хронический гастрит или дуоденит различной степени выраженности. При медиогастральной язве обычно обнаруживается диффузный гастрит с преобладанием атрофических процессов слизистой оболочки. При пилородуоденальной локализации язв выявляется бульбит, антральный гастрит с атрофией железистого эпителия. При эндоскопическом исследовании также можно сделать заключение о моторной функции желудка. При нарушении эвакуации содержимого из желудка оно обильное, мутное, с остатками съеденной накануне пищи.

Легко выявляются также дискинетические расстройства (пилороспазм, дуоденогастральный рефлюкс).

С помощью ФЭГДС можно также легко диагностировать кровотечение из язвы.

Противопоказаниями к ФЭГДС являются:

- тяжелые нарушения сердечного ритма;
- острая фаза инфаркта миокарда;
- инсульт;
- часто рецидивирующие приступы стенокардии и бронхиальной астмы;
- хроническая застойная недостаточность кровообращения IIБ-III ст.

При жизненной необходимости (например, при продолжающемся массивном желудочном кровотечении) абсолютных противопоказаний к ФЭГДС не существует.

При язве желудка, особенно впервые выявленной или подозрительной на малигнизацию, для исключения рака необходимо проводить прицельную биопсию из краев и дна язвы.

5. Рентгенологическое исследование. При рентгеноскопии желудка выделяют прямой и косвенные признаки язвы. Прямым признаком язвы является обнаружение «ниши» — ограниченного выступа на контуре желудка или 12-перстной кишки в месте расположения язвы. «Ниша» может быть различной формы: округлой, овальной, шелевидной, конической или неправильной.

К косвенным причинам язвы относятся:

- задержка бариевой массы в месте язвы (стойкое контрастное пятно);
- задержка или ускорение пассажа бария сульфата из желудка;
- дуоденогастральный рефлюкс;

- конвергенция складок в местах расположения язвы;
- недостаточность кардии, желудочнопищеводный рефлюкс;
- локальные спазмы желудка или 12-перстной кишки;
- симптом регионарного втяжения («симптом указующего пальца» де Кервена) — циркулярное втяжение мышц желудка на противоположенной стороне от язвы. Такое втяжение указывает на наличие язвы даже тогда, когда она непосредственно не выявляется;
- деформации желудка или 12-перстной кишки в результате перигастрита, перидуоденита.

Дифференциальный диагноз

Язвенную болезнь, в первую очередь следует дифференцировать от симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенез которых связан с фоновым заболеванием или с конкретными этиологическими факторами (например, прием НПВС). Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь зачастую внезапно желудочно-кишечными кровотечениями или прободением язвы, могут протекать с нетипичными клиническими проявлениями (стертая картина обострения, отсутствие сезонности и периодичности).

Гастродуоденальные язвы при синдроме

Золлингера-Эллисона отличаются от язвенной болезни крайне тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными поносами. При обследовании таких пациентов отмечают резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (особенно в базальных условиях), увеличение содержания гастрина в сыворотке крови (в 3-4 раза по сравнению с нормой). В распознавании этого синдрома помогают провокационные тесты (с секретином, глюкагоном), УЗИ поджелудочной железы.

Гастродуоденальные язвы у пациентов с гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни, помимо тяжелого течения с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации, наличием признаков повышения функции паращитовидных желез (мышечная слабость, боли в костях, жажда, полиурия). Диагноз устанавливают на основании определения концентрации кальция и фосфора, повышенного уровня паратгормона в сыворотке крови, признаков паратиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неаррологических расстройств.

При обнаружении язвенных поражений в желудке необходимо обязательно проводить дифференциальный диагноз между доброкачественными язвами, малигнизацией язвы и первично-язвенной формой рака желудка. В пользу злокачественного характера поражения говорят очень большие размеры язвы (особенно у людей молодого возраста), локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, наличие повышения СОЭ и гистаминустойчивой ахлоргидрии. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях в случае злокачественных изъязвлений желудка отмечают неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления.

Большую помощь в оценке характера поражения стенки желудка в месте изъязвления, а также состояния регионарных лимфатических узлов может дать эндоскопическая ультрасонография. Окончательное заключение о характере известного поражения выносят после гистологического исследования биоптатов язвы. С учетом возможности ложноотрицательных результатов биопсию следует повторять вплоть до полного заживления язвы с взятием при каждом исследовании не менее 3-4 кусочков ткани.

Программа обследования

1. ОА крови, мочи, кала.
2. Анализ кала на скрытую кровь.
3. БАК: определение содержания общего белка, белковых фракций, аминотрансфераз, билирубина, глюкозы, натрия, калия, кальция, хлоридов.
4. ФЭГДС с прицельной биопсией при язве желудка.

5. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки (при наличии противопоказаний к ФЭГДС).
6. Исследование секреторной функции желудка методом фракционного зондирования с использованием в качестве стимулятора желудочной секреции пентагастрина, при его отсутствии — гистамина.
7. Изучение биоптатов слизистой оболочки желудка на хеликобактериоз.

Лечение

I. При рецидиве язвы:

- Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

Ранитидин 300 мг внутрь 2 раза в сутки или

Фамотидин 40 мг внутрь в 1 или 2 приема (8-12 нед.) с последующим снижением дозы до поддерживающей – половина лечебной дозы

(Низатидин, Роксатидин)

- или ИПП:

Омепразол (пантопразол, лансопразол, рабепразол) 20 мг. в сутки в 1 прием 8-12 нед. С последующим снижением дозы до поддерживающей (половина лечебной дозы)

- или

Висмута трикалия дицитрат 480 мг в сутки 4 недели.

- Антацидные средства по требованию

В случае H. pylori-ассоциированной язвы –
антихеликобактерная эрадикационная терапия.

II. В фазу ремиссии:

1. «Терапия по показаниям»:

2-3 дня применяется антисекреторный препарат в полной дозе (блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (Ранитидин 300 мг в сутки или Фамотидин 40 мг (Низатидин, Роксатидтн)) или ИПП (Омепразол (пантопразол, лансопразол, рабепразол) 20 мг. в сутки), затем 2-3 недели - половина лечебной дозы.

2. В группах риска – непрерывная поддерживающая терапия антисекреторными средствами (блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов или ИПП) - 1\2 лечебной дозы (курящие должны принимать полную скточную дозу).

Спасибо за

внимание!!

