

КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

СРС

На тему: Язвенная болезнь желудка

Выполнил: Жұмабек Байтұрсын
712 «ВОП»

Проверила: Шамшидинова М.А.

Алматы 2017

Язвенная болезнь желудка.

- Язвенная болезнь - полиэтиологическое, генетически и патогенетически чувствительность к гастрину, дефицит ингибиторов трипсина, врожденный дефицит антитрипсина и др.) При воздействии неблагоприятных факторов (инфицирование *Helicobacter pylori*, длительная погрешность в питании, психоэмоциональный стресс, вредные привычки) реализуется генетическая предрасположенность к развитию ЯБ.
- В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки. Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводят к нарушению этого равновесия и возникновению язвы.

Классификация.

- I. Общая характеристика болезни (номенклатура В03)
 - . Язвенная болезнь желудка
 - . Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
 - . Язвенная болезнь неуточненной локализации
 - . Пептическая гастроеюнальная язва после резекции желудка



- II. Клиническая форма
 - 1. Острая или впервые выявленная
 - 2. Хроническая
- III. Течение
 - 1. Латентное
 - 2. Легкое или редко рецидивирующее
 - 3. Средней тяжести или рецидивирующее (1—2 рецидива в течение года)
 - 4. Тяжелое (3 рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее; развитие осложнений

- IV. Фаза
 - 1. Обострение (рецидив)
 - 2. Затухающее обострение (неполная ремиссия)
 - 3. Ремиссия

V. Характеристика морфологического субстрата болезни

1. Размеры язвы

- а) небольшая (менее 0,5 см)
- б) средняя (0,5—1 см)
- в) крупная (1,1—3 см)
- г) гигантская (более 3 см)

2. Стадии развития язвы

- а) активная
- б) рубцующаяся
- в) стадия «красного» рубца
- г) стадия «белого» рубца
- д) длительно не рубцующаяся

3. Локализация язвы

- а) желудок — А: 1) кардия, 2) субкардиальный отдел, 3) тело желудка, 4) антральный отдел, 5) пилорический канал; Б: 1) передняя стенка, 2) задняя стенка, 3) малая кривизна, 4) большая кривизна
- б) двенадцатиперстная кишка — А: 1) луковица, 2) постбульбарная часть; Б: 1) передняя стенка, 2) задняя стенка, 3) малая кривизна, 4) большая кривизна

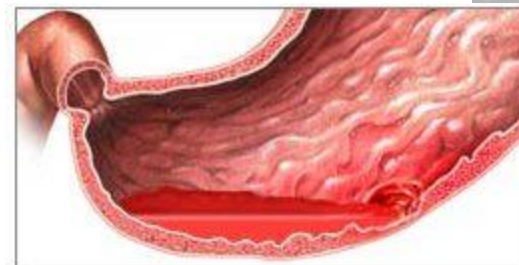


VI. Осложнения

Кровотечение:

- а) легкое
- б) средней степени
- в) тяжелое
- г) крайне тяжелое

2. Перфорация

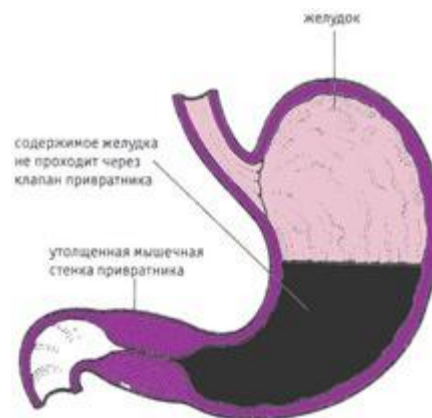


3. Пенетрация



4. Стеноз:

- а) компенсированный
- б) субкомпенсированный
- в) декомпенсированный



5. Малигнизация

МОДИФИЦИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ JOHNSON ND.

Тип I: Язвы, локализованные на малой кривизне желудка. Не ассоциированы с гиперсекрецией.

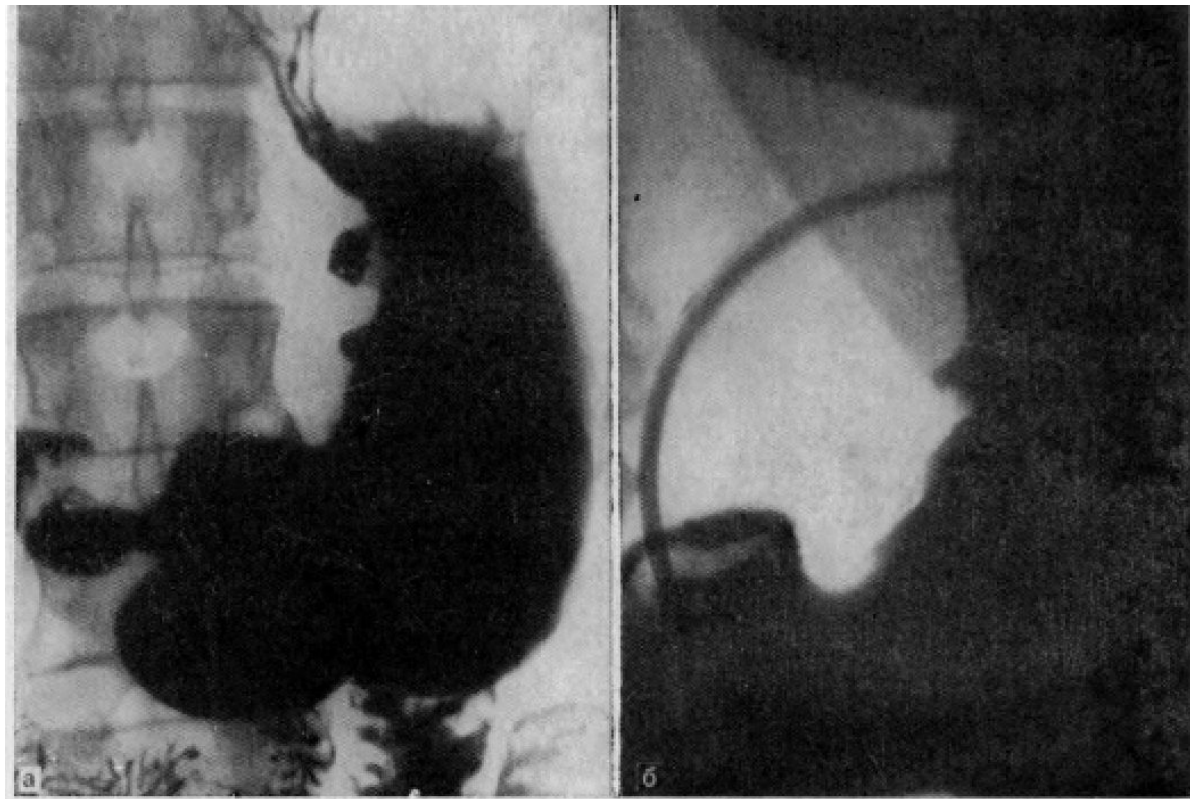
Тип II: Сочетание язв тела желудка с язвами двенадцатиперстной кишки. Ассоциированы с гиперсекрецией.

Тип III: Препилорические язвы. Ассоциированы с гиперсекрецией.

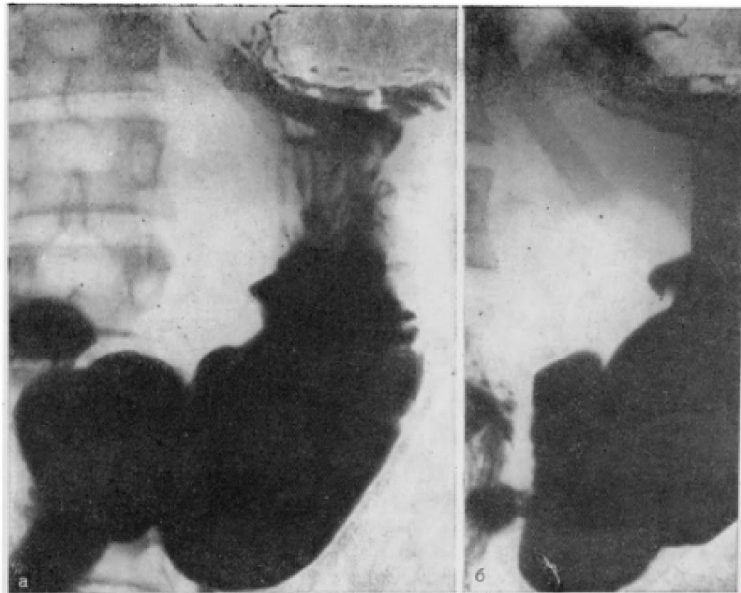
Тип IV: Проксимальные гастроэзофагальные язвы.

Тип V: Может наблюдаться во всех отделах желудка. Связана с хроническим приемом НПВП.

ДИАГНОСТИКА.



Рентгенограмма 5 Множественные язвы тела желудка. На обзорной рентгенограмме желудка выявляется два язвенных кратера, из которых верхний имеет округлую, а нижний - конусовидную форму. После лечения (б) на месте верхней язвы прослеживается лишь небольшая неровность контуров стенки, нижняя же язва ещё выявляется.



Рентгенограмма

3 Язва желудка. На обзорной рентгенограмме (а) по малой кривизне тела желудка определяется язвенная ниша, имеющие конусовидную форму и чёткие контуры. На рентгенограмме (б), выполненной при дозированной компрессии, хорошо видна поперечная полоска просветления у оси язвенного кратера (линия Хемптона)

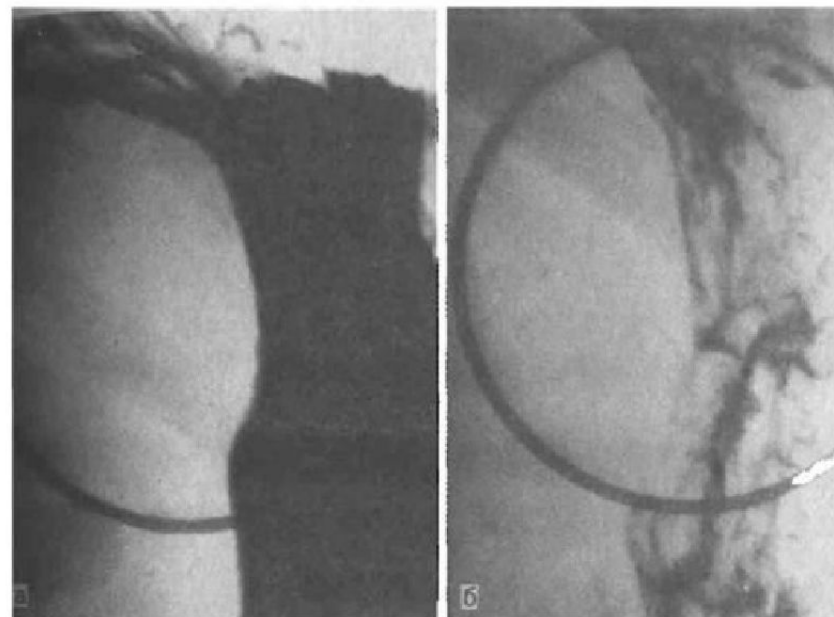


Рис. 45. Маленькая язва на малой кривизне тела желудка

а — ниша на контуре (контурная ниша), б — ниша на рельефе (рельефная ниша)

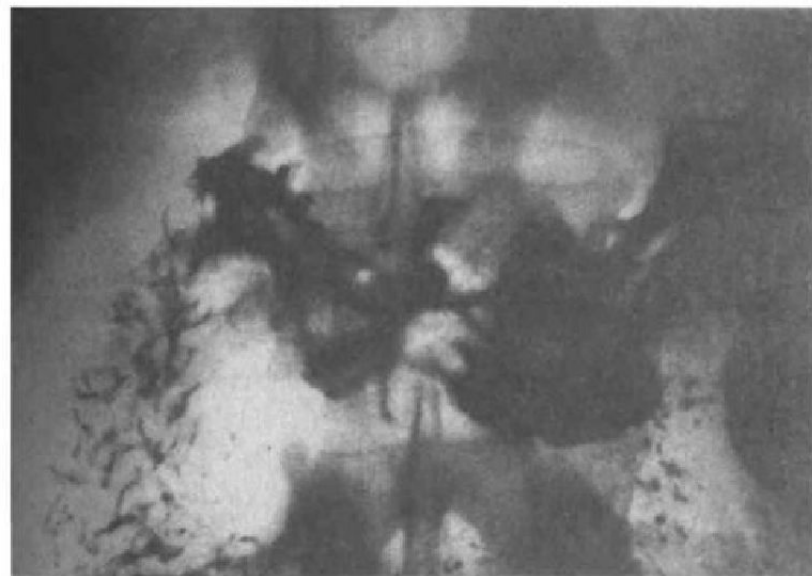
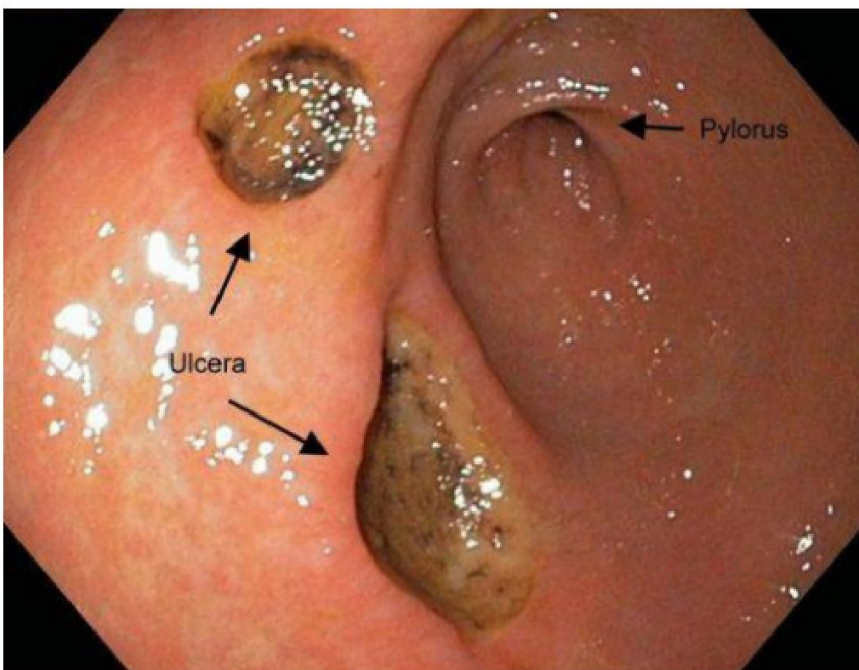
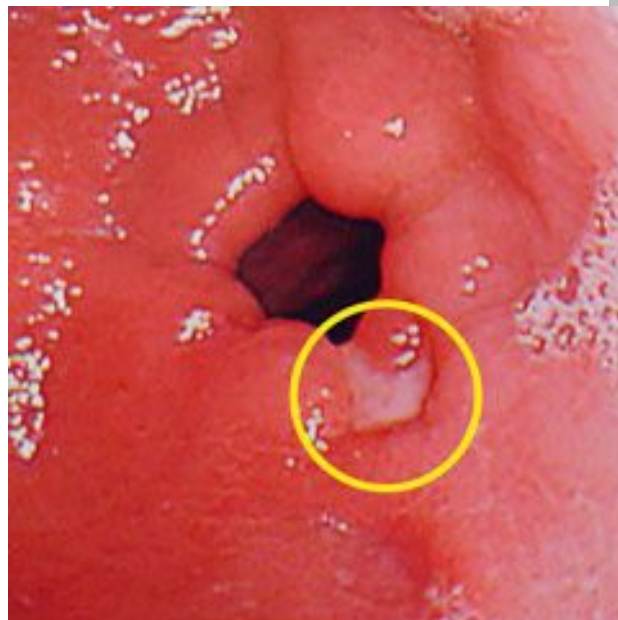


Рис. 46. Прицельная рентгенограмма с компрессией антрального отдела желудка. Рельефная ниша при язвенной болезни.

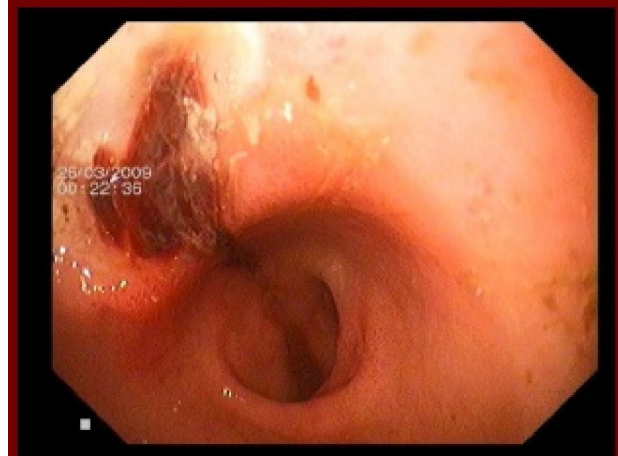
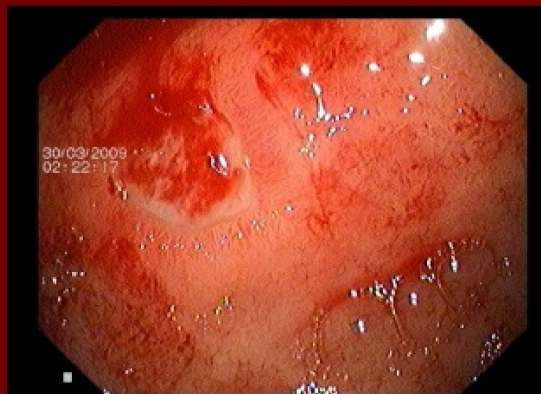


Две язвы желудка видны на эндоскопии.



Острая язва
антрального отдела

Острая язва тела
желудка



Обязательные инструментальные исследования

1. ФЭГДС. При локализации язвы в желудке - взятие 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы с их гистологическим исследованием с целью исключения рака ;

2.УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря.

3.Определение инфицированности *Helicobacter pylori* эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом;

Дополнительные лабораторные исследования:

определение уровня сывороточного гастрина.

Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям)

1.внутрижелудочная рН-метрия;

2.эндоскопическая ультрасонография;

3.рентгенологическое исследование желудка;

4.компьютерная томография.

Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения:

Фаза обострения:

I стадия - острая язва. На фоне выраженных воспалительных изменений СОЖ и ДПК - дефект (дефекты) округлой формы, окруженные воспалительным валом; выраженный отек. Дно язвы с наложением фибрина.

II стадия - начало эпителизации. Уменьшается гиперемия, сглаживается воспалительный вал, края дефекта становятся неровными, дно язвы начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве.

Фаза неполной ремиссии:

III стадия - заживление язвы. На месте репарации - остатки грануляций, рубцы красного цвета разнообразной формы, с деформацией или без нее. Сохраняются признаки активности гастродуоденита.

Ремиссия:

Полная эпителизация язвенного дефекта (или "спокойный" рубец), отсутствуют признаки сопутствующего гастродуоденита.

Контрастное рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ также позволяет выявить язвенный дефект, однако по чувствительности и специфичности рентгенологический метод уступает эндоскопическому.

Внутрижелудочная рН-метрия. При язвенной болезни наиболее часто обнаруживают повышенную либо сохранённую кислотообразующую функцию желудка.

ЛИФФ ДИАГНОЗ

Типы язв	Причины	Клинические проявления
<i>Стрессовые</i> (вследствие ишемии слизистой оболочки) Локализация в желудке	Психоэмоциональная или физическая травма, в том числе черепно-мозговая (язвы Кушинга), при ожогах (язвы Курлинга), шоке, обморожениях и т.д.	Болевой синдром чаще отсутствует, первым признаком является остро возникшее кровотечение, реже - перфорация.
<i>Медикаментозные</i> (вследствие нарушения выработки простагландинов и слизи, снижения темпов регенерации)	Терапия НПВП, кортикостероидами, цитостатиками и др.	Чаще протекают бессимптомно, проявляются внезапно возникшим кровотечением. Иногда сопровождаются изжогой, болями в эпигастрии, тошнотой
<i>Эндокринные</i>	Сахарный диабет (изменяются сосуды подслизистого слоя по типу микроангиопатии, снижается уровень трофических процессов) <i>Синдром Золлингера-Эллисона</i> (выявляется выраженная гиперацидность, повышение гастрина в сыворотке крови) <i>Гиперпаратиреоз</i>	Локализуются в желудке, малосимптомны, иногда осложняются кровотечением. крайне тяжёлое течение, множественная локализация язв, упорная диарея. Локализация чаще в ДПК, тяжёлое течение с частыми рецидивами и склонностью к кровотечению и перфорации, характерны признаки повышенной функции паращитовидных желёз: мышечная слабость, боли в костях, чувство жажды, полиурия.
<i>Гепатогенные</i> (нарушение кровотока в воротной вене, нарушение инактивации гистамина в печени, трофические и микроциркуляторные расстройства)	Цирроз печени, хронический гепатит	Локализуются чаще в желудке, реже в ДПК. Клиническая картина обычно стерта и атипична, язвы плохо поддаются терапии, отличаются торпидностью течения
<i>Панкреатогенные</i> (нарушение поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном увеличении высвобождения кининов, гастрина)	Панкреатит	Локализуются обычно в ДПК. Для язв характерен выраженный болевой синдром, связь с приемом пищи. Течение язвенного процесса упорное, но осложнения наблюдаются редко.
<i>Гипоксические</i> (длительная гипоксия желудка)	Хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы	Выраженная клиническая симптоматика, склонность к кровотечению

▶ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с обострением хронического гастрита, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, обострением хронического холецистита, панкреатита, раком желудка, раком поджелудочной железы, симптоматическими язвами.

- ➔ При хроническом НР-ассоциированном гастрите болевой синдром имеет язвенноподобный характер, при аутоиммунном отмечается тяжесть в эпигастрии, отрыжка, тошнота, изжога. Окончательная диагностика осуществляется при эндоскопии.
- ➔ Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сопровождается болями в эпигастрии, но в отличие от язвенной болезни болевой синдром связан с положением тела: боли усиливаются после приема пищи в положении лежа. Подтверждает диагноз рентгенологическое исследование.
- ➔ При хроническом холецистите боли локализуются в правом подреберье, часто имеют иррадиацию в правую лопатку, плечо. Могут быть тошнота, запоры, метеоризм. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, в точке желчного пузыря, положительный френникус-симптом. Диагноз подтверждается данными ультразвукового исследования брюшной полости и эндоскопической ретроградной холепанкреатографией.
- ➔ При обострении хронического панкреатита боли локализуются в левом подреберье, часто носят опоясывающий характер. Диагноз подтверждается результатами биохимического исследования крови на ферменты поджелудочной железы, кала на перевариваемость, ультразвукового исследования и компьютерной томографией.
- ➔ Для рака желудка характерен средний и старший возраст пациента. В начале болезни боль бывает чаще тупой, утрачивается связь с приемом пищи. Кроме того, могут быть жалобы на снижение и извращение аппетита, тошноту, рвоту, общую слабость. Диагноз подтверждается данными эндоскопии с биопсией.

Лечение.

Лечение.

Консервативное

А) ассоц. с *H. Pylori*

По последним рекомендациям IV Маастрихтского соглашения (2010 г.), ESPGHAN and NASPGHAN (2011 г.) в качестве терапии первой линии, если резистентность к кларитромицину не превышает 15-20%, может быть использована стандартная тройная терапия:

ИПП (эзомепразол, рабепразол, омепразол) 1-2 мг/кг/сут + амоксициллин 50 мг/кг/сут + кларитромицин 20 мг/кг/сут

или

ИПП + кларитромицин + метронидазол 20 мг/кг/сут.

Продолжительность терапии 10-14 дней.

С целью повышения приемлемости терапии возможно использование т.н. «последовательной» схемы, при которой ИПП назначается на 14 дней, а антибиотики последовательно по 7 дней каждый.

Стандартная квадротерапия второй линии с препаратом висмута: ИПП+метронидазол+ тетрациклин + висмута субцитрат 8 мг/кг/сут - 7-14 дней

Б) не ассоц. с *H. Pylori*

1. Ингибиторы протонного насоса: эзомепразол, омепразол, рабепразол, которые назначаются в дозе 1-2 мг/кг/сут. Продолжительность курса ИПП 4 недели по ЯДЖ, 8 недель по ЯБДПК.

2. H₂-блокаторы

3. Антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) применяются в комплексной терапии с симптоматической целью для купирования диспепсических жалоб. Для усиления цитопротекции назначается висмута субцитрат 8 мг/кг/сут до 2-4 недели. При нарушениях моторики ЖКТ назначаются прокинетики, спазмолитики по показаниям.

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 нед., при дуоденальной язве — через 4 нед

Оперативное.

Показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются недостаточная эффективность консервативной терапии и развитие осложнений. Операцией выбора для плановой хирургии желудочных язв является резекция 2/3 желудка по Бильрот-I. При локализации язвы в пилорическом отделе альтернативным методом хирургического лечения может быть ваготомия или экономная резекция (антрумэктомия, гемигастрэктомия) в сочетании с ваготомией. Высокие желудочные (субкардиальные и кардиальные) язвы требуют выполнения проксимальной резекции желудка или гастрэктомии

ОСЛОЖНЕНИЯ.

1. Малигнизация - это процесс перерождения язвы в рак, которому подвергаются только желудочные язвы. К клиническим признакам малигнизации относятся:

- потеря связи болей с едой, которые приобретают постоянный характер;
- снижение интенсивности, а иногда полное исчезновение болевого синдрома;
- потеря аппетита и веса;
- анемия, увеличение СОЭ;
- снижение желудочной секреции вплоть до ахлоргидрии.

Повышенную склонность к малигнизации имеют язвы больших размеров, каллёзные язвы, а также язвы, расположенные в кардиальном отделе желудка и на большой кривизне. Рак может развиваться даже на месте рубца, оставшегося после заживления язвы.

Современные методы диагностики позволили значительно сократить число операций, проводимых ранее из-за подозрения на малигнизацию желудочных язв. При гистологическом подтверждении перерождения язвы резекцию желудка с соблюдением онкологических принципов.

Каллезная язва



- Язва с плотными краями и дном вследствие интенсивного развития рубцовой ткани

Кровотечение из желудочных язв встречается в 4-5 раз реже, чем из дуоденальных. При неэффективности гемостатической терапии, эндоскопических манипуляций проводится оперативное вмешательство. При подозрении на малигнизацию кровоточащей язвы у больных с малой степенью операционного риска показана резекция желудка. Желудочное кровотечение у больных с высокой степенью операционного риска может быть остановлено менее травматичным способом - прошиванием кровоточащей язвы через гастротомический доступ и перевязкой левой желудочной артерии в сочетании с ваготомией и дренирующей операцией (пилоропластика или гастроеюностомия).

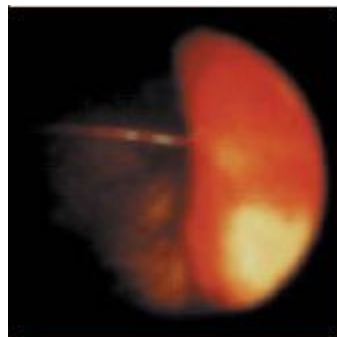
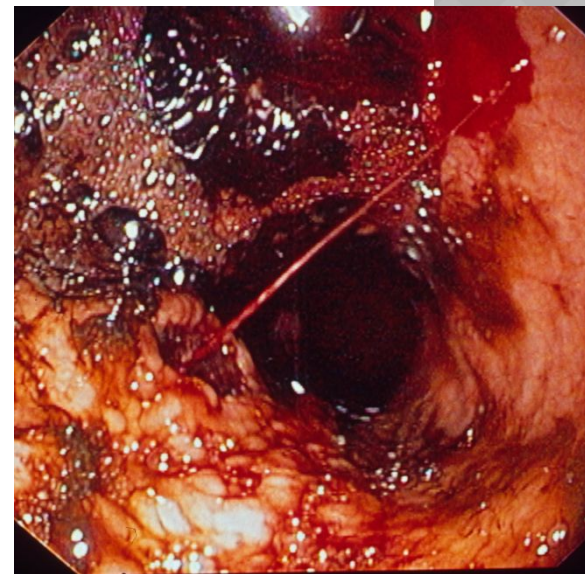


Рис. 1. Артериальное кровотечение из язвы желудка (тип Forrest I a)

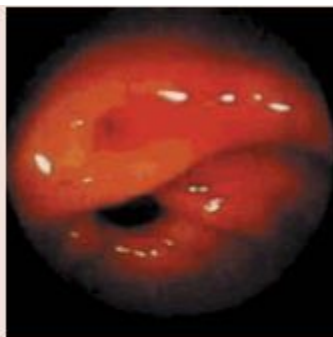
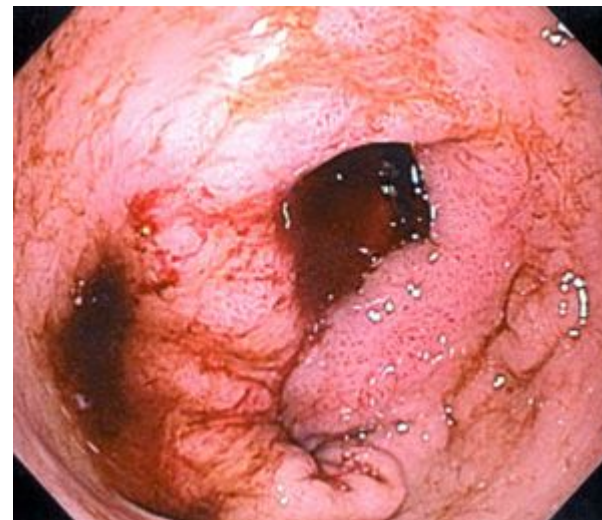


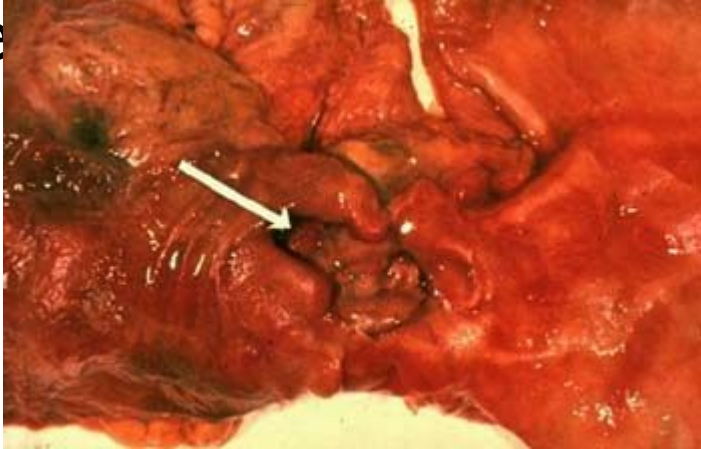
Рис. 2. Кровотечение из язвы пилорического отдела с медленным выделением крови (тип Forrest I b)





Остановка желудочно-кишечного кровотечения из язвы луковицы 12-перстной кишки с помощью эндоскопа.

Пенетрация желудочной язвы чаще всего происходит в малый сальник или тело поджелудочной железы. При пенетрации в малый сальник боль из эпигастральной области распространяется в правое подреберье. При пенетрации в сторону диафрагмы боль иррадирует в за груди́нное пространство, шею, плечо, под лопатку, нередко имитируя стенокардию. Наличие этого осложнения определяется показанием к реваго-



Пенетрация дуоденальной язвы



Макропрепарат «Хроническая язва желудка». Хроническая язва с пенетрацией в поджелудочную железу.

Перфорация язв желудка - крайне редкое осложнение язвенной болезни. Эти язвы, как правило, локализуются в антральном отделе желудка, непосредственно у привратника. Поэтому тактика хирургического лечения перфоративных язв желудка соответствует тактике при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки.

Смертность при перфорации язвы желудка примерно в 3 раза выше, чем при перфорации дуоденальной язвы, возможно, из-за более пожилого возраста больных и запоздало

