

# **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**



# Язвенная болезнь-

- Распространенное хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной зоны, характеризующееся потерей участка слизистой и подслизистой оболочки, т.е. наличием язвенного дефекта



**Язвенная болезнь (ЯБ)**- хроническое и рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой других органов системы пищеварения, развитию осложнений, угрожающих жизни больного

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

## **КОДЫ ПО МКБ-10**

**Язва желудка - K25**

**Язва двенадцатиперстной кишки - K26**

# Факторы агрессии:

- *H.pylori*
- Повышенное образование HCl и пепсина, связанные с гиперваготонией, гипергастринемией.
- Желчные кислоты, изолецитины
- Моторные нарушения (нерегулярность эвакуации содержимого желудка, стаз химуса)

# Факторы защиты:

- нормальный кровоток через слизистую оболочку
- секреция слизи и панкреатического сока
- регенерация покровного эпителия
- локальный синтез простагландинов, оказывающих цитопротекторный эффект, благодаря стимуляции образования слизи.

# Язвенная болезнь

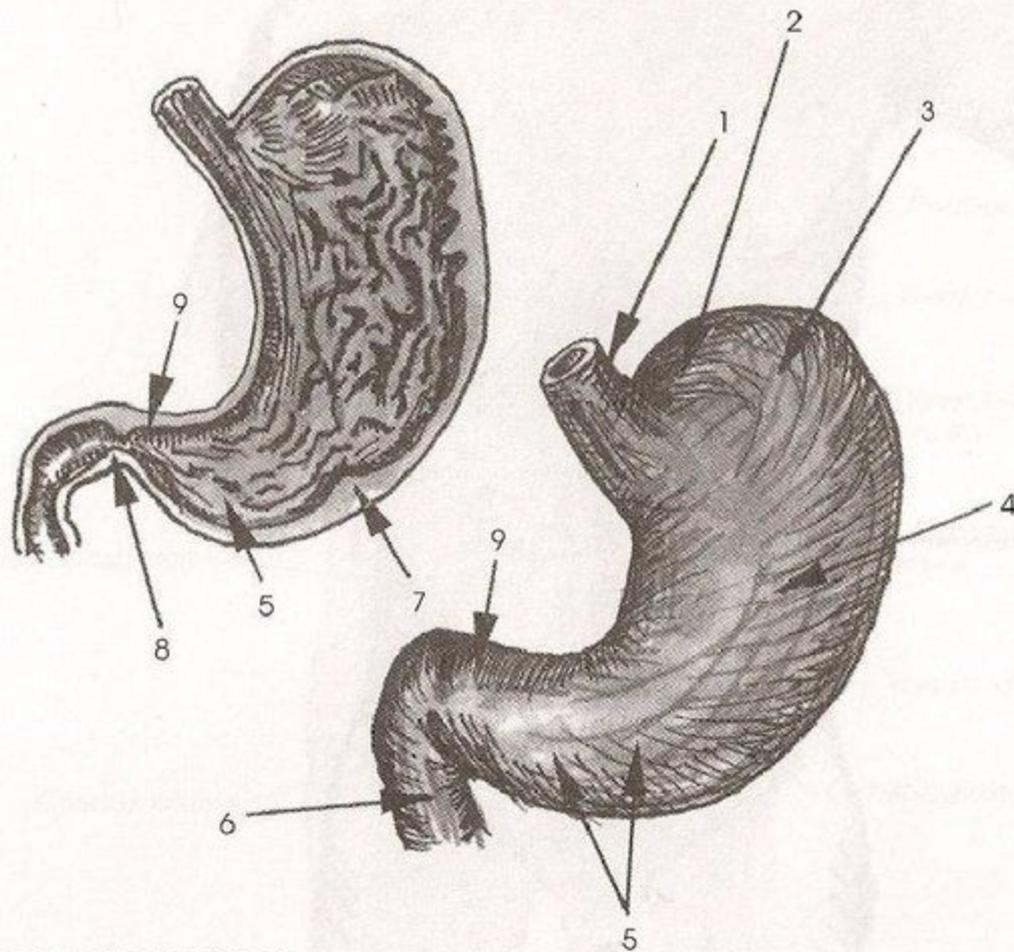
Желудок

Язва 12-перстной кишки



Язва желудка

Тонкий кишечник



Желудок, вид спереди:

**1 – пищевод;**

**2 - кардиальная часть желудка;**

**3 – дно желудка;**

**4 – тело желудка;**

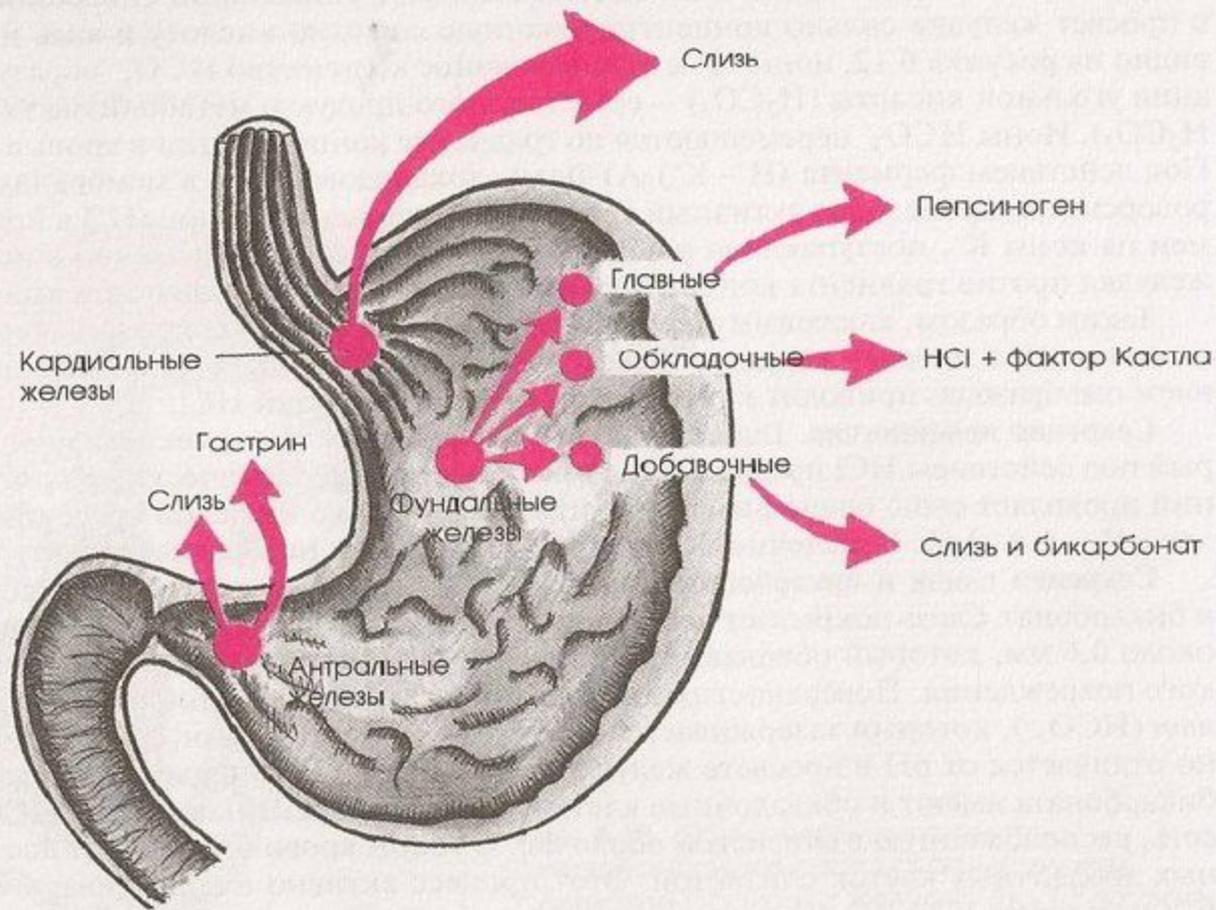
**5 – антральный отдел привратника;**

**6 – двенадцатиперстная кишка;**

**7 – препилорический сфинктер;**

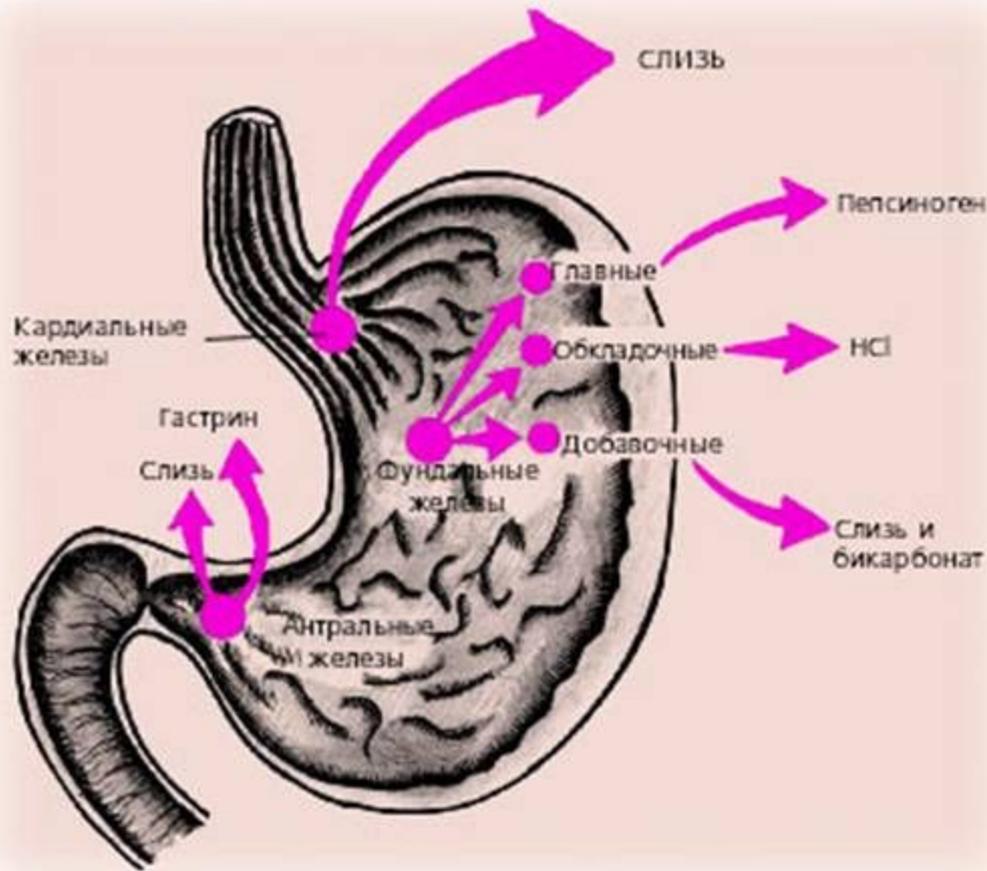
**8 – сфинктер привратника;**

**9 – канал привратника.**



## ЖЕЛЕЗЫ ЖЕЛУДКА И ИХ ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ

1. **Кардиальные** – слизистый секрет
2. **Фундаментальные:** а) главные – пепсиноген;  
б) париетальные (обкладочные) – HCl + фактор Кастла;  
в) добавочные – слизь и бикарбонат



**Сложно скоординированные движения и сокращения стенки желудка измельчают твердые компоненты пищи до частичек размером менее 0,25 мм.**

**Когда мы едим наспех и заглатываем пищу недостаточно прожеванной, перетирает все это слизистая оболочка желудка.**

**В сутки железы слизистой оболочки выделяют 2-3 литра желудочного сока. Он содержит прежде всего соляную кислоту и фермент пепсиноген. Пепсиноген под влиянием соляной кислоты в полости желудка превращается в активную форму – пепсин.**

## В течении язвенной болезни в последние годы отмечаются 2 положительные тенденции



- 1) Снижение заболеваемости язвенной болезнью с 10-15% до 5-7%
- 2) Уменьшение числа рецидивов язвенной болезни с 30-80% в течение первого года после лечения и рубцевания, наблюдаемое в «доантихеликобактерную» эру, до 10%-в последние годы в случае успешной эрадикации Н.Р.

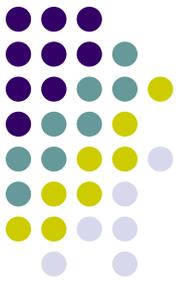
Уменьшение рецидивов Я.Б.свидетельствует о качестве лечения и позволяет на сегодня ставить задачу излечения ,т.е.избавления человечества от данного страдания.

Задача излечения от язвенной болезни –это наша терапевтическая задача ,ибо хирургическое лечение применяется только в случаях осложненного течения язвенной болезни.

Различают язвенную болезнь желудка *K-25*

Язвенную болезнь ДПК *K-26*

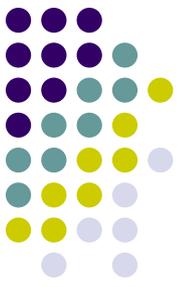
Язву анастомоза *K-28*



В основе патогенеза ЯБ лежит дисбаланс между двумя группами факторов:

- 1). Кислотно-пептическая агрессия
- 2). Слабость цитопротекции

Фоном для действия этих факторов является хроническое воспаление желудка (гастрит) или воспаление ДПК (дуоденит)



Кислотно-пептическая агрессия – продукция  
Желудочного сока с высоким уровнем  
HCl и высокой протеолитической активностью  
(повышенная продукция пепсиногена-I)

Повышение уровня HCl обусловлено:

1. Увеличением массы обкладочных клеток
2. Чрезмерной нейрогуморальной стимуляцией париетальной клетки:
  - а) активная неврогенная стимуляция – вагусная (активация ацетилхолиновых рецепторов)
  - б) эндокринная стимуляция (избыточная продукция гормона гастрин в G-клетках антрального отдела желудка (Г-17) и D-клетках островков Лангерганса (Г-34))
  - в) гуморальная стимуляция гистамином H<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов (активация аденилатциклазы, увеличение уровня цАМФ и АТФ)

Возбуждение протоновой помпы (H<sup>+</sup> + K<sup>+</sup> АТФаза), активация насоса, направляющего H<sup>+</sup> в микроканальцы для соединения с ионами хлора

К агрессивным факторам относятся желчь и панкреатический сок, заброшенные в желудок, образование лизолецитина

# Цитопротекция обусловлена тремя уровнями (слоями) защиты:



1. Предэпителиальный (защитная слизь или муцин – сульфатированные полисахариды). Муцин связывает HCl и адсорбирует пепсин. Вторым компонентом является нормальная продукция бикарбонатов в выходном отделе желудка, ДПК, эпителии протоков поджелудочной железы и желчных протоков
2. Эпителиальный уровень (наличие специальных белково-липидных комплексов в апикальной мембране гастро- и дуоденоцитов (простагландинов))
3. Состояние кровоснабжения и нервной трофики

# Этиология язвенной болезни



- 1) Инфекционный фактор** – *Helikobakter pylori* (H.P), ассоциированность с которым язвенной болезни ДПК 90-100%, а язвы желудка – 50-60%.
- 2) Наследственная предрасположенность** высокая частота ЯБ у однояйцевых близнецов, обнаружение в крови повышенного уровня HLA антигенов ( B5, B12, B14, B15, BW35), увеличенное количество париетальных клеток в 1,8 раза, увеличение гистамин продуцирующих клеток в 3 раза, увеличение пепсиногена 1 и др.
- 3) Длительный прием НПВП**, способствующих изъязвлению путем подавления синтеза простагландинов (одного из факторов защиты слизистой оболочки) через снижение синтеза фермента циклооксигеназы
- 4) Дуоденогастральный рефлюкс** .  
Наиболее часто развивается после резекции желудка или при наличии дуоденостаза, при котором происходит повреждение антрального отдела желудка желчью, панкреатическими ферментами и лизолецитином.
- 5) Реже в генезе язвенной болезни имеет место ишемический фактор** , а также развитие опухоли из гастринпродуцирующих клеток желудка или поджелудочной железы - гастриномы.

**Helikobacter pylori,играющий основную роль в  
ульцерогенезе ,был открыт в 1983г.австралийскими  
учеными Маршаллом и Уорреном, которые выделили его  
из биоптата слизистой антрального отдела желудка.**



**Барри Маршалл выпил культуру микроба и заболел  
хеликобактерным гастритом ,от которого излечился  
антибиотиками и Де-Нолом, а в 2005г.их открытие было  
отмечено Нобелевской премией.**

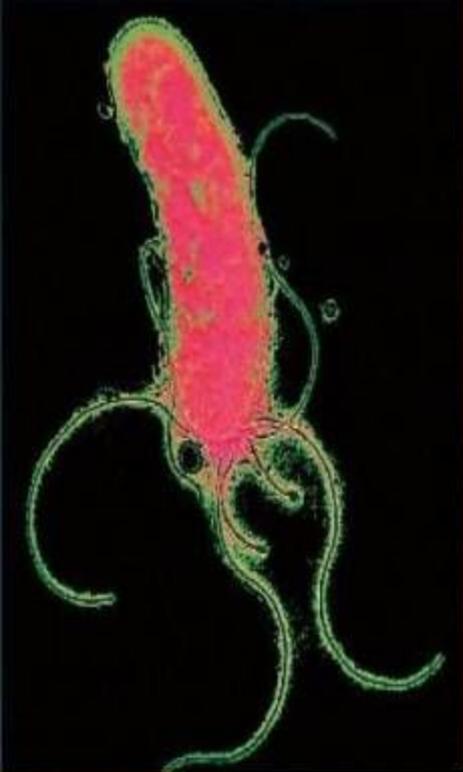
## **Helicobacter pylori**

Во второй половине XX века был выявлен ранее неизвестный фактор, которому сегодня отводят одно из первых мест в этиологии хронического гастрита.

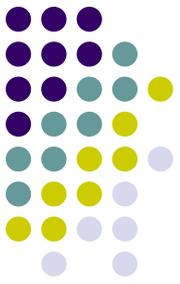
*Helicobacter pylori* — спиралевидная грамтрицательная бактерия, которая инфицирует различные области желудка и двенадцатиперстной кишки.

Успешный опыт с самозаражением одного из первооткрывателей роли *Helicobacter pylori* в развитии болезней желудка и двенадцатиперстной кишки — Барри Маршалла и группы добровольцев послужил убедительным доказательством этой теории. В 2005 году Барри Маршалл и его коллега Робин Уоррен за своё открытие были удостоены Нобелевской премии по медицине.

Однако у большинства (до 90 %) инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживается никаких симптомов заболеваний. Не каждый хронический гастрит в своей основе имеет бактериальную причину.



**В 1987г.** была учреждена Европейская группа по хеликобактериозу и начались эпидемиологические исследования хеликобактерной инфекции. Была выявлена связь Н.Р. не только с язвенной болезнью, но и с хроническим атрофическим гастритом, мальтомой и раком желудка. Патологические эффекты, вызываемые Н.Р. связаны с влиянием на слизистую ферментов им выделяемых: уреазы, протеазы, вакуолизирующего цитоплазму клеток токсина, которые разжижают защитную слизь и обуславливают дистрофию и деструкцию тканей. Н.Р. уменьшает синтез эпидермального фактора роста и запускает апоптоз.



# Существует 2 пути попадания микроба в организм:



1. Орально-фекальный (болезнь грязных рук); в этой связи заражение нередко происходит в детстве и потому о НР говорят, что это педиатрическая инфекция с гериатрическими последствиями
2. Орально-оральный; заражение обусловлено инструментальными методами исследования: ФГДС, РН-метрия, дуоденальное зондирование.

# Методы диагностики хеликобактера



- 1. Морфологический (окраска бактерий в гистологическом препарате по Гимзе толуидиновым синим и др.)
- 2. Бактериологический (посев биоптата на селективные среды)
- 3. Уреазный (окрашивание диагностического раствора при помещении биоптата, содержащего хеликобактер и его уреазу)
- 4. Дыхательный тест (определение в выдыхаемом воздухе изотопов C14 и после употребления мочевины, меченой этим изотопом)
- 5. Хеликтест
- 6. ИФА-метод – определение антител к хеликобактеру
- 7. Определение антигенов НР в фекалиях
- 8. ПЦР диагностика (гетерогенность НР: Ген Vac A, Ген sag-A, Ген ice-A. Возможность наличия нескольких штаммов НР у одного пациента)

# Клиника ЯБ



- **Болевой синдром**  
Редкость обострения ЯБ в летнее время объясняется увеличением выработки мелатонина
- **Диспептический синдром**  
Редкость симптома рвоты
- **Невротический синдром**

# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания

## 1. Болевой синдром

- Локализация в эпигастрии, возможна иррадиация в спину, подреберья, грудную клетку
- Связь с характером и временем приема пищи
- Сезонная периодичность
- Локальная (точечная) болезненность при пальпации в эпигастральной области

## 2. Диспептический синдром

- Изжога
- Отрыжка
- Тошнота
- Рвота, приносящая облегчение
- Возможны нарушения стула

# **ЯБ.** Клиническая картина, течение заболевания

3. **Неврастенический синдром**
  - Раздражительность
  - Расстройство сна
  - Потливость
  - ипохондрия
4. **Синдром нарушения общего состояния**
  - Утомляемость
  - Слабость
  - Нарушение аппетита
  - Потеря массы
5. **Синдром нарушения функций других органов**
  - Поджелудочной железы
  - Печени
  - Желчного пузыря
  - Кишечника
  - Сердечно-сосудистой системы

# Боль

Необходимо выяснить

- характер,
- периодичность,
- время возникновения и
- исчезновения болей,
- связь с приемом пищи.

- Боли при язвенной болезни характеризуются периодичностью,
- имеющей следующие особенности.
- 1) Суточная периодичность — усиление болей во вторую
- половину дня, поэтому пациенты стараются не уж и нать.
- 2) Сезонная периодичность — усиление болей в осен-
- не-'зимние и весенние месяцы.
- 3) Периоды болей сменяются безболевыми периодами,
- продолжительность которых колеблется от нескольких
- месяцев до нескольких лет.
- У некоторых пациентов болевой синдром может отсутствовать.
- Это так называемые «немые», или скрыто протекающие,
- язвы, которые выявляются в период осложнений.

## Боль зависит от локализации процесса:

При язве пилорического отдела желудка и 12ПК- **поздняя боль** (через 1,5-2 ч после приема пищи), **ночная боль, голодная.**

При локализации дефекта в теле и кардиальном отделе желудка возникает **ранняя боль** (через 0,5 -1 час после приема пищи), она прекращается после опорожнения желудка (1-2 часа).

# Клиника язвенной болезни желудка

1. Боли в эпигастрии различной интенсивности.
2. При язвах кардиального отдела боли за грудиной; возникают сразу после приёма пищи, могут иррадиировать в левое плечо.
3. При язве в малой кривизне боли возникают в течение часа после приёма пищи.
4. При язве антрального и пилорического отделов боли возникают через 1,0 – 1,5 часа после приёма пищи (поздние боли)
5. При язве рвота приносит облегчение.

# Клиника язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

1. Боли возникают через 1,5 – 2 часа после еды (поздние боли) или натощак, т. е. голодные и ночные боли.
2. Типично стихание боли после приёма пищи или щёлочей.
3. Рвота возникает на высоте боли и приносит облегчение.
4. Изжога, отрыжка кислым после приёма пищи
5. Характерны запоры.
6. Повышение аппетита.

# ЯБ. Клиническая картина, течение заболевания. Диагностика

■ Жалобы

Гипотеза диагноза

■ Анамнез  
■ Осмотр  
■ Лабораторные данные  
■ Клин. дифференц.  
диагностика

Подтверждение гипотезы

■ Рентгенолог. исследование

Утверждение диагноза

■ ФГДС с биопсией

# Дифференциально-диагностические критерии язвенной болезни и симптоматических гастродуоденальных язв.

Основные критерии диагностики	ЯБ	Симптоматические язвы
Возраст	Преимущественно молодой и средний	Чаще пожилой и старческий
Пол	Чаще встречается у мужчин	Примерно с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин
Наследственная предрасположенность	Выявляется часто	Не характерна
Клиническая картина	В большинстве случаев типичная с выраженной симптоматикой	Нередко малосимптомная, часто маскируется симптомами другого (основного) заболевания
Длительность язвенного анамнеза	Как правило, несколько лет	Длительный язвенный анамнез отсутствует; нередко острое начало
Наличие предшествующих заболеваний	Не характерно; могут встречаться лишь случайные сочетания язвенной болезни с другими заболеваниями	Язвенный процесс нередко развивается на фоне другого (основного) заболевания (обширных ожогов, инфаркта миокарда, легочно-сердечной недостаточности, цирроза печени гиперпаратиреоза и др.) или заболеваний, по поводу которых проводилась длительная терапия противовоспалительными, в т.ч. стероидными, препаратами (ревматоидный артрит) и рядом других ulcerогенных лекарственных средств (например, резерпином)

# Суть язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Это хронические рецидивирующие заболевания, склонные к прогрессированию и проявляющиеся нарушениями слизистого и подслизистого слоёв желудка и двенадцатиперстной кишки.



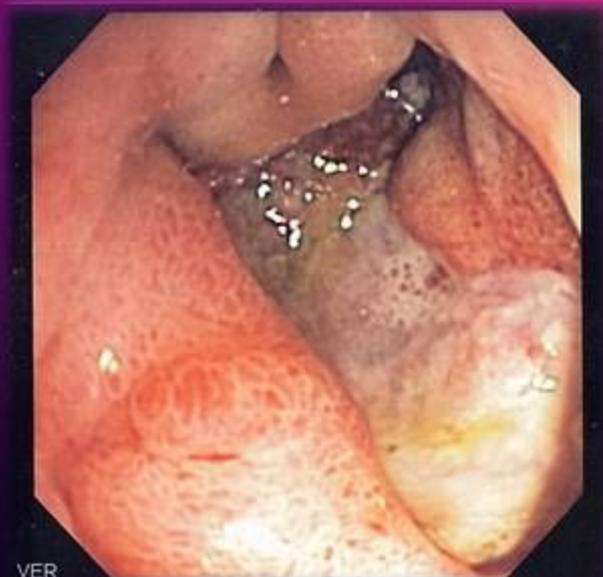
# ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- 1) стресс
- 2) генетическая предрасположенность, стойко повышенная кислотность желудочного сока
- 3) наличие хронического гастрита, дуоденита
- 4) нарушение режима питания
- 5) курение
- 6) употребление крепких алкогольных напитков, медикаменты

## Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

- это периодически рецидивирующее заболевание с образованием язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и (или) 12-перстной кишки **в период нарушения равновесия между факторами агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки.**

Язва заживает с образованием рубца.



# Классификация

## По этиологии:

- ❑ Ассоциированная с *Helicobacter pylori*.
- ❑ Неассоциированная с *Helicobacter pylori*.

## По локализации:

- ❑ Язвы желудка
- ❑ Язвы двенадцатипёрстной кишки
- ❑ Сочетанные язвы желудка и двенадцатипёрстной кишки

# Классификация

## По количеству язв:

- ❑ Одиночные
- ❑ Множественные

## По размеру (диаметру) язв:

- ❑ Малые: до 0,5 см.
- ❑ Средние: 0,5-1 см.
- ❑ Большие: 1,1-2,9 см.
- ❑ Гигантские:  
для язв желудка 3 см и более,  
для язв двенадцатипёрстной кишки 2 см и более

# Классификация

## По уровню желудочной секреции:

- ❑ С повышенной секрецией
- ❑ С нормальной секрецией
- ❑ С пониженной секрецией

## По стадии заболевания:

- ❑ Обострение
- ❑ Ремиссия

## По наличию осложнений:

- ❑ Возможные осложнения:
  - кровоотечение,
  - пенетрация,
  - перфорация,
  - стенозирование
  - малигнизация
  - перивисцитит

## 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).

# Диагностика язвенных болезней:

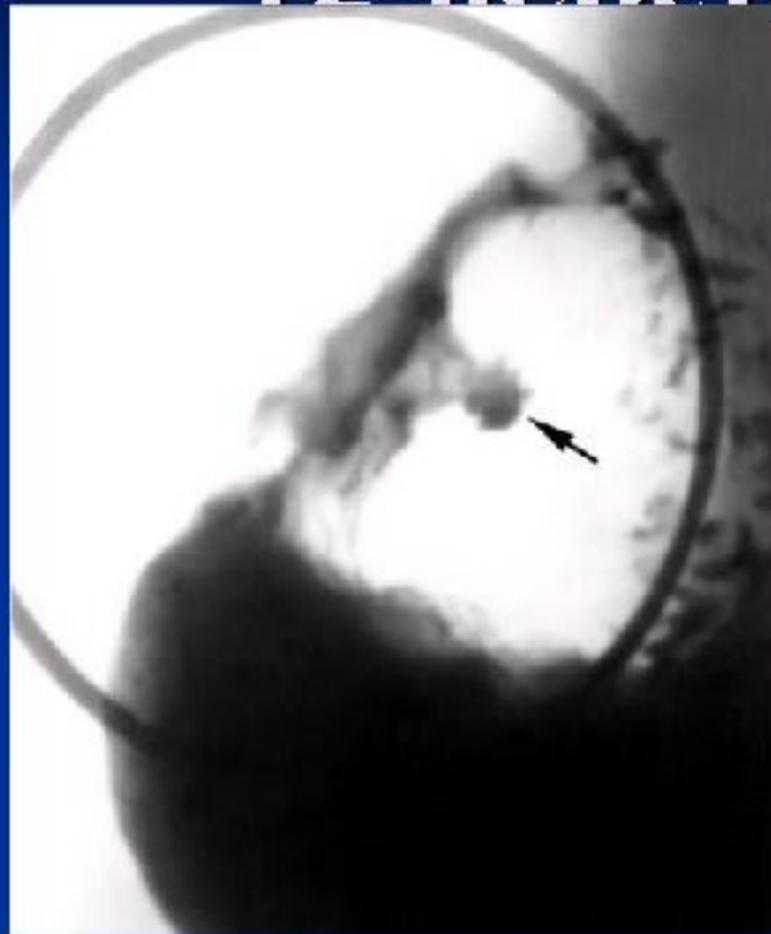
1. Гастродуоденоскопия выявляет язвенные дефекты, их локализацию, глубину, характер, уточняет наличие осложнений и так далее.
2. Рентгенологическое исследование желудка с помощью взвеси сульфата бария.
3. Исследование кала на скрытую кровь.
4. Исследование желудочного сока (большого диагностического значения не имеет).
5. Исследование общих анализов крови и мочи.
6. Уриазные тесты на хеликобактер пилори.

# Рентгенограмма желудка



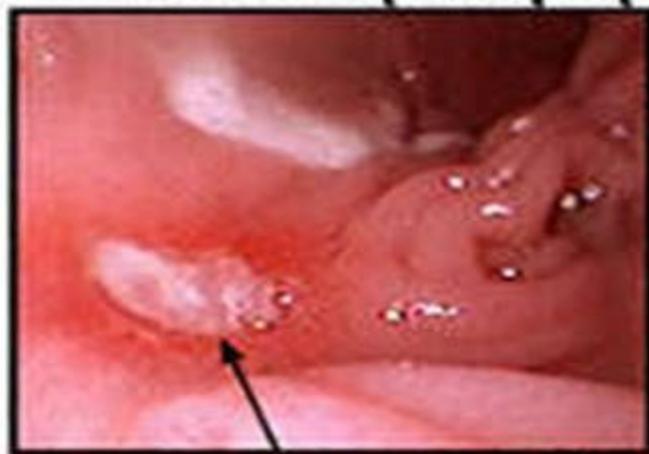
- Прямая проекция при язве малой кривизны, стрелкой указано втяжение большой кривизны желудка, обусловленное локальным спазмом

# Прицельные рентгенограммы луковицы 12-перстной кишки

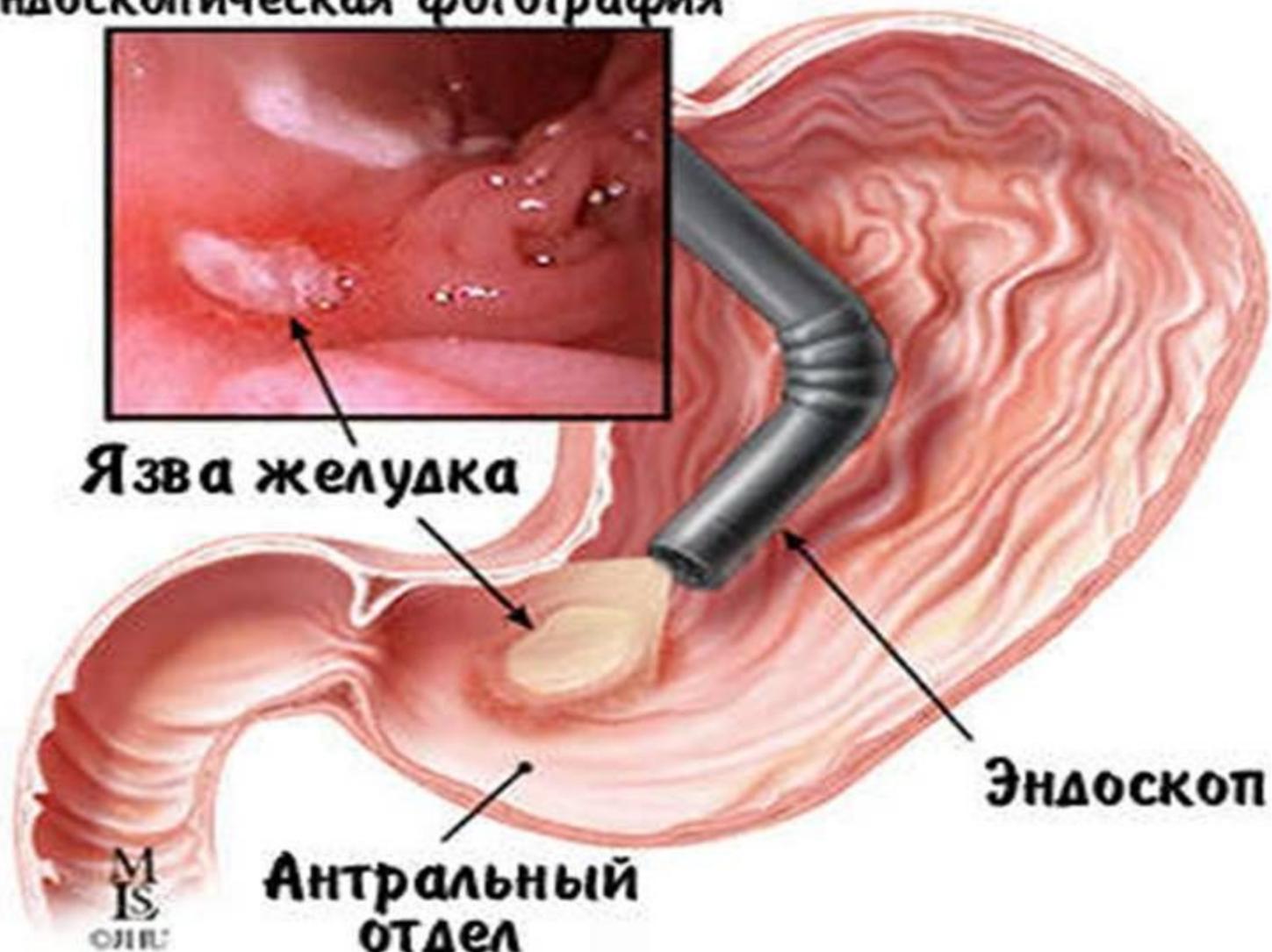


- Профильная, или контурная ниша на задней стенке луковицы (указана стрелкой) с воспалительным валом в виде просветления

## Эндоскопическая фотография



Язва желудка



Эндоскоп

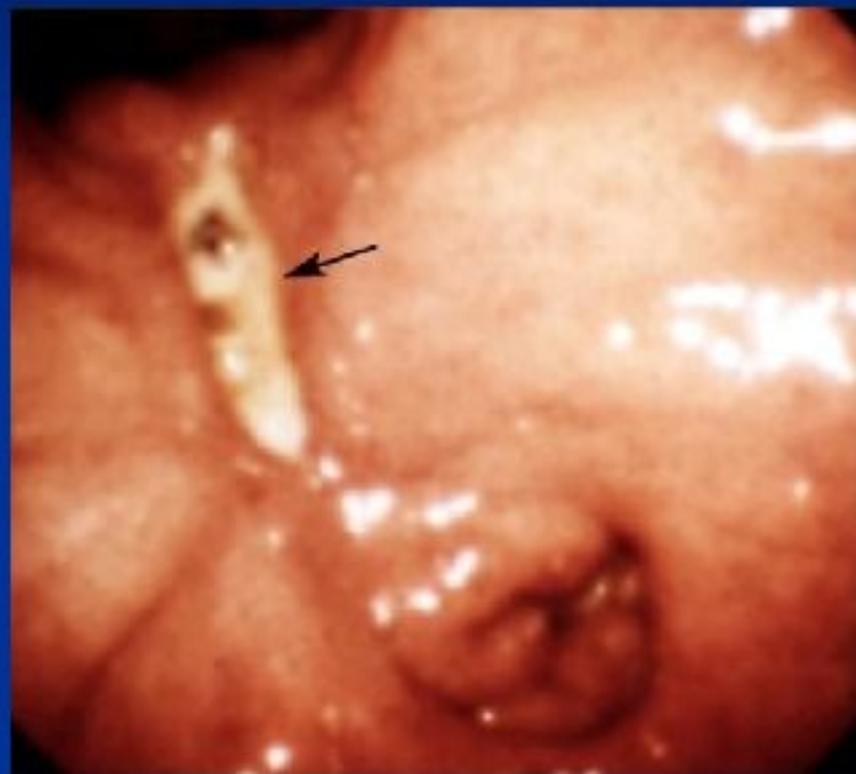
Антральный  
отдел

M  
IS  
ОЛН

Язва желудка (рисунок и эндоскопическая фотография)

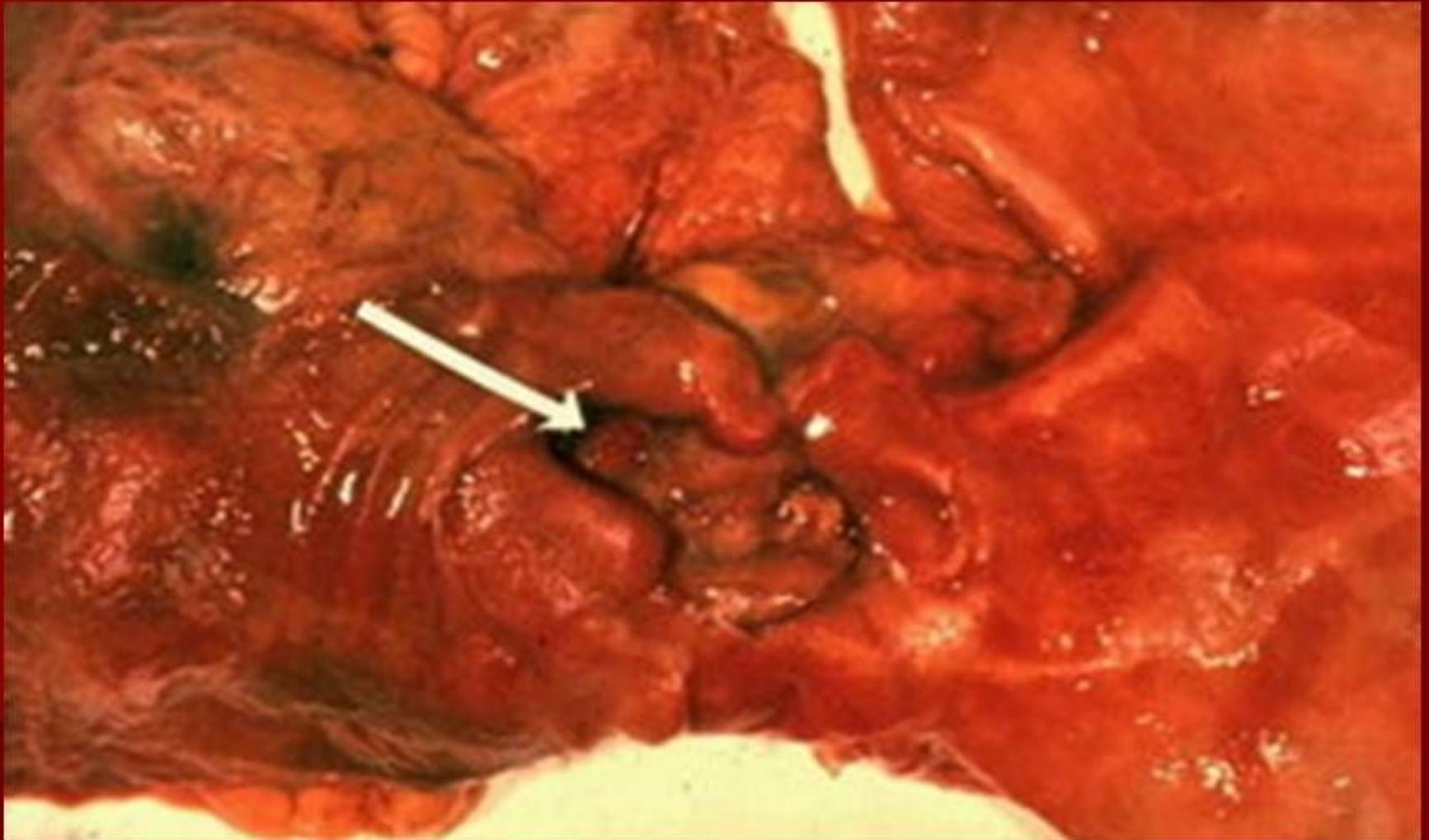
# Эндоскопическая картина желудка

## желудка



- Язва малой кривизны желудка (указана стрелкой) с тенденцией к рубцеванию: видна конвергенция складок слизистой оболочки к краям язвы

# Язва двенадцатиперстной кишки



## Дифференциальный диагноз по болевому синдрому на передней брюшной стенке

- с хроническим гастритом
- с хроническим панкреатитом
- с хроническим холециститом и ЖКБ
- с грыжей белой линии живота
- с хроническим аппендицитом
- с диафрагмальной грыжей
- с опухолью желудка
- язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь 12-перстной кишки между собой

### **Пример формулировки предварительного диагноза:**

- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helico-bacter pylori*, хроническая форма, рецидивирующее течение.

### **Лечение.**

#### **Цели:**

- устранение клинических симптомов заболевания;
- восстановление структурно-функциональных нарушений гастродуоденальной зоны;
- улучшение качества жизни больных.

#### **Задачи:**

- поддержание и восстановление структуры и функций гастро-дуоденальной зоны;
- эрадикация инфекции *H. pylori*;
- подавление повышенной желудочной секреции и/или нейтрализация кислоты в просвете желудка;
- защита слизистой оболочки;
- стимуляция репаративных процессов;
- коррекция состояния нервной системы и психической сферы;
- профилактика рецидивов язвенного процесса.

#### **Основными принципами терапии язвенной болезни являются:**

- воздействие на факторы агрессии и/или защиты;
- этиологическая терапия;
- коррекция медикаментозного лечения с учетом сопутствующих заболеваний;
- учет индивидуальных особенностей больного (возраста, массы тела, переносимости используемых медикаментов, комплаенса).

## Примеры формулировки диагноза

- Нр-позитивная пептическая язва (язвенная болезнь) пилорического отдела желудка с локализацией на задней стенке, 1,0 x 0,9 см, в активной фазе. Хронический антральный гастрит с кишечной метаплазией
- Нр-позитивная рецидивирующая пептическая язва (язвенная болезнь) 12-перстной кишки с локализацией на задней стенке луковицы, 0,6 x 0,8 см, в активной фазе. Хронический антральный гастрит, дуоденит с выраженной желудочной метаплазией

# Оказание помощи при ЯБ.doc

- Оказание медицинской помощи при язвенной болезни желудка и 12-и перстной кишки
- МКБ -X
- К 25 Язва желудка
- К 26 Язва двенадцатиперстной кишки
- Стационарная помощь      Приказ МЗ РФ от 09.11.2012 № 773н « Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки»,
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения"

# Общие принципы лечения

Терапия ЯБ включает комплексное воздействие на этиологические и патогенетические факторы, осложнения и сопутствующие заболевания, преимущественно на снижение факторов агрессии.

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) купировать симптомы (при их наличии)
- 2) рубцевание язвенного дефекта в контрольные сроки
- 3) профилактировать осложнения и рецидивы заболевания
- 4) улучшение качества жизни пациентов

## Немедикаментозное лечение.

Больному необходимо дать рекомендации:

- прекратить курение;
- исключить употребление любых алкогольных напитков;
- большую часть времени суток находиться в постели, меньше двигаться;
- режим питания дробный, 5-6 раз в день, порции небольшие.

По мере улучшения самочувствия количество приемов пищи сокращается до рекомендуемого рациональным питанием 4-разового режима.

Особенностями технологии приготовления блюд является механическое, химическое, термическое щажение. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные. Каши, супы - протертые, мясо - в виде котлет, фрикаделей, кнелей. Исключаются жареные блюда, наваристые бульоны, острые закуски, приправы, копчености, богатые эфирными маслами продукты (лук, чеснок, редька, редис, шпинат, щавель), ограничивается поваренная соль до 5-6 г в день. Рекомендуемая температура пищи - от 15<sup>0</sup>С до 60-65<sup>0</sup>С. Свободная жидкость - 1,5-2 л.

При исчезновении симптомов рекомендуется «Основной вариант диеты», в котором рацион расширяется, блюда не протираются, мясо дается куском, каши - рассыпчатые, фрукты и овощи даются в свежем виде.

# ДИЕТА

Диета больного язвенной болезнью должна предусматривать:

минимальное стимулирующее влияние пищевых продуктов на главные железы желудка;

уменьшение моторной активности;

связывание соляной кислоты и ферментов.

# Лечение язвенной болезни

## Антисекреторные препараты:

### Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина:

- циметидин (200 мг х 3 раза в день и 400 мг перед сном 4-6 недель)
- ранитидин (150 мг утром и 150-300 мг перед сном или в/в, в/м по 50-100 мг через 4-6 часов 4-6 недель)
- фамотидин (40 мг перед сном или в/в по 20 или 40 мг 1-2 раза в сутки 3-4 недели)

### Ингибиторы протонной помпы:

- омепразол (20 мг утром не более 3 недель)
- лансопразол (30 мг утром, длительно)

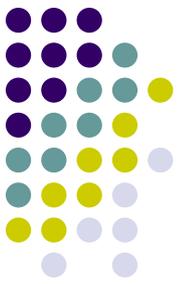
### Селективные блокаторы M<sub>1</sub>-холинорецепторов:

- гастроцепин (25-50 мг утром и 50 мг перед сном или в/м 10 мг 2 раза в сутки 3-4 недели)

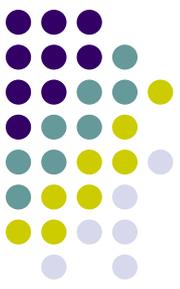
- В лечении язвенной болезни основу составляет

**антихеликобактерная терапия.**

- В 1996г.ученые входящие в состав антихеликобактерной группы, приняли так называемое **1-ое Маастрихтское** соглашение, указавшее какими препаратами возможно проведение эрадикации (макролиды, полусинтетические пенициллины, имидазолы, тетрациклины и др.)
- В 2000г.состоялось второе заседание в **Маастрихте**, где представители стран Евросоюза определили методологию лечения ,предложили 3-х и 4-х компонентные схемы лечения и показали **неэффективность и неприемлемость лечения Н.Р. одним либо двумя препаратами.**



# Трехкомпонентная схема лечения – включает:



- 1) **Клацид** из группы макролидов по 0,5 -2раза в день. Он подавляет синтез белка в рибосомах бактерии.
- 2) **Амоксициллин (Флемоксин Солютаб)**: удобная форма выпуска – растворимые таблетки 1000 мг)из группы полусинтетических пенициллинов ,подавляет синтез гликопротеидов в стенке бактерий. Назначается по 1,0-2раза в день.

### 3) Ингибитор желудочной секреции – блокатор протонной помпы, обладающий наиболее мощным антисекреторным эффектом.

На сегодня выделяют **5 поколений** ингибиторов протонной помпы (ИППП), из которых наиболее часто применяемым являются препараты

- 1-го поколения – омепразолы (Омес, Гастрозол, Лосек, Ультоп и др.) Выпускается в таблетках и капсулах по 20 мг эрадикационной схеме назначается 2 раза в день
- 2-е поколение – лансопразол: ланзап, ланзоптол. Назначается по 30 мг (1 капсула) 2 раза в день
- 3-е поколение – пантопразол: контролок, нольпаза, зипантола. Выпускается по 20 и 40 мг в таблетках, назначается по 40 мг 2 раза в день.
- 4 поколению ИППП – рабепразол (Париет); характеризуется быстрым наступлением и длительностью эффекта.
- 5-е поколение – эзомепразол (Нексиум – левовращающий изомер омепразола) Отличается высокой активностью и хорошей совместимостью с другими лек-ми.





**ИПП введены в схему** , т.к. только эти препараты обеспечивают надежное защелачивание желудочной среды в течение суток.

Доказано повышение эффективности действия антибиотиков в щелочной среде.

ИПП подавляют активность самого главного фермента Н.Р.- фермента вирулентности – уреазы.

Продолжительность 3-х компонентной схемы изначально была семидневной.

## Эрадикация *H.pylori*

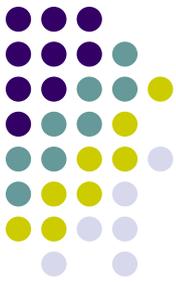
**Терапия второй линии – четырехкомпонентная с включением препарата Де-нол (коллоидный субцитрат висмута).**

Де-нол разрушает бактериальную стенку Н.Р.

Де-нол ингибирует ферменты Н.Р.

Препарат обладает противовоспалительной эффектом. Де-нол создает защитный слой, восполняя функцию утраченного эпителия.

Де-нол улучшает регенерацию эпителия повышая синтез эпидермального фактора роста.

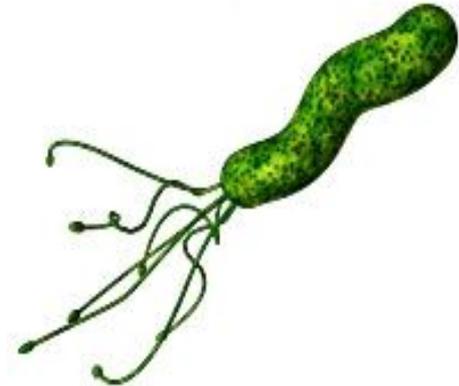
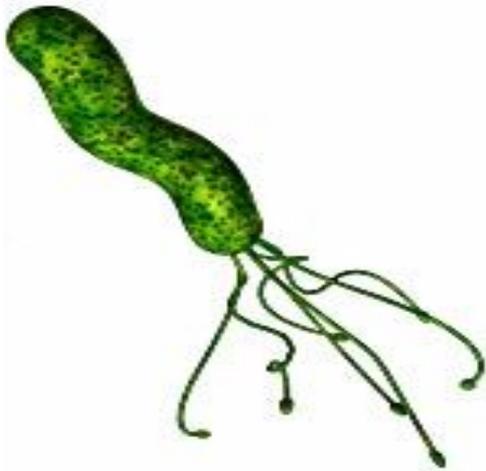


1-ый КОМПОНЕНТ	2-й КОМПОНЕНТ	3-й КОМПОНЕНТ	4-й КОМПОНЕНТ
ИПП Омепразол 20 мг 2 р/сут	Висмута субцитрат/суб салицилат (Де-нол) 120 мг 4 р/сут	Метро- нидазол 500 мг 3 р/сут	Тетрациклин 500 мг 4 р/сут



**В 2005г.принимается 3-е Маастрихтское соглашение согласно которому больному язвенной болезнью возможно назначение сразу 4-х компонентной схемы, как более эффективной, чем 3-х компонентная. Продолжительность этой схемы увеличивается до 10-14дней .**

**После проведения противохеликобактерного лечения в настоящее время рекомендуется назначение препаратов, содержащих нормальную микрофлору (бифидо и лакто бактерии) с антагонистической целью по отношению к патогенной микрофлоре, а также препараты, сорбирующие токсины эндогенного и экзогенного происхождения**



# Чего мы ждем от эрадикационной терапии?



- Рубцевания язвенных дефектов и эрозий
- Уменьшения воспалительных изменений в желудке и ДПК
- Уменьшения выраженности атрофии СОЖ и кишечной метаплазии
- Уменьшения риска гастродуоденальных кровотечений (если эрадикация проведена риск кровотечений = **0**, если не проведена – **риск = 30%**)
- Если эрадикация не проведена, риск рака желудка возрастает в 2-6 раз
- И, наконец, эрадикация Н.Р. уменьшает риск гастропатий при приеме НПВП, т.к. Н.Р. и НПВП – это 2 язвцерогенных фактора.
- К сожалению, эрадикация является успешной далеко не всегда, а в **России % успешной эрадикации составляет не более 60%**.

# Причины неудач эрадикации



- Несоблюдение схем лечения по вине врача либо по вине больного (не принимает все сочетание рекомендованных препаратов, уменьшает дозировки, длительность приема)
- Индивидуальная резистентность микроба к применяемым антибиотикам (**Метронидазолу, Кларитромицину**)

В перспективе избавления от хеликобактериоза предполагается применение новых антибиотиков: рифабутин, левофлоксацин.

- Нами апробирована схема с представителем новой группы макролидных препаратов – азитромицином (препарат **Азитрокс 250 мг №6**), схема приема по 500 мг 2 раза в день, 3 дня. Обладает пролонгированным действием.



- Повышению эффективности эрадикации способствует так же пролонгация приема Де-Нола по окончании схемы эрадикации до 1-го месяца.
- Помимо этого пролонгация приема Де-Нола способствует уменьшению степени атрофии СОЖ, степени метаплазии и даже дисплазии т.е. прием Де-Нола профилактирует развитие рака желудка

**В конце 2010 года IV Маастрихтским соглашением предложена двухступенчатая модель лечения, включающая 2 последовательных пятидневных цикла:**



- I цикл: амоксициллин 1,0 2 раза в день в комбинации с ИПП (контролок и др. по 40 мг 2 раза в день).
- II цикл: клацид 0,5 2 раза в день + тинидазол 0,5 2 раза в день + ИПП

По данным разных авторов эффективность эрадикации Н.Р. указанной модели составляет 90-95%.

При НР негативных пептических язвах, основой лечения является монотерапия антисекреторными препаратами:

- ИПП в течение 4-8 нед: лансопразол 30 мг 2 раза в сутки, омепразол 20 мг 2 раза в сутки, пантопразол 40 мг 1 раз в сутки, рабепразол 20 мг 1 раз или эзомепразол 40 мг 1 раз в сутки;
- блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов в течение 4-8 нед: фамотидин 40 мг 1 раз в сутки или ранитидин 300 мг 1 раз в сутки.

Дополнительные средства:

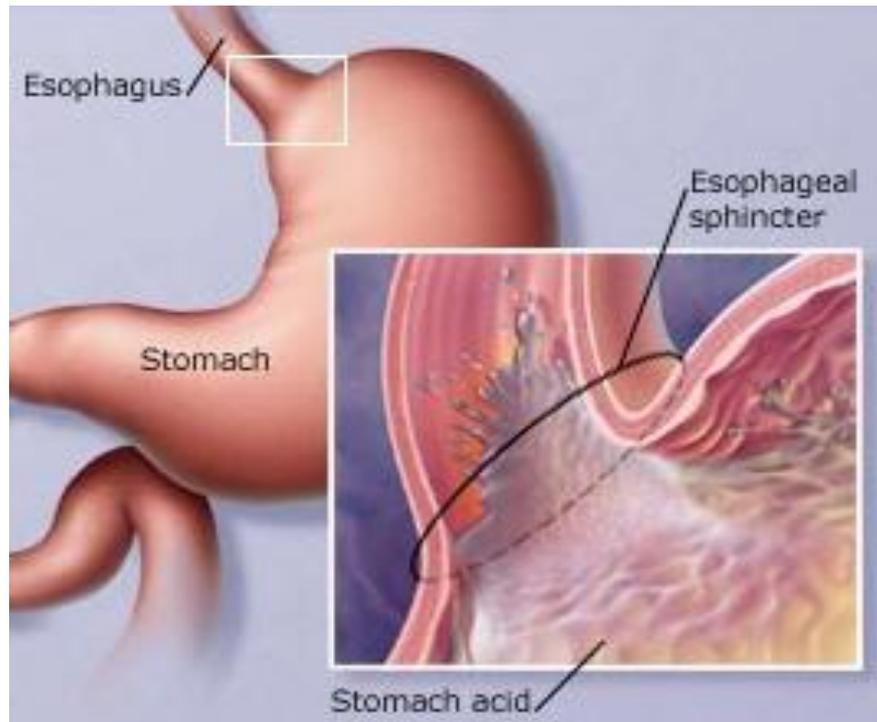
- прокинетики для купирования тошноты и тяжести в эпигастрии: домперидон внутрь по 10 мг 3-4 раза в день; метоклопрамид внутрь по 10 мг 3-4 раза в день; в/м или в/в медленно по 10 мг 3-4 раза в сутки;
- антациды для купирования изжоги и боли: алюминия фосфат внутрь по 1-2 пакетика 2-3 раза в сутки; сималдрат внутрь по 1 пакету 3-6 раз в сутки или по 1 табл. 3-6 раз в сутки; сукральфат внутрь по 500-1000 мг (1-2 табл.) 4 раза в сутки (табл. 3.12).

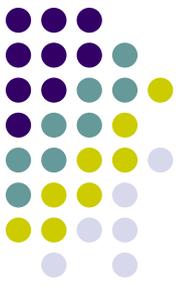
# Поддерживающая терапия

- При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - Омепразол 20 мг на ночь 5 недель
- При язвенной болезни желудка - Омепразол 20 мг на ночь 7 недель
- Периодичность осмотров
- 1 раз в год
- Длительность диспансерного наблюдения
- В течение 5 лет с момента последнего обострения
- Прием (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям при ЯБ желудка
- Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога 1 раз в год при ЯБ 12-и перстной кишки



- При наличии язв на фоне дуодено-гастрального рефлюкса, появившихся вследствие воздействия агрессивных факторов дуоденального сока, предпочтительными препаратами являются антациды (Фосфалюгель, Маалокс), связывающий желчь и нейтрализующий лизолецитин.





- Параллельно с данными препаратами необходимо назначение препаратов, повышающих тонус пилорического сфинктера, усиливающих двигательную активность антрального отдела желудка и ДПК.

Это прокинетики (**Мотилиум**), новый прокинетик двойного действия – **Ганатон (итоприд)**, который с одной стороны является блокатором дофаминовых рецепторов и, в то же время, угнетает холинэстеразу, вследствие чего активизируется высвобождение ацетилхолина, что ускоряет и усиливает двигательную активность пищевода, желудка и кишечника.

Препарат не удлиняет Q-T и не является причиной сердечной смерти, что наблюдалось при применении координакса (цизаприда). Ганатон назначается с 16 лет по 50-100-200мг -3раза в день курсом до 1месяца.



Лечение язв, вызванных приемом **нестероидных противовоспалительных препаратов**, может проводиться назначением синтетических аналогов простагландинов, либо сукральфатом; однако альтернативой этим препаратам являются **ингибиторы протонной помпы любого поколения и их применение у данной категории больных считается на сегодня предпочтительным**. Уменьшение негативных гастротропных эффектов НПВП считается возможным при назначении нового поколения НПВП, блокирующих циклооксигеназу-2 и тем самым меньше влияющих на синтез простагландинов в слизистой. **В эту группу относятся: мелоксикам, нимесулид, найз, целепрекс, нимесил и др.**

Однако в последние годы доказано увеличение числа инфарктов миокарда при длительном применении второго поколения НПВП.



- В тех случаях, где несмотря на адекватно проводимую антихеликобактерную или антисекреторную терапию, больного не удастся обезболить, не следует забывать о назначении периферических холиноблокаторов: **гастроцепина** (блокатор M1-холинорецепторов ) и **бускопана** (блокатор M1- ,M3-холинорецепторов, обладающий также ганглиоблокирующим действием), ибо в генезе боли имеют значение помимо раздражающего действия желудочного сока, двигательные нарушения желудка ДПК, их гипермоторика или спазм пилоруса, когда данные препараты, действуя патогенетически, способствуют быстрому обезболивающему эффекту .  
Они назначаются per os по 1 таб. за 30 мин.до еды -3 раза в день курсом от 2-х до 4-х недель.

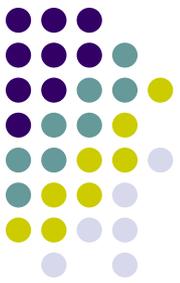
Непременным компонентом лечения язвенной болезни является **физиолечение**. Физиолечение язвенной болезни может применяться в любой период течения болезни. Так, в фазе обострения показаны электросон, д'Арсонваль головы, КВЧ-терапия на точки акупунктуры или на эпигастральную область, УФО аутокрови, ультразвук. В период затухающего обострения возможны те же процедуры либо синусоидальные модулированные токи, диадинамические токи, электрофорез с даларгином, новокаином или ганглероном; грязевые или озокеритовые аппликации, хвойные либо йодобромные ванны, гипербарическая оксигенация в виде курса лечения в барокамере от 10 до 15 сеансов. В фазе ремиссии возможно проведение любой из процедур, которая была эффективна в фазе обострения или в фазе затухающего обострения.





## Критериями эффективности лечения язвенной болезни являются:

- клинико-эндоскопическая ремиссия,
- отсутствие признаков активного воспаления слизистой желудка и ДПК
- **отсутствие рецидивов заболевания** (ибо только при отсутствии рецидивов можно говорить об излечении от данного заболевания)



В случае наличия желудочной локализации язвы контроль эрадикации и рубцевания провести через полгода после предыдущего обследования; в последующем, если Н.Р. отсутствует и язва зарубцевана, контроль также 1 раз в год в течение 3-х лет, после чего возможно снятие с диспансерного учета.

# ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

1. ЯБ осложненная;
2. ЯБ тяжелого течения, неэффективность лечения;
3. Тяжелые сопутствующие заболевания;
4. Выраженная клиническая картина обострения;
5. Необходимость приема НПВС, ГКС на фоне обострения;
6. Повреждения высокого риска по ФГДС (видимые сосуды на дне и краях язвы);
7. Множественные язвы.

## **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА**

1. Сохранение симптомов в течение 1 - 2 недель после эрадикационной терапии;
2. Необходимость постоянного приема НПВС и/или ГКС;
3. Неэффективность схем эрадикационной терапии.

## **ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ХИРУРГА**

1. Сохранение симптомов более 7 -14 дней на фоне адекватного лечения.

Традиционное лечение при ЯБ должно включать в себя прекращение курения и приема алкоголя, диетическое питание, антигеликобактерную и антисекреторную

терапию, нормализацию режима труда и отдыха больных, санаторно-курортное лечение.

### **Показания к госпитализации:**

- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе обострения, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом, рвотой, выраженными расстройствами гемодинамики, электролитными расстройствами или тяжелым общим состоянием;
- клинические признаки кишечного кровотечения (мелена, рвота кровью);
- повреждения высокого риска, видимые при ЭГДС – видимые сосуды на дне и краях язвы, признаки активного кровотечения, множественные язвы;
- сопутствующие заболевания и состояния – ИБС, недостаточность кровообращения, заболевания печени, почек, рак при обострении язвенной болезни;
- необходимость совместного использования антикоагулянтов, глюкокортикоидов или НПВС у больного с обострением язвенной болезни;
- признаки нарушения эвакуации из желудка (шум плеска, потеря массы тела), перфорации и пенетрации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- неэффективность амбулаторного лечения, частое рецидивирующее течение язвенной болезни (два раза в год и более).

### **Показания к хирургическому лечению:**

- наличие осложнений ЯБ в виде перфорации, пенетрации, малигнизации, кровотечения, стеноза.

# Диспансеризация

Больные наблюдаются участковым терапевтом наблюдает в III группе «Д» учета в первый год после обострения 4 раза в год, далее не реже 3 раз в год при обязательных консультациях гастроэнтеролога 1 раз в год.

ФГДС проводят ежегодно в течение первых 3 лет после обострения. Биохимический анализ крови (сахар, креатинин, мочевины, АсТ, АлТ, ЩФ, Б/н), ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, копрограмма и уреазный дыхательный тест – не реже 1 раза в год.

Общеклинический анализ крови – 2-3 раза в год.

# Профилактика язвенных болезней

1. Антисекреторные препараты в половинной дозе, т. е., например, Фимотицин, Ренитин, Омез 1 раз в день + антициды, также 1 раз в день.
2. Ежегодно Ф Г С.
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).

# **Задачи ситуационные**

- Больной доставлен в приемный покой клиники с жалобами на боли в правой подвздошной области. Заболевание началось внезапно за 10 часов до поступления в стационар с сильных болей в эпигастрии. Затем они распространились по всему животу. Позже максимальные боли стали ощущаться в правой подвздошной области.
- При осмотре состояние больного средней тяжести. Пульс 112 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык сухой, обложен. Живот болезненный в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется напряжение и резко положителен симптом Щеткина-Блюмберга.
- С диагнозом острый деструктивный аппендицит больной был оперирован. В правой подвздошной ямке обнаружен мутный выпот с примесью пищевых масс, червеобразный отросток не утолщен, гиперемирован.
- **Вопрос:** Какой диагноз у больного? Почему произошла ошибка? Как необходимо было

- У больного прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки. Ошибка произошла из-за скопления желудочного содержимого в правой подвздошной ямке.
- Необходимо было произвести больному рентгенографию и УЗИ брюшной полости, лапароскопию.

- Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-2-3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер, в остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка.
- **Вопрос:** Почему изменился характер болей? Как объяснить опоясывающий характер болей?

- У больного пенетрация язвы в поджелудочную железу.
- Показана операция - резекция желудка.

- Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен, в эпигастральной области небольшая болезненность при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет.
- **Вопрос:** Какое осложнение язвенной болезни вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования примените для подтверждения вашего предположения? Куда и каким способом вы отправите больного на лечение?

- У больного язвенное кровотечение.
- Необходимо провести экстренную ФГС и лечить больного в реанимационном отделении

- Больной 36 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был в санатории, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. **При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается.**
- **Вопрос:** Следует ли больному предлагать операцию? Дайте обоснование лечения.

- Больному показана операция из-за угрозы малигнизации хронической язвы желудка.

- В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного часто были обильные рвоты и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска.
- **Вопрос:** Какой диагноз может быть поставлен? С чем связано состояние, в котором поступил больной? Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

- У больного язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная декомпенсированным стенозом. Состояние связано с электролитными нарушениями.
- Показана госпитализация в реанимационное отделение и переливание солевых растворов. После стабилизации состояния - оперативное лечение.

**Схемы эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori*  
(по Маастрихтскому соглашению, 2000)**

**Терапия первой линии:**

**Тройная терапия**

Омепразол 20 мг 2 раза в день или Лансопризол 30 мг 2 раза в день или Пантопризол 40 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + метронидазол 500 мг 2 раза в день	Ранитидин висмут цитрат 400 мг 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + метронидазол 500 мг 2 раза в день
--	--

**Терапия второй линии:**

**Квадротерапия**

Омепразол 20 мг 2 раза в день или  
 Лансопризол 30 мг 2 раза в день или  
 Пантопризол 40 мг 2 раза в день  
 +  
 Висмута субсалицилат/субцитрат 120 мг 4 раза в день  
 + метронидазол 500 мг 3 раза в день  
 + тетрациклин 500 мг 4 раза в день

**Таблица 4. Схемы тройной терапии на основе коллоидного субцитрата висмута.  
Длительность 7–14 дней**

<b>Базисный препарат</b>	<b>Антибактериальные препараты</b>
Коллоидный субцитрат висмута 240 мг 2 раза в сутки	тетрациклин 2000 мг/сут + метронидазол (тинидазол) 1000–1600 мг/сут или амоксициллин 2000 мг/сут + метронидазол (тинидазол) 1000–1600 мг/сут или амоксициллин 2000 мг/сут + кларитромицин 500 мг/сут или кларитромицин 500 мг/сут + метронидазол 1000–1600 мг/сут или амоксициллин 2000 мг/сут + фуразолидон 400 мг/сут или кларитромицин 500 мг/сут + фуразолидон 400 мг/сут.

# ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Частота.** От 3 до 30% по отношению ко всем больным язв. болезнью. В основном у мужчин в возрасте от 30 до 40 лет. У женщин в 1-8%. Наиболее часто (70-75%)- язвы 12-п. кишки, реже – язвы желудка. Чаще в весенне-осенние месяцы (в периоды обострения язв. б-ни).

**Факторы, способствующие прободению.** Внезапное сокращение мышц брюшного пресса при травме, физическом напряжении с повышением внутрижелудочного давления, переполнение желудка едой, прием алкоголя. 42% всех прободений происходит в послеобеденное время (переполнение и растяжение желудка, активное пептическое действие желудочного сока), но м.б. и при пустом желудке, в состоянии покоя, во сне. Важную роль играет неблагоприятные психо-эмоциональные воздействия.

## **Классификация.**

1. *Открытая перфорация* в свободную бр.полость (87%).
2. *Прикрытая перфорация* (от 5 до 9%), когда прободное отверстие прикрывается сальником, долей печени, поперечной ободочной кишкой, кусочком пищи, слизью и т.д.
3. *Атипичные формы* – в забрюшинную клетчатку, мал.

# Лечение язвенной болезни

## Антисекреторные препараты:

### Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина:

- циметидин (200 мг х 3 раза в день и 400 мг перед сном 4-6 недель)
- ранитидин (150 мг утром и 150-300 мг перед сном или в/в, в/м по 50-100 мг через 4-6 часов 4-6 недель)
- фамотидин (40 мг перед сном или в/в по 20 или 40 мг 1-2 раза в сутки 3-4 недели)

### Ингибиторы протонной помпы:

- омепразол (20 мг утром не более 3 недель)
- лансопразол (30 мг утром, длительно)

### Селективные блокаторы M<sub>1</sub>-холинорецепторов:

- гастроцепин (25-50 мг утром и 50 мг перед сном или в/м 10 мг 2 раза в сутки 3-4 недели)

# Лечение язвенной болезни (продолжение)

## Антисекреторные препараты: (продолжение)

### Неселективные периферические М-холинолитики:

- атропин п/к по 0,5-1 мл 0,1% раствора 1-2 раза в день
- метацин (2-4 мг 2-3 раза в день или в/м, в/в, п/к по 0,5-2 мл 0,1% раствора 3-4 раза в день)
- платифиллин (1-2 мл 0,2% раствора 1-2 раза в день)

### Антациды:

- альмагель (по 1 доз. л. 3-4 раза в день)
- фосфалюгель (по 1 пакетику 3-4 раза в день)
- маалокс (по 1 табл., или пакетику, или доз. л. 3-4 раза в день)

### Антагонисты кальция:

- верапамил (40-80 мг 3 раза в день)
- нифедипин (10-20 мг 3 раза в день)

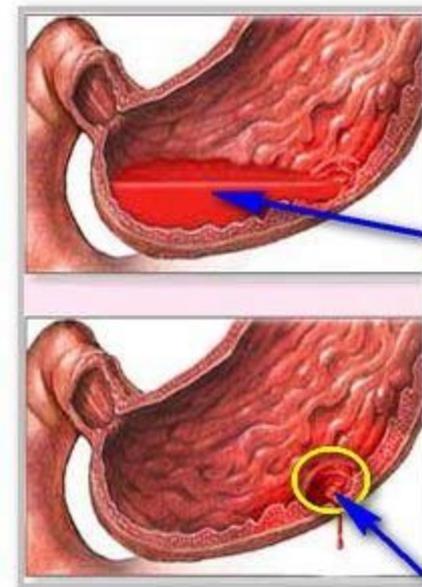
# Неотложные состояния и их купирование на догоспитальном этапе

- **Желудочное, дуоденальное кровотечение.**
- . Диагностика трудна у больных, которые не имеют желудочного анамнеза.
- При неодномоментной кровопотере до 300-400 мл симптомы малочисленны: слабость, потливость, желудочный дискомфорт, через 24-36 ч дегтеобразный стул. Если объем крови большой и, что еще важнее, кровотечение развивается в течение нескольких минут, клиника типична.
- Рвота «кофейной гущей», слабость, головокружение, иногда эйфория, мелькание «мушек» перед глазами, затуманивание зрения, бледность, холодный липкий пот, тахикардия, гипотония.
- В первые часы периферическая кровь не меняется. Снижение гематокрита. Ретикулоцитоз. Со 2-х сут - снижение гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, увеличение СОЭ.
- Для уточнения источника кровотечения используется фиброгастродуоденоскопия в условиях искусственной гипотонии желудка.

## 5. Язвенное кровотечение

- одно из наиболее частых и опасных осложнений язвенной болезни, причем дуоденальные язвы кровоточат чаще чем желудочные. Язвенное кровотечение обычно возникает на фоне симптомов обострения язвенной болезни (голодная боль, изжога и др.) но у некоторых больных оно может быть первым признаком рецидива язвы. Скрытое (оккультное) кровотечение почти всегда сопутствует обострению язвенной болезни, хотя, как правило, остается незамеченным и не считается ее осложнением. Обычно диагностируют лишь массивные (профузные) кровотечения с кровавой рвотой и меленой.

Язвенное кровотечение обычно возникает при обострении язвенной болезни желудка, но чаще при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне хронического активного гастрита и дуоденита. Нередко провоцирующими факторами в развитии язвенного кровотечения, по нашим данным, являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), алкоголь и другие агрессивные факторы (коагулянты и др.). У большинства больных в момент кровопотери возникает обморочное состояние, чаще кратковременное, появляется сухость во рту, слабость, холодный липкий пот, сердцебиение, одышка, позывы к акту дефекации с выделением неоформленных черного цвета испражнений (дегтеобразный стул), кровавая рвота (гематемезис) чаще содержимым типа «кофейной гущи». Как уже отмечалось ранее, эти симптомы с той или иной степенью выраженности наблюдаются почти у всех больных с язвенным кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта.



# Неотложная помощь на догоспитальном этапе:

- полный физический и психический покой;
- холод на эпигастральную область;
- внутривенное или внутримышечное введение гемостатических препаратов (2-4 мл 12,5% раствора дицинона, 3-5 мл 1% раствора викасола, 100-200 мл 5% раствора эпсилонаминокапроновой кислоты - капельно). Внутрь назначаются 5% раствор эпсилонаминокапроновой кислоты глотками до 300-400 мл, альмагель, циметидин
- Введение вазоконстрикторов, реополиглюкина и сердечных гликозидов не показано! Срочная госпитализация в хирургическое отделение

- **Факторы высокого риска желудочных и дуоденальных кровотечений** при язвах, индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП):
  - - язвенная болезнь в анамнезе, осложненная кровотечением;
  - - необходимость приема НПВП в больших дозах, особенно в сочетании с приемом глюкокортикостероидов, антикоагулянтов;
  - - возраст пациента старше 60 лет.

# Прободение.

- Клинически выделяют три стадии. Стадия шока: нестерпимая «кинжальная» боль в эпигастрии. Больной лежит на спине или правом боку, поджав ноги, стонет. Кожа бледная, влажная, покрыта холодным липким потом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перкуторно определяется исчезновение печеночной тупости. Брадикардия, гипотония. Лихорадки нет. Продолжительность стадии шока 6-10 ч.

- **В стадии клинической ремиссии** интенсивность боли уменьшается, появляется жажда. Исчезает «пепельная» бледность, кожа сухая. Температура тела повышается до малых фебрильных цифр. Тахикардия, гипотония. Язык сух. Живот умеренно вздут, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печеночная тупость перкуторно не определяется.

- **Стадия перитонита** развивается обычно к 16-24 ч от начала болезни. Вновь появляются нестерпимые боли в животе. Присоединяются тошнота, икота, рвота. Сохраняется лихорадка. Тахикардия, гипотония. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Аускультативно перистальтические шумы резко ослаблены или отсутствуют.
- *Неотложная помощь* на догоспитальном этапе.. Срочная госпитализация в хирургическое отделение.

# Пенетрация язвы

чаще происходит в поджелудочную железу, печень, сальник, печеночно-дуоденальную связку.

- Клиника: интенсивные боли в животе, лишенные «язвенного ритма», не купирующиеся антацидами; повторная рвота, не снимающая боли и не облегчающая состояния больного. Живот умеренно напряжен в эпигастрии, болезнен при пальпации. При пенетрации в поджелудочную железу выявляются опоясывающие боли, боли в левом подреберье, тошнота, рвота, понос со стеатореей, снижение массы тела, гиперاميлаземия, гиперамилазурия. Если язва пенетрирует в свободную брюшную полость, ее дно фиксируется к сальнику или печеночно-дуоденальной связке. Возникает перипроцесс с болями, лихорадкой, иногда пальпируемым инфильтратом.  
*Неотложная помощь* на догоспитальном этапе.

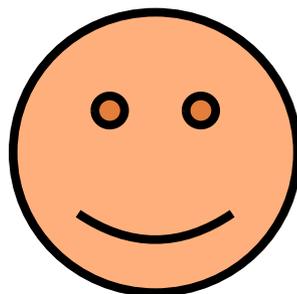
**госпитализация в хирургическое отделение.**

## Стеноз привратника или 12-перстной кишки.

- При пилородуоденальных язвах *в фазе обострения* нарушения эвакуации могут быть преходящими. Они обусловлены выраженной воспалительной инфильтрацией луковицы 12-перстной кишки или пилорического канала, устраняются после проведения активной противоязвенной терапии.
- Органический стеноз течет прогрессирующе. В период компенсации пациент жалуется на тошноту, изжогу, отрыжку съеденной пищей, рвоту, облегчающую состояние больного. Нижняя граница желудка, определяемая методом аускультации, располагается ниже пупка.
- Рентгенологические признаки: перистальтика желудка, содержащего большое количество жидкости натощак, усилена, эвакуация не нарушена.
- *В период субкомпенсации* присоединяется рвота пищей, съеденной накануне

- . Пациент теряет массу тела. Иногда на глаз видна усиленная перистальтика желудка. При толчкообразной пальпации определяется шум плеска. Рентгенологические признаки: снижение тонуса желудка, содержащего большое количество жидкости натощак, замедление эвакуации. Это доказывается обнаружением в желудке бариевой взвеси через 24 ч после первого исследования

- ***Критерии декомпенсированного стеноза привратника:*** рвота «тухлой» пищей, съеденной 2-3 дня назад, истощение, снижение тургора кожи, олигурия, судороги отдельных мышечных групп (желудочная тетания). Гиперазотемия. Рентгенологические признаки: растянутый гипотоничный желудок, резкое замедление эвакуации.
- ***Лечебная тактика.*** При «функциональном» стенозе вследствие выраженного воспалительного отека - активная противоязвенная терапия, антибиотики.
- При органическом стенозе госпитализация в хирургическое отделение.



***Благодарю за внимание  
(и терпение...)!***



**Спасибо за  
внимание!**