



КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА

---

КАСИЕТ ЕРСУЛТАН

ЖАНАТОВ АЛМАЗ

305А ОМ

# ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ

---

- **Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), проникающего – в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) – в подслизистый слой.**

# КЛАССИФИКАЦИЯ:

С точки зрения нозологической самостоятельности различают:

- ЯБ и симптоматические гастродуоденальные язвы;
- ЯБ, ассоциированная и не ассоциированная с *H.pylori*.

**Классификация под ред. Ф. И. Комарова, 1992 г.**

## **I. Общая характеристика болезни (номенклатура ВОЗ):**

1. язвенная болезнь желудка (531);
2. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (532);
3. язвенная болезнь неуточненной этиологии (533);
4. пептическая гастроеюнальная язва после резекции желудка (534).

## **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 (три 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.**

**Виды язвы:**

1. острая язва;
2. хроническая язва.

**Размеры язвы:**

1. небольшая (менее 0,5 см);
2. средняя (0,5—1 см);
3. крупная (1,1—3 см);
4. гигантская (более 3 см).



- **Стадии развития язвы:**

1. активная;
2. рубцующаяся;
3. стадия красного рубца;
4. стадия белого рубца;
5. длительно не рубцующаяся.

**Локализация язвы:**

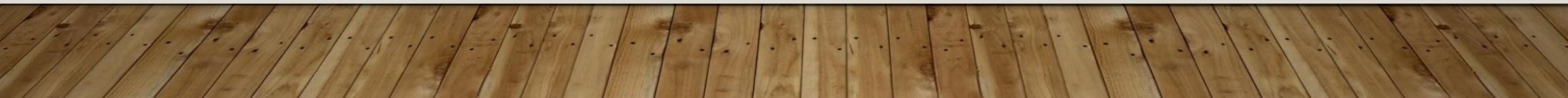
---

1. желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);
2. двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).

**VI. Характеристика функций гастродуоденальной системы** (указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).

**VII. Осложнения:**

1. кровотечения (легкое, среднетяжелое, тяжелое, крайне тяжелое);
2. перфорация;
3. пенетрация;
4. стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);
5. малигнизация.



# ДИАГНОСТИКА

МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

## Диагностические критерии

**Жалобы.** Ведущий симптом обострения ЯБ – боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника. Боли отмечаются у 92-96% больных. По интенсивности они зависят от глубины язвенного дефекта (Таблица 1).

**Таблица 1.** Характеристика болевого синдрома при ЯБ.

| Локализация язв                                               | Время наступления болей                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Язвы кардиального и субкардиального отделов желудка           | Сразу после приема пищи                                                                                                           |
| Язвы тела желудка                                             | Через 0,5-1 часа после еды                                                                                                        |
| Язвы пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки | Поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли |

- Различают боли тупого, режущего, жгучего характера. Боли при ЯБ характеризуются периодичностью, сезонностью и ритмичностью. Периодичность болей проявляется сменой безболевого промежутка периодами появления болей.
- 

Боли возникают в разное время в зависимости от приема пищи. Принято различать ранние, поздние, ночные и голодные боли. Ранние боли появляются в течение первого часа после приема пищи и обычно характерны для ЯБЖ. Поздние, ночные и голодные боли возникают спустя 1,5-4 ч после еды. Эти боли обычно появляются у больных с ЯБДПК и обусловлены моторными нарушениями, гиперсекрецией желудочного сока и воспалительными изменениями слизистой двенадцатиперстной кишки.

- Клиническая картина ЯБ во многом определяется локализацией язвы.  
Язва кардии характеризуется наличием болей в области мечевидного отростка, иррадиирующими в область сердца, левое плечо, спину, левую лопаточную область, которые напоминают стенокардию. Боли появляются во время еды, сразу после приема пищи или спустя 20-30 мин после еды. Язва большой кривизны желудка отличается большим полиморфизмом, так как часто пенетрирует в сальник, брыжейку поперечной кишки, в поджелудочную железу. Язве привратника свойственны боли, иррадиирующие в спину. Для нее также характерны диспепсические расстройства: изжога, отрыжка кислым, тошнота, рвота. Одной из особенностей язв привратника является часто возникающее кровотечение из язвы. Эти язвы редко осложняются перфорацией.  
Постбульбарные язвы часто располагаются в верхней части верхнего изгиба или в начальном отрезке нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Клинически постбульбарные язвы несколько отличаются от обычных дуоденальных язв: язвенный анамнез не очень четкий, выражен болевой синдром, боли более упорные и иррадиируют в спину, имеется склонность к частым повторным кровотечениям. Внелуковичные язвы часто осложняются ранним стенозом. Иногда они пенетрируют в поджелудочную железу.

- 
- При обострении ЯБ часто встречаются также изжога, отрыжка кислым, тошнота, запоры.

*Изжога* отмечается у 50% больных, которая возникает в результате нарушения секреторной и моторной деятельности желудка.

*Отрыжка* при ЯБ бывает кислой, пустой или пищей. Кислая отрыжка бывает при гиперсекреции желудочного сока. Тошнота при ЯБ встречается редко, может предшествовать рвоте.

*Рвота* обычно возникает на высоте язвенных болей и может быть ранней и поздней, бывает обусловлена рефлексорным раздражением воспаленной СОЖ желудочным соком. Нередко после рвоты интенсивность болей уменьшается или они прекращаются совсем, что улучшает состояние больного.

# АНАМНЕЗ:

- В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (физического перенапряжения, приема НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребления алкоголем и др.) возможно развитие осложнений. Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов. При обострении нередко отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

В фазе обострения независимо от выраженности клинической картины заболевания обнаруживается язва с активными воспалительными изменениями СОЖ и СОДПК.

Фаза стихания обострения (фаза неполной ремиссии) характеризуется исчезновением клинических признаков болезни и появлением свежих рубцовых изменений на месте бывшей язвы при сохранении признаков воспаления СО ГДЗ. В фазе ремиссии отсутствуют клинические, эндоскопические, гистологические проявлений обострения болезни и колонизация СО инфекцией *H.pylori*.

# ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

---

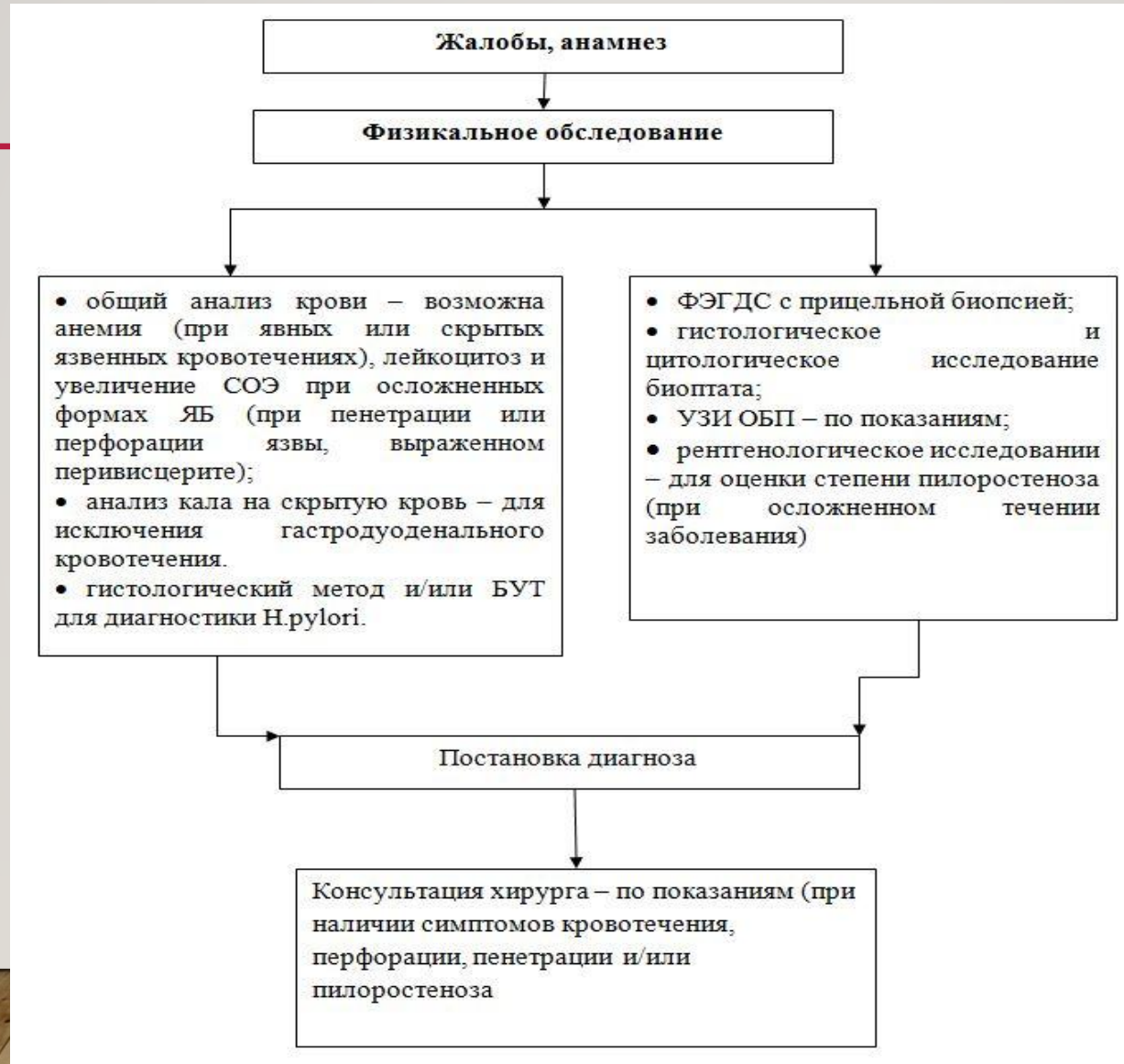
В период обострения ЯБ при объективном исследовании часто удается выявить болезненность в эпигастрии при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения ЯБ.

- вынужденное положение больного: согнувшись и прижав руки к эпигастрию – зоне наибольшей болезненности;
- болезненность при пальпации в эпигастральной или пилоробульбарной области, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки (70% случаев);
- положительный симптом Менделя (локальная перкуторная болезненность в эпигастрии).

Данные, полученные при физикальном обследовании, не всегда отражают наличие ЯБ, так как при других заболеваниях могут наблюдаться такие же симптомы, как при ЯБ (УД С).

Основную диагностическую информацию получают при помощи инструментальных методов исследования, которые комбинируют с биохимическими, гистохимическими и другими методами.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ: (СХЕМА)



## 2.1. Дифференциальная диагностика при ЯБ

| Нозологии                                                                      | Характеристика симптомов      | План обследования                                                                                                                                     | Клинические критерии                                                                                                        | Лабораторно-инструментальные признаки                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Хронический поверхностный (антральный) <i>H.pylori</i> ассоциированный гастрит | Синдром желудочной диспепсии  | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H.pylori</i><br>Кал на скрытую кровь                        | Симптомы желудочной диспепсии                                                                                               | Эндоскопические и морфологические признаки воспаления СОЖ; <i>H.pylori</i> выявляется в 85-90%;                                                                                                        |
| Функциональная (неязвенная) диспепсия                                          |                               | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H.pylori</i><br>Кал на скрытую кровь                        | Язвенноподобный вариант или диспепсический синдром                                                                          | Отсутствие эндоскопических и морфологических признаков воспаления СОЖ                                                                                                                                  |
| Язвенная болезнь ДПК                                                           |                               | Общий анализ крови, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H.pylori</i><br>Кал на скрытую кровь                        | Поздние, «голодные», ночные боли в пилородуоденальной зоне                                                                  | Возможно лабораторные признаки ЖДА; ФГДС – Язвенный дефект, положительная реакция на скрытую кровь в кале,                                                                                             |
| Язвенная болезнь желудка                                                       |                               | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования биоптатов, БУТ для диагностики <i>H.pylori</i><br>Кал на скрытую кровь<br>Рентгенограмма – при пилоростенозе | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; боли в эпигастрии «ранние» - через-1-1.5 ч после еды, плохой аппетит, потеря веса | Возможно лабораторные признаки ЖДА; ФГДС - Язвенный дефект окруженный воспалительным валом, + реакция на скрытую кровь в кале, Интрагастральная рН-метрия – гипо- или нормохлоргидрия                  |
| Аденокарцинома желудка                                                         |                               | ОАК, ФЭГДС, гистологические исследования гастробиоптатов, БУТ для диагностики <i>H.pylori</i><br>Кал на скрытую кровь                                 | Симптомы желудочной и кишечной диспепсии; Анорексия, отвращение к мясу, потеря веса (до кахексии)                           | Анемия гипохромная. > СОЭ<br>ФГДС – опухоль. Гистология – дисплазия и атипичные клетки. Интрагастральная рН-метрия - ахлоргидрия; Положительная реакция на скрытую кровь в кале                        |
| Хронический панкреатит                                                         | Болевой абдоминальный синдром | Общий анализ крови, копрограмма, эластаза в кале<br>БАК: Амилаза<br>УЗИ или КТ или МРТ органов брюшной полости                                        | «Опоясывающие» боли в левой половине живота с иррадиацией в спину; положительный симптом Мерфи.                             | УЗИ – увеличение размеров, гиперэхогенность, неровность контуров, кальцинаты и кисты в ПЖЖ, копрограмма – стеаторея, креаторея, > амилазы в крови, >эластазы и >трипсина в кале, стеаторея, креаторея. |