

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Заведующий кафедрой:
д.м.н., профессор Гринштейн Юрий Исаевич

Реферат на тему:

«Язвенная болезнь желудка. Диагностика и лечение»

Выполнила:
ординатор 1 года 111 группы
кафедры Терапии ИПО
Загорская Екатерина Сергеевна

Красноярск – 2022

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	3
Классификация	4
Клиническая картина	4
Диагностика.....	5
Лечение	7
Список литературы	10

Введение

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

Эту болезнь принято считать наиболее часто встречающимся поражением органов ЖКТ. Статистика свидетельствует, что язвенной болезнью страдает примерно 10% всего населения. Как правило, недуг поражает и молодых людей, и людей среднего возраста. Более часто язвенная болезнь диагностируется у мужчин. На сегодняшний день врачи отмечают характерное «омоложение» болезни, а также более частое проявление тяжелой формы недуга и понижение эффективности лечения.

Этиология и патогенез

Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H. pylori*. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов, повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. *H. pylori* способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка. Обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает появление в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии, которые быстро заселяются *H. pylori*. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов, в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект. Ассоциированными с *H. pylori* оказываются около 80 % язв двенадцатиперстной кишки и 60 % язв желудка. *H. pylori*-негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом НПВП.

Эпидемиология

Показано, что 11–14 % мужчин и 8–11 % женщин в течение жизни могут заболеть ЯБ. ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем с локализацией в желудке. Среди пациентов с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым. По статистическим данным Министерства здравоохранения РФ, за период с 2006 по

2017 г. показал, что заболеваемость ЯБ снизилась со 128,7 до 79,5 на 100 000 населения. В последние годы во всем мире наметилась тенденция к снижению числа пациентов с осложненными формами течения язвенной болезни, во многом благодаря эффективности современных схем противоязвенной терапии, повышению доступности эндоскопической диагностики и активному использованию скрининговых тестов для уточнения наличия *H. pylori*. Абсолютное число пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, в том числе язвенной этиологии, за анализируемый период времени также уменьшилось, однако послеоперационная летальность снизилась незначительно.

Классификация

Общепринятой классификации ЯБ не существует. Прежде всего в зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* выделяют ЯБ, ассоциированную и не ассоциированную с инфекцией *H. pylori*. Также различают ЯБ как самостоятельное заболевание (эссенциальная язвенная болезнь) и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (лекарственные, «стрессовые» и др.). В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала), язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы, постбульбарного отдела), а также сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта — язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6–1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0–3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы. В диагнозе отмечаются стадия течения заболевания: обострения, заживления, рубцевания и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация. При формулировке диагноза указывается наличие осложнений ЯБ: кровотечения, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза, а также характер оперативных вмешательств, если они проводились.

Клиническая картина

Ведущим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2–3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли.

При обострении ЯБ часто встречаются также отрыжка кислым, тошнота, запоры, отмечается похудание. Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов. Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких, как физическое перенапряжение,

прием НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений.

Язвенное кровотечение проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» или черным дегтеобразным стулом (мелена). При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменной крови.

Перфорация язвы клинически манифестируется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния.

При пенетрации язвы возникают упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела.

Наиболее характерными клиническими симптомами стеноза привратника являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом сероводорода. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение пациентов, присоединяются электролитные нарушения.

При малигнизации (озлокачествлении) доброкачественной язвы желудка клинически иногда удается отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений.

Диагностика

Диагноз язвенной болезни устанавливается на основании:

- 1) анамнестических данных (характерные жалобы, выявление язвенной болезни прежде);
- 2) физикального обследования (обнаружение болезненности и резистентности мышц брюшной стенки при пальпации);
- 3) инструментального обследования (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки).

Физикальное обследование

В период обострения ЯБ при объективном исследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя).

При возникновении осложнения ЯБ (кровотечения, перфорации и пенетрации) при обследовании пациента обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита.

При пальпации живота в случае стеноза привратника в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), у худых пациентов становится иногда видимой перистальтика желудка.

Лабораторные диагностические исследования

- 1) общий анализ крови с определением уровня гемоглобина и гематокрита (при неосложненном течении ЯБ чаще всего остается без существенных изменений, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о кровотечениях);
- 2) анализ кала на скрытую кровь.

Инструментальные диагностические исследования

- 1) эзофагогастродуоденоскопия (плановое эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, форму, размеры, глубину, состояние дна и краев язвы, позволяет выявить признаки пенетрации, рубцовой деформации и стенозирования просвета органа; дает возможность обнаружить другие сопутствующие изменения слизистой оболочки и определить нарушения гастродуоденальной моторики. При локализации язвы в желудке практически во всех случаях рекомендуется проводить множественную щипцовую биопсию из краев язвенного дефекта с последующим патоморфологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения. При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке выполнение биопсии из краев язвенного дефекта обычно не рекомендуется, так как подобные язвы крайне редко бывают злокачественными. Пациентам рекомендуется выполнить контрольное эндоскопическое исследование с повторным взятием множественной щипцовой биопсии по окончании курса консервативного лечения);
- 2) рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки (рекомендуется пациентам с подозрением на ЯБ, которым невозможно выполнение эндоскопического исследования, с целью подтверждения диагноза. При рентгенологическом исследовании обнаруживаются прямой признак ЯБ — «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки и косвенные признаки заболевания (местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики));
- 3) компьютерная томография органов брюшной полости (рекомендуется проведение пациентам с подозрением на перфорацию язвы с целью ее подтверждения. Данный метод позволяет определить наличие свободного газа в брюшной полости, объем и характер выпота, локализовать патологические изменения, в том числе определить расположение перфорационного отверстия);
- 4) УЗИ и обзорная рентгенография органов брюшной полости (рекомендуется проведение у пациентов с подозрением на перфорацию или пенетрацию язвы при невозможности проведения КТ).

Иные диагностические исследования

- 1) 13С-дыхательный уреазный тест или определение антигена *H. pylori* в кале, а при одновременном проведении ЭГДС — уреазный тест используются для выявления инфекции *H. pylori* (проводится всем пациентам с ЯБ с целью определения показаний к эрадикационной терапии);
- 2) микробиологический (бактериологический) метод (применяется в настоящее время для определения индивидуальной чувствительности *H. pylori* к антибиотикам в случаях неэффективности лечения);
- 3) определение уровня гастрина сыворотки крови (применяется у пациентов с рефрактерным течением язвенной болезни с целью исключения синдрома Золлингера — Эллисона).

Лечение

Консервативное лечение

Консервативное лечение язвенной болезни всегда комплексное, дифференцированное с учетом факторов, способствующих заболеванию, патогенеза, локализации язвенного дефекта, характера клинических проявлений, степени нарушения функций гастродуоденальной системы, осложнений и сопутствующих заболеваний.

- 1) диетотерапия (частое (5–6 раз в сутки), дробное питание, механического, термического и химического щажения. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соления и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые);
- 2) антисекреторная терапия ингибиторами протонного насоса в течение 4–6 недель (омепразол — в дозе 20 мг, лансопразол — в дозе 30 мг, пантопразол — в дозе 40 мг, рабепразол — в дозе 20 мг, эзомепразол — в дозе 20 мг);
- 3) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов в течение 4–6 недель (назначаются при неэффективности ИПН или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв) (ранитидин, фамотидин);
- 4) эрадикационная терапия (проводится всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. Pylori*. Схемой первой линии является стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки). В настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность

стандартной тройной терапии (назначение дважды в день повышенной дозы ИПН (удвоенной по сравнению со стандартной), увеличение продолжительности тройной терапии с ИПН и кларитромицином до 14 дней, подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств). Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) может быть назначена классическая четырехкомпонентная схема на основе висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10–14 дней. Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется также как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки);

- 5) Ребамипид (рекомендуется пациентам с обострением ЯБ с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образующегося рубца. Ребамипид, представляющий собой производное хинолинонов и оказывающий как гастро-, так и энтеропротективный эффект. В основе механизмов действия препарата лежит индукция синтеза простагландинов E2 и I2 в слизистой оболочке желудка и кишечника, что приводит к активации ее защитных свойств. В результате улучшается кровоток в стенке желудка и кишечника, усиливается пролиферация эпителиальных клеток, нормализуется проницаемость слизистой оболочки, происходит поглощение кислородных радикалов, повышается секреция желудочной слизи, реализуется противовоспалительное действие).

Хирургическое лечение

Пациентов с осложненными формами ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью решения вопроса об оперативном лечении в стационар хирургического профиля. Лечение язвенного кровотечения целесообразно начинать в отделении интенсивной терапии. Главной задачей лечения в отделении интенсивной терапии является стабилизация состояния пациента — восполнение объема циркулирующей крови, борьба с проявлениями гиповолемического шока, адекватное обезболивание, лечение декомпенсированных сопутствующих заболеваний и синдрома системной воспалительной реакции, после чего могут быть применены хирургический и/или эндоскопический методы лечения.

Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации. По данным литературы, эндоскопическая остановка кровотечения является «золотым стандартом» в лечении больных с язвенными

кровотечениями. Своевременное и правильное эндоскопическое пособие позволяет достичь устойчивого гемостаза в 89–92 % случаев. Оценка язвенного кровотечения проводится по классификации Forrest. Наиболее эффективным эндоскопическим способом остановки кровотечения являются клипирование кровоточащего сосуда и аргоно-плазменная коагуляция.

Пациентам с язвенным кровотечением экстренное хирургическое вмешательство с целью верификации источника кровотечения и его остановки рекомендуется проводить при неэффективности эндоскопического гемостаза в максимально ранние сроки. Операция необходима для достижения надежного гемостаза и снижения риска рецидива кровотечения. Объем предполагаемой операции зависит от состояния пациента, но важно помнить, что хирургическое вмешательство должно носить максимально щадящий характер.

Пациентам с перфорацией язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки проводится экстренная операция с целью ликвидации перфорационного отверстия. Предпочтительным является выполнение лапараскопического вмешательства — ушивание перфоративного отверстия с санацией и дренированием брюшной полости.

Пациентам с пилородуоденальным стенозом с целью его устранения рекомендуется проведение эндоскопической баллонной дилатации. При ее неэффективности рекомендуется проведение пилоропластики и дренирующих операций. Показания к хирургическому лечению пациентов с пилородуоденальным стенозом определяются степенью его компенсации, а также состоянием пациентов. Эндоскопическая баллонная дилатация возможна только у больных с субкомпенсированным стенозом и с локализацией рубца по передней стенке двенадцатиперстной кишки.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., Королев М.П., Андреев Д.Н., Баранская Е.К., Бурков С.Г., Деринов А.А., Ефетов С.К., Лапина Т.Л., Павлов П.В., Пирогов С.С., Ткачев А.А., Трухманов А.С., Федоров Е.Д., Шептулин А.А. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(1):49–70.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Баранская Е.К., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Дехнич Н.Н., Козлов Р.С., Кляритская И.Л., Корочанская Н.В., Курилович С.А., Осипенко М.Ф., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018; 28(1):55-70.
3. Язвенная болезнь: А. Н. О कोरोков, Н. П. Базеко — Москва, Медицинская литература, 2020 г.- 256 с.
4. Тарасенко С.В, Зайцев О.В., Кочуков В.П. и др. Хирургия осложненной язвенной болезни. Воронеж: Проспект, 2015.
5. Рысс Е. С., Шулутко Б. И. Болезни органов пищеварения. — СПб., 1998. — С. 78-92, С. 95-105.