

АО «Медицинский Университет Астана»

Кафедра Внутренние болезни

Язвенная болезнь желудка



Выполнила: Иманалиева Ж.Б.
6/114 ВБ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)

Язвенная болезнь – самостоятельное первичное хроническое циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения язвы пищеварительного тракта, контактирующего с активным желудочным содержимым.

Общепринятой классификации не существует.

Классификация Григорьева П. Я., 1986; Комаров Ф. И., 1996.

I. Локализация

1). Язва желудка

- ✓ Кардиального и субкардиального отделов;
- ✓ Медиогастральная;
- ✓ Антрального отдела;

- ✓ Пилорического канала и препилорического отдела или малая и большая кривизна
- Передняя стенка
- Задняя стенка

2). Язва ДПК

- ✓ Бульбарная локализация
- Передняя стенка
- Задняя стенка
- ✓ Постбульбарная локализация
- Проксимальный отдел ДПК
- Дистальный отдел ДПК

II. Фаза течения

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

III. Характер течения

- 1). Впервые выявленная;
- 2). Латентное течение;
- 3). Лёгкое или редко рецидивирующее (1 раз в 1-3 года);
- 4). Средней тяжести (2 рецидива в год);
- 5). Тяжёлое (3 и более рецидивов в год или непрерывное рецидивирование);

IV. Размер язвы

- 1). Малая язва – до 0,5 см;
- 2). Средняя язва – 0,5-1 см;
- 3). Крупная язва – 1,1-3 см (более 1 см в желудке и более 0,7 см в ДПК);
- 4). Гигантская язва – более 3 см (более 3 см в желудке и более 1,5-2 см в ДПК);
- 5). Поверхностная язва – до 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки;
- 6). Глубокая – более 0,5 см;

V. Стадия развития язвы (эндоскопически)

- 1). Активная
 - ✓ Увеличение язвы и нарастание воспалительных явлений;

- ✓ Стадия наиболее выраженных воспалительных явлений;
- ✓ Стихание эндоскопических признаков воспаления;
- ✓ Уменьшение размеров язвы;

- 2). Рубцующаяся язва
 - ✓ Закрытие язвы и формирование рубца;
- 3). Стадия рубца
 - ✓ Фаза «красного» рубца;
 - ✓ Фаза «белого» рубца;

VI. Сроки рубцевания

- 1). Обычные сроки (ЯБДПК – 3-4 недели, ЯЖ – 6-8 недель);
- 2). Длительно не рубцующаяся язва (ЯБДПК – более 4 недель, ЯЖ более 8 недель);

VII. Осложнения

- 1). Кровотечение – степени;
- 2). Перфорация с указанием органа;
- 3). Пенетрация с указанием органа;
- 4). Стеноз
 - ✓ Компенсированный
 - ✓ Субкомпенсированный
 - ✓ Декомпенсированный
- 5). Малигнизация;
- 6). Перивисцерит;
- 7). Реактивный панкреатит, гепатит, холецистит.

Сравнительная характеристика ЯБЖ и ДПК

Язва желудка	Язва двенадцатиперстной кишки и пилоруса
Страдают люди пожилого возраста.	Страдают молодые.
Железистый аппарат норма или атрофичен. Атрофия затрагивает как антральный, так и фундальный отдел.	Железистый аппарат дна желудка интактен. В области антрального отдела атрофический гастрит. В области дна возможна гиперплазия.

Факторы, предрасполагающие к развитию язвенной болезни

Выделяют следующие генетические маркеры язвенной болезни:

- увеличенное количество обкладочных клеток в железах желудка и вследствие этого стойко высокий уровень соляной кислоты в желудочном соке;
- высокое содержание в сыворотке крови пепсиногенов I, II и так называемой «ульцерогенной» фракции пепсиногена в желудочном содержимом;
- повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи;
- повышение чувствительности обкладочных клеток к гастрину и нарушение механизма обратной связи между выработкой соляной кислоты и освобождением гастрина;
- наличие O (I) группы крови, что увеличивает риск развития язвы желудка или двенадцатиперстной кишки на 35% по сравнению с лицами, имеющими другие группы крови; существует мнение, что при O (I) группе крови на слизистой оболочке желудка экспрессированы мембранные адгезивные рецепторы к

Helicobacter в значительно большей степени, чем у людей с другими группами крови;



выявление HLA-антигенов В^А, 85, 835;

- снижение активности а₁-антитрипсина и дефицит а₂-макроглобулина, при этом риск заболеть язвенной болезнью повышается в 1.5-3 раза; нормальный уровень этих веществ защищает слизистую оболочку гастродуоденальной зоны от действия протеолитических ферментов;
- неспособность секретировать в желудок агглютиногены крови АВ и отсутствие их в слюне (несекреторный статус); в этой ситуации риск заболеть язвенной болезнью повышается на 40-50%. Эти агглютиногены при нормальном их содержании защищают слизистую оболочку желудка от воздействия агрессивных факторов;
- генетически обусловленный дефицит в желудочной слизи фукогликопротеинов — основных гастропротекторов;
- нарушение продукции секреторного иммуноглобулина А;
- отсутствие кишечного компонента и снижение индекса В щелочной фосфатазы;
- отсутствие 3-й фракции холинэстеразы;



Этиология

*1. Инфицирование *Helicobacter pylori**

2. Острые и хронические психоэмоциональные стрессовые ситуации

3. Алиментарный фактор

4. Злоупотребление алкоголем и кофе, курение

5. Влияние лекарственных средств. Ацетилсалициловая кислота оказывает прямое некротизирующее влияние на слизистую оболочку желудка, а также подавляет образование слизистой оболочкой желудка защитных простагландинов. Такое же влияние оказывают и другие нестероидные противовоспалительные средства. Кроме того, ацетилсалициловая кислота нарушает образование защитной слизи, усиливает обратную диффузию водородных ионов в интерстициальное межклеточное пространство. В свою очередь, это способствует высвобождению гистамина из тучных клеток, что приводит к резкому повышению

6. Заболевания, способствующие развитию язвенной болезни
Развитию язвенной болезни способствуют следующие заболевания:

- хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких (при этих заболеваниях развивается дыхательная недостаточность, гипоксемия, ишемия слизистой оболочки желудка и снижение активности его защитных факторов);
- заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся развитием гипоксемии и ишемии органов и тканей, в том числе желудка;
- +цирроз печени;
- заболевания поджелудочной железы.

Патогенез

В настоящее время принято считать, что язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки развивается вследствие нарушения равновесия между факторами агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки в сторону преобладания факторов агрессии

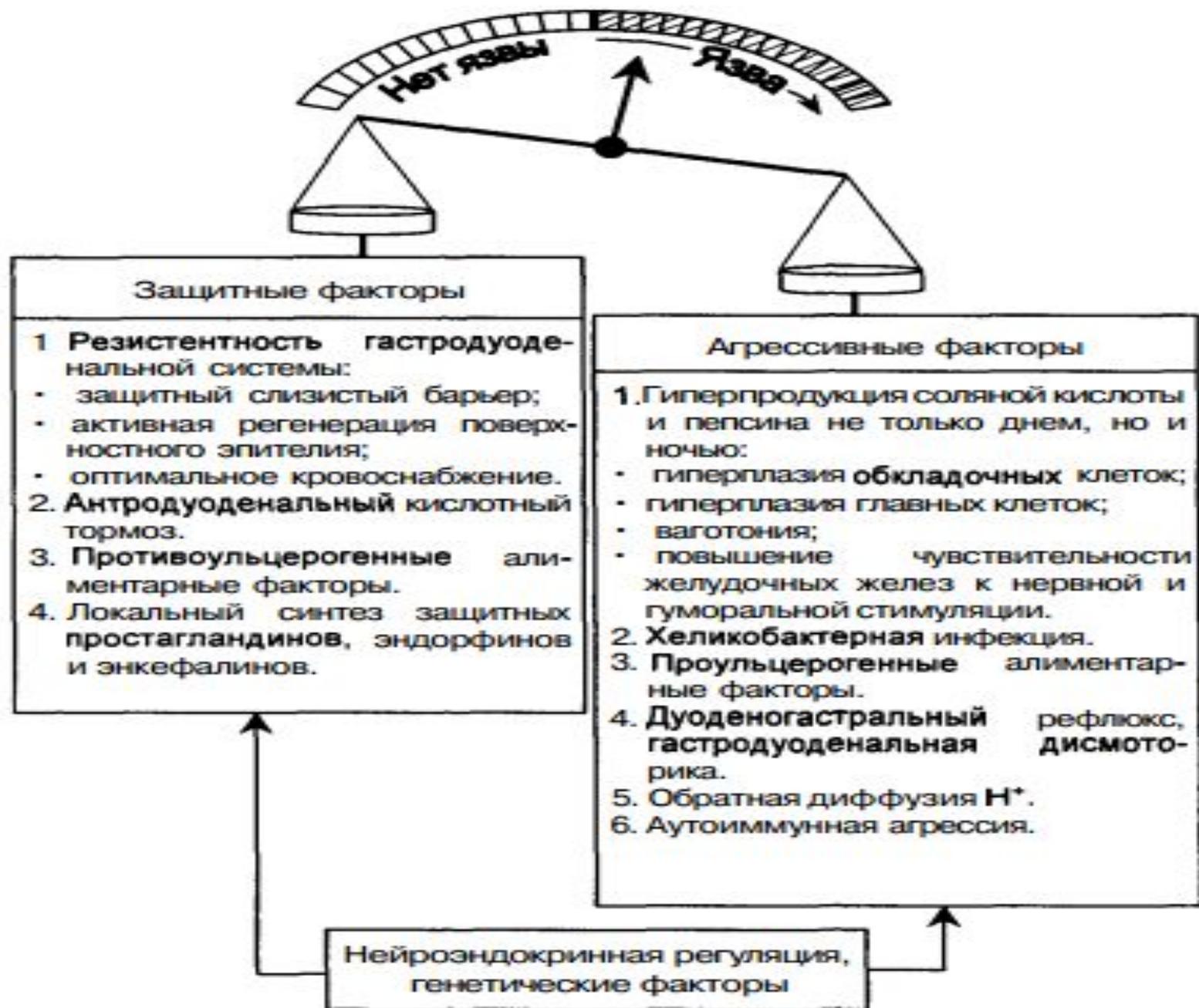


Рис. 7. Роль агрессивных и защитных факторов в развитии язвенной болезни (по Е. С. Рыссу, Ю. И. Фишзон-Рыссу с изменениями, 1995)

Патоморфология

Язва желудка располагается обычно на малой кривизне в препилорическом и пилорическом отделах, реже — в кардиальной и субкардиальной зонах. В 12-перстной кишке язва чаще расположена в верхней (бульварной) части, реже — внебульбарно.

Как правило, язвы имеют округлую форму и размеры от нескольких миллиметров до 5-6 см. Дно язвы гладкое, может быть шероховатое, края приподняты, плотные. Глубина язвы различна, иногда она достигает до серозного слоя, который в области язвы утолщается и нередко спаян с рядом расположенными органами — печенью, сальником, поджелудочной железой, поперечной ободочной кишкой.

В периоде обострения в области дна язвы развивается некроз, на поверхности некротических масс располагается фибриновый налет, слизистая оболочка вблизи язвы гиперемирована, отечна, зона некроза окружена грануляционной тканью.

Клиническая картина неосложненной язвенной болезни

Предъязвенный период

У большинства больных развитию типичной клинической картины заболевания со сформировавшейся язвой желудка или 12-перстной кишки предшествует предъязвенный период (В. М. Успенский, 1982). Предъязвенный период характеризуется появлением язвенноподобной симптоматики, однако, при этом во время эндоскопического исследования не удается определить основной патоморфологический субстрат заболевания — язву. Больные в предъязвенном периоде жалуются на боли в подложечной области натощак («голодные» боли), ночью («ночные» боли), через

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

Типичная клиническая картина

Субъективные проявления

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

Болевой синдром

Боль является основным симптомом язвенной болезни и характеризуется следующими особенностями.

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

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

Время появления боли. По отношению ко времени приема пищи различают боли ранние, поздние, ночные и «голодные». Ранними называются боли, возникающие через 0.5-1 ч после еды, интен-

Поздние боли появляются через 1.5-2 ч после еды, ночные — ночью, голодные — через 6-7 ч после еды и прекращаются после того, как больной снова покушает, выпьет молоко. Поздние, ночные, голодные боли наиболее характерны для локализации язвы в антральном отделе и 12-перстной кишке. Голодные боли не наблюдаются ни при каком другом заболевании.

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

Характер боли. У половины больных боли небольшой интенсивности, тупые, приблизительно в 30% случаев интенсивные. Боли могут быть ноющие, сверлящие, режущие, схваткообразные. Выраженная интенсивность болевого синдрома при обострении

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

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

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

Появление боли при язвенной болезни обусловлено:

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

Диспептический синдром

Изжога — один из наиболее частых и характерных симптомов язвенной болезни. Она обусловлена желудочнопищеводным рефлюксом и раздражением слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым, богатым соляной кислотой и пепсином. Изжога может возникать в те же сроки после приема пищи, что и боли. Но у многих больных не удается отметить связи изжоги с приемом пищи. Иногда изжога может быть единственным субъективным проявлением язвенной болезни.

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

Отрыжка — довольно частый симптом язвенной болезни.

Наиболее характерна отрыжка кислым, чаще она бывает при медиогастральной, чем при дуоденальной язве.

Появление отрыжки обусловлено одновременно недостаточностью кард и и антиперистальтическими сокращениями желудка.

Следует помнить, что отрыжка чрезвычайно характерна также для диафрагмальной грыжи.

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

Тошнота характерна для медиогастральных язв (но обычно связана с сопутствующим гастритом), а также нередко наблюдается при постбульбарных язвах. В то же время тошнота, как указывают Е. С. Рысс и Ю. И. Фишзон-Рысс (1995), совершенно «нехарактерна для язвы луковицы 12-перстной кишки и скорее даже противоречит такой возможности».

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

Нарушение моторной функции толстого кишечника

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

следующими причинами:

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

Данные объективного клинического исследования

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

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

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

Язык у больных язвенной болезнью обычно чистый. При сопутствующем гастрите и выраженных запорах язык может быть

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

- умеренная, а в периоде обострения выраженная болезненность в эпигастрии, как правило, локализованная. При язве желудка болезненность локализуется в эпигастрии по средней линии или слева, при язве 12-перстной кишки — больше справа;
- перкуторная болезненность — симптом Менделя. Этот симптом выявляется путем отрывистой перкуссии согнутым под прямым углом пальцем по симметричным участкам эпигастральной области. Соответственно локализации язвы при такой перкуссии появляется локальная, ограниченная болезненность. Иногда болезненность ярче выражена на вдохе. Симптом Менделя обычно указывает на то, что язвенный дефект не ограничен слизистой оболочкой, а локализуется в пределах стенки желудка или 12-перстной кишки с развитием перипроцесса;
- локальное защитное напряжение передней брюшной стенки, более характерное для язвы 12-перстной кишки при обострении заболевания. Происхождение этого симптома объясняется раздражением висцеральной брюшины, что по механизму вис-

Клинические особенности заболевания в зависимости от локализации язвы

Язва кардиального и субкардиального отдела желудка

Эти язвы локализуются или непосредственно у пищеводно-желудочного перехода или дистальнее его, но не более чем на 5-6 см.

Характерными для кардиальных и субкардиальных язв являются следующие особенности:

126 Болезни органов пищеварения

- чаще болеют мужчины в возрасте старше 45 лет;
- боли возникают рано, через 15-20 минут после еды и локализуются высоко в эпигастрии у самого мечевидного отростка;
- боли достаточно часто иррадируют в область сердца и могут ошибочно расцениваться как стенокардитические. При дифференциальной диагностике следует учитывать, что боли при ишемической болезни сердца появляются при ходьбе, на высоте физической нагрузки и исчезают в покое. Боли при кардиальной и субкардиальной язве четко связаны с приемом пищи и не зависят от физической нагрузки, ходьбы, успокаиваются не после приема нитроглицерина под язык, как при стенокардии, а после приема антацидов, молока;
- характерна слабая выраженность болевого синдрома;
- боли довольно часто сопровождаются изжогой, отрыжкой, рвотой в связи с недостаточностью кардиального сфинктера и развитием желудочнопищеводного рефлюкса;
- нередко язвы кардиального и субкардиального отдела желудка

Язвы малой кривизны желудка

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

- возраст больных обычно превышает 40 лет, нередко эти язвы бывают у пожилых и стариков;
- боли локализуются в подложечной области (несколько левее срединной линии), возникают через 1-1.5 ч после еды и прекращаются после эвакуации пищи из желудка; иногда бывают поздние, «ночные» и «голодные» боли;
- боли обычно ноющего характера, интенсивность их умеренная; однако в фазе обострения возможно появление очень интенсивных болей;
- часто наблюдаются изжога, тошнота, реже рвота;
- желудочная секреция чаще всего нормальная, но возможно также в ряде случаев повышение или понижение кислотности желудочного сока;
- в 14% случаев осложняются кровотечением, редко — перфорацией;
- в 8-10% случаев возможна малигнизация язвы, причем принято считать, что малигнизация наиболее характерна для язв, распо-

Язвы большой кривизны желудка

Язвы большой кривизны желудка имеют следующие клинические особенности:

- встречаются редко;**
- среди больных преобладают мужчины старшего возраста;**
- симптоматика мало отличается от типичной клинической картины язвы желудка;**
- в 50% случаев язвы большой кривизны желудка оказываются**

злокачественными, поэтому врач должен всегда рассматривать

язву такой локализации как потенциально злокачественную и

делать повторные множественные биопсии из краев и дна язвы.

Язвы антрального отдела желудка

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

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

Язвы пилорического канала

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

- упорное течение заболевания;**
- характерен выраженный болевой синдром, боли носят приступообразный характер, длятся около 30-40 минут, у 1/3 больных боли бывают поздние, ночные, «голодные», однако у многих пациентов они не связаны с приемом пищи;**
- боли часто сопровождаются рвотой кислым содержимым;**
- характерна упорная изжога, приступообразное чрезмерное отделение слюны, чувство распирания и полноты в эпигастрии после еды;**
- при многолетнем рецидивировании язвы пилорического канала осложняются стенозом привратника ; другими частыми осложнениями являются кровотечения перфорация, пенетрация в поджелудочную железу; у 3-8% наблюдается малигнизация.**

Лабораторные и инструментальные данные при неосложненной язвенной болезни

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

2. Исследование секреторной функции желудка: Методика исследования секреторной функции желудка описана в гл. «Хронический гастрит». В качестве стимулятора желудочной секреции сейчас предлагается использовать пентагастрин, реже — гистамин. Рекомендуется определять показатели базальной секреции, а также максимальную кислотную продукцию (maximal acid output — MAO). Уровень MAO позволяет судить о количестве обкладочных клеток.

Е. С. Рысс, Ю. И. Фишзон-Рысс (1995) подчеркивают, что сопоставление показателей МАО и ВАО (basal acid output — базальной кислотной продукции) позволяет оценить функциональное и морфологическое состояние железистого аппарата желудка. В норме у мужчин ВАО не превышает 5 ммоль/ч, МАО колеблется в пределах от 18 до 26 ммоль/ч, в среднем составляя 22 ммоль/ч. У женщин эти показатели снижены на 1/3, что обусловлено меньшим числом у них обкладочных клеток. МАО 22 ммоль/ч соответствует содержанию в слизистой оболочке желудка 1 миллиарда обкладочных клеток. Выделение под влиянием максимальной пентагастриновой стимуляции 1 ммоль/ч соляной кислоты соответствует 50 млн. обкладочных клеток. Такие сопоставления получили образное сравнение с «химической биопсией» слизистой оболочки желудка. В табл. 13 представлены величины МАО и ВАО, соответствующие гиперплазии или атрофии слизистой оболочки желудка. Высокие уровни МАО, соответственно, гиперплазия слизистой оболочки желудка и увеличение количества обкладочных клеток

табл. 13. Уровни МАО и ВАО, соответствующие гиперплазии или атрофии слизистой оболочки желудка (по Е. С. Рыссу и . И. Физзон-Рыссу, 1995)

Показатели секреторной функции желудка

Состояние слизистой оболочки желудка

МАО

У мужчин > 32-35 ммоль/ч

МАО

У женщин > 22-26 ммоль/ч

ВАО > 7 ммоль/ч

МАО

У мужчин < 4-5 ммоль/л

МАО

У женщин < 2 5-3.5 ммоль/л

Гиперплазия слизистой оболочки желудка, количество обкладочных клеток превышает средние величины в 1.5 раза

Атрофия слизистой оболочки желудка

Примечание. МАО (maximal acid output) — максимальная кислотная продукция.

ВАО (basal acid output) — базальная кислотная продукция.

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

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

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

Эндоскопическое исследование.

Для язвенной болезни типична хроническая язва. По эндоскопическим признакам различают активную и рубцующуюся язвы и послеязвенные рубцы.

При ФЭГДС выявляются следующие признаки, характерные для обострения язвенной болезни:

- язва имеет округлую или овальную, иногда полигональную или щелевидную форму;
- края язвы имеют четкие границы, гиперемированы, отечны;
- край язвы, обращенный к кардиальному отделу, несколько подрыв, нависает над дном язвы, дистальный край более пологий;
- дно язвы покрыто фибринозными наложениями серовато-белого или желтоватого цвета; можно видеть признаки не-
в биоптате со дна язвы определяется детрит, скопление слизи с примесью лейкоцитов, эритроцитов, клеток слущенного эпителия; вокруг язвы определяется картина острого воспаления (отек, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками, расширение сосудов)

В фазе заживления язвы отмечается уменьшение гиперемии слизистой оболочки, воспалительно-отечного вала вокруг язвы. Язва становится менее глубокой, очищается от фибрина, выявляется грануляционная ткань. В окружающей язву слизистой оболочке определяются нежные розовые рубчики, направляющиеся к язве. В стадии рубцевания можно выделить две фазы: «красного» и «белого» рубца. В фазе «красного» рубца постъязвенный рубец выглядит в виде гиперемированного участка слизистой оболочки с линейным или звездчатым втяжением стенки. В биоптате из свежего красного рубца видны умеренный отек и инфильтрация плазматическими клетками и лимфоцитами. В дальнейшем формируется зрелый рубец, при этом грануляционная ткань замещается волокнистой соединительной тканью, активное воспаление отсутствует (фаза «белого рубца»). У многих

С помощью ФЭГДС можно также легко диагностировать кровотечение из язвы.

Противопоказаниями к ФЭГДС являются:

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

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

Рентгенологическое исследование.

При рентгеноскопии желудка выделяют прямой и косвенные признаки язвы.

Прямым признаком язвы является *обнаружение «ниши»* — ограниченного выступа на контуре желудка или 12-перстной кишки в месте расположения язвы. «Ниша» может быть различной формы: округлой, овальной, шелевидной, конической или неправильной.

К косвенным причинам язвы относятся:

- задержка бариевой массы в месте язвы (стойкое контрастное пятно);
- задержка или ускорение пассажа бария сульфата из желудка;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- конвергенция складок в местах расположения язвы;
- недостаточность кардии, желудочнопищеводный рефлюкс;
- локальные спазмы желудка или 12-перстной кишки;
- симптом регионарного втяжения («симптом указующего пальца» де Кервена) — циркулярное втяжение мышц желудка на противоположенной стороне от язвы. Такое втяжение указывает на наличие язвы даже тогда, когда она непосредственно не выявляется;

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

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

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

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

Тяжесть течения язвенной болезни

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

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

Форма средней степени тяжести имеет следующие критерии:

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

Тяжелая форма характеризуется следующими признаками:

- рецидивы (обострения) наблюдаются 2-3 раза в год и чаще;
- боли резко выражены, купируются в стационаре за 10-14 дней (иногда дольше);
- резко выражены диспептические явления, похудание;

Пример формулировки диагноза

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

**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ**