

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
(ФГБОУ ВО СибГМУ Министерства Российской Федерации)



Язвенная болезнь желудка и ДПК

Выполнил: врач-ординатор Минко Н.В.

Томск, 2021г



- 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.

Эпидемиология

- У школьников ЯБ встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников
- у городских детей – в 2 раза чаще, чем у сельских.
- Соотношение мальчиков и девочек 3:1.
- В структуре ЯБ у детей язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) представлена в 81% случаев, реже встречаются ЯБ желудка (13%) и сочетанная локализация язвенных дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке – 6%

Этиология и патогенез

- Язвенная болезнь – полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание.
- Большое значение имеет наследственная отягощенность, которая реализуется при воздействии неблагоприятных факторов

В основе нарушение равновесия между факторами



АГРЕССИИ:

- Гиперпродукцию соляной кислоты
- Повышенную возбудимость обкладочных клеток, обусловленную ваготонией
- Инфекционные факторы (*Helicobacter pylori*),
- Нарушение кровоснабжения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки,
- Нарушение антродуоденального кислотного тормоза, желчные кислоты и лизолецитин.



Защиты:

- Слизистый барьер, муцин, сиаловые кислоты, бикарбонаты

- В конечном итоге, формирование язвенного дефекта обусловлено действием соляной кислоты (правило К.Schwarz «**Нет кислоты – нет язвы**») на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, что позволяет считать антисекреторную терапию основой лечения обострений язвенной болезни.

Решающая роль отводится микроорганизмам *H.pylori*.

- Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины.
 - Обсеменение СО желудка *H.pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное поступление соляной кислоты в просвет двенадцатиперстной кишки в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует усилению дуоденита, возникновению кишечной метаплазии и **распространению** *H.pylori*.
- + наследственная предрасположенность и действия дополнительных этиологических факторов формируют язвенный дефект.

Типы язв

Типы язв	Причины
Стрессовые (ишемия СО)	Психоэмоциональная или физическая травма, в том числе ЧМТ, при ожогах, шоке, обморожениях и т.д
Медикаментозные	Терапия НПВП, кортикостероидами, цитостатиками и др.
Эндокринные	Сахарный диабет, Синдром Золлингера-Эллисона, Гиперпаратиреоз
Гепатогенные	Цирроз печени, хронический гепатит
Панкреатогенные	Панкреатит
Гипоксические	Хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы

Таблица 2 - Классификация язвенной болезни

(по А.В. Мазурину, 1984 года с добавлениями В.Ф. Приворотского и Н.Е. Лупповой, 2005 года)

Фазы:	Течение:	Локализация:	Форма:	Инфицирование <i>H.pylori</i>
1. Обострение. 2. Неполная клиническая ремиссия. 3. Клиническая ремиссия.	1. впервые выявленная, 2.редко рецидивирующая (ремиссия более 3х лет), 3.непрерывно- рецидивирующая (ремиссия менее 1 года)	желудок. двенадцатиперстная кишка: - луковица - постбульбарные отделы двойная локализация	1. Неосложненная. 2. Осложненная: 1) кровотечение 2) пенетрация 3) перфорация 4) стеноз привратника 5) перивисцерит	1.Н.р.- позитивная, 2.Н.р.- негативная
Функциональная характеристика: Кислотность желудочного содержимого и моторика могут быть повышены, понижены и нормальными.				
Клинико-эндоскопические стадии язвенной болезни: 1 стадия - свежая язва 2 стадия - начало эпителизации язвенного дефекта 3 стадия - заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените 4 стадия - клинико-эндоскопическая ремиссия				
Сопутствующие заболевания: - панкреатит - эзофагит - холецистохолангит				

Примеры

- *Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, Н.р.- позитивная, впервые выявленная, с повышенной кислотообразующей функцией, фаза обострения.*
- *Язвенная болезнь желудка, Н.р.- негативная, нормальная кислотообразующая функция желудка, часто рецидивирующее течение, фаза обострения, состоявшееся желудочное кровотечение.*

Диагностика

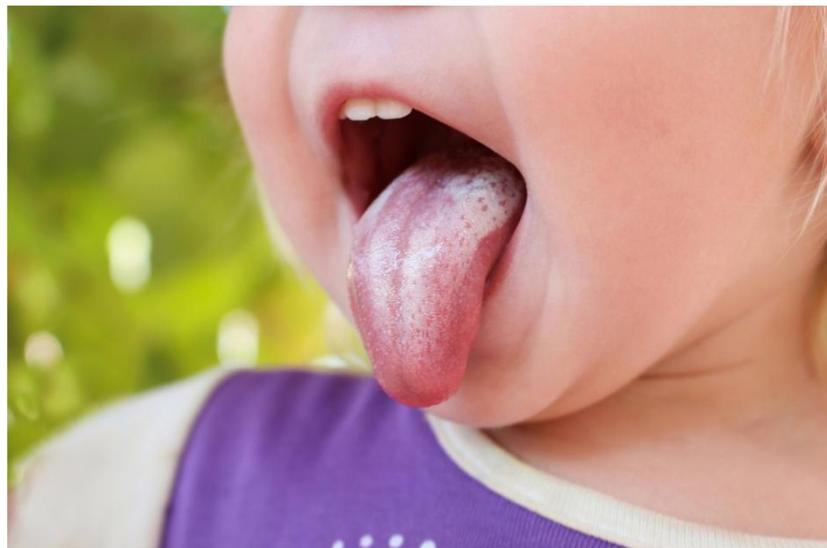
Жалобы:

- Боли в животе (в эпигастральной или параумбиликальной области, имеющие ночной и "голодный" характер, уменьшающиеся при приеме пищи)
- Изжога
- Отрыжка
- Рвота
- Тошнота
- Сниженный аппетит
- Склонность к запорам или неустойчивому стулу
- Эмоциональная лабильность
- Повышенная утомляемость



Физикальное обследование

- Белый налет на языке
- Болезненность в пилородуоденальной зоне.
- Наличие симптома мышечной защиты
- В фазе обострения рекомендовано оценить наличие положительного симптома Менделя



при перкуссии брюшной стенки определяется болезненность в правой подвздошной области

Лабораторная диагностика

Патогномоничных для язвенной болезни лабораторных маркеров нет!

Проведение исследований рекомендовано для исключения осложнений. ОАК, кал на скр. кровь, б/х (общ.белок, альбумин, амилаза, липаза, АСТ, СЛТ, ЩФ, глюкоза, сывороточного железа).

Определения инфицированности *Helicobacter pylori*

- Определение моноклонального фекального антигена *H. pylori* и уреазный дыхательный тест с С13-меченным атомом углерода (С13-УДТ) являются основными неинвазивными тестами.
- Исследования на наличие антител к *H. pylori* в сыворотке крови.

Инструментальная диагностика

- ФЭГДС -
рекомендовано взятие
4-6 биоптатов из дна и
краёв язвы с их
гистологическим
исследованием.
- Для исключения
сопутствующей
патологии выполнять
УЗИ ОБП.

Здоровая
слизистая
желудка



Гастрит



Язва



Полипы

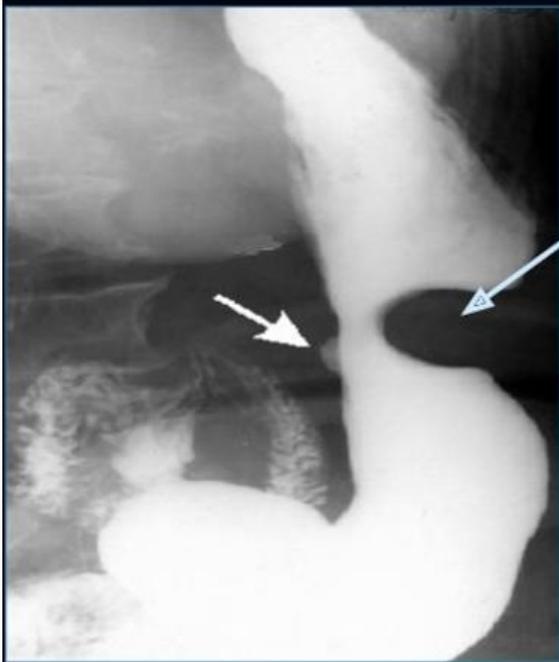


Измерение кислотности среды методом внутрижелудочной рНметрии

Показатели внутрижелудочковой рН-метрии

<i>рН базальной секреции</i>	<i>рН стимулированной фазы секреции</i>
1,5 и ниже – гиперацидность	1,2 и ниже – гиперацидность
1,6 - 2 – нормоцидность	1,21 - 2 – нормоцидность
2,1 и выше – гипацидность	2,1 - 3 – умеренно выраженная гипацидность
6,0 и выше – анацидность	3,1 - 5,0 – выраженная гипацидность
	6,0 и выше – анацидность

«Указующий перст»



- Для глубоких язв желудка характерен симптом «указующего перста» на язву со стороны большой кривизны
- Его природа обусловлена регионарным сегментарным спазмом циркулярной мускулатуры желудка.
- Крупная стрелка – ниша, тонкая стрелка - втяжение

Контрастное рентгенологическое исследования верхних отделов ЖКТ

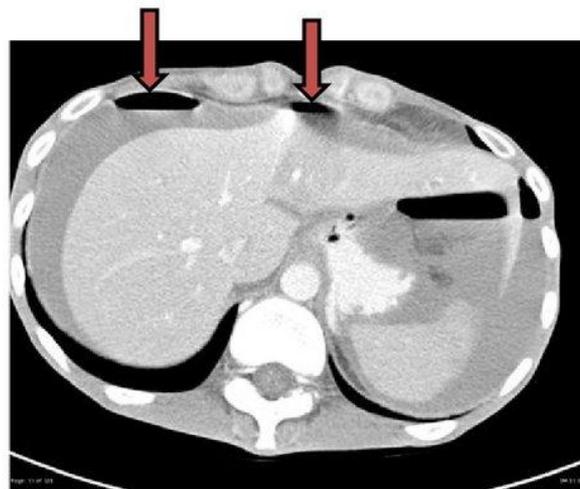


- СИМПТОМ «НИШИ»

Компьютерная томография



Перфорация язвы: КТ



Стрелками указан свободный газ в брюшной полости

Лечение – эрадикационная терапия

- В качестве терапии первой линии, если резистентность к кларитромицину не превышает 15–20%, рекомендовано использовать стандартную тройную терапию:

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

Длительность:

В качестве терапии второй линии используются

квадротерапия:

- висмута субцитрат + ИПП + амоксициллин + кларитромицин
- висмута субцитрат + ИПП + амоксициллин или кларитромицин+ нифурател

С целью преодоления устойчивости *H. pylori* к кларитромицину и снижения побочных эффектов от применения а/б рекомендовано использовать схему с последовательным назначением антибиотиков: ИПП + висмута субцитрат + амоксициллин - 5 дней, затем ИПП + висмута субцитрат + джозамицин - 5 дней.

- При ЯБ, не ассоциированной с *H. pylori*, используют ИПП: эзомепразол, *омепразол**, рабепразол, которые назначаются в дозе 1-2 мг/кг/сут. Продолжительность курса ИПП 4 недели по ЯДЖ, 8 недель по ЯБДПК.
- Диспепсия: Антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) в комплексе с основной терапией.
- При нарушениях моторики ЖКТ рекомендовано назначать прокинетики, спазмолитики

- Эффективность лечения при язве желудка рекомендовано контролировать эндоскопическим методом через 8 нед, при дуоденальной язве — через 4 нед

Хирургическое лечение

- При наличии осложнения болезни: перфорация язвы, декомпенсированный рубцовоязвенный стеноз привратника, сопровождающийся выраженными эвакуаторными нарушениями; профузные желудочно-кишечные кровотечения, которые не удается остановить консервативными методами, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза.

- Реабилитация: проведение физиотерапии и ЛФК для улучшения крово- и лимфообращения в брюшной полости; нормализации моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, секреторной и нейрогуморальной регуляции пищеварительных процессов; создания благоприятных условий для репаративных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки



- Диспансерное наблюдение за пациентом с язвенной болезнью проводится в течение 5 лет от начала заболевания или обострения, даже при отсутствии морфологического субстрата язвы (клинико-эндоскопическая ремиссия).



Спасибо за внимание!

