

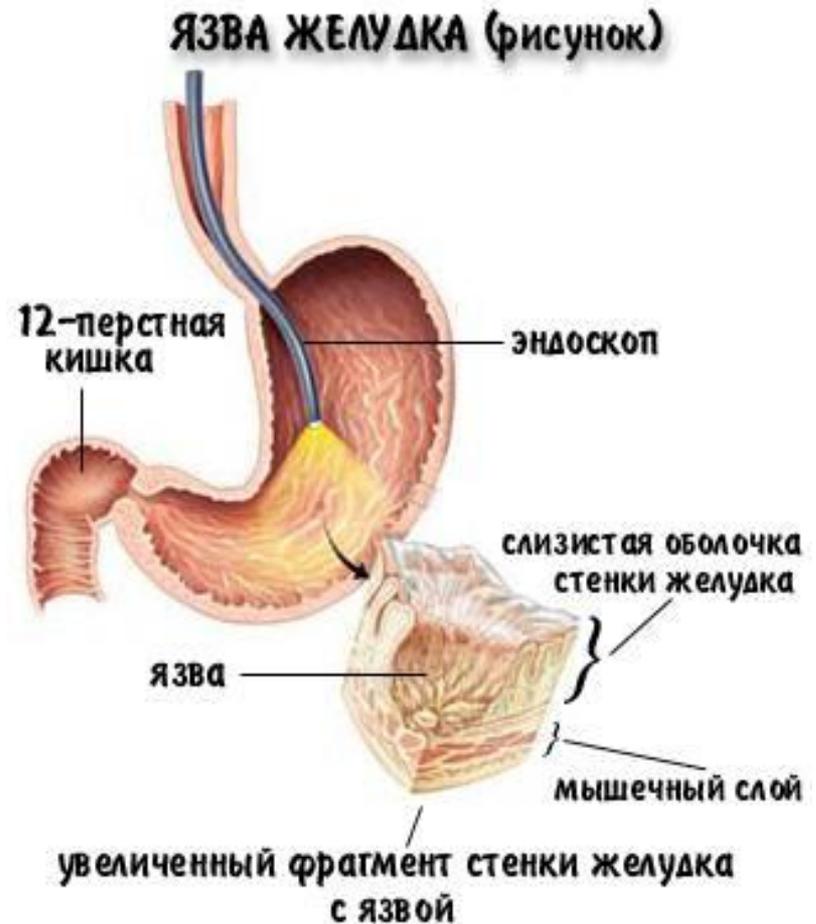
Язвенная болезнь



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Это общее хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся преимущественно сезонными обострениями с появлением язвы в стенке желудка или 12-перстной кишки.

Язвенная болезнь занимает 2 место после хронического гастрита. Мужчины страдают в 2 раза чаще, чем женщины. В 80% случаев страдают люди до 40 лет - это имеет большое социальное значение.



Этиология

- острый или хронический психоэмоциональный стресс;
- закрытая травма черепа;
- нарушение режима питания;
- табакокурение и употребление алкоголем;
- действие лекарственных веществ (салицилатов);
- инфицирование желудка хеликобактериями и кандидами;
- хроническое нарушение дуоденальной проходимости.

Способствующие факторы:

- наследственная склонность;
- наличие 0(I) группы крови;
- врожденный дефицит альфа-антитрипсина;
- генетически обусловленное увеличение количества обкладочных клеток и гиперпродукция соляной кислоты.

Клиника

При **язвах желудка** боли возникают после приема пищи, локализуется под мечевидным отростком. Боли ноющие, тупые, нередко иррадируют за грудину. Рвота приносящая облегчение, преобладает тошнота и изжога.

Для **язвы 12-перстной кишки** являются боли поздние (через 1.5-3 часа после еды), голодные, ночные. Боли локализуются, около пупка и в верхнем правом квадранте живота, нередко иррадируют в спину. Рвота обычно на высоте обострения болезни, вызывающая, как правило, облегчение болей.

- **Изжога** — ранний симптом язвенной болезни, сочетается с болевым синдромом. Механизм изжоги связан с рефлексом желудочного содержимого в пищевод из-за слабости кардиального сфинктера.
- **Отрыжка, тошнота, рвота** — встречаются реже, чем боль или изжога. Отрыжка наблюдается при субкардиальной локализации язвы. Рвота связана с болевым синдромом: возникает на высоте болевого синдрома и приносит пациенту облегчение. Последовательность симптомов: изжога—боль—тошнота—рвота—облегчение диспептического синдрома.
- Грозным синдромом является **кровавая рвота**. При субкардиальных язвах возможна упорная рвота, наступающая сразу после еды. У пациентов эквивалентом рвоты является тошнота с выделением слизи.
- **Запоры** — частый спутник язвенной болезни, возникают вследствие спазма толстой кишки нервно-рефлекторного генеза (спастическая дискинезия). Появлению запоров способствует щадящая, бедная клетчаткой диета, которой придерживаются больные, особенно в период обострения.

Диагностика язвенной болезни

- Рентгенологическое исследование и фиброгастроскопия.
- При ФГДС наблюдается язвенный дефект соответствующей локализации, дно язвы удерживает некротические массы и покрыто фибрином. Складки слизистой оболочки по краям язвы утолщены. В процессе рубцевания на месте язвы определяется регенерирующий эпителий, в дальнейшем образуется белый рубец.
- Рентгеноскопия желудка определяется «ниша» (дополнительная тень к тени желудка) и конвергенция складок слизистой по направлению к нише.
- Желудочная секреция: при язвах кардии, тела желудка, малой и большой кривизне кислотность нормальная, снижена или несколько повышена; при пилородуоденальных язвах кислотность высокая.



Обследование пациента

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- группа и резус-фактор крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- общий анализ мочи;
- железо сыворотки крови;
- сахар крови;
- гистологическое исследование биоптата;
- цитологическое исследование биоптата.

Обязательные инструментальные исследования:

- УЗИ печени,
- желчных путей и поджелудочной железы;
- ФГДС с прицельной биопсией (двукратно).

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. Кровотечение.
2. Перфорация.
3. Перидуодениты.
4. Пенетрация.
5. Перерождение язвы в рак.
6. Рубцовый стеноз привратника.



Осложнения

Осложнения язвенной болезни делятся на две группы:

1. связанные непосредственно с прогрессированием процесса, углублением язвы, ее трансформацией

2. связанные с реакцией ряда органов и физиологических систем патологические изменения, развивающиеся в гастродуоденальной системе при этом заболевании.

Первая группа: кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, перерождение.

Вторая группа: вегетативно-сосудистая дистония, спастическая дискинезия кишечника, дискинезии желчного пузыря, хронический холецистит, жировой гепатоз, реактивный панкреатит.

Кровотечение. **Симптомы** зависят от количества кровопотери. При массивном кровотечении: признаки сосудистой недостаточности (бледность кожных покровов, головокружение, обморок, снижение АД, тахикардия, анемия — коллапс), рвота в виде «кофейной гущи», при обильном кровотечении возможна примесь алой крови, мелена.

Перфорация язвы. **Симптомы:** редчайшая «кинжальная» боль и «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки, метеоризм, задержка стула, газы не отходят, черты лица заостряются. Язык сухой. Пациенты лежат неподвижно на спине или на боку с приведенными к животу ногами.

Перкуссия: исчезновение «печеночной тупости» вследствие поступления газа в брюшную полость и скопления его под диафрагмой. Рентгенология: видна серповидная полоска просветления над печенью. Перфорация часто сопровождается коллапсом. Пульс, вначале замедленный, становится частым. Рвота бывает редко, повышается температура тела.

Пенетрация. Симптомы: боли становятся упорными, постоянными, признаки вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы, печени или желчевыводящих путей (желтуха, повышение активности амилазы в крови, опоясывающие боли и др.).

Стеноз привратника Симптомы: чувство расширения в подложечной области, тягостная рвота застойного характера, содержащая натошак остатки пищи, съеденной накануне, похудание, сухость кожи, снижается ее тургор и эластичность, появляется отрыжка запахом тухлого яйца.

Пальпация: отмечается «шум плеска». Живот вздут. Чувство переполнения живота при употреблении небольшого количества пищи. При многократной рвоте судороги, затемненное сознание, сгущение крови. Рентгенология: замедление эвакуации контраста из желудка, снижение тонуса и расширение желудка.

Малигнизация язвы (злокачественная трансформация). **Симптомы:** боли приобретают постоянный характер, не связаны с приемом пищи и ее качеством, потеря аппетита, учащается рвота, повышается температура тела до субфебрильных цифр, анемия, постоянно выявляется положительная реакция Грегерсена.

Рентгенология и гастроскопическое исследование: признаки малигнизации (широкий вход в кратер и др.), при биопсическом материале — признаки перерождения клеток.

Принципы лечения язвенной болезни

Консервативная терапия:

- ограничение двигательной активности,
- назначение диеты,
- питание дробное, ограничивается количество соли, пища должна содержать значительное количество витаминов.

Медикаментозное лечение:

- лекарственные средства, снижающие кислотность желудочного сока, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта.

Физиотерапевтические методы лечения:

- парафиновые аппликации,
- диаметрия,
- электрофорез кальция, гидротерапия (ванны, душ).

Медикаментозное лечение:

- *Семидневные схемы*
- № 1
- омепразол 20 мг — 2 раза в день
- + кларитомидин (клацид) 250 мг — 2 раза в день
- + метронидазол (трихопол) 500 мг — 2 раза в день в конце еды
- № 2
- омепразол 20 мг — 2 раза в день
- + амоксицилин по 1 г — 2 раза в день в конце еды
- + метронидазол (трихопол) 500 мг — 2 раза
- № 3
- ринитидин (пилорид) 400 мг — 2 раза в день
- + кларитомидин 250 мг или тетрациклин 500 мг — 2 раза в день
- + метронидазол (трихопол) 400-500 мг — 2 раза,
- *Десятидневная*
- ринитидин (пилорид) 300 мг — 2 раза в день (или фамотидин)
- + калиевая соль двузамещенного цитрата висмута 108 мг — 5 раз в день
- + метронидазол 200 мг — 5 раз в день
- + тетрациклина гидрохлорид 250 мг — 5 раз в день после еды

Профилактика

Первичная профилактика

- рациональное питание с детства,
- организацию труда и отдыха,
- борьбу с табакокурением и алкоголем,
- создание благоприятного психологического микроклимата в семье, на производстве,
- занятие физкультурой и спортом.

Вторичная профилактика

- непрерывная терапия (в течение месяцев и даже лет) антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, принимать ежедневно вечером 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (кваметел, ульфамид);
- профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе и в течение 2-3 дней, а затем в половинной— в течение двух недель.

Диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью проводится долго (в течение 5 лет после очередного рецидива или обострения).