

ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ¹

Ольга Вострова,

Карагандинский государственный медицинский университет
1423128@mail.ru

Определение

Язвой желудка и двенадцатиперстной кишки называется дефект слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек.

Гендерные различия

Мужчины молодого возраста болеют язвенной болезнью в 4 раза чаще, чем женщины. У женщин в 1/3 случаев язвенная болезнь возникает после наступления менопаузы.

Этиология

Язва образуется в результате дисбаланса между факторами защиты и факторами агрессии. Такое несоответствие может возникнуть вследствие повышения активности факторов агрессии, так и в результате снижения резистентности слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Причины развития язвенной болезни

К факторам агрессии относятся хеликобактерная инфекция, гиперпродукция соляной кислоты и пепсина, травмирующее влияние на слизистую химических, термических и механических свойств пищи, обратная диффузия водородных ионов, гастродуоденальная дисмоторика, снижение моторной функции желудка и длительная задержка желудочного содержимого, ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка, аутоиммунная агрессия.

1

Источник:
Мухин Н.А.
Внутренние болезни.
Изд. ГЭОТАР
МЕДИА. 245 с.

Триггеры

Пусковым механизмом образования язв являются инфицирование *Helicobacter pylori*, острые и хронические психоэмоциональные факторы, алиментарный фактор, злоупотребление алкоголем, кофе, курение, лекарственные средства, наследственная предрасположенность.

Факторы защиты желудка

К факторам защиты относятся резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, антродуоденальный т. н. «кислотный тормоз» и «секретинный механизм», а также локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов и других медиаторов защиты.

Патогенез

Ведущее значение в образовании язвы имеет прямое воздействие на слизистую гастроуденального отдела активного желудочного сока. Существует кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни (Быков и Курцин) — воздействия неблагоприятных факторов внешней среды через кору головного мозга, подкорковые образования и блуждающий нерв.

При возбуждении блуждающего нерва возрастает продукция всех химических стимуляторов кислотообразования и секреторной функции желудка. Это всё оказывает влияние и на эндокринные механизмы регуляции, в частности, стимулируется продукция адренокортикотропного гормона. Под влиянием кортизола повышается кислотопродуцирующая функция, снижаются защитные и репаративные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной области.

Трёхслойная структура язвы

Поверхностный слой содержит фибрин, мукоидный секрет, обрывки некротизированной слизистой и подслизистого слоя, лейкоциты и эритроциты.

Второй слой образован дистрофически изменёнными и некротизированными коллагеновыми волокнами.

Третий слой представлен зоной грануляционной ткани — фибробласты, плазматические клетки, фиброциты, лейкоциты и др.

Три типа язвы желудка

Первый тип — локализация язвы на малой кривизне или в

субкардиальном отделе на фоне пониженной кислотности желудочного сока.

Второй тип — язва желудка в сочетании со стенозирующей язвой двенадцатиперстной кишки на фоне повышенной кислотности желудочного сока.

Третий тип — препилорическая язва на фоне нормальной или повышенной кислотности желудочного сока.

Три клинические фазы язвенной болезни

В клиническом течении заболевания выделяют: фазу обострения, фазу затухающего обострения или неполную ремиссию, фазу ремиссии.

Размеры язвы

Малая — до 0,5 см в диаметре.

Большая язва — более 1 см в желудке и 0,7 см в луковице 12-перстной кишки.

Гигантская — более 3 см в желудке и более 1,5–2 см в 12-перстной кишке.

Поверхностная — до 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

Глубокая — более 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

Болевой симптом

Различают ранние, поздние, а также голодные и ночные боли.

Ранние боли появляются через 0,5–1 ч после еды. Они провоцируются приёмом острой, грубой пищи. Боли уменьшаются и исчезают после эвакуации содержимого из желудка.

Поздние боли возникают через 1,5–2 ч после еды, купируются приёмом пищи, антацидов или антисекреторов. Наблюдаются при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке и пилорическом отделе желудка.

«Голодные» боли появляются спустя 6–7 ч после еды и исчезают после очередного приёма пищи. Они наблюдаются у больных с дуоденальными и пилорическими язвами.

Ночные боли, появляются в период с 11 ч вечера до 3 ч утра. Они исчезают после приёма пищи или после рвоты кислым желудочным соком.

Характер и интенсивность болей различны: их называют тупые, ноющие, режущие, жгучие, схваткообразные.

Рвота

Рвота возникает на высоте болей. Признаком стеноза является примесь к рвотным массам

пищи, съеденной за много часов до рвоты, нарушение эвакуации из желудка. Признак дуоденогастрального рефлюкса — примесь большого количества жёлчи. Рвотные массы в виде кофейной гущи образуются при наличии крови в желудке.

Изжога

Изжогой называется чувство жжения за грудиной.

Отрыжка

Отрыжка горечью возникает при выраженном дуоденогастральном рефлюксе. Отрыжка тухлым запахом обусловлена задержкой пищи в желудке, распадом белковых компонентов пищи.

Общий анализ крови

В общем анализе крови наблюдается увеличение количества эритроцитов, гемоглобина и замедление СОЭ.

Определение концентрации гастрина в сыворотке крови. Данный метод используется для дифференциальной диагностики синдрома Золлингера—Эллисона и язвенной болезни.

Желудочная секреция

Исследуют базальную секрецию и стимулированную секрецию. Базальная секреция — это исследование жёлчи натошак. Стимулированная секреция — секреция после введения стимуляторов. К стимуляторам относят инсулин, пентагастрин или гистамин.

Инсулиновый тест

Инсулиновый тест Холлендера используется для определения влияния блуждающего нерва на желудочную секрецию после ваготомии.

Для верификации диагноза проводятся рН-метрия и эндоскопическое исследование

Рентгенологическое исследование

Рентгенологическими признаками язвенной болезни являются «ниша», изменение рельефа слизистой оболочки, различные деформации желудка и двенадцатиперстной кишки.

Лечение

Курс эрадикационной терапии составляет 7–14 дней. В лече-

нии используется трёхкомпонентная и четырёхкомпонентная терапия.

Трёхкомпонентная терапия

Трёхкомпонентная терапия включает в себя применение ингибитора протонного насоса в сочетании с антибактериальным препаратом и противомикробным препаратом. Либо блокатор H₂-рецепторов в сочетании с антибактериальным препаратом и противомикробным препаратом.

Четырёхкомпонентная терапия

Четырёхкомпонентная терапия включает в себя использование ингибитора протонного насоса, бактерицидного, антибактериального и противомикробного препаратов.

Примеры терапии

Комбинации эрадикационной терапии.

Пример 1. Омепразол 20 мг с кларитромицином 250 мг 2 р/с и метронидазолом 400 мг 3 р/с.

Пример 2. Ранитидин 150 мг 2 р/с или фамотидин 20 мг 2 р/с с амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки и метронидазолом 250 мг 4 раза в сутки.

Пример 3. Омепразол 20 мг 2 р/с, лансопразол 30 мг 2 р/с или пантопразол 40 мг 2 р/с в сочетании с субцитратом висмута 120 мг 4 р/с, тетрациклином 500 мг 4 р/с и метронидазолом 250 мг 4 р/с.

Осложнения

Осложнением язвенной болезни являются кровотечения, перфорация, пенетрация, рубцовый стеноз и деформация, малигнизация.

Задания в тестовой форме

Вашему вниманию предлагаются задания, в которых могут быть один, два, три и большее число правильных ответов. Нажимайте на клавиши с номерами всех правильных ответов.

1. ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ДЕФЕКТ

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1) слизистой | 5) эпикарда |
| 2) эндокарда | 6) мышечной |
| 3) подслизистой | 7) серозной |
| 4) миокарда | |

2. К ФАКТОРАМ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) резистентность слизистой оболочки
- 2) аутоиммунная агрессия
- 3) злоупотребление алкоголем, кофе
- 4) антродуоденальный «кислотный тормоз»
- 5) наследственная предрасположенность
- 6) «секретинный механизм»
- 7) локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов

3. К ФАКТОРАМ АГРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) хеликобактерная инфекция
- 2) гиперпродукция соляной кислоты и пепсина
- 3) травмирующее влияние химических, термических и механических свойств пищи
- 4) острые и хронические психоэмоциональные факторы
- 5) лекарственные средства
- 6) обратная диффузия водородных ионов
- 7) гастродуоденальная дисмоторика
- 8) снижение моторной функции желудка
- 9) ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка
- 10) аутоиммунная агрессия

4. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфицирование *Helicobacter pylori*
- 2) острые и хронические психоэмоциональные факторы
- 3) локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов
- 4) алиментарный фактор
- 5) злоупотребление алкоголем, кофе
- 6) курение
- 7) обратная диффузия водородных ионов
- 8) гиперпродукция соляной кислоты и пепсина
- 9) лекарственные средства
- 10) наследственная предрасположенность

5. ЯЗВА ИМЕЕТ

- 1) однослойную
- 2) двухслойную
- 3) трёхслойную
- 4) четырёхслойную

- 5) пятислойную
- 6) шестислойную

СТРУКТУРУ

6. ПОВЕРХНОСТНЫЙ СЛОЙ ЯЗВЫ СОДЕРЖИТ

- 1) фибрин
- 2) мукоидный секрет
- 3) обрывки некротизированной слизистой
- 4) обрывки подслизистого слоя
- 5) лейкоциты
- 6) эритроциты
- 7) бактерии
- 8) фибробласты
- 9) плазматические клетки
- 10) фиброциты

7. ВТОРОЙ СЛОЙ ЯЗВЫ ОБРАЗОВАН

- 1) тромбоцитами
- 2) эритроцитами
- 3) лимфоцитами
- 4) дистрофически изменёнными коллагеновыми волокнами
- 5) некротизированными коллагеновыми волокнами
- 6) фактором некроза опухоли

8. ТРЕТИЙ СЛОЙ ЯЗВЫ ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) фибробластами
- 2) плазматическими клетками
- 3) фактором некроза опухоли
- 4) тромбоцитами
- 5) фиброцитами
- 6) лейкоцитами
- 7) эритроцитами

9. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перфорация
- 2) рвота
- 3) запор
- 4) кровотечение
- 5) малигнизация
- 6) пенетрация
- 7) рубцовый стеноз
- 8) холедохолитиаз

10. РАЗЛИЧАЮТ

- 1) ранние
- 2) утренние
- 3) вечерние
- 4) поздние
- 5) «голодные»
- 6) «сытые»
- 7) ночные

БОЛИ

11. РАННИЕ БОЛИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 1–1,5
- 2) 2–2,5
- 3) 3–3,5
- 4) 4–4,5
- 5) 5–5,5

ЧАСА

12. ПОЗДНИЕ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ

- 1) 0,5–1
- 2) 1,5–2
- 3) 2,5–3
- 4) 3,5–4
- 5) 4,5–5

ЧАСА,

ПОТОМУ ЧТО ЯЗВЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) в кардиальном отделе
- 2) по малой кривизне желудка
- 3) в двенадцатиперстной кишке
- 4) в пилорическом отделе желудка

13. ГОЛОДНЫЕ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ

- | | |
|--------|--------|
| 1) 6–7 | 3) 4–5 |
| 2) 5–6 | 4) 7–8 |

ЧАСОВ

14. ХАРАКТЕР И ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) ноющие
- 2) тупые
- 3) схваткообразные
- 4) колющие
- 5) «режущие»
- 6) жгучие

15. РВОТНЫЕ МАССЫ В ВИДЕ КОФЕЙНОЙ ГУЩИ ОБРАЗУЮТСЯ

- 1) в результате обсеменения лейкоцитами
- 2) при активации хеликобактерной инфекции
- 3) при наличии крови в желудке
- 4) при застое жёлчи

16. ИЗЖОГОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) отрыжка
- 2) чувство жжения за грудиной
- 3) запах ацетона изо рта
- 4) чувство горечи

17. ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение эвакуации из желудка
- 2) примесь к рвотным массам пищи, съеденной задолго
- 3) рвота кофейной гущей
- 4) желтушность кожных покровов и склер
- 5) кишечная непроходимость
- 6) кожный зуд

18. ОТРЫЖКА ГОРЕЧЬЮ ВОЗНИКАЕТ

- 1) при гастрите
- 2) дуоденогастральном рефлюксе
- 3) жёлчнокаменной болезни
- 4) холецистите
- 5) панкреатите
- 6) в норме

19. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1) СОЭ | 4) лейкоциты |
| 2) эритроциты | 5) тромбоциты |
| 3) гемоглобин | 6) лимфоциты и т.д. |

20. БАЗАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ – ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЁЛЧИ

- 1) натощак
- 2) после введения стимуляторов
- 3) через 30 минут после еды
- 4) в утренние часы

21. К СТИМУЛЯТОРАМ ЖЁЛЧИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гастрин
- 2) пепсин
- 3) трипсин
- 4) пентагастрин
- 5) инсулин
- 6) гистамин

22. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Ph-метрия
- 2) эндоскопия
- 3) контрастная рентгенография
- 4) компьютерная томография
- 5) магнитно-резонансная томография

23. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) «ниша»
- 2) скопление газа в брюшной полости
- 3) изменение рельефа слизистой
- 4) застой контраста в двенадцатиперстной кишке

24. КУРС ЛЕЧЕНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

- 1) 5–10
- 2) 7–10
- 3) 7–14
- 4) 10–14
- 5) 5–14

ДНЕЙ

25. В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) трёхкомпонентная
- 2) двухкомпонентная
- 3) пятикомпонентная
- 4) четырёхкомпонентная
- 5) шестикомпонентная

ТЕРАПИЯ

26. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) перфорация
- 2) пенетрация
- 3) кровотечение
- 4) нарушения стула
- 5) малигнизация
- 6) болезненность
- 7) рвота кишечным содержимым
- 8) рубцовый стеноз

Установить правильную последовательность:

27. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- возбуждение блуждающего нерва
- стимулируется продукция адренокортикотропного гормона
- повышается кислотопродуцирующая функция
- возрастает продукция всех химических стимуляторов кислотообразования и секреторной функции желудка
- снижаются защитные и репаративные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной области

28. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

- лабораторные данные
- сбор жалоб
- инструментальные данные
- анамнез жизни
- объективный осмотр
- анамнез заболевания
- локальный статус

29. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- слизистая
- оболочка
- мышечная
- подслизистая
- дефект
- серозная