

Язвенная болезнь желудка.

- ▣ Язвенная болезнь – полиэтиологическое, генетически и патогенетически чувствительность к гастрину, дефицит ингибиторов трипсина, врожденный дефицит антитрипсина и др.) При воздействии неблагоприятных факторов (инфицирование *Helicobacter pylori*, длительная погрешность в питании, психоэмоциональный стресс, вредные привычки) реализуется генетическая предрасположенность к развитию ЯБ.
- ▣ В основе патогенеза ЯБ лежит нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки. Усиление факторов агрессии или ослабление факторов защиты приводят к нарушению этого равновесия и возникновению язвы.

Классификация.

I. Общая характеристика болезни (номенклатура ВОЗ)

- 1. Язвенная болезнь желудка
- 2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- 3. Язвенная болезнь неуточненной локализации
- 4. Пептическая гастроэюнальная язва после резекции желудка

II. Клиническая форма

- 1. Острая или впервые выявленная
- 2. Хроническая

III. Течение

- 1. Латентное
- 2. Легкое или редко рецидивирующее
- 3. Средней тяжести или рецидивирующее (1—2 рецидива в течение года)
- 4. Тяжелое (3 рецидива и более в течение года) или непрерывно рецидивирующее; развитие осложнений

IV. Фаза

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



V. Характеристика морфологического субстрата болезни

1. Размеры язвы

- а) небольшая (менее 0,5 см)
- б) средняя (0,5—1 см)
- в) крупная (1,1—3 см)
- г) гигантская (более 3 см)

2. Стадии развития язвы

- а) активная
- б) рубцующаяся
- в) стадия «красного» рубца
- г) стадия «белого» рубца
- д) длительно не рубцующаяся

3. Локализация язвы

- а) желудок — А: 1) кардия, 2) субкардиальный отдел, 3) тело желудка, 4) антральный отдел, 5) пилорический канал; Б: 1) передняя стенка, 2) задняя стенка, 3) малая кривизна, 4) большая кривизна
- б) двенадцатиперстная кишка — А: 1) луковица, 2) постбульбарная часть; Б: 1) передняя стенка, 2) задняя стенка, 3) малая кривизна, 4) большая кривизна



VI. Осложнения

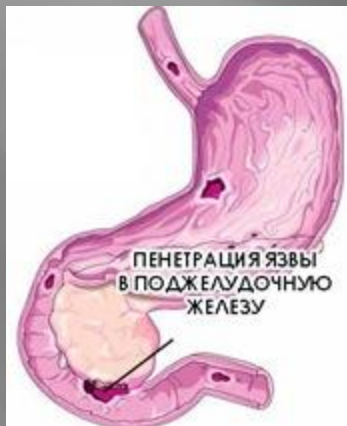
Кровотечение:

- а) легкое
- б) средней степени
- в) тяжелое
- г) крайне тяжелое

2. Перфорация

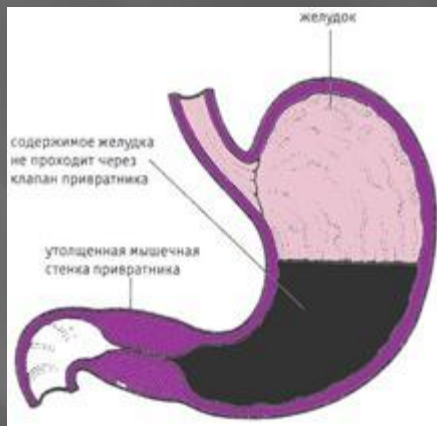


3. Пенетрация



4. Стеноз:

- а) компенсированный
- б) субкомпенсированный
- в) декомпенсированный



5. Малигнизация

Модифицированная классификация Johnson HD.

Тип I: Язвы, локализованные на малой кривизне желудка. Не ассоциированы с гиперсекрецией.

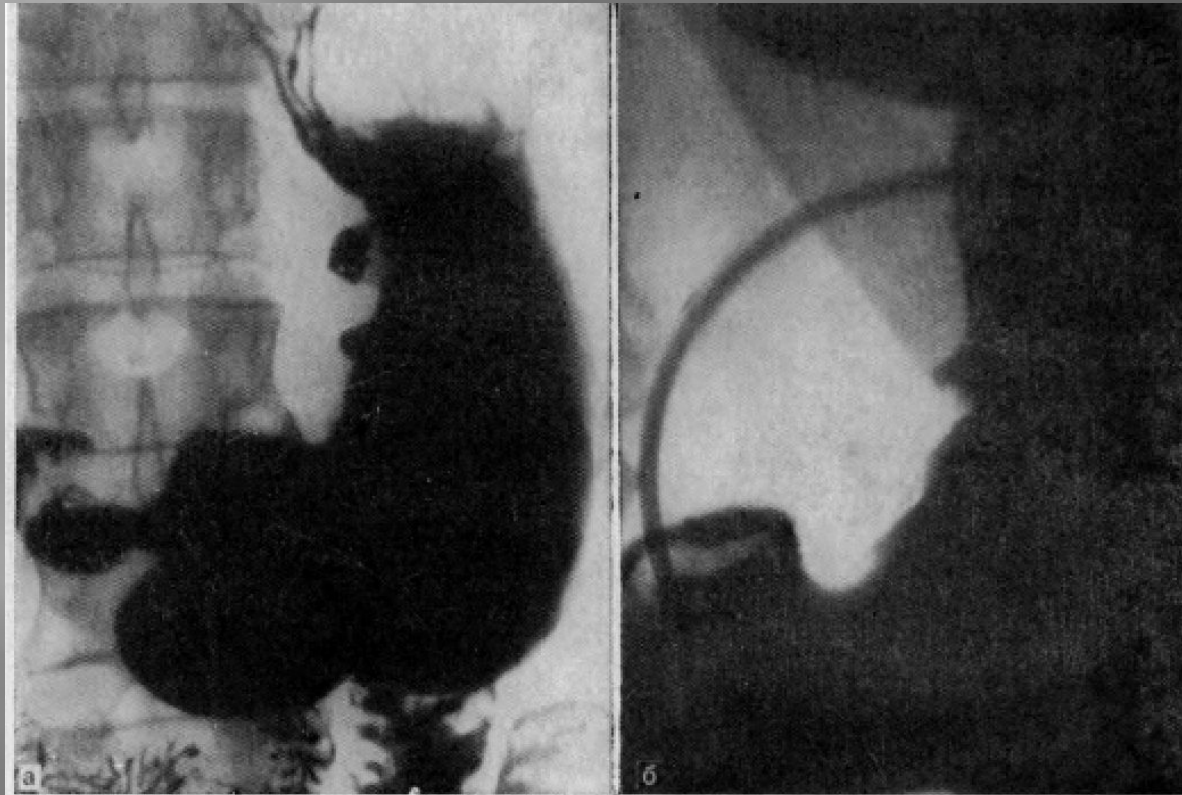
Тип II: Сочетание язв тела желудка с язвами двенадцатиперстной кишки. Ассоциированы с гиперсекрецией.

Тип III: Препилорические язвы. Ассоциированы с гиперсекрецией.

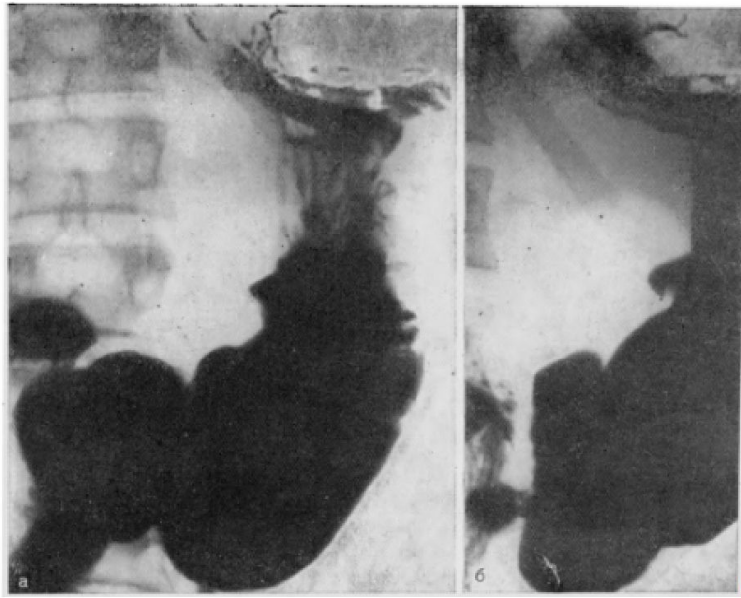
Тип IV: Проксимальные гастроэзофагальные язвы.

Тип V: Может наблюдаться во всех отделах желудка. Связана с хроническим приемом НПВП.

Диагностика.



Рентгенограмма 5 Множественные язвы тела желудка. На обзорной рентгенограмме желудка выявляется два язвенных кратера, из которых верхний имеет округлую, а нижний - конусовидную форму. После лечения (б) на месте верхней язвы прослеживается лишь небольшая неровность контуров стенки, нижняя же язва ещё выявляется.



Рентгенограмма

3 Язва желудка. На обзорной рентгенограмме (а) по малой кривизне тела желудка определяется язвенная ниша, имеющие конусовидную форму и чёткие контуры. На рентгенограмме (б), выполненной при дозированной компрессии, хорошо видна поперечная полоска просветления у оси язвенного кратера (линия Хемптона)

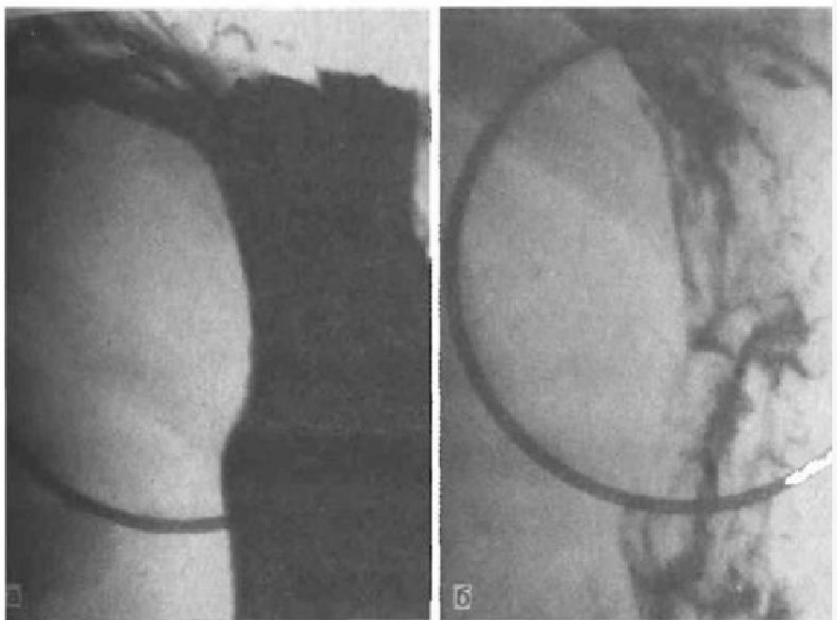


Рис. 45. Маленькая язва на малой кривизне тела желудка

а — ниша на контуре (контурная ниша), **б** — ниша на рельефе (рельефная ниша)

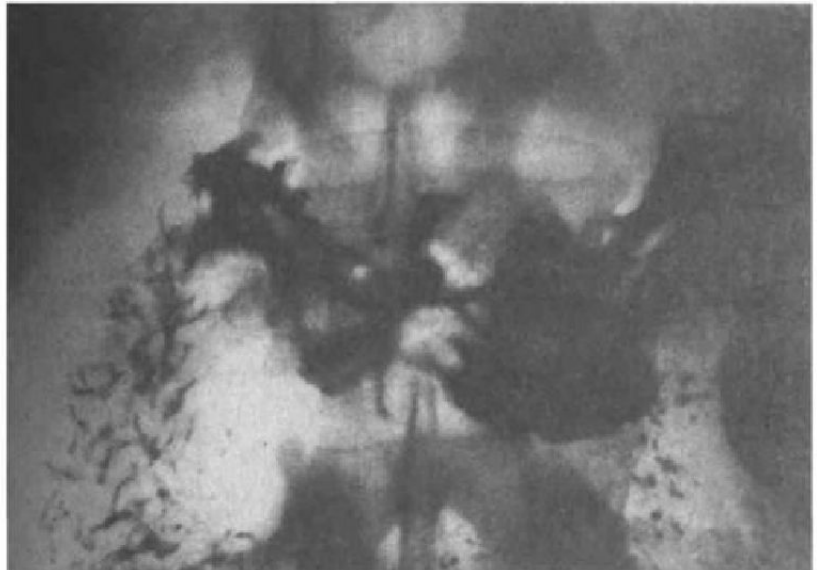
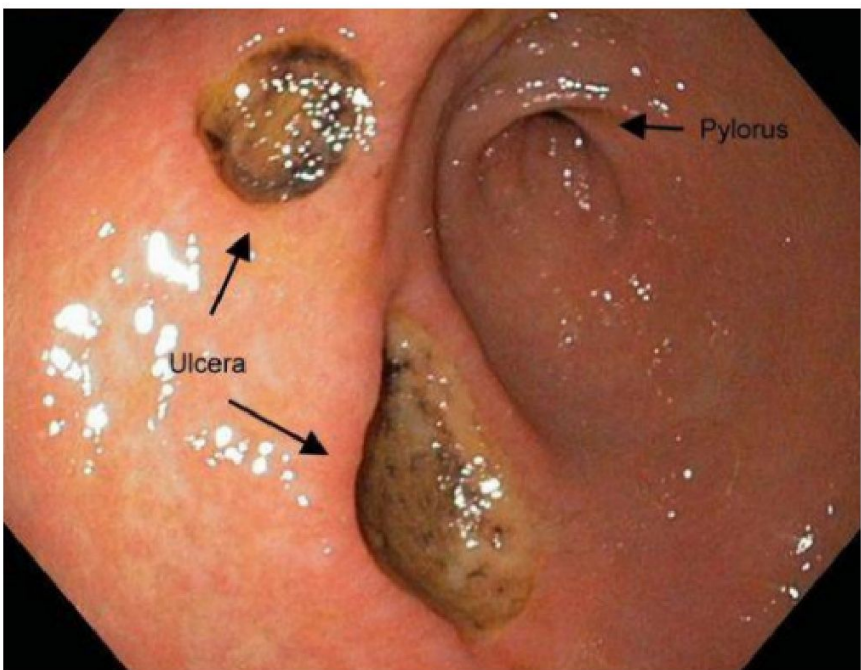
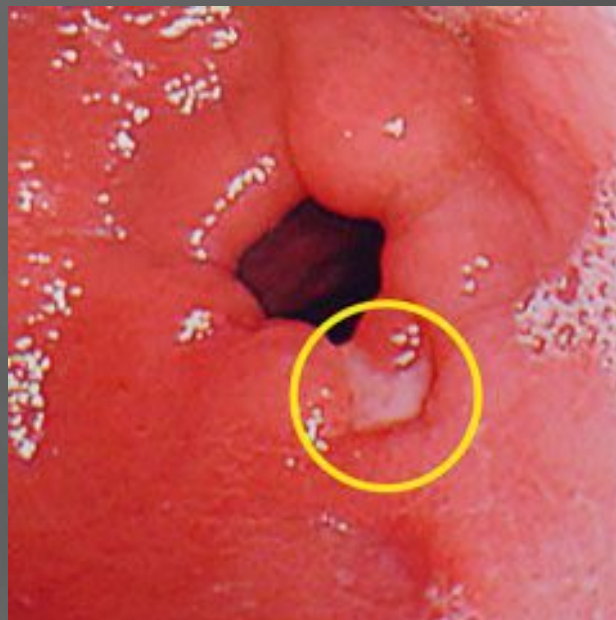


Рис. 46. Прицельная рентгенограмма с компрессией антрального отдела желудка. Рельефная ниша при язвенной болезни.

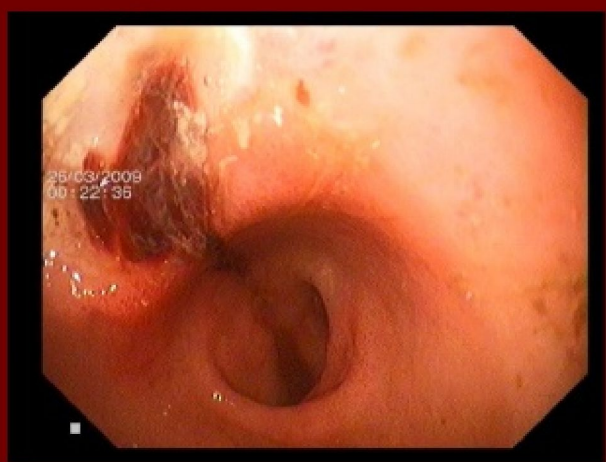
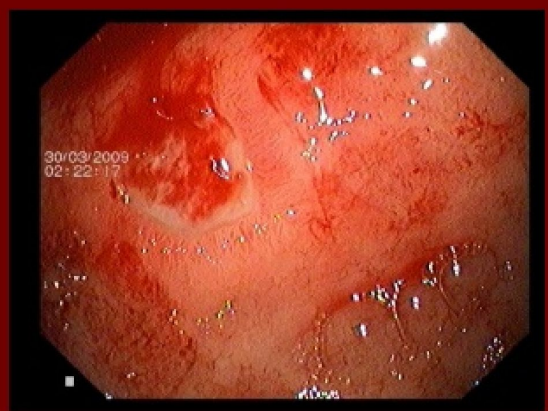


Две язвы желудка видны на эндоскопии.



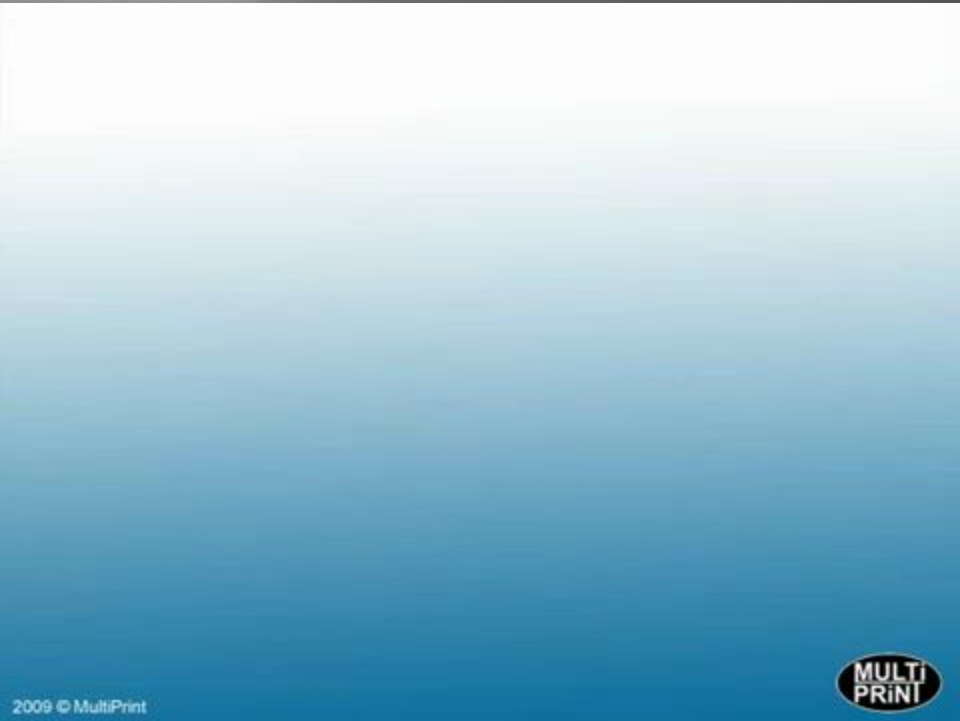
Острая язва антрального отдела

Острая язва тела желудка



2009 © MultiPrint





2009 © MultiPrint



Обязательные инструментальные исследования

1. ФЭГДС. При локализации язвы в желудке - взятие 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы с их гистологическим исследованием с целью исключения рака ;
2. УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря.
3. Определение инфицированности *Helicobacter pylori* эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом;

Дополнительные лабораторные исследования:

определение уровня сывороточного гастрина.

Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям)

1. внутрижелудочная рН-метрия;
2. эндоскопическая ультрасонография;
3. рентгенологическое исследование желудка;
4. компьютерная томография.

Эндоскопическая картина стадий язвенного поражения:

Фаза обострения:

I стадия - острая язва. На фоне выраженных воспалительных изменений СОЖ и ДПК - дефект (дефекты) округлой формы, окруженные воспалительным валом; выраженный отек. Дно язвы с наслоением фибрина.

II стадия - начало эпителизации. Уменьшается гиперемия, сглаживается воспалительный вал, края дефекта становятся неровными, дно язвы начинает очищаться от фибрина, намечается конвергенция складок к язве.

Фаза неполной ремиссии:

III стадия - заживление язвы. На месте репарации - остатки грануляций, рубцы красного цвета разнообразной формы, с деформацией или без нее. Сохраняются признаки активности гастродуоденита.

Ремиссия:

Полная эпителизация язвенного дефекта (или "спокойный" рубец), отсутствуют признаки сопутствующего гастродуоденита.

Контрастное рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ также позволяет выявить язвенный дефект, однако по чувствительности и специфичности рентгенологический метод уступает эндоскопическому.

Внутрижелудочная рН-метрия. При язвенной болезни наиболее часто обнаруживают повышенную либо сохранённую кислотообразующую функцию желудка.

Дифф. диагноз.

Типы язв	Причины	Клинические проявления
<i>Стрессовые</i> (вследствие ишемии слизистой оболочки) Локализация в желудке	Психоэмоциональная или физическая травма, в том числе черепно-мозговая (язвы Кушинга), при ожогах (язвы Курлинга), шоке, обморожениях и т.д.	Болевой синдром чаще отсутствует, первым признаком является остро возникшее кровотечение, реже - перфорация.
<i>Медикаментозные</i> (вследствие нарушения выработки простагландинов и слизи, снижения темпов регенерации)	Терапия НПВП, кортикостероидами, цитостатиками и др.	Чаще протекают бессимптомно, проявляются внезапно возникшим кровотечением. Иногда сопровождаются изжогой, болями в эпигастрии, тошнотой
<i>Эндокринные</i>	Сахарный диабет (изменяются сосуды подслизистого слоя по типу микроангиопатии, снижается уровень трофических процессов) <i>Синдром Золлингера-Эллисона</i> (выявляется выраженная гиперацидность, повышение гастрин в сыворотке крови) <i>Гиперпаратиреоз</i>	Локализуются в желудке, малосимптомны, иногда осложняются кровотечением. крайне тяжелое течение, множественная локализация язв, упорная диарея. Локализация чаще в ДПК, тяжелое течение с частыми рецидивами и склонностью к кровотечению и перфорации, характерны признаки повышенной функции паращитовидных желёз: мышечная слабость, боли в костях,
		чувство жажды, полиурия.
<i>Гепатогенные</i> (нарушение кровотока в воротной вене, нарушение инактивации гистамина в печени, трофические и микроциркуляторные расстройства)	Цирроз печени, хронический гепатит	Локализуются чаще в желудке, реже в ДПК. Клиническая картина обычно стерта и атипична, язвы плохо поддаются терапии, отличаются торпидностью течения
<i>Панкреатогенные</i> (нарушение поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном увеличении высвобождения кининов, гастрин)	Панкреатит	Локализуются обычно в ДПК. Для язв характерен выраженный болевой синдром, связь с приемом пищи. Течение язвенного процесса упорное, но осложнения наблюдаются редко.
<i>Гипоксические</i> (длительная гипоксия желудка)	Хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы	Выраженная клиническая симптоматика, склонность к кровотечению

▶ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с обострением хронического гастрита, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, обострением хронического холецистита, панкреатита, раком желудка, раком поджелудочной железы, симптоматическими язвами.

- При хроническом НР-ассоциированном гастрите болевой синдром имеет язвенноподобный характер, при аутоиммунном отмечается тяжесть в эпигастрии, отрыжка, тошнота, изжога. Окончательная диагностика осуществляется при эндоскопии.
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы сопровождается болями в эпигастрии, но в отличие от язвенной болезни болевой синдром связан с положением тела: боли усиливаются после приема пищи в положении лежа. Подтверждает диагноз рентгенологическое исследование.
- При хроническом холецистите боли локализуются в правом подреберье, часто имеют иррадиацию в правую лопатку, плечо. Могут быть тошнота, запоры, метеоризм. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, в точке желчного пузыря, положительный френрикус-симптом. Диагноз подтверждается данными ультразвукового исследования брюшной полости и эндоскопической ретроградной холепанкреатографией.
- При обострении хронического панкреатита боли локализуются в левом подреберье, часто носят опоясывающий характер. Диагноз подтверждается результатами биохимического исследования крови на ферменты поджелудочной железы, кала на перевариваемость, ультразвукового исследования и компьютерной томографией.
- Для рака желудка характерен средний и старший возраст пациента. В начале болезни боль бывает чаще тупой, утрачивается связь с приемом пищи. Кроме того, могут быть жалобы на снижение и извращение аппетита, тошноту, рвоту, общую слабость. Диагноз подтверждается данными эндоскопии с биопсией.

Лечение.

Лечение.

Консервативное

А) ассоц. с *H. Pylori*

По последним рекомендациям IV Маастрихтского соглашения (2010 г.), ESPGHAN and NASPGHAN (2011 г.) в качестве терапии первой линии, если резистентность к кларитромицину не превышает 15–20%, может быть использована стандартная тройная терапия:

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

или

ИПП + кларитромицин + метронидазол 20 мг/кг/сут.

Продолжительность терапии 10-14 дней.

С целью повышения приемлемости терапии возможно использование т.н. «последовательной» схемы, при которой ИПП назначается на 14 дней, а антибиотик последовательно по 7 дней каждый.

Стандартная квадротерапия второй линии с препаратом висмута: ИПП+метронидазол+ тетрациклин + висмута субцитрат 8 мг/кг/сут – 7-14 дней

Б) не ассоц. с *H. Pylori*

1. Ингибиторы протонного насоса: эзомепразол, омепразол, рабепразол, которые назначаются в дозе 1-2 мг/кг/сут. Продолжительность курса ИПП 4 недели по ЯДЖ, 8 недель по ЯБДПК .

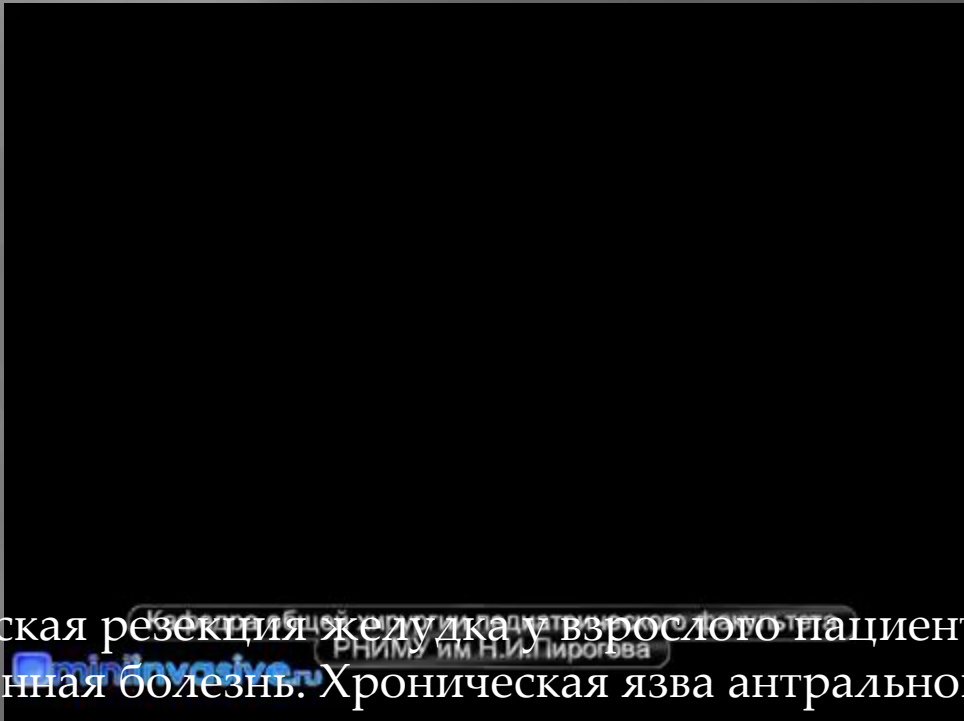
2. H₂-блокаторы

3. Антацидные препараты (алюминия гидроксид или фосфат, магния гидроксид) применяются в комплексной терапии с симптоматической целью для купирования диспепсических жалоб. Для усиления цитопротекции назначается висмута субцитрат 8 мг/кг/сут до 2-4 недели. При нарушениях моторики ЖКТ назначаются прокинетики, спазмолитики по показаниям.

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 нед., при дуоденальной язве — через 4 нед

Оперативное.

Показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются недостаточная эффективность консервативной терапии и развитие осложнений. Операцией выбора для плановой хирургии желудочных язв является резекция 2/3 желудка по Бильрот-I. При локализации язвы в пилорическом отделе альтернативным методом хирургического лечения может быть ваготомия или экономная резекция (антрумэктомия, гемигастрэктомия) в сочетании с ваготомией. Высокие желудочные (субкардиальные и кардиальные) язвы требуют выполнения проксимальной резекции желудка или гастрэктомии



Лапароскопическая резекция желудка у взрослого пациента (34 года) с диагнозом: Язвенная болезнь. Хроническая язва антрального отдела желудка. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Незавершенный поворот органов желудочно-кишечного тракта (врождённая аномалия).

Осложнения.

1. Малигнизация – это процесс перерождения язвы в рак, которому подвергаются только желудочные язвы. К клиническим признакам малигнизации относятся:

- потеря связи болей с едой, которые приобретают постоянный характер;
- снижение интенсивности, а иногда полное исчезновение болевого синдрома;
- потеря аппетита и веса;
- анемия, увеличение СОЭ;
- снижение желудочной секреции вплоть до ахлоргидрии.

Повышенную склонность к малигнизации имеют язвы больших размеров, каллёзные язвы, а также язвы, расположенные в кардиальном отделе желудка и на большой кривизне. Рак может развиваться даже на месте рубца, оставшегося после заживления язвы.

Современные методы диагностики позволили значительно сократить число операций, проводимых ранее из-за подозрения на малигнизацию желудочных язв. При гистологическом подтверждении перерождения язвы резекцию желудка с соблюдением онкологических принципов.

Каллезная язва



- Язва с плотными краями и дном вследствие интенсивного развития рубцовой ткани

Кровотечение из желудочных язв встречается в 4-5 раз реже, чем из дуоденальных. При неэффективности гемостатической терапии, эндоскопических манипуляций проводится оперативное вмешательство. При подозрении на малигнизацию кровоточащей язвы у больных с малой степенью операционного риска показана резекция желудка. Желудочное кровотечение у больных с высокой степенью операционного риска может быть остановлено менее травматичным способом – прошиванием кровоточащей язвы через гастротомический доступ и перевязкой левой желудочной артерии в сочетании с ваготомией и дренирующей операцией (пилоропластика или гастроеюностомия).

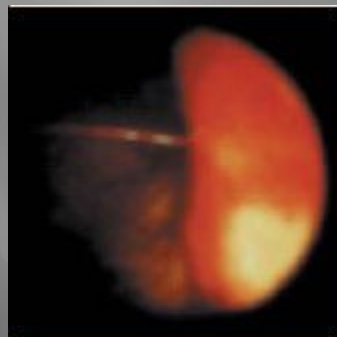
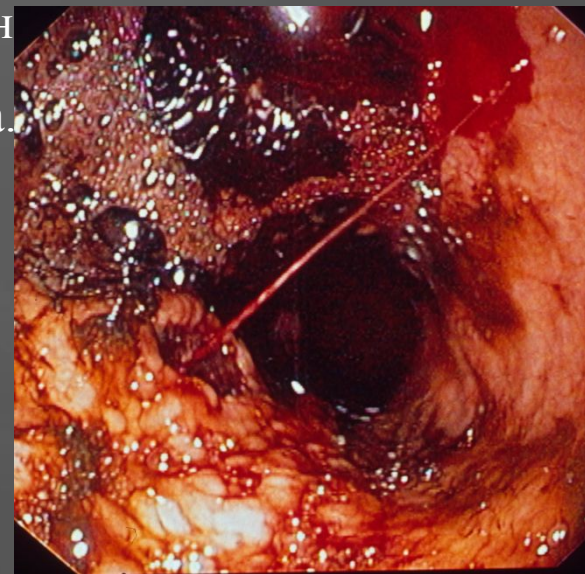


Рис. 1. Артериальное кровотечение из язвы желудка (тип Forrest I a)

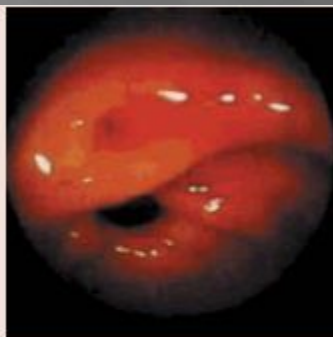
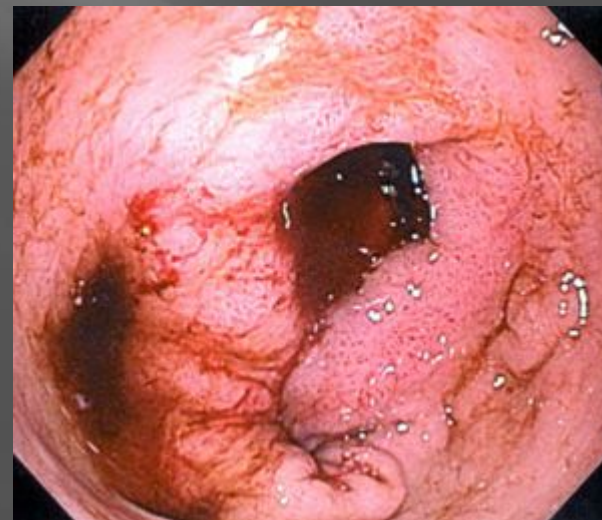


Рис. 2. Кровотечение из язвы пилорического отдела с медленным выделением крови (тип Forrest I b)

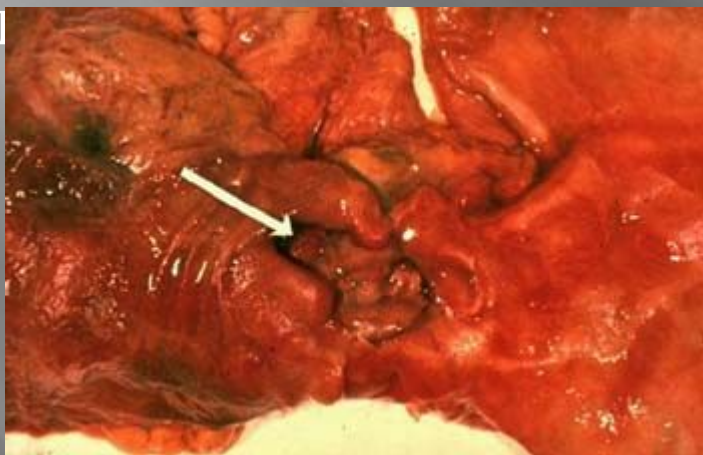




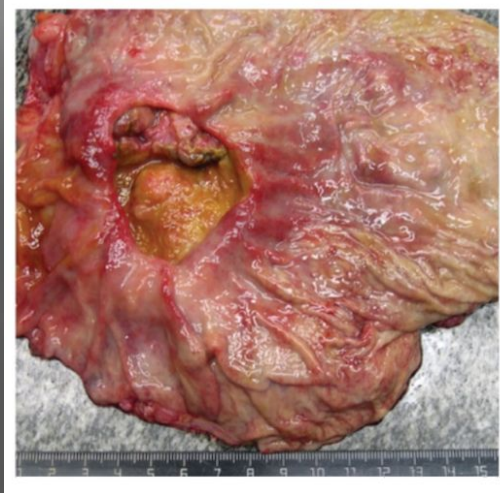
Остановка желудочно-кишечного кровотечения из язвы
дуоденальной перстной кишки с помощью эндоскопа.

Пенетрация желудочной язвы чаще всего происходит в малый сальник или тело поджелудочной железы. При пенетрации в малый сальник боль из эпигастральной области распространяется в правое подреберье. При пенетрации в сторону диафрагмы боль иррадирует в грудное пространство, шею, плечо, под лопатку, нередко имитируя стенокардию. Наличие этого осложнения является показанием к резекции желудка

ИЛ



Пенетрация дуоденальной язвы



Макропрепарат «Хроническая язва желудка». Хроническая язва с пенетрацией в поджелудочную железу.

Перфорация язв желудка - крайне редкое осложнение язвенной болезни. Эти язвы, как правило, локализуются в антральном отделе желудка, непосредственно у привратника. Поэтому тактика хирургического лечения перфоративных язв желудка соответствует тактике при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки.

Смертность при перфорации язвы желудка примерно в 3 раза выше, чем при перфорации дуоденальной язвы, возможно, из-за более пожилого возраста больных и запоздалой диагностики.

