

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Братский медицинский колледж»

Специальность “Лечебное дело”

Язвенная болезнь желудка . Особенности
диагностики , лечение , профилактики осложнений .

Курсовая работа

Выполнила студентка 3 курса
группы:151

Красильникова Любовь Николаевна
Проверила:Горелик Татьяна Виталевна

Определение ябж

Язвенная болезнь — хроническое заболевание с рецидивирующим течением и развитием осложнений, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого служит образование язвы в стенке слизистой оболочки желудка.

МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗВ



Предрасполагающие факторы ябж

Экзогенные факторы. К ним принято относить "фоновые" ситуации, нередко сопровождающие жизнь ребенка: нервно – эмоциональное напряжение, нарушение режима дня и питания, грубые алиментарные погрешности, употребление рафинированных продуктов, не обладающих достаточной буферной способностью, еда всухомятку, быстрая еда



Негативную роль в развитии язвенного дефекта играет длительный и беспорядочный прием медикаментов (нестероидных противовоспалительных препаратов, салицилатов, некоторых антибиотиков, сульфаниламидов). Не следует сбрасывать со счетов и такие этиологические факторы, как снижение сопротивляемости организма ребенка после перенесенных заболеваний, наличие очагов хронической инфекции



Эндогенные факторы

Эндогенные факторы. Наибольшее значение имеет нервно-рефлекторное воздействие на желудок и двенадцатиперстную кишку со стороны других пораженных органов ЖКТ (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника), а также сердечно – сосудистой, мочевыделительной, эндокринной систем.

Формирующиеся при этом патологические висцеро – висцеральные рефлексы нарушают регуляцию гастродуоденальной зоны, вызывают дискоординацию секреторной и моторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки.

Одним из важнейших эндогенных (инфекционных) факторов в настоящее время считается НР.

Необходимо отметить, что существует точка зрения о сапрофитной роли НР, блокирующая саму идею необходимости проведения антихеликобактерной терапии.

Факторы агрессии:

1. Кислотно-пептический факто;
2. Травматизация;
3. Гастродуоденалья дисмоторика;
4. Литическое действие желчных кислот;
5. НР-инфекция;
6. Лекарственные препараты.



Факторы защиты:

1. Слизистый гель;
2. Активная регенерация;
3. Достаточное кровоснабжение;
4. Антродуоденальный кислотный тормоз;
5. Выработка бикарбонатных ионов.

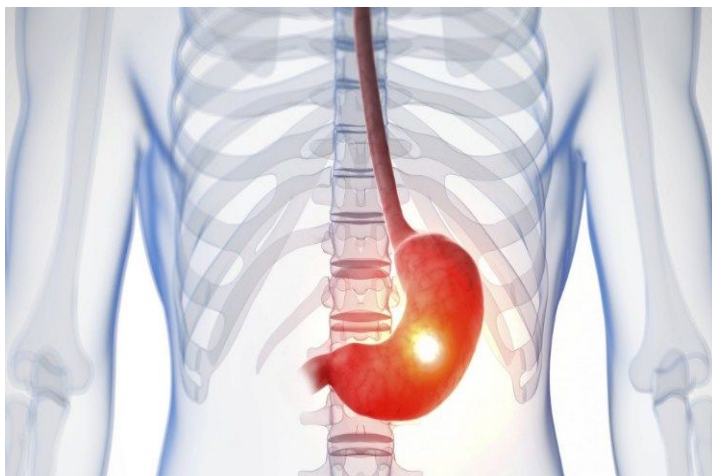
Клиника ЯБЖ

Клинические проявления язвенной болезни многообразны. Они во многом зависят от локализации и величины изъязвления, сопутствующих гастрита и дуоденита, пола, возраста и личностных особенностей пациента, времени года .

Несомненно, что язвенная болезнь у пациентов различного возраста имеет характерные патогенетические особенности и клинико –морфологические проявления. Язвенная болезнь желудка у пожилых пациентов часто развивается на фоне гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, хронических неспецифических заболеваний легких. Отмечено, что у пожилого человека классическая симптоматика как длительно существующих хронических, так и недавно возникших заболеваний, изменяется, симптомы сглаживаются или даже инвертируются, что часто дезориентирует врача. Малосимптомность клинической картины язвенной болезни у лиц пожилого возраста сочетается с более тяжелым, осложненным течением заболевания.



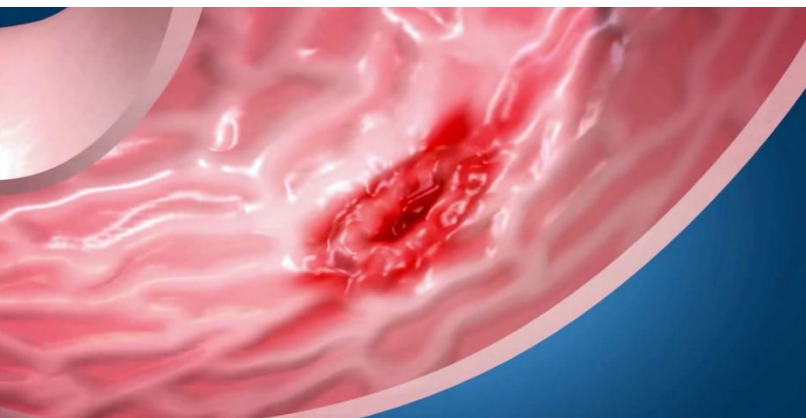
Язвенная болезнь является хроническим циклическим заболеванием, при котором ремиссии сменяются обострениями. Начало заболевания у части больных бывает острым и первые клинические проявления совпадают с образованием острой язвы. Однако у большинства больных удается установить предшествующий комплекс субъективных проявлений и функционально – морфологических расстройств в гастродуоденальной системе, который принято характеризовать как предъязвенное состояние.



язва
желудка

Острая (начальная) форма язвенной болезни. Острая форма заболевания обычно рассматривается как начало хронической язвенной болезни. Критерии острой (начальной) формы язвенной болезни:

- короткий анамнез (до 1–2 лет);
- острое начало заболевания с быстронарастающим язвенным симптомокомплексом;
- быстрый (в первые 5 сут) эффект от проводимого лечения;
- небольшие (до 0,4 см) размеры и глубина язвенного дефекта с умеренными, в большинстве случаев ограниченными воспалительными изменениями слизистой оболочки гастродуоденального отдела;
- рубцевание язвы в течение 20–25 дней;
- отсутствие или наличие незначительных рубцовых изменений после заживления язвы.



Предъязвенное состояние – это наиболее спорный период заболевания. Есть два варианта предъязвенных состояний:

- функциональное расстройство желудка гиперстенического типа;
- хронический антральный эрозивный гастрит, дуоденит, гастродуоденит с нормальной и повышенной секрецией.

Наряду с предъязвенным состоянием целесообразно выделять острую (начальную) форму язвенной болезни, поскольку на этой стадии с наибольшей вероятностью можно добиться выздоровления больного и не допустить осложнений.

Острая (начальная) форма язвенной болезни. Острая форма заболевания обычно рассматривается как начало хронической язвенной болезни. Критерии острой (начальной) формы язвенной болезни:

- короткий анамнез (до 1–2 лет);
- острое начало заболевания с быстронарастающим язвенным симптомокомплексом;
- быстрый (в первые 5 сут) эффект от проводимого лечения;
- небольшие (до 0,4 см) размеры и глубина язвенного дефекта с умеренными, в большинстве случаев ограниченными воспалительными изменениями слизистой оболочки гастродуоденального отдела;
- рубцевание язвы в течение 20–25 дней;
- отсутствие или наличие незначительных рубцовых изменений после заживления язвы.



Методы диагностики

Одно из основных субъективных проявлений ЯБ в фазе обострения — боль. Время ее возникновения может помочь в определении локализации изъязвлений. Ранняя боль более характерна для желудочных, поздняя, ночная и голодная — для дуоденальных язв. Однако боль при ЯБ довольно часто не имеет четкого ритма. Интенсивность, локализация, иррадиация и ритм боли зависят от многих обстоятельств, прежде всего, от глубины язвенного дефекта, распространенности и выраженности воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке.

Тошнота, отрыжка тухлым и рвота при неосложненной форме ЯБ встречаются редко. Эти симптомы свидетельствуют о нарушении эвакуации содержимого желудка вследствие длительного спазма и выраженного воспалительного отека привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки, а сохранение их в фазе ремиссии о рубцовом стенозе привратника.

Рвота при ЯБ, возникающая на высоте боли, в отличие от рвоты при холецистите и панкреатите, приносит облегчение больному.

Из лабораторных исследований диагностическое значение имеет выявление скрытой крови в кале и ретикулоцитоза в периферической крови, подтверждающее существование кровоточащей язвы, но, естественно, не исключающее других желудочно-кишечных заболеваний с кровотечением.

Рентгенологический метод исследования наиболее распространен до настоящего времени. Он становится все более информативным в связи с совершенствованием рентгено-диагностических аппаратов, снабженных электронно-оптическими усилителями яркости изображения, телевизионной системой, компьютерами и видеозаписывающими устройствами.

Рентгенологическое исследование является первоочередным, если у больного подозревают стеноз, нарушение опорожнения желудка, аномалию положения, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, фистулу, дивертикулез, а также у больных с так называемым повышенным эндоскопическим риском.

Эндоскоп.

Эндоскоп состоит из окуляра и гибкой трубки, на конце которой укреплена видеокамера со встроенной осветительной системой.

Гибкая трубка

Слизистая оболочка желудка

Язва желудка.

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки иногда, но редко заживают самопроизвольно. Однако чаще, при отсутствии лечения, они могут прогрессировать вплоть до прободения стенки в брюшную полость или в соседний орган.

Симптомы:

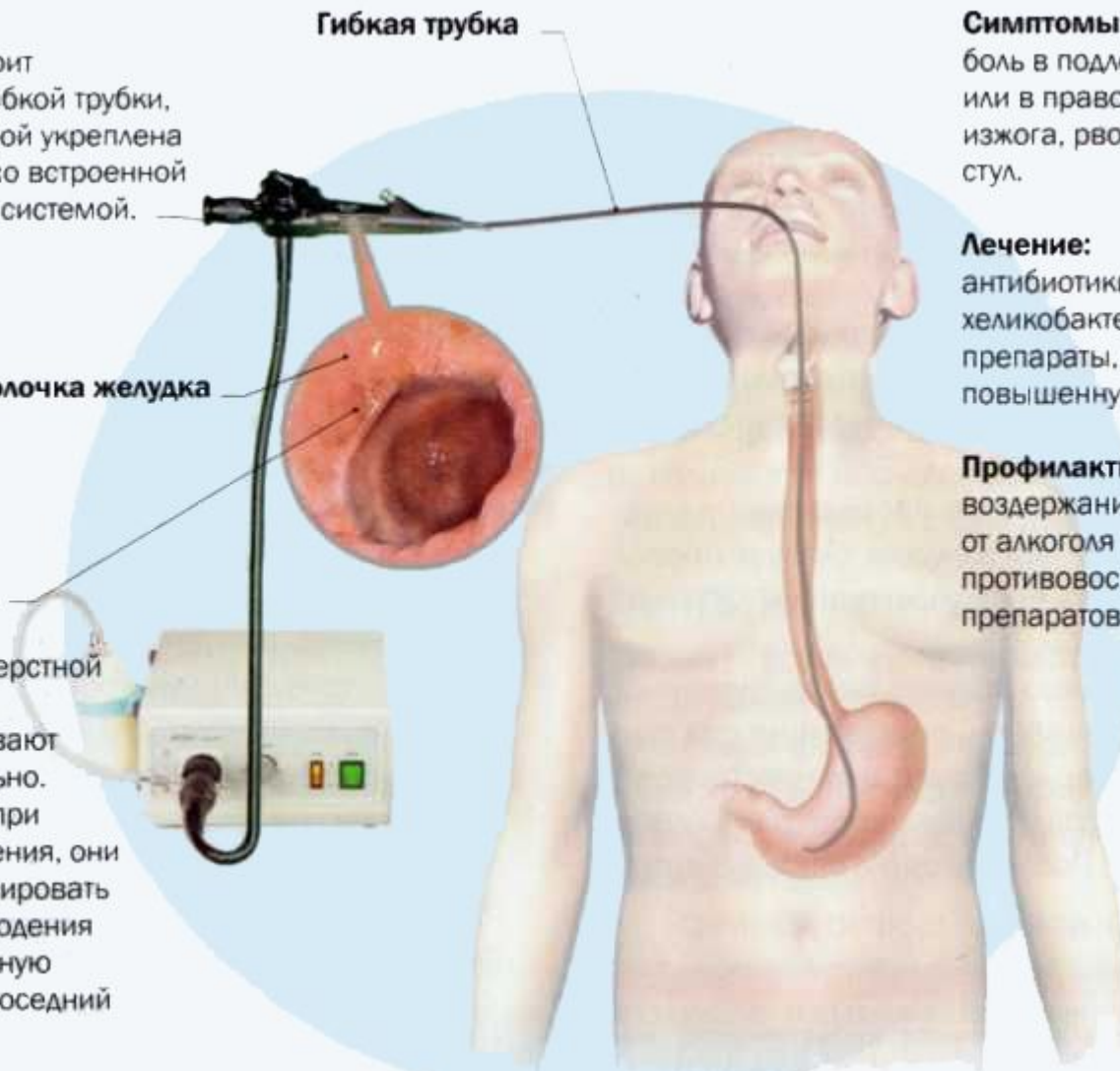
боль в подложечной области или в правом подреберье, изжога, рвота кровью, темный стул.

Лечение:

антибиотики для ликвидации хеликобактерной инфекции, препараты, снижающие повышенную кислотность.

Профилактика:

воздержание от алкоголя и нестероидных противовоспалительных препаратов.



Профилактика

Профилактика ЯБЖ способна оказать благотворное влияние на организм. При правильном режиме дня, рационе и умеренных физических нагрузках риск возникновения болезни практически сводится к нулю.

Для этого следует придерживаться рекомендаций:

1. Полноценный сон до 8 часов;
2. Отказ от употребления пищи высокой жирности и копчения;
3. Прием еды маленькими порциями с тщательным пережевыванием;
4. Отдавать предпочтение еде, приготовленной на пару;
5. Не употреблять никотин и алкоголь;
6. Уход от стрессового образа жизни и раздражительности;
7. При появлении болей и недомогания обращаться к доктору;
8. Поддерживать здоровье полости рта;
9. Ежегодное обследование при хронических заболеваниях;
10. Выполнять зарядку;
11. Употреблять негазированную воду, минимум 6 стаканов в день

Лечения ЯБЖ

Выбор варианта лечения зависит от наличия индивидуальной непереносимости больными тех или иных препаратов, а также чувствительности штаммов Нр к препаратам. Применение стандартной тройной терапии на основе кларитромицина и ИПП возможно в регионах, где резистентность к нему менее 15–20%.

Схемы тройной терапии с метронидазолом не рекомендуются из-за высокой распространенности резистентных штаммов Нр в популяции. В этой ситуации применение других рекомендованных антибиотиков делает их средством выбора.

Проведенные в последние годы исследования свидетельствуют о том, что распространенность резистентных к кларитромицину штаммов Нр в разных регионах России отличается и составляет по различным источникам от 7,6 до 40%.

При язвенной болезни желудка рекомендуется продолжение приема ИПП до заживления язвенного дефекта. Эрадикационную терапию больному с состоявшимся язвенным кровотечением следует начинать сразу после возобновления питания через рот.

Антациды могут применяться как в комплексной терапии в качестве симптоматического средства, так и в виде монотерапии – до проведения диагностики Нр и рН-метрии. Лечение должно начинаться с соблюдения рекомендаций по изменению стиля жизни и соблюдения диеты с исключением продуктов, вызывающих или усиливающих неприятные ощущения. После хирургического вмешательства по поводу острой или хронической патологии желудка возможно считать целесообразным исследование на наличие геликобактериоза и при его выявлении – проведение антихеликобактерной терапии.

Первая линия антихеликобактерной терапии

Первый вариант. Один из ИПП в стандартной дозировке (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг 2 раза/сут) и амоксициллин (1000 мг 2 раза/сут) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза/сут), или джозамицином (1000 мг 2 раза/сут), или нифурателем (400 мг 2 раза/сут) в течение 10–14 дней. Использование высоких доз ИПП (двойная доза 2 раза/сут) повышает эффективность трехкомпонентной терапии. Наиболее высокая эффективность и безопасность антихеликобактерной терапии проявляется на фоне пребиотической или пробиотической терапии. Добавление пребиотиков, содержащих комбинацию ди-, олиго- и полисахаридов (фрукто- олигосахариды (ФОС), гуммиарабик, лактитол), к стандартной антихеликобактерной терапии в стандартных дозах в течение 1 мес улучшает переносимость терапии, повышает эффективность эрадикации Нр и комплайенс.

Второй вариант (четырёхкомпонентная терапия). Препараты, используемые при первом варианте (один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин в сочетании с кларитромицином, или джозамицином, или нифурателем) с добавлением четвертого компонента – висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза/сут или 240 мг 2 раза/сут продолжительностью 10–14 дней.

Третий вариант (модифицированная гибридная терапия). Рабепразол 10 мг 4 раза/сут в течение 14 дней, амоксициллин 500–750 мг 4 раза/сут в течение 14 дней, пребиотический комплекс, содержащий ФОС, гуммиарабик, лактитол, 5 г 2 раза/сут в течение 28 дней. С 8-го дня лечения дополнительно – кларитромицин 500 мг 2 раза/сут и тинидазол 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней. Примечание.

Четвертый вариант (при аллергии к препаратам пенициллинового ряда) – классическая квадротерапия. Один из ИПП в стандартной дозировке, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза/сут, метронидазол по 500 мг 3 раза/сут (или нифураксозид 200 мг 4 раза/сут), тетрациклин 500 мг 4 раза/сут в течение 10–14 дней.

Пятый вариант (рекомендуется только в ситуациях, при которых полноценная терапия невозможна – поливалентная аллергия к антибиотикам, сопутствующая патология гепатобилиарной системы и категорический отказ пациента от приема антибиотиков): Висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза/сут (или 240 мг 2 раза/сут) за 30–40 мин до приема пищи и на ночь в течение 28 дней. При наличии болевого синдрома – короткий курс ИПП.

Один из ИПП в стандартной дозировке в сочетании с 30% водным раствором прополиса (100 мл 2 раза/сут натошак) в течение 14 дней.

Один из ИПП в стандартной дозировке в сочетании со щелочной углекислой хлоридной-гидрокарбонатной натриевой или хлоридной-натриевой питьевой минеральной водой (по 150–200 мл 3 раза/сут за 90 мин до приема пищи в дегазированном и подогретом до 38°C виде) и пробиотиками, содержащими некоторые штаммы *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium spp.*, в стандартных дозах в течение 1 мес.

Один из ИПП в стандартной дозировке в сочетании с пробиотиками, содержащими некоторыми штаммы *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium spp.* в стандартных дозах в течение 1 мес Шестой вариант (при наличии атрофии слизистой оболочки желудка с ахлогидрией, подтвержденной при внутрижелудочной рН-метрии). Амоксициллин (1000 мг 2 раза/сут) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза/сут), или нифурателем (400 мг 2 раза/сут), или нифураксозидом 200 мг 4 раза/сут, или джозамицином (1000 мг 2 раза/сут) и висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут или 240 мг 2 раза/сут) продолжительно-стью 10–14 дней.

Вторая линия антихеликобактерной терапии

Проводится при отсутствии эрадикации Нр после лечения больных одним из вариантов терапии первой линии.

Первый вариант (классическая квадротерапия). Один из ИПП в стандартной дозировке, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза/сут, метронидазол по 500 мг 3 раза/сут, тетрациклин 500 мг 4 раза/сут в течение 10–14 дней.

Второй вариант. Один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин (500 мг 4 раза/сут или 1000 мг 2 раза/сут) в сочетании с нитрофурановым препаратом: нифурателем (400 мг 2 раза/сут), нифуроксазидом (100 мг или 200 мг 4 раза/сут) или фуразолидоном (100 мг 4 раза/сут) и висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза/сут или 240 мг 2 раза/сут) продолжительностью 10–14 дней.

Третий вариант. Один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин (500 мг 4 раза/сут или 1000 мг 2 раза/сут), левофлоксацин (500 мг 2 раза/сут) в течение 10–14 дней.

Третья линия антихеликобактерной терапии

При отсутствии эрадикации H_p после лечения препаратами второй линии рекомендуется подбор терапии только после определения чувствительности H_p к антибиотикам.

Особые указания

При сохранении язвенного дефекта по результатам контрольной ЭГДС на 10–14-й день от начала лечения рекомендовано продолжить цитопротективную терапию висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза/сут или 240 мг 2 раза/сут) и/или ИПП в половинной дозе в течение 2–3 нед.

Пролонгированная терапия висмута трикалия дицитратом показана также в целях улучшения качества послеязвенного рубца и скорейшей редукции воспалительного инфильтрата. Проведение эрадикации H_p беременным не показано.

Отсутствие H_p должно быть подтверждено двумя методами при обязательном условии отсутствия терапии ИПП, H_2 -блокаторами, антибиотиками или препаратами висмута в течение месяца перед проведением теста. Антисекреторные препараты: один из ИПП (омепразол 20 мг 2 раза/сут, лансопразол 30 мг 1–2 раза/сут, пантопразол 40 мг 1–2 раза/сут, эзомепразол 20–40 мг 1–2 раза/сут, рабепразол 20 мг 1–2 раза/сут) или блокаторы H_2 -рецепторов (фамотидин 20 мг 2 раза/сут) в течение 2–3 нед. Гастропротекторы: висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза/сут, сукральфат по 0,5–1,0 г 4 раза/сут. Антациды могут применяться в комплексной терапии в качестве симптоматического средства и в монотерапии (до проведения рН-метрии и диагностики H_p)

Заключение

Данная курсовая работа была посвящена изучению методов диагностики и лечения язвенной болезни желудка, а также профилактика данного заболевания.

Язва желудка – это внутреннее нарушение целостности покрова стенок, при котором слизистая оболочка разъедается пищеварительным соком. Результатом таких процессов являются тяжелые формы заболевания, приводящие к обострениям болезни. К группе риска относят взрослое население.

В первой главе я рассмотрела объект моего исследования, проанализировала теоретические подходы к данной проблеме. Выяснила, что правильная и быстрая диагностика и вовремя оказанная помощь при подозрении ЯБЖ какой либо формы имеет большое значение в предупреждении осложнений и летального исхода.

Во второй главе я изучила статистические материалы, принципы лечения, профилактики, а также возможные осложнения. И пришла к выводу, что учитывая устойчивую тенденцию к росту летальности среди госпитализации больных с язвенной болезнью желудка, необходимо детальное изучение как эпидемиологии данной нозологии, так и свойств самого возбудителя.

Поставленные исследовательские задачи выполнены.

Обобщив всё вышесказанное, можно сказать, что данный вопрос обладает широким потенциалом для дальнейших исследований и практических навыков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

- 1 Абдулхаков Р.А. Распространённость *Helicobacter pylori*. Казанский медицинский журнал, 2002, т 83, №5;
- 2 Амиров Н.Х. Разработка системы генетического контроля факторов внешней среды. Мутагены и канцерогены окружающей среды. Тез.Док.Рос.Кон.Казань,2016;
- 3 Арцин К.М. Иммуноглобулинсекретирующие клетки при язвенной болезни. Архив патологии, 2013, №1;
- 4 Булгак К.И. О патоморфозе язвенной болезни. Врачебное дело, 2015, №6;
- 5 Василенко В.Х. и др. язвенная болезнь: современная представления о патогенезе, диагностике, лечении. М.: Медицина, 2014;
- 6 Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. – М.:Медицина, 2015;
- 7 Васильева Е.А. Профилактика язвенной болезни и её обострений. М.,2016;
- 8 Витебский Я.Д. Обоснование рефлекторной теории патогенеза язвенной болезни. Советская Медицина, 2014, №9;
- 9 Волков В.Е. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – Чебоксары: Издательство Чувашского Университета, 2013;
- 10 Гарустович Т.И. Реакция моторной функции гастродуоденального отдела пищеварительной системы на низкочастотную вибрацию. Новосибирск, - 2017;
- 11 Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 2016;
- 12 Гриневич В.Б., Успенский Ю.П. и др. Особенности язвенной болезни, не связанной с *Helicobacter pylori*. Терапевтический архив, 2002, №2.