

Язвенная болезнь желудка и 12ПК

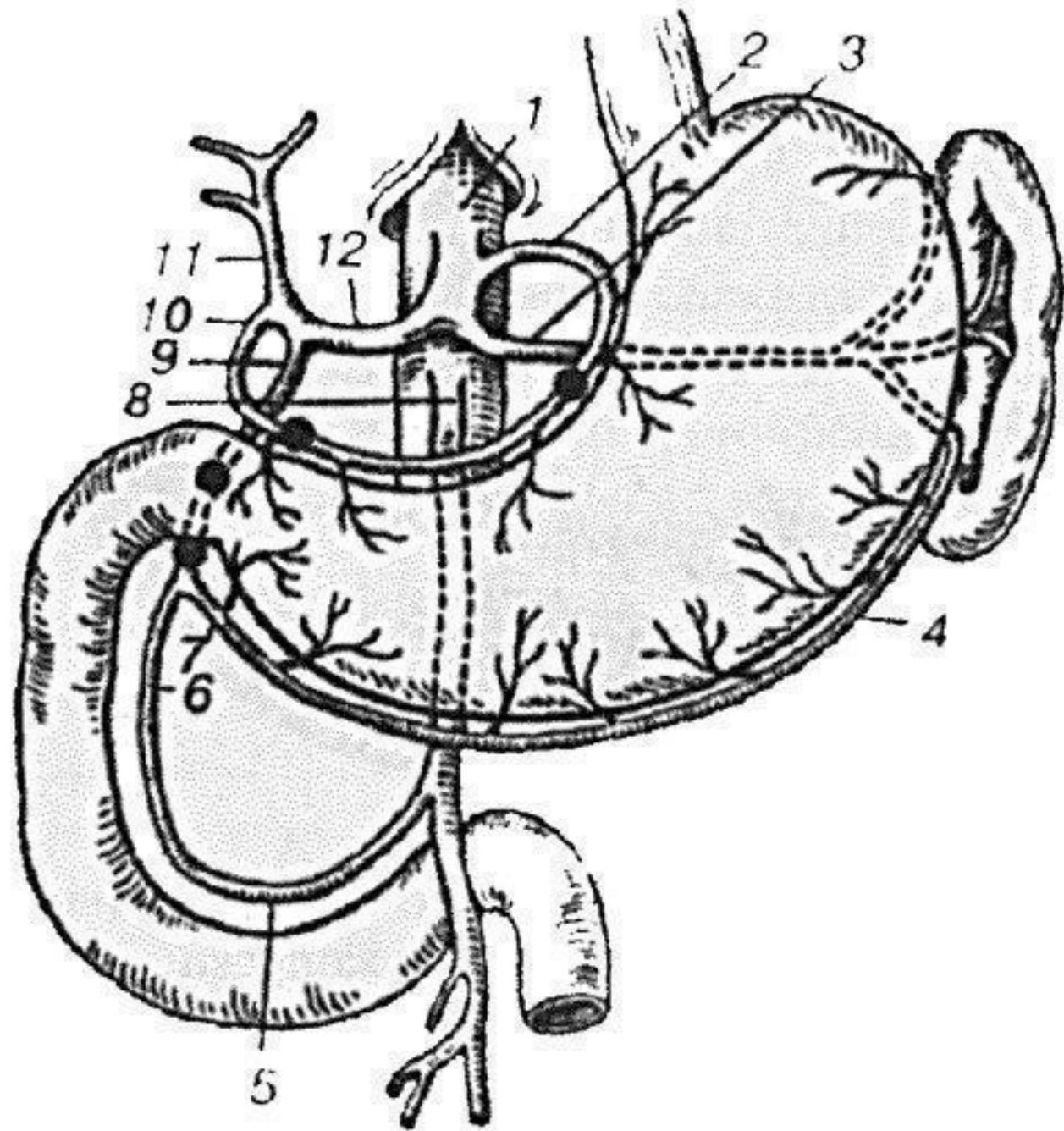
Осипова Татьяна Игоревна

2021

Язвенная болезнь -

хроническое рецидивирующее заболевание, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.





ЭТИОЛОГИЯ

Вызывающие факторы:

- Психоэмоциональное напряжение
- Отрицательные длительные эмоции
- Лекарственные воздействия
- Вредные привычки (алкоголь, курение)
- Инфекции *Helicobacter pylori*
- Нарушение дуоденальной проходимости
- Местное воздействие механических, физических и термических раздражителей.

■ Способствующие:

-Нарушение характера и ритма питания.

■ Предрасполагающие:

-Наследственная предрасположенность

-Увеличение массы обкладочных клеток

-Повышенное высвобождение гастрина в ответ на прием пищи

-Дефицит ингибиторов трипсина

-Расстройство моторики гастродуоденальной зоны

-Группа крови 0 (I)

-Положительный резус-фактор (Rh+)

-Статус несекреторов (неспособность секретировать со слюной антигены АВН)

-Дефицит фукомукопротеидов

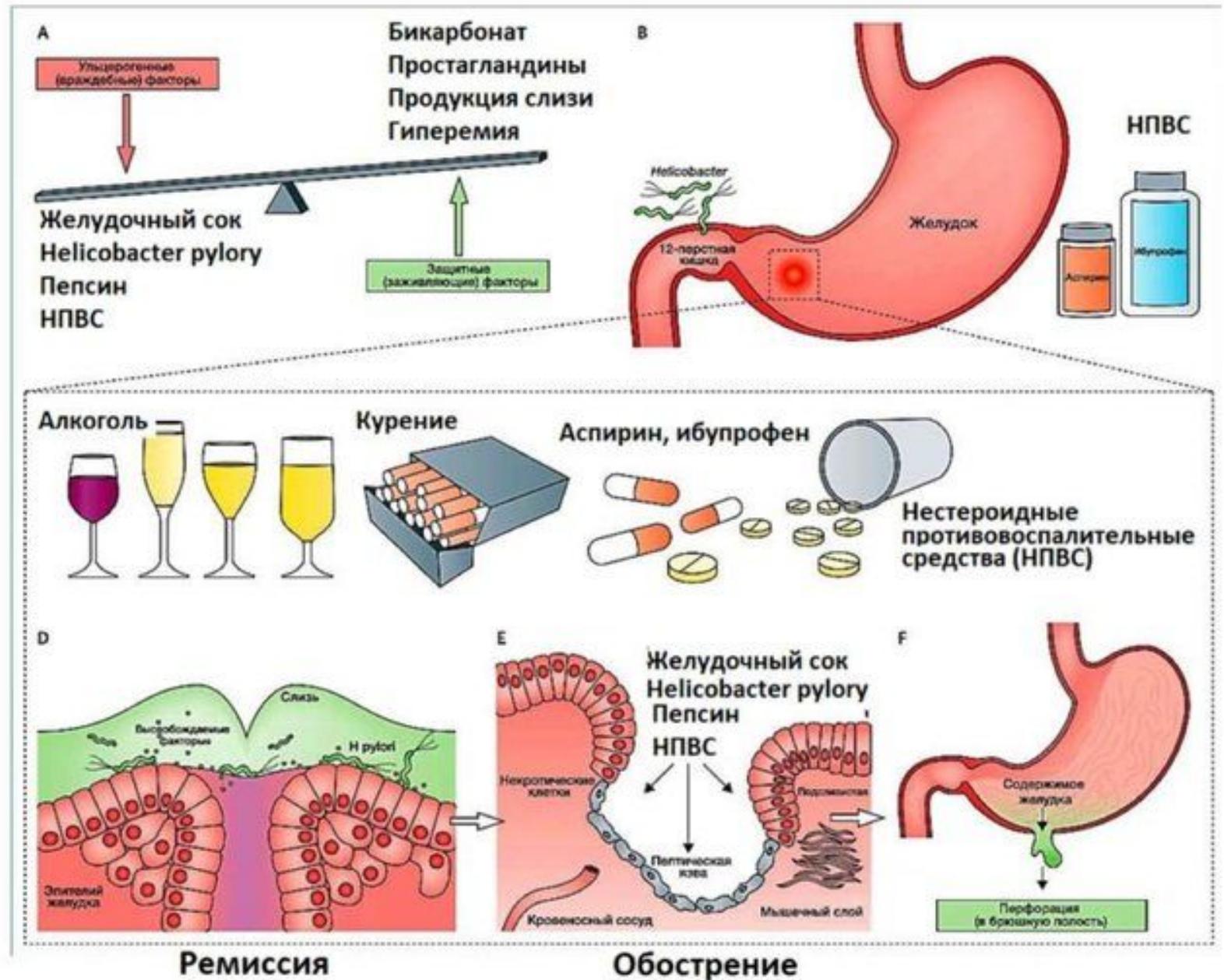
-Генотип HLA: B5, B15, B35

-Нарушение выработки иммуноглобулина А.

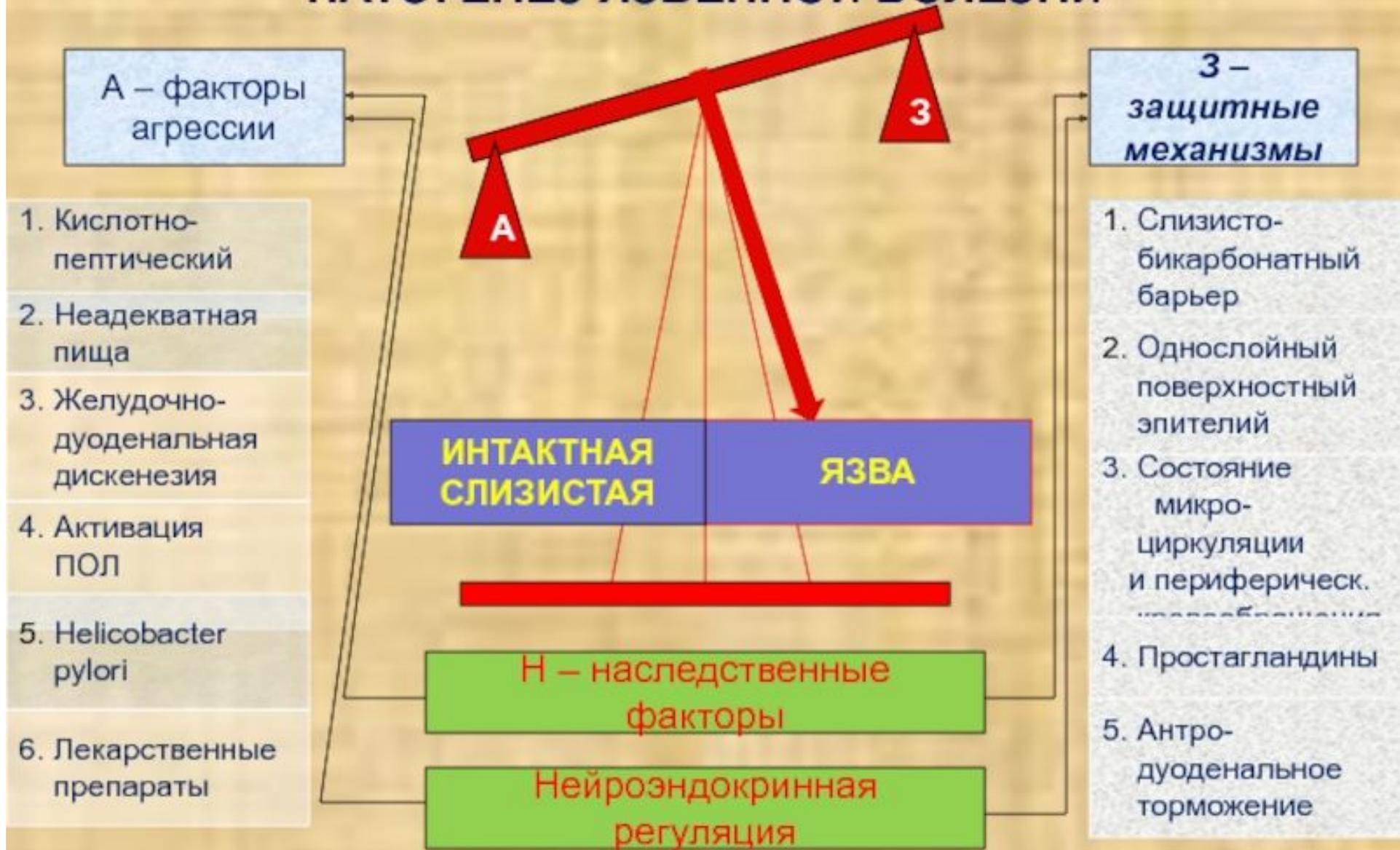
Патогенез язвенной болезни

Пептическая язва - округлой формы, края плотные, утолщенные, валикообразно приподняты.

Во время ремиссии язва заживает с образованием звездчатого рубца. В период обострения происходит некроз слизистой.



ПАТОГЕНЕЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Условное изображение взаимоотношений между защитными механизмами и факторами агрессии в патогенезе язвенной болезни (весы Шея)

Классификация язвенной болезни (по А.В. Мазурину, 1984 с добавлениями В.Ф. Приворотского и Н.Е. Лупповой, 2005 г.)

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

Классификация:

По локализации:

- язвы желудка
- язвы 12-перстной кишки
- сочетанные язвы желудка и 12-перстой кишки

По количеству язв:

- одиночные
- множественные

По размеру (диаметру) язвы:

Малые – до 0,5 см.

Средние – 0,5-1 см.

Большие – 1,1-2,9 см

По уровню желудочной секреции:

С повышенной секрецией

З нормальной секрецией

З пониженной секрецией

Стадия: Обострения

Ремиссии

За наличием осложнений: Возможные осложнения – кровотечение, пенетрация, перфорация, стенозирование, малигнизация.

Клиника язвенной болезни желудка

1. Боли в эпигастрии различной интенсивности.
2. При язвах кардиального отдела боли за грудиной; возникают сразу после приёма пищи, могут иррадиировать в левое плечо.
3. При язве в малой кривизне боли возникают в течение часа после приёма пищи.
4. При язве антрального и пилорического отделов боли возникают через 1,0 – 1,5 часа после приёма пищи (поздние боли)
5. При язве рвота приносит облегчение.

Клиника язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

1. Боли возникают через 1,5 – 2 часа после еды (поздние боли) или натощак, т. е. голодные и ночные боли.
2. Типично стихание боли после приёма пищи или щёлочей.
3. Рвота возникает на высоте боли и приносит облегчение.
4. Изжога, отрыжка кислым после приёма пищи
5. Характерны запоры.
6. Повышение аппетита.

КЛИНИКА ЯБ: БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

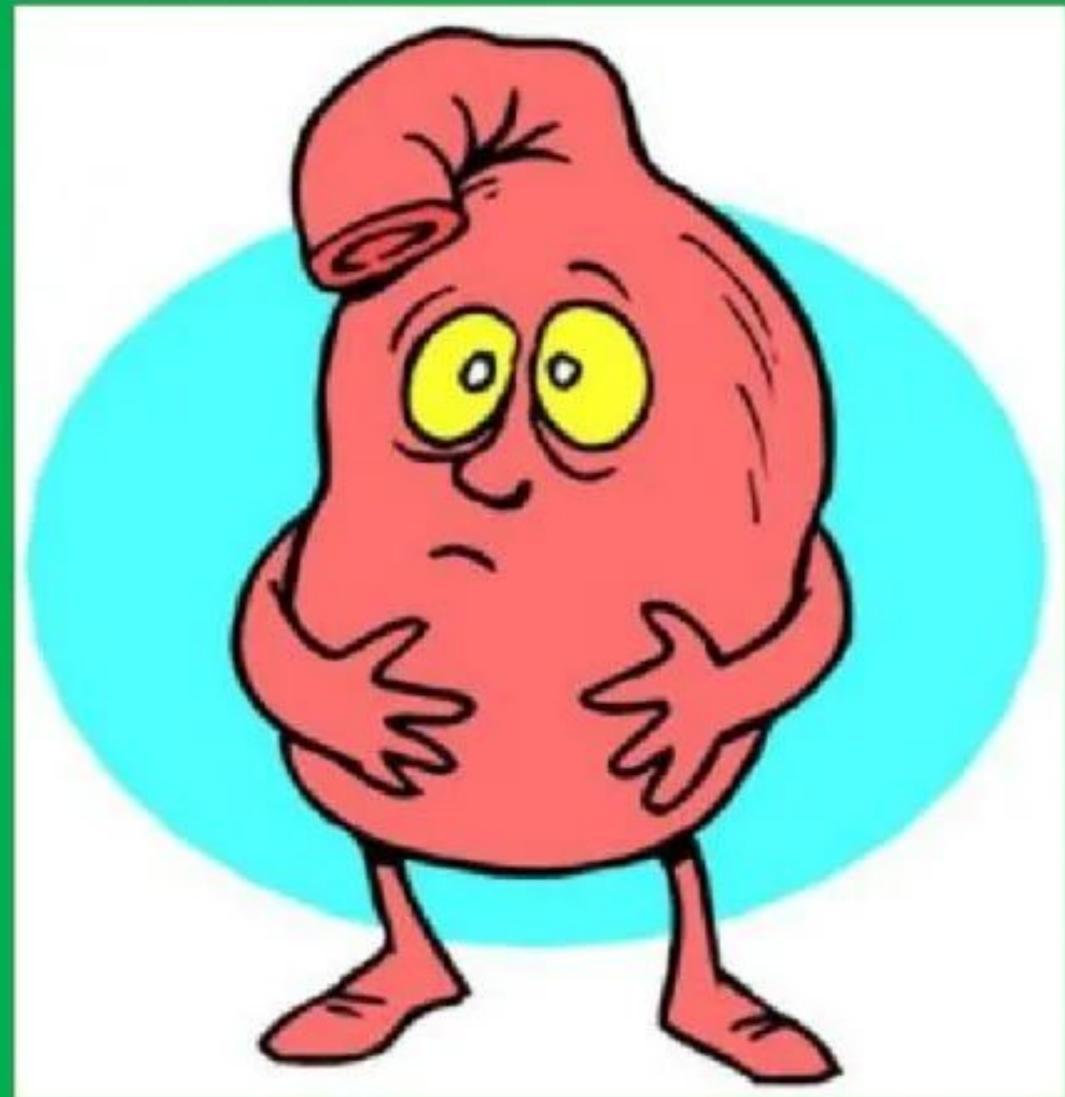
1. Возникает в результате воздействия кислотно - пептического фактора;
2. Спазма пилородуоденальной зоны;
3. Повышения давления в желудке и ДПК;
4. Периульцерозное воспаление
5. Раздражение висцеральных симпатических волокон



Локализация язвенного дефекта	Ощущение боли	Время появления боли
Кардиальный отдел желудка	За грудиной, в перикардиальной области, в области верхушки сердца	Ранние (сразу после еды — 0,5 часа)
Тело желудка	В центре эпигастрия, слева от срединной линии	Ранние (через 0,5–1 ч после еды)
Пилорический отдел желудка	В эпигастрии справа от срединной линии	Поздние (через 1,5–2 ч после еды), ночные
Двенадцатиперстная кишка	В эпигастрии справа от срединной линии	Поздние, ночные (через 6–7 ч после еды)
Постбульбарные отделы	В спине, правом подреберье	Поздние

Синдром диспепсии:

1. Ощущение боли или дискомфорта (тяжесть переполнение и т.д.), локализованное в эпигастральной области, возникающее при нарушении моторной и эвакуаторной функции;
2. Неприятный привкус во рту;
3. Отрыжка, чаще пустая, воздушная, реже пищей
4. Тошнота
5. Рвота – чаще на высоте болевого приступа
6. Изжога



КЛИНИКА ЯБ: АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ

1. Комплексное проявление нарушений вегетативной НС
2. Тревожность, ипохондрия, раздражительность, слабость;
3. Эгоцентризм, демонстративность.
 - Признаки вегетативной дистонии:
 - Артериальная гипотензия, лабильность пульса.
 - Акроцианоз, холодные кисти рук, гипергидроз.
 - Пролабирование МК.
 - Синдром ранней реполяризации желудочков на ЭКГ.



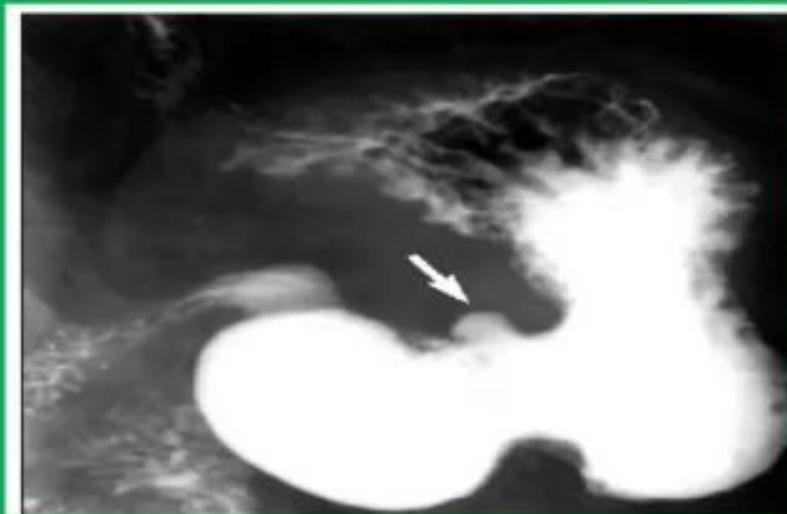
КЛИНИКА ЯБ: РАСПРОС, ОБЪЕКТИВНОЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Для диагностики язвенной болезни желудка очень важно тщательно собрать анамнез (жалобы больного, появление боли связанные с приёмом пищи, наследственную предрасположенность, сезонность).
2. При объективном обследовании больного – пальпация живота, наблюдается напряжение брюшной стенки в подложечной области и в левом подреберье.
3. Исследование крови на содержание в ней антител *Helicobacter Pylori*.
4. Определение кислотности желудочного сока (РН - метрия), при помощи зонда введённого в желудок, берётся порция желудочного сока, и исследуется его кислотность, которая зависит от содержания соляной кислоты.
5. Рентгенологический метод.
6. ФЭГДС.
7. Оценка состояния секреторной функции.
8. Морфологическая диагностика.
9. Определение *H.pylori*.
10. Кал на скрытую кровь

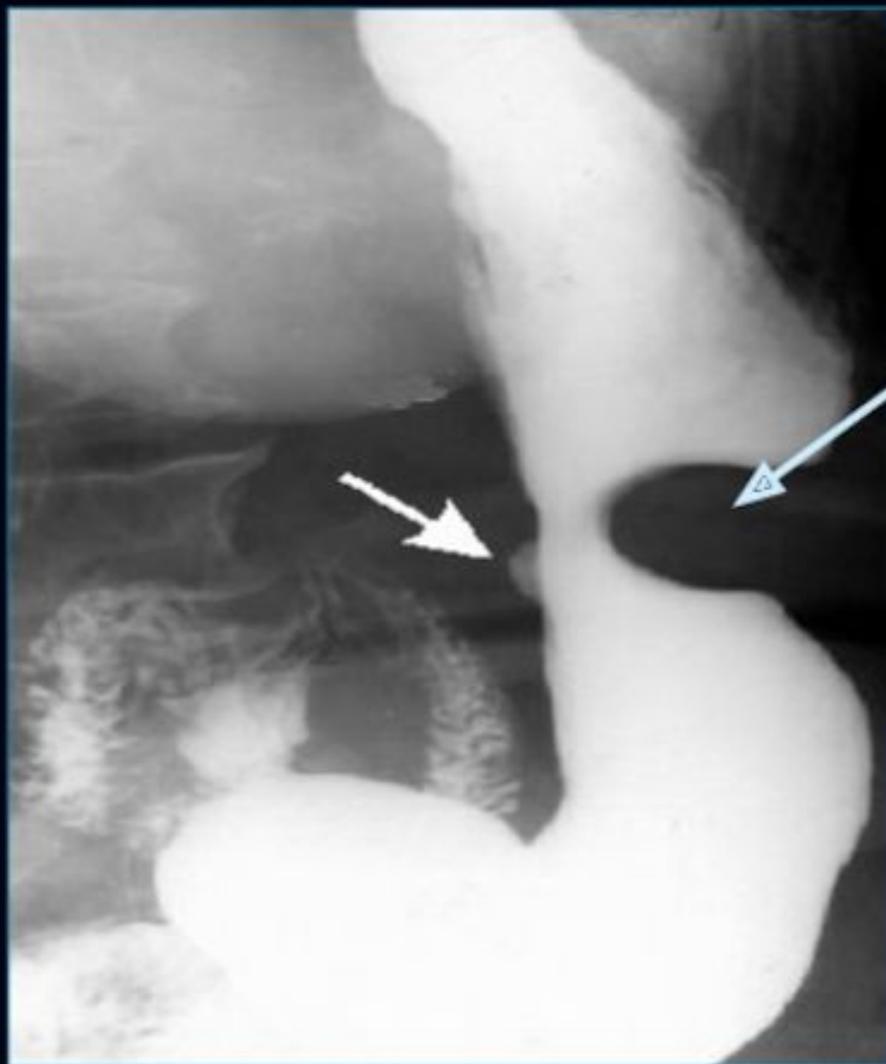


РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

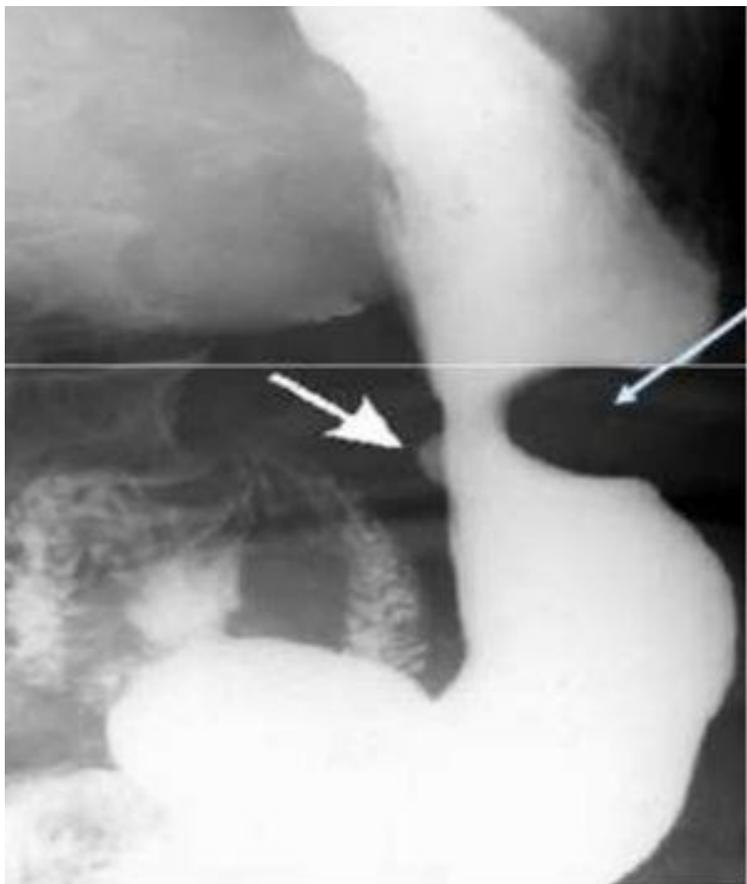
- 1) симптом ниши – задержка контрастного вещества в области дефекта слизистой желудка;
- 2) язвенный вал – характеризует зону воспаления вокруг язвы;
- 3) рубцово-язвенная деформация желудочной стенки, характеризуется направлением складок слизистой вокруг язвы, в виде звезды;
- 4) симптом указательного пальца, характеризуется втяжением слизистой оболочки желудка на противоположной стороне, по отношению к язве;
- 5) пилороспазм, спазмированный пилорический сфинктер не пропускает контрастное вещество;
- 6) ускоренная и замедленная эвакуация контрастного вещества из желудка;
- 7) Выявляет наличие возможных осложнений (перфорация язвы, пенетрация, язвенный стеноз).



«Указующий перст»



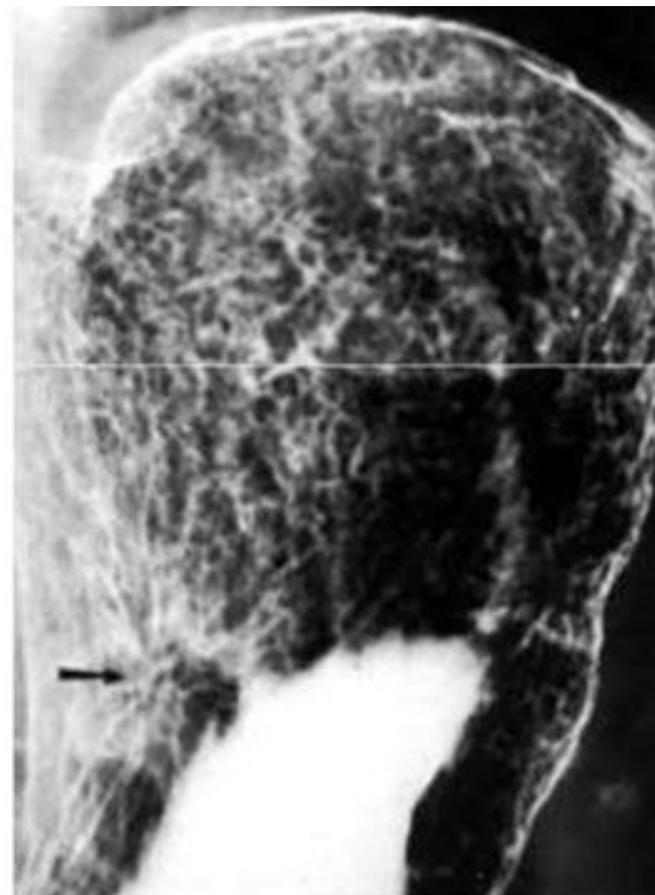
- Для глубоких язв желудка характерен симптом «указующего перста» на язву со стороны большой кривизны
- Его природа обусловлена регионарным сегментарным спазмом циркулярной мускулатуры желудка.
- Крупная стрелка – ниша, тонкая стрелка - втяжение



«Ниша» и
«указующий перст»



Рубцовая деформация
в виде «песочных часов»



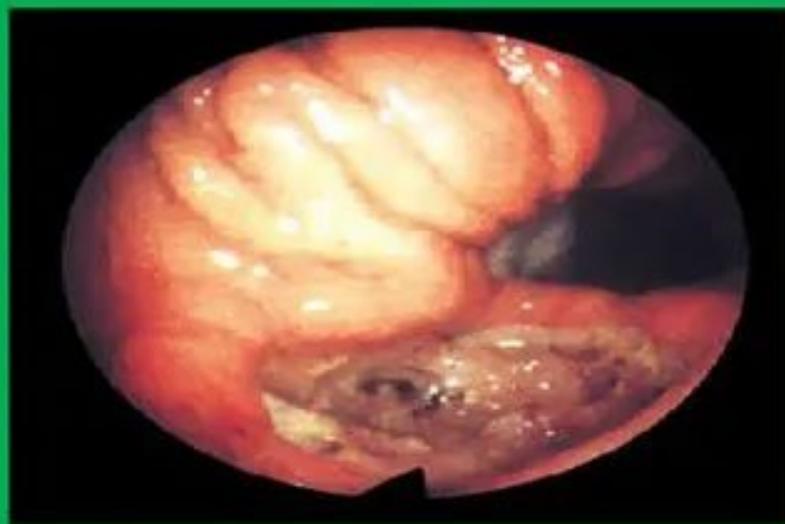
Конвергенция
складок

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определение:

- локализации язвы,
- точных её размеры,
- возможных осложнений (в том числе кровотечения из язвы).

2. Микроскопическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка, взятой при фиброгастродуоденоскопии, на наличие в ней *Helicobacter Pylori*.



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Цель лечения

1. Антихеликобактерная терапия
2. Улучшение качества жизни
 - Устранение боли;
 - Устранение диспептических проявлений;
 - Нормализация моторики.
3. Достижение качественного рубцевания язвы:
 - Предупреждение обострения;
 - Удлинение периода ремиссии.
4. Предупреждение развития осложнений.

Задачи лечения ЯБ

- Купирование неотложных состояний;
- Устранение клинической симптоматики
- Эрадикация хеликобактериоза
- Заживление язвы («розовый рубец»)
- Достижение стойкой клинической ремиссии («белый рубец»)

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ



МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

1. Антибактериальные препараты
2. Снижение кислотности желудочного сока, устранение боли и изжоги, проводится при помощи следующих групп препаратов:
 - Ингибиторы протонной помпы.
 - Ингибиторы H₂ – рецепторов.
 - Антациды (Алмагель, Маалокс).
 - Препараты висмута (Де-нол), обладают как вяжущим механизмом для слизистой желудка, так и бактерицидным действием против *Helicobacter Pylori*.



Лечение язвенной болезни

1. Антациды: Алмагель, Алюмаг, Фосфалюгель, Маалокс, и т. д.
2. Антисекреторные препараты:
 - а) блокаторы H_2 гистаминовых рецепторов: Фамотидин, Ранитидин и Зантак.
 - б) ингибиторы «протонной помпы»: Омепразол, Лансопрозол
3. Антихеликобактериальная терапия: Кларитромицин, Амоксицилин, Тетрациклин.
4. Прокинетики: домперидон (мотилиум), цизаприд
5. Витамиотерапия (особенно витамины группы В).
6. Стимуляторы процесса регенерации (Солкосерил, Актовегин).
7. Седативные препараты по показаниям: Тиазепам, Реланиум.
8. По показаниям: анаболические гормоны.
9. Физиолечение: парафиновые аппликации на область эпигастрия,

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Абсолютные показания. Осложнения язвы, являющиеся опасными для жизни и, как правило, не поддающиеся консервативному лечению.

1. Перфорация язвы;
2. Рубцово-язвенный стеноз привратника и 12-перстной кишки с нарушением эвакуации его содержимого;
3. Профузное язвенное кровотечение, не поддающееся консервативной остановке, в том числе и эндоскопической;
4. Малигнизация язвы.
5. Пенетрация и прикрытая перфорация язвы – *(условно-абсолютные показания)*

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- ⇒ **УДАЛЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СУБСТРАТА -
ЯЗВЫ ИСТОЧНИКА ОСЛОЖНЕНИЙ**
- ⇒ **ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА
ЯЗВООБРАЗОВАНИЯ**
 - УСТРАНЕНИЕ КИСЛОТНО-ПЕПТИЧЕСКОГО
ФАКТОРА
 - НОРМАЛИЗАЦИЯ ЭВАКУАЦИИ И МОТОРИКИ
 - СОХРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ ЦИТОПРОТЕКЦИИ
- ⇒ **ПРОФИЛАКТИКА ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ**

ВИДЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

```
graph TD; A[ВИДЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ] --> B[«КЛАССИЧЕСКАЯ» РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА]; A --> C[«ЭКОНОМНАЯ» РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА]; A --> D[РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ВАГОТОМИИ]; A --> E[ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ];
```

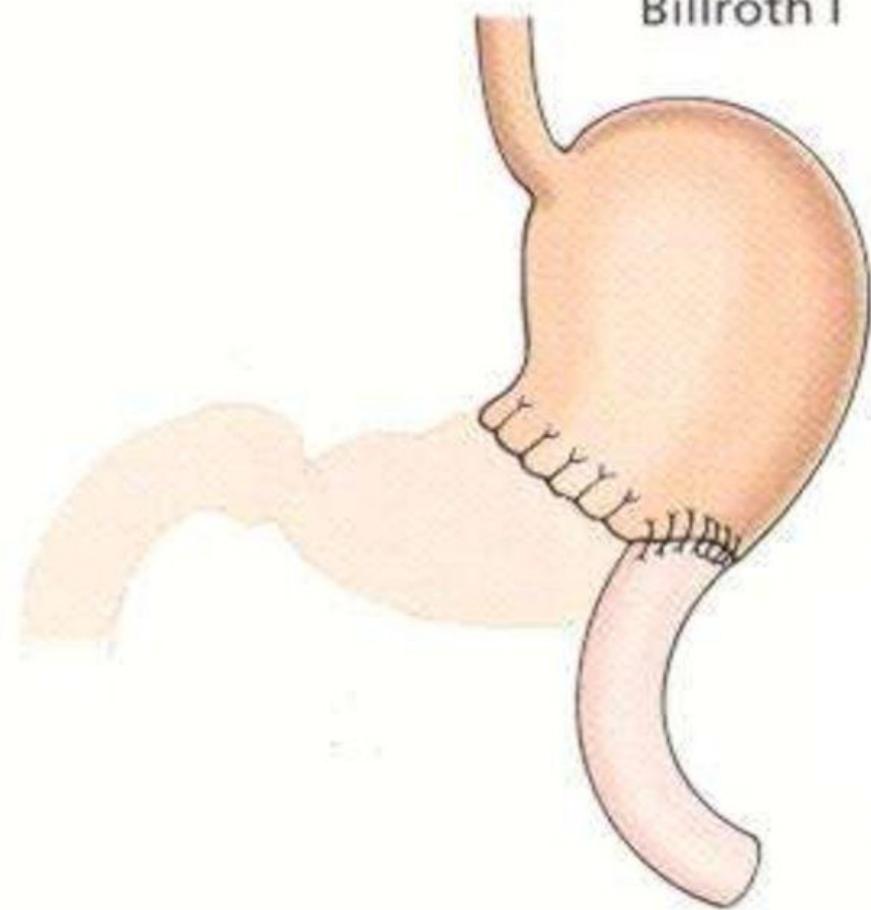
**«КЛАССИЧЕСКАЯ»
РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА**

**«ЭКОНОМНАЯ»
РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА**

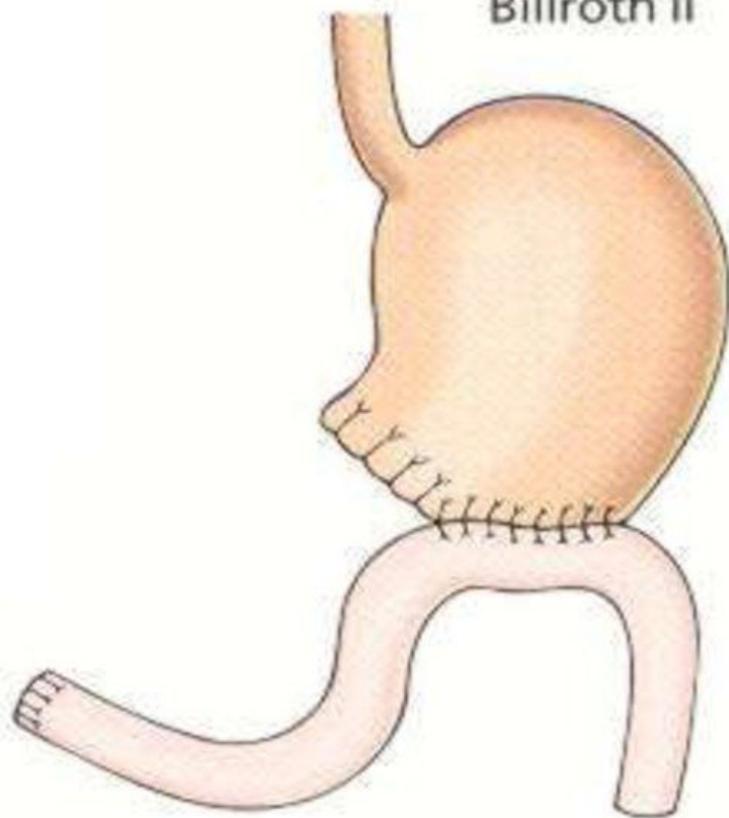
**РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ
ВАГОТОМИИ**

**ДРЕНИРУЮЩИЕ
ОПЕРАЦИИ**

Billroth I



Billroth II



ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ

1. Перфорация (прободение) язвы, развивается в результате деструкции всех слоёв стенки желудка или ДПК, через сквозное отверстие стенки желудка, выходит желудочное содержимое, в результате которого развивается перитонит.
2. Язвенное кровотечение происходит, в результате разъедания сосуда стенки желудка, на уровне язвы. Главным симптомом является рвота с кровью и общая слабость. Кровотечение приводит к потере объёма циркулирующей крови и возможного развития шока.
3. Пенетрация язвы - это проникновение язвы, через стенку желудка в близлежащие органы, чаще всего в поджелудочную железу. В таком случае присоединяется острый панкреатит.
4. Стеноз пилорической части желудка, такое осложнение развивается, если язва локализуется именно в этой области. В результате язвенного стеноза пилорической части желудка, пища не способна попасть, из желудка в кишечник.
5. Перигастрит, развивается в результате достижения зоны воспаления вокруг язвы, серозной оболочки желудка. В результате этого осложнения образуются спайки с соседними органами (например: печень или поджелудочная железа), это приводит к деформации желудка.
6. Малигнизация язвы, т.е. образование из язвы злокачественной опухоли. Это довольно редкое осложнение, но самое опасное для жизни больного.



Осложнения язвенной болезни

- 1 Желудочно-кишечное кровотечение
- 2 Прободение (перфорация) язвы
- 3 Пилородуоденальный стеноз
- 4 Пенетрация
- 5 Малигнизация

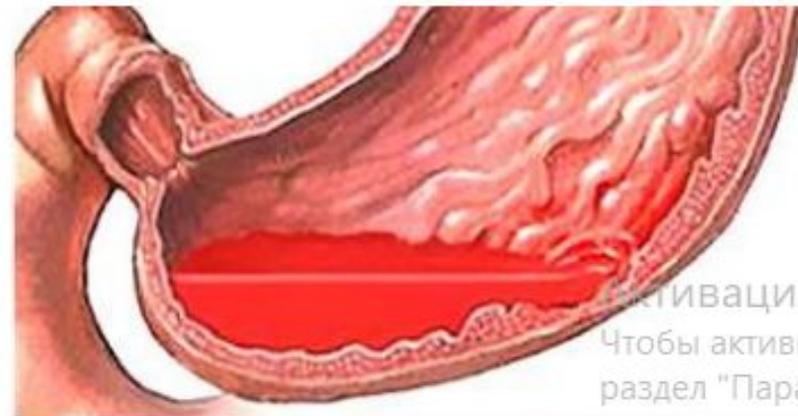
Язвенное кровотечение

Наиболее частое осложнение ЯБ и встречается у 15–20% больных. Причина - эрозия стенки сосуда в дне язвы. Повреждению сосуда способствует воспаление



слизистой, действие H^+ и пепсина на стенку сосуда, повышение объемной скорости кровотока и внутрисосудистого

давления после приема пищи или алкоголя, прием НПВС, ГКС, стресс, инфицирование НР.



активация V
Чтобы активировать
раздел "Параметры"

Признаки язвенного кровотечения

1. Общие симптомы **острой кровопотери и шока** (обусловлены снижением ОЦК): внезапно - головокружение, слабость, сердцебиение, снижение АД, возможно синкопальное состояние. Кожа бледная, холодная.

2. **Рвота «кофейной гущей»**, возникает не сразу в момент кровотечения, а через несколько часов после него. Крoвавой рвоте обычно предшествует тошнота.



Медсестра V
Чтобы узнать про
раздел "Патоме

Признаки язвенного кровотечения

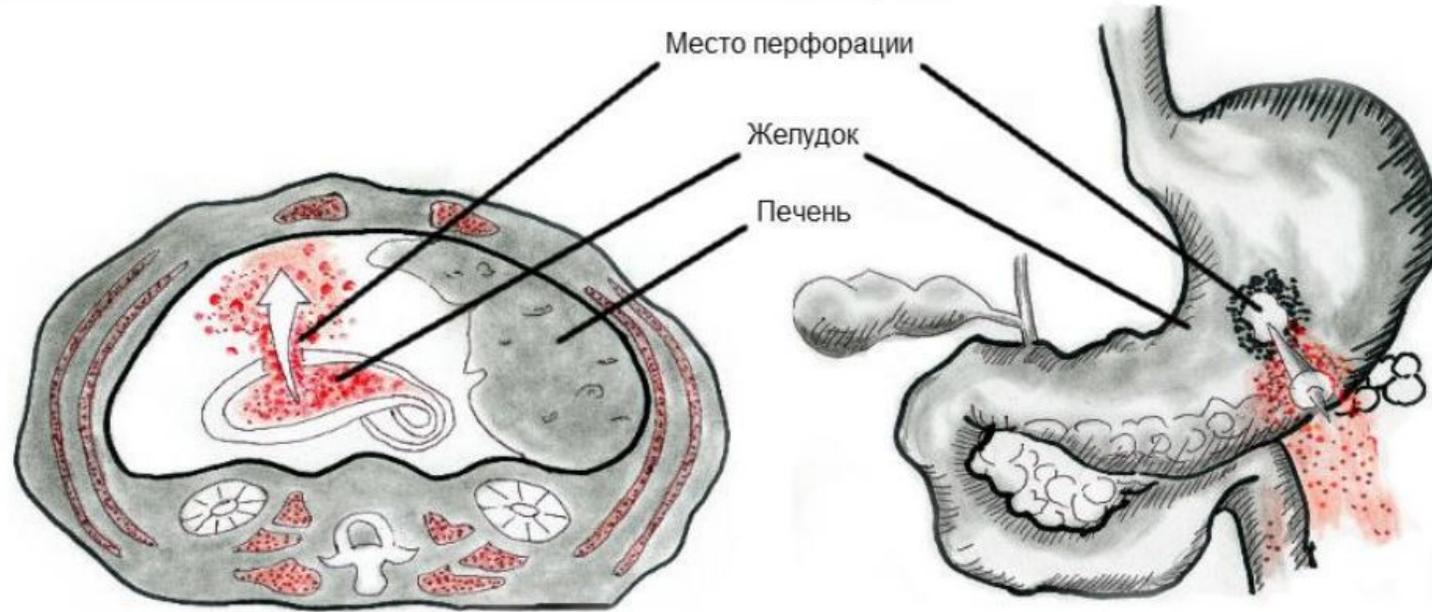
3. **Мелена (melena)** - черного цвета, неоформленный, мягкий, зловонный стул со своеобразным угольным блеском, по виду напоминающий деготь (дегтеобразный стул)

Характерно, что в момент кровотечения у больных исчезают боли в животе, если они имелись до начала кровотечения.



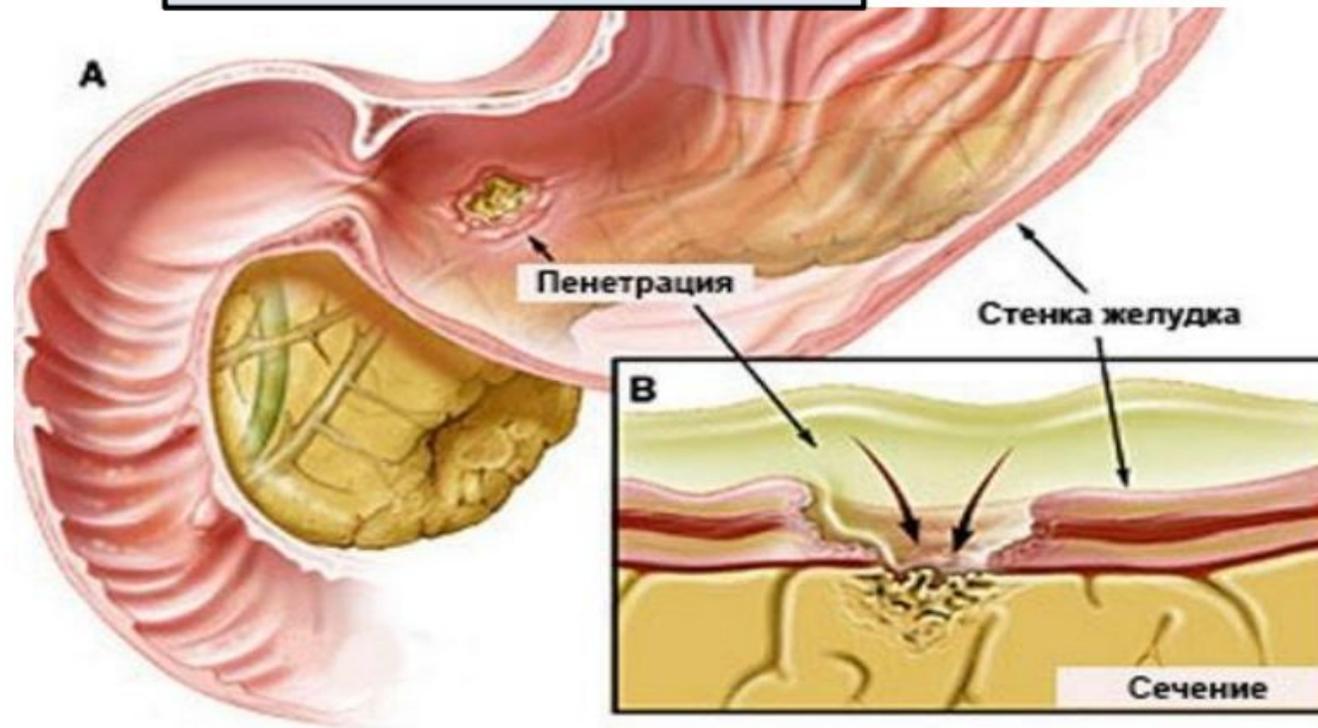
Активация \
обы активир
раздел "Парам

Перфорация язвы желудка



За несколько дней до прободения язвы - признаки обострения ЯБ: усиливаются боли, тошнота, рвота. Нередко повышается температура тела до субфебрильных цифр, появляется познобливание (развитие перивисцерита).

Пенетрация язвы



Язвы желудка чаще пенетрируют в тело поджелудочной железы и малый сальник, а язвы луковицы 12-перстной кишки – в головку поджелудочной железы, желчные пути, печень и др. **Клиника панкреатита.**

Чтобы активировать Windows, перейдите на [www.microsoft.com/russia/activation/activateyourwindows](#).

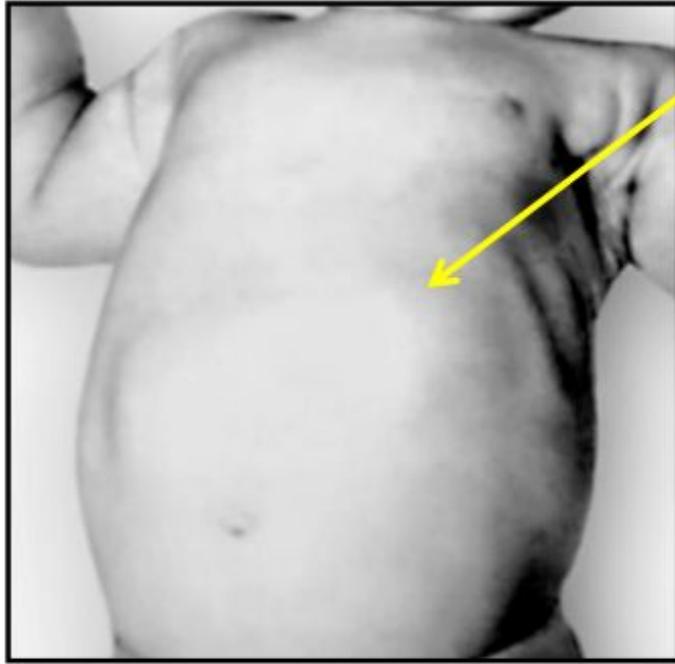
Пилоростеноз

Пилоростеноз – это органическое сужение пилорического канала или луковицы 12-перстной кишки, развивающееся в результате рубцевания язв.

Симптомы пилоростеноза:

- Чувство распирания, боли в эпигастрии.
- Рвота «фонтаном» пищей, съеденной накануне.
- Отрыжка тухлым.
- Похудание.
- Дегидратация
- Сухость кожи





**Расширенный
желудок**

**Значительное взбухание в
эпигастрии и мезогастрии
(расширенный желудок),
волны перистальтики и
антиперистальтики.**



Активация W
Фонтан «Рвота» (Англия)
раздел "Параметр

Малигнизация

Малигнизация – это процесс перерождения в рак язв больших размеров, расположенных на большой кривизне или в кардиальном отделе желудка.

*Язва желудка
переродившаяся
в рак*



Особенности клинической картины:

- Боли приобретают постоянный характер и теряют связь с едой
- Снижение интенсивности или исчезновение болей
- Потеря аппетита и массы тела
- Снижение желудочной секреции вплоть до ахлоргидрии.

Классификация TNM Международного противоракового союза (2017, 8-й пересмотр)

T_x — первичная опухоль не может быть оценена.

T₀ — отсутствие данных о первичной опухоли.

T_{is} — преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной пластинки слизистой оболочки (carcinoma in situ), тяжелая дисплазия.

T₁ — опухоль прорастает в собственную пластинку СО, мышечную пластинку СО или подслизистую основу : **a** опухоль прорастает в СП СО или МП СО; **b** оп. прораст. в подслизистую основу .

T₂ — опухоль инфильтрирует мышечный слой желудка до субсерозной оболочки.

T₃ — опухоль прорастает в подсерозную основу.

T₄ — опухоль распространяется на серозу или врастает в соседние структуры: **a** опухоль прорастает в Сер.О ; **b** оп. прораст. в соседние структуры

N_x — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N₀ — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ — имеются метастазы в **1-2** регионарных лимфатических узлах.

N₂ — имеются метастазы в **3-6** регионарных лимфатических узлах.

N₃ — имеются метастазы более чем в **7 и более** рег. л/у: **a 7-15** ; **b 16 и бол.**

M_x — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M₀ — нет признаков отдаленных метастазов.

M₁ — есть отд. метастазы, включая метастазы в лимфоузлы, кроме регионарных.