

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Усенгалиев Бибарыс Асангали улы

Врач общей практики Многопрофильной поликлиники №2 Кунградского района Республики Каракалпакстан, Республика Узбекистан
usengaliev.bibars@mail.ru

Аннотация: Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки – это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с периодами обострения и ремиссии, основным признаком которого является формирование дефекта (язвы) в стенке желудка или 12-ти перстной кишки. Язвенная болезнь относится к распространенным заболеваниям и встречается у 5-10% взрослого населения. К осложнениям язвенной болезни относят кровотечение, перфорацию, пенетрацию, стеноз привратника, злокачественное перерождение.

Ключевые слова : язва, желудок, 12-перстная кишка, рецидив, обострение, доброкачественный, изжога, рефлюкс, холестерин.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается у лиц в возрасте 20—40 лет и подростков, в то время как язвенная болезнь желудка — преимущественно у лиц в возрасте 40—60 лет. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 2—3 раза чаще язвенной болезни желудка.

Причины возникновения

Более 90% доброкачественных, не связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), язв желудка вызваны *H.pylori*/Лекарственно –индуцированные язвы (НПВС, стероиды)

Возможно влияние следующих механизмов: повреждение слизисто-бикарбонатного барьера, недостаточное кровоснабжение слизистой оболочки желудка, а так же кислота и пепсин как факторы агрессии. Дуодено-гастральный рефлюкс желчи также может повреждать слизистую оболочку желудка.

В патогенезе язвенной болезни первичное значение принадлежит расстройству механизма нейрогуморальной регуляции желудочной секреции. На первом этапе происходит дезинтеграция процессов возбуждения и торможения в коре больших полушарий головного мозга.



На втором этапе присоединяются дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы.

На третьем этапе происходит нарушение функции нервной вегетативной системы.

Ведущим является преобладание тонуса нервной парасимпатической системы (ваготония), которая обуславливает следующие эффекты:

- а) повышение тонуса гладкой мускулатуры желудка и усиление перистальтики
- б) увеличение секреции соляной кислоты и гастрина
- в) подавление активности антродуоденального торможения желудочной секреции с забросом кислого желудочного содержимого в 12-перстную кишку, где оно не успевает ощелачиваться.
- г) развитие воспалительных и дистрофических процессов в 12-перстной кишке.
- д) снижение секреции энтерогастрина, секретина, панкреозимина (уменьшение секреции бикарбонатов панкреатического сока), нарушение торможения продукции соляной кислоты.

Отмеченные нарушения усугубляются увеличенным в два раза количеством обкладочных клеток и снижением защитных свойств слизистой (хронический гастрит типа В).

На четвертом этапе присоединяется дисфункция эндокринной системы, особенно местной, гастроинтестинальной эндокринной системы ЖКТ, приводящая к дезинтеграции функций различных отделов пищеварительной системы.

Повышается продукция гормонов и биологически активных веществ, стимулирующих продукцию кислотно-пептического фактора (кортизол, тироксин и трийодтиронин, инсулин, паратгормон, гастрин, нейропептид, гастроинтестинальный полипептид). Снижается активность местных гормонов ингибирующих желудочную секрецию (соматостатин, глюкагон, половые гормоны, кальцитонин, эндорфины, энкефалины).

В результате, при преобладании факторов агрессии развивается язва 12-перстной кишки или желудка. В последнем случае, в патогенезе большее значение имеет симпатикотония. На фоне повышенного тонуса нервной симпатической системы происходит:

понижение тонуса гладкой мускулатуры желудка, замедление эвакуации,



Развивается антральный стаз, который рефлексивно, за счет растяжения стенок пилорического отдела, вызывает увеличение продукции гастрина, и, следовательно, — соляной кислоты,

нарушается замыкательная функция привратника, приводящая к рефлюксу дуоденального содержимого, которое оказывает повреждающее действие на слизистую желудка с формированием пептической язвы.

Классификация: язвенные болезни классифицируют по локализации, стадии заболевания, наличию осложнения.

I. По локализации разделяется болезнь на: язву желудка, язву двенадцатиперстной кишки, язвы неуточненной локализации.

II. По морфологической картине бывают маленькие язвы (менее 0,5 см), средних размеров (0,5-1 см), большие (1-3 см), гигантские (более 3 см).

III. По клинической форме различают острую и хроническую.

IV. В зависимости от фазы выделяются периоды ремиссии, рецидива, затухающего обострения.

V. По форме язвенная болезнь бывает без осложнений или с осложнениями.

В зависимости от размеров язвенного дефекта выделяют:

язвы малых (до 0,5 см в диаметре) размеров средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров большие (2,0-3,0 см в диаметре) язвы гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы. По числу язвенных поражений различают: одиночные язвы множественные язвы.

Клиника

Болевой синдром:

Боль в эпигастрии — наиболее важный и постоянный симптом язвенной болезни. Болевые ощущения появляются в патологически измененной слизистой. Характеристика болевого синдрома зависит от локализации язвы. Боль почти всегда связана с приемом пищи, чем позднее после приема пищи боль, тем дистальнее локализация язвы: ранее ощущения боли (непосредственно после приема пищи) — при язве желудка, поздние (через 2-3 часа) и голодные (утром, натощак) — при язве 12-перстной кишки. Для язвы 12-перстной кишки характерен сезонный ритм болевого синдрома.

Боли снимаются (облегчаются) приемом холинолитиков. Причиной возникновения болей следует считать двигательные нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка ощущения боли, ее выраженность зависит от особенностей личности и психической настроенности больного.



Выявленный анамнестически болевой синдром подтверждается данными пальпации, при котором отмечается локальная болезненность в эпигастрии (положительный симптом Менделя).

- боли могут иррадиировать в правое подреберье, за грудину, в спину;
- возможна безболевого форма язвенной болезни.

Диспепсический синдром:

изжога, иногда мучительная. Изжога — связана с забросом кислого содержимого из желудка в пищевод. Она также может быть, в результате спазма патологически измененного нижнего отрезка пищевода, является эквивалентом боли,

- отрыжка кислым, воздухом;
- анорексия;
- дисфагия;
- рвота — сложнорефлекторный акт, бывает обычно содержимым желудка, реже с примесью крови (свежей или типа "кофейной гущи), возникает преимущественно на высоте боли, после нее наступает обычно облегчение болевого и диспептического симптомокомплексов

Синдром кишечной диспепсии:

- склонность к запорам.

Физикальный статус: локальная пальпаторная и перкуторная болезненность в эпигастральной области, однако клинические симптомы иногда отсутствуют.

Диагностика

- Общий клинический анализ крови, мочи
- Анализ кала на копрограмму
- Анализ кала на скрытую кровь
- Биохимический анализ крови (печеночные пробы, холестерин, щелочная фосфатаза)
- ЭКГ
- Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях и рентгенография органов брюшной полости (для исключения перфорации язв)
- Рентгенография пищевода, желудка с бариевой смесью
- УЗИ гепатобилиарной системы
- Суточное мониторирование pH в нижней части пищевода и желудка
- ЭГДС
- Неинвазивные тесты для определения *Helicobacter pylori*. (дыхательный).



Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Основное лечение при хроническом гастрите, состоит из соблюдения здорового образа жизни и правильного рационального питания.

Составляющие здорового образа жизни и правильного рационального питания:

- Отказ от употребления алкогольных, сильногазированных напитков
- Снижение массы тела при ожирении
- Отказ от курения
- Исключение приема пищи в больших количествах и в поздние часы

Если такие методы немедикаментозного лечения не приносят облегчение, применяются лекарственные препараты.

Рекомендуется начинать лечение уже при первых признаках воспаления в желудке.

При обнаруженной контаминации слизистой оболочки желудка *H.pylori* применяется схема лечения с антибактериальными препаратами.

Хирургическое лечение проводится по показаниям: осложнения язвенной болезни желудка (кровотечение, пенетрация, перфорация), при частых обострениях, при грубых деформациях желудка и 12-перстной кишки в результате рубцовых изменений со стенозированием просвета.

Осложнения язвенной болезни

- кровотечение
- перфорация
- пенетрация
- перивисцерит
- обтурация выходного отдела желудка в результате отека и рубцово-язвенной деформации стенок пораженного органа
- стеноз привратника
- раковое перерождение.

Список использованной литературы

1. Хирургические болезни (под редакцией М.И. Кузина) - М.: Медицина 2018г.
2. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь и проблема *Helicobacter pylori*-инфекции: новые факты, размышления, предложения // Клин.мед., 2001г.



3. Ткаченко Е.И. Новое учение о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Aqua Vitae, 2001г.
4. Ивашкин В.Т., Исаков В.А. Основные положения II Маастрихтского соглашения: какие рекомендации по лечению заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, нужны в России?// Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол, 2001г.
5. Кучерявый Ю.А. Инфекция *Helicobacter pylori* и заболевания поджелудочной железы // Клиническая фармакология и терапия, Т.- 2004г.
6. Кожанова М.Г. *Helicobacter pylori*: роль в развитии гастродуоденальных заболеваний и методы диагностики // Клиническая лабораторная диагностика, 1999г.
7. Корсунский А.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей.- М.: ИД «Медпрактика», 2002г.
8. Агейчев В.А., Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза / Под ред. А.Л. Микаеляна. – Ереван: Айастан. 1985г.
9. Алибегов Р.А., Касумьян С.А. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия. – 1998г.
10. Белоусов А.С. Дифференциальная диагностика болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 1984г.

