Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Хирургии

Зав. кафедрой д. м. н.,

Доклад

на тему:

"Язвенная болезнь"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент

Пенза 2008

## План

Введение 3

Патофизиология 4

Клиническая характеристика 4

Лечение 5

Осложнения 7

Кровотечение 7

Обструкция 9

Перфорация 10

Стрессовые эрозии и геморрагический гастрит 12

Литература 14

## Введение

Хотя пептическая язва (ПЯ) считается хроническим заболеванием, которое характеризуется длительными бессимптомными периодами, чередующимися с эпизодами обострения, в ряде случаев она может иметь фульминантное течение.

Пептическая язва - это дефект слизистой оболочки, который распространяется над мышечными волокнами и возникает в зоне кислотопродуцирующего эпителия. Независимо от причины возникновения язвы основным звеном патогенеза является превышение "агрессивным" воздействием кислоты защитных возможностей слизистой оболочки. Большинство ПЯ появляется вдоль малой кривизны желудка или в начальном отделе двенадцатиперстной кишки. Реже поражаются дистальные отделы пищевода, эктопический эпителий в дивертикулах Меккеля и краевые участки хирургических анастомозов. Факторы, предрасполагающие к образованию язвы, включают курение сигарет и потребление кофе, кока-колы или алкоголя. Язвенная симптоматика более выражена в осенний и весенний периоды года.

Язва двенадцатиперстной кишки чаще наблюдается у больных с эмфиземой или хроническим панкреатитом. Язва желудка и эрозивный гастрит ассоциируются с циррозом и(или) тяжелым хроническим алкоголизмом.

Частота язвообразования возрастает при эндокринных нарушениях, например при синдроме Золлингера-Эллисона и гиперпаратиреоидизме. Язвы, связанные с синдромом Золлингера-Эллисона, возникают (или рецидивируют) в необычных местах и весьма устойчивы к терапии антацидами.

Язвы также наблюдаются у детей.

## Патофизиология

Хотя клинически различить язву желудка и язва двенадцатиперстной кишки бывает непросто, в их развитии имеются существенные различия. Язвы желудка связывают с задержкой опорожнения желудка и низкой (или нормальной) секрецией желудочной кислоты. Язва двенадцатиперстной кишки ассоциируются с гиперсекрецией и отсутствием задержки опорожнения желудка. Язва двенадцатиперстной кишки возникают чаще, чем язвы желудка. Развитие последних может быть связано с ослаблением сопротивления слизистой оболочки желудка воздействию ионов водорода. Обратная диффузия водородных ионов в слизистую оболочку желудка, как полагают, является причиной желудочного кровотечения и язвообразования. К факторам, повреждающим защитный барьер слизистой оболочки желудка, относят соли желчных кислот, ацетилсалициловую кислоту, алкоголь и индометацин.

Ряд факторов, по-видимому, имеет важное значение в развитии дуоденальных язв, однако не в каждом случае язвы отмечается проявление всех этих факторов. К ним относят следующее: увеличение числа париетальных клеток и их повышенную чувствительность к стимуляции; нарушение ингибирования высвобождения гастрина с повышением ацидификации антрального отдела желудка; ускорение опорожнения желудка с быстрой потерей пищи, обладающей свойствами буфера. Факторы, обеспечивающие защиту слизистой оболочки, играют, вероятно, более важную роль, чем кислотность и активность пепсина.

## Клиническая характеристика

Пептическая язва проявляется жгучими болями в эпигастрии. Боли распространяются в верхние отделы живота или (если язва локализуется в задней стенке или пенетрирует в поджелудочную железу) иррадиируют в спину. Боль при язве желудка часто возникает сразу после еды, тогда как при язве двенадцатиперстной кишки - преимущественно между приемами пищи и нередко в ночное время. Боли могут проходить после приема различных медикаментов, и больные часто сообщают о многочисленных попытках подобрать себе нужное лекарство. Хотя почти одна треть больных с осложнениями пептической язвы не обращались к врачу и не имели диагноза язвы, большинство из них отмечают (иногда в прошлом) прием множества различных медикаментов для купирования болей.

Характерны жалобы на жгучую боль, локализующуюся в области эпигастрия и иногда иррадиирующую в спину; боль может усиливаться при пустом желудке (ночью и между приемами пищи). Симптоматика обычно периодическая и рекуррентная. Окончательный диагноз ставится при эндоскопии и(или) исследовании с барием.

## Лечение

Боли средней интенсивности лечатся медикаментозно, а также с помощью частых приемов пищи, отказа от алкоголя, кофе, чая и курения; кроме того, назначаются антациды, седативные средства или транквилизаторы, а возможно, а антихолинергические препараты, за исключением случаев, когда подозревается обструкция пилорического канала или может иметь место обструкция мочевого пузыря. Примерно у 50% больных отмечается возобновление боли в пределах одного года после окончания медикаментозной терапии.

Более сильные боли требуют и более интенсивного лечения, включающего назогастральное отсасывание, постельный режим, назначение седативных препаратов, антагонистов Н2-рецепторов и антацидов. При язве двенадцатиперстной кишки назначают 30 мл антацидов через 1 и 3 часа после приема пищи и 30 мл на ночь. Если у больного производится назогастральное отсасывание, то антациды не требуются, поскольку постоянная аспирация желудочного содержимого предотвращает накопление кислоты. Совместный прием антацидов и пищи пролонгирует их буферное действие. Вне приема пищи буферное действие длится от 45 до 60 минут.

Назогастральный зонд позволяет не только удалить желудочную кислоту, но и уменьшить застой в желудке, растяжение и стаз. Растяжение желудка стимулирует антральный отдел, увеличивает секрецию гастрина и кислотообразование.

Циметидин, входящий в группу антагонистов гистамина (Н2-рецепторов) и подавляющий кислотообразование в желудке, эффективен в лечении ЯДК. Как было показано, он снижает секрецию желудочной кислоты примерно на 70%.

Применение циметидина значительно повышает эффективность лечения пептической язвы. Необходимость в элективном хирургическом вмешательстве при осложнениях пептической язвы, по-видимому, существенно уменьшилась, хотя частота перфорации и повторного кровотечения снизилась незначительно. Использование циметидина при кровотечениях снизило смертность при первичных кровотечениях. Как циметидин, так и ранитидин эффективны при заживлении язвы в 70% случаев. Однако эти препараты являются паллиативными и в целом не демонстрируют каких-либо преимуществ перед антацидами.

При использовании циметидина в дозе 400 мг дважды в день быстрое заживление желудочных и дуоденальных язв отмечается в 68-95% случаев. Наблюдаются осложнения терапии, в том числе взаимодействие с другими препаратами, разрушающимися в печени. Антагонисты Н2-рецепторов снижают печеночный кровоток и, следовательно, увеличивают плазменную концентрацию препаратов, метаболизируемых в печени. К таким препаратам относятся антикоагулянты типа варфарина, фенитоин, пропранолол, диазепам, лидокаин и теофиллин. Следует соблюдать осторожность при назначении антагонистов Н2-рецепторов больным с пониженной функцией почек.

## Осложнения

Помимо некупируемых болей (т.е. болей, не поддающихся воздействию медикаментозной терапии) или болей, инвалидизирующих пациента на продолжительный период времени, серьезными осложнениями пептической язвы являются кровотечение, пилоростеноз и перфорация.

## Кровотечение

Несмотря на применение циметидина, в США пептическая язва по-прежнему остается одной из главных причин массивных кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Массивное кровотечение обычно определяется как потеря от 1500 до 2000 мл крови у взрослых (или необходимость восполнения 30% объема крови в течение 12 часов для поддержания жизненно важных функций организма).

Начальные мероприятия заключаются в быстром струйном введении кровезаменителей в виде раствора Рингера или физиологического раствора с одновременным переливанием крови для поддержания жизненно важных функций. Устанавливаются две капельницы; одна из них подводится к сосудам центральной венозной системы для контроля за центральным венозным давлением (ЦВД). Скорость введения жидкостей определяется состоянием больного, ЦВД и диурезом. Переливание крови или ее компонентов определяется ответом больного на введение жидкости. Кроме того, при наличии у пациента ишемической болезни сердца (ИБС) или анамнестических данных о перенесенном инфаркте миокарда трансфузия может быть показана и для поддержания эффективной оксигенации. Появление загрудинной боли у таких пациентов служит показанием к проведению трансфузии. Кислород подается со скоростью от 6 до 8 л/мин в зависимости от наличия сопутствующей патологии.

Для подтверждения наличия острого или продолжающегося кровотечения проводится назогастральное отсасывание. Для прекращения или замедления кровотечения показано постоянное отсасывание с промыванием желудка. Через желудочный зонд могут вводиться антациды, в том числе и капельно. Лаваж желудка физиологическим раствором не всегда бывает успешным, однако эта процедура проводится у каждого больного. Следует удалить все сгустки, поскольку их присутствие может привести к растяжению желудка и повысить секрецию кислоты. В том случае, когда для поддержания жизненно важных функций организма требуется постоянная трансфузия, следует рассмотреть возможность хирургического вмешательства.

Перфорированные язвы редко служат причиной массивного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, хотя они часто ассоциируются с определенным кровотечением.

Диагноз кровотечения необходимо поставить как можно быстрее, поскольку заместительная терапия зависит от причины кровотечения. Новым диагностическим стандартом становится эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, вероятно, может служить показанием к незамедлительному проведению эндоскопического исследования. При необходимости (как только будет достигнута стабилизация состояния) больного переводят в центр, где возможно проведение такого исследования. Другие методы диагностики включают ангиографию и исследование с барием. Ангиография диагностически информативна лишь при наличии у больного активного кровотечения.

Шансы на выживание больного с минимальными осложнениями повышаются, если кровотечение может быть остановлено без экстренного хирургического вмешательства; операция осуществляется в более поздние сроки в плановом порядке. Некоторые специалисты считают, что однократный эпизод массивного кровотечения из язвы служит показанием к операции (даже если она проводится в плановом порядке). Терапия циметидином (300 мг в/в каждые 6 часов) может изменить эту точку зрения. Однако если наблюдается массивное кровотечение или если активное кровотечение продолжается, несмотря на адекватную заместительную терапию и переливание крови, то дальнейшее медикаментозное лечение сопряжено с повышенным риском; в таких случаях показано немедленное хирургическое вмешательство.

О факторах, предрасполагающих к повторному кровотечению из пептической язвы, известно немного. Риск возрастает у больных с хронической язвенной болезнью. По данным Northfield, вероятность повторного кровотечения у больных без каких-либо признаков кровотечения в течение 48 часов очень низка. Вероятность повышается в случае большой кровопотери при первом эпизоде кровотечения. Пожилые лица с генерализованным атеросклерозом имеют большую склонность к длительному кровотечению из-за плохого сокращения сосудов.

## Обструкция

Поскольку большинство язв заживляется путем рубцевания (если язва находится в пилорическом канале или антруме), существует вероятность развития обструкции пилорического канала или сужения антрального отдела с возникновением обструкции выхода из желудка. Обструкция может привести к выраженному растяжению желудка с неукротимой рвотой, что обусловливает дигидратацию и возникновение метаболического алкалоза. Указанием на сужение выходного отдела желудка у больных с пептической язвой служит наличие желчи в рвотных массах.

Лечение состоит в постоянном назогастральном отсасывании в течение длительного периода времени. Обязательно проводят заместительную терапию и коррекцию электролитных нарушений. Антихолинергические препараты противопоказаны, поскольку они могут увеличить растяжение желудка при снижении его моторики. По мнению многих хирургов, обструкция (выхода из желудка), сохраняющаяся после нескольких дней назогастрального отсасывания, служит показанием к хирургическому вмешательству.

## Перфорация

Несмотря на использование циметидина в лечении пептической язвы и некоторых ее осложнений, частота перфорации не уменьшается. Перфорация характеризуется внезапным возникновением сильной боли в эпигастрии. Часто больной может указать точное время начала болей. Если содержимое желудка проходит по кишечнику, то возникает также боль в правом нижнем квадранте живота. В этом случае клиническая картина напоминает приступ острого аппендицита. Брюшная стенка может быть ригидной. Перкуторно может выявляться отсутствие печеночной тупости в правом верхнем квадранте из-за наличия свободного воздуха в брюшной полости. При рентгенографии грудной клетки может определяться свободный воздух в поддиафрагмальном пространстве, однако этот признак не является универсальным. Если на рентгенограммах грудной клетки свободный воздух не обнаруживается, то целесообразно получение снимков брюшной полости в боковой проекции. Если необходимы дальнейшие попытки демонстрации свободного воздуха, то желудок можно наполнить воздухом (300-500 мл) через назогастральную трубку. Затем трубка пережимается, и больной в течение 5-15 минут находится в сидячем положении. При использовании трубки Salem необходимо закрытие обоих отведений. Свободный воздух в брюшной полости обнаруживается лишь у 51% больных с перфорацией. Шок обусловлен, прежде всего, химическим, а затем бактериальным перитонитом; в отсутствие агрессивного лечения впоследствии развивается генерализованный сепсис. Пенетрация язв, расположенных на задней стенке, может привести к панкреатиту.

Лечение заключается в постоянной аспирации желудочного содержимого, замещении жидкостей и электролитов и соответствующей антибиотикотерапии. В США хирургический метод лечения больных с перфорацией остается наиболее эффективным. Антагонисты Н2-рецепторов гистамина снижают частоту повторного кровотечения, операций и смертности на 10,20 и 30% соответственно, хотя эти данные не точны.

## Стрессовые эрозии и геморрагический гастрит

Термин "острое повреждение слизистой оболочки" подразумевает разнообразные повреждения слизистой оболочки желудка, в том числе язвы Курлинга и Кушинга, стрессовые язвы и острый эрозивный гастрит.

Стрессовая эрозия представляет собой поверхностное повреждение слизистой оболочки, не проникающее в мышечный слой. Поражения могут быть одиночными и множественными, диффузными и распространенными и чаще всего возникают в теле и фундальном отделе желудка. Они нередко являются причиной желудочного кровотечения. Многочисленные факторы патогенеза стрессовых эрозий включают увеличение желудочной секреции, изменение слизистого барьера для водородных ионов и местную ишемию.

Стрессовая эрозия или острое повреждение слизистой оболочки может наблюдаться после различных системных инсультов и развивается в течение нескольких часов при таких состояниях, как опухоли ЦНС, травмы головы, переломы, ожоги, сепсис и шок. К возникновению эрозии предрасполагает прием стероидных препаратов, ацетилсалициловой кислоты и алкоголя. По данным обширного обзора Josen, более чем у 50% больных кровотечение обусловлено острым геморрагическим гастритом.

Наилучшим диагностическим методом является эндоскопическое исследование. Рентгенологическое исследование с барием малоинформативно. Поскольку хирургическое лечение в подобных случаях показано редко, диагноз у больных с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта должен быть поставлен как можно быстрее.

Поскольку слизистая оболочка желудка самообновляется в течение 48-72 часов, медикаментозное лечение часто бывает эффективным. Использование циметидина представляется весьма спорным. В одном из исследований (у больных отделения интенсивной терапии) отмечаются недостаточно удовлетворительные результаты при рутинном профилактическом применении циметидина. Эффективны назогастральное отсасывание с лаважем желудка физиологическим раствором и применение антацидов.

При массивном кровотечении, которое не может быть остановлено вышеописанными методами, показано хирургическое вмешательство. Поскольку повреждение слизистой оболочки бывает, как правило, распространенным, операция также должна быть обширной.

## Литература

1. Военно-полевая терапия. Под редакцией Гембицкого Е.В. - Л.; Медицина, 1987. - 256 с.

2. Военно-морская терапия. Учебник. Под ред. проф. Симоненко В. Б„ проф. Бойцова С.А., д. м. н. Емельяненко В.М. Изд-во Воентехпит., - М.: 1998. - 552 с.

3. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. /Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. - М.: Медицина, 2001.