

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Рецензия на реферат ординатора второго года обучения специальности Общая врачебная практика (семейная медицина) Тепнадзе Лии Эдуардовны : «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»

Рецензия на реферат — это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающие анализ степени раскрытия выбранной тематике, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии ординатора второго года обучения специальности общей врачебной практики (семейная медицина):

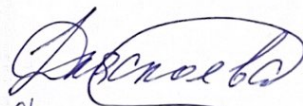
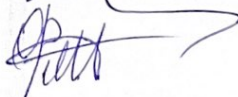
| Оценочный критерий                                 | +/- |
|----------------------------------------------------|-----|
| Структурированность                                | +   |
| Наличие орфографических ошибок                     | -   |
| Соответствие текста реферата по теме               | +   |
| Владение терминологией                             | +   |
| Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | +   |
| Логичность доказательной базы                      | +   |
| Умение аргументировать основные положения и выводы | +   |
| Круг использования известных научных источников    | +   |
| Умение сделать общий вывод                         | +   |

Итоговая оценка : положительная / отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента

Подпись ординатора

Министерства Здравоохранения 2020г  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования «Красноярский государственный  
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой : профессор Петрова М.М.

Реферат на тему  
«Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»

Выполнила:  
Врач-ординатор второго года обучения  
кафедры поликлинической терапии  
и семейной медицины с курсом ПО  
Тепнадзе Лия Эдуардовна

Красноярск, 2022 год



## Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** — хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).

**Этиология, патогенез.** Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке является лишь следствием расстройств указанных выше функций.

Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и др. нередко являются причиной развития язвенной болезни.

Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипоталамо-надпочечниковой системы и функции половых гормонов, а также нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина, энтерогастролина, холецистокинина — панкреозимина и др.), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенную роль играют наследственные конституциональные факторы (наследственное предрасположение встречается среди больных язвенной болезнью в 15–40% случаев).

Непосредственное формирование язвы происходит в результате нарушения физиологического равновесия между «агрессивными» (протеолитически активный желудочный сок, заброс желчи) и «защитными» факторами (желудочная и дуоденальная слизь, клеточная регенерация, нормальное состояние местного кровотока, защитное действие некоторых интестинальных гормонов, например секретина, энтерогастролина, а также щелочная реакция слюны и панкреатического сока). В формировании язв в желудке наибольшее значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки, ослабление ее сопротивляемости повреждающему воздействию кислого желудочного сока. В механизме же развития язв в выходном отделе желудка и особенно в двенадцатиперстной кишке, напротив, решающим фактором является усиление агрессивности кислотно-пептического фактора. Образованию язв предшествуют ультраструктурные изменения и нарушения в тканевом обмене слизистой желудка.

Раз возникнув, язва становится патологическим очагом, поддерживающим афферентным путем развитие и углубление болезни в целом и дистрофических изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в частности, способствует хроническому течению болезни, вовлечению в патологический процесс других органов и систем организма. Предрасполагающими факторами являются нарушения режима питания, злоупотребление острой, грубой, раздражающей пищей, постоянно быстрая, поспешная еда, употребление крепких спиртных напитков и их суррогатов, курение.

### Роль *Helicobacter pylori*

Хеликобактер поселяется только в эпителии желудка - в нижних отделах слизи и на поверхности эпителиальных клеток, а также на участках желудочной метаплазии в двенадцатиперстной кишке.

Важное вирулентное свойство этого микроорганизма - адгезия. Первичная адгезия осуществляется путем взаимодействия со специфическими гликопротеинами и гликолипидами, фосфолипидами и высокомолекулярными сульфатами на поверхности клеток, продуцирующих слизь. После повреждения эпителиальных клеток ионами алюминия



и токсинами хеликобактер может пенетрировать внутриклеточно и колонизировать экстрацеллюлярный матрикс.

Этот микроорганизм способен стимулировать выработку различных воспалительных цитокинов, инфильтрацию нейтрофилов, активность Т- и В-лимфоцитов, приводящих к образованию лимфоидных фолликулов в слизистой желудка.

Инфильтрация нейтрофилов, активируемая под действием бактериального фактора, становится главным медиатором повреждения слизистой.

Хеликобактер вырабатывает уреазу, которая вызывает гидролиз мочевины на ион аммония и карбоновую кислоту.

Образование гидроокиси аммония выполняет защитную функцию - создание щелочного барьера вокруг бактериальной клетки.

Кроме того, ионы аммония оказывают повреждающее действие на слизистую желудка вследствие нарушения защитных свойств эпителия.

Хеликобактер содержит целый комплекс энзимов, которые обеспечивают основные функции этого микроорганизма (клеточный метаболизм, колонизацию, повреждение эпителия). Его протеолитические ферменты приводят к уменьшению толщины и гидрофобности защитного слизистого геля, покрывающего поверхность слизистой.

Хеликобактер - не только причина ulcerogenezа, он также способствует развитию хронического атрофического гастрита и даже метаплазии. С ним могут быть связаны многие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Хеликобактер расселяется в актуальном отделе желудка, вызывая хроническое воспаление. В результате нарушается моторика пилорoduоденальной зоны, приводящая к раннему сбросу кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. Гиперацидность в ней способствует метаплазии слизистой в желудочный эпителий: нестойкий к соляной кислоте кишечный эпителий замещается желудочным, более устойчивым. На этих островках и поселяется хеликобактер, вызывая воспаление двенадцатиперстной кишки - рецидив язвенной болезни.

Микроорганизм вырабатывает уреазу, протеазы, повреждающие защитный слой, нарушает функции клеток, продукцию слизи и обменные процессы, потенцирует образование язвы под действием НПВС.

**Симптомы, течение.** Характерны боль, изжога, нередко рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды на высоте боли. В период обострения боль ежедневная, возникает натощак, после приема пищи временно уменьшается или исчезает и появляется вновь (при язве желудка через 0,5–1 ч, двенадцатиперстной кишки — 1,5–2,5 ч). Нередка ночная боль. Боль купируется антацидами, холинолитиками, тепловыми процедурами на эпигастральную область. Часто язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сопровождается запорами. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса. Кoproлогическое исследование определяет скрытое кровотечение. При локализации язвы в желудке кислотность желудочного сока нормальна или несколько снижена, при язве двенадцатиперстной кишки — повышена. Наличие стойкой гистаминорезистентной ахлоргидрии исключает язвенную болезнь (возможна раковая, трофическая, туберкулезная и другая природа изъязвления).

При рентгенологическом исследовании в большинстве случаев (60–80%) выявляется ограниченное затекание бариевой взвеси за контур слизистой оболочки - язвенная ниша. В желудке язвы обычно локализуются по малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке — в луковице. Редко встречаются и трудно диагностируются язвы привратника, внедуоденальные язвы двенадцатиперстной кишки.



Наиболее достоверным методом диагностики является гастродуоденоскопия, позволяющая обнаружить язву, определить ее характер, взять биопсию (при язвах желудка).

Дифференциальную диагностику проводят с симптоматическими язвами желудка, изъязвленной опухолью (в том числе первично-язвенным раком), туберкулезной, сифилитической язвой; изъязвлениями при коллагенозах, амилоидозе. Особенностью язвенной болезни является характер болей (голодные, после еды через определенный срок, ночные), длительный анамнез заболевания с периодическими обострениями в весенне-осенние периоды, наличие хлористо-водородной кислоты в желудочном соке при исследовании.

Течение обычно длительное с обострениями в весенне-осенний период и под воздействием неблагоприятных факторов (стрессовые ситуации, пищевые погрешности, прием крепких алкогольных напитков и пр. ).

Осложнения: кровотечение, перфорация, пенетрация, деформации и стенозы, перерождение язвы в рак, вегетативно-сосудистая дистония, спастическая дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, жировой гепатоз, реактивный панкреатит.

В лечении больных язвенной болезнью выделяют два *основных периода* (две задачи):

- лечение активной фазы заболевания (впервые диагностированной язвенной болезни или ее обострения);
- предупреждение рецидива (профилактическое лечение).

Методы лечения (в активную фазу)

Мероприятия, направленные на изменение образа жизни

- Прекращение курения - снижает сроки рубцевания и частоту обострений.
- Прекращение или уменьшение употребления алкоголя. По рекомендации ВОЗ возможно употребление не более 14 алкогольных единиц в неделю для женщин и 20 для мужчин (1 порция или 1 алкогольная единица равна: 330 мл пива, 150 мл вина, 40 мл крепкого алкоголя).
- Прекращение приема нестероидных противовоспалительных препаратов и стероидов, если это возможно, либо уменьшить дозу.

Немедикаментозные мероприятия

- Диетотерапия Диета существенно не влияет на течение язвенной болезни, однако больным должны быть даны советы по рациональному питанию с исключением из рациона пищи, которая усиливает симптомные проявления болезни. Регулярные приемы пищи могут способствовать более быстрому исчезновению симптомов болезни. Применение механически и химически щадящих противоязвенных диет оправдано лишь при симптомных проявлениях обострения язвенной болезни. Предусматривается обязательное 5-разовое питание в день, пищу готовят на пару.
- Физиотерапия При язвенной болезни нашли свое применение следующие виды физиотерапевтического лечения: УВЧ-терапия, грязелечение, парафиновые и озокеритовые аппликации.

Медикаментозное лечение

- Антисекреторные противоязвенные средства
  - Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов
  - Ингибиторы протонной помпы
- Антациды



- Гастропротективные средства. К гастропротективным лекарственным средствам относят препараты, способные защитить слизистую оболочку верхних отделов пищеварительного тракта от агрессивного воздействия пищеварительных соков.
  - Обволакивающие и вяжущие препараты висмута
  - Сукральфат (вентер)
  - Простагландины
- Антихеликобактерные препараты
- Прокинетики - средства регулирующие моторику ЖКТ
- Ферментные препараты

#### Хирургическое лечение

Используются лишь при осложненных формах заболевания. При этом в основном применяются малоинвазивные методики (эндоскопический метод остановки кровотечений, лапароскопические операции).

Показания к хирургическому лечению:

- Продолжительные, рецидивирующие кровотечения (несмотря на адекватную терапию).
- Перфорация язвы.
- Декомпенсированный стеноз привратника.
- Обострение с рецидивом язвы после перенесенного осложнения, несмотря на непрерывный прием препаратов антисекреторного действия в поддерживающей дозе и курсов 7 или 10 дневной антихеликобактерной терапии.
- Нерубцующаяся в течение 6 месяцев доброкачественная язва желудка или 12пк.

Стандартные схемы для эрадикации хеликобактериоза (используется одна из схем)

#### Семидневные схемы (первая линия терапии)

Все перечисленные средства назначаются одновременно, курсом на 7 дней, принимаются 2 раза в день. Ингибитор протонного насоса ( Омепразол 20 мг ( Лосек МАПС, Ультоп, Омез) или Лансопразол 30 мг ( Ланзоптол) или Рабепразол 20 мг ( Париет) или Эзомепразол 20 мг ( Нексиум) ) или ранитидин-висмут-цитрат в стандартной дозе. Кларитромицин 500 мг ( Кларид, Фромилид). Амоксициллин 1000 мг ( Флемоксин соллютаб, Амоксиклав).

#### Десяти-и четырнадцатидневные схемы (вторая линия терапии)

Длительность курса 10-14 дней. Ингибитор протонного насоса ( Омепразол 20 мг ( Лосек МАПС, Ультоп, Омез) или Лансопразол 30 мг ( Ланзоптол) или Рабепразол 20 мг ( Париет) или Эзомепразол 20 мг ( Нексиум) ) - 2 раза в день; Висмута субцитрат 120 мг ( Де-нол) 4 раза в день; Метронидазол 500 мг ( Трихопол) 3 раза в день; Тетрациклин 500 мг ( Тетрациклина гидрохлорида) 4 раза в день.

#### Продолжение лечения после завершения одной из схем

После окончания эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение еще в течение 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язвенного дефекта. Терапия проводится с использованием одного из ингибиторов протонного насоса ( Омепразол 20 мг ( Лосек МАПС, Ультоп, Омез) или Лансопразол 30 мг ( Ланзоптол) или Рабепразол 20 мг ( Париет) или Эзомепразол 20 мг ( Нексиум) ) - 1-2 раза в день или



блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина ( Ранитидин 150 мг ( Ранитидин, Ранисан ) или Фамотидин 20 мг ( Квамател, Гастросидин, Фамотидин )) - 2 раза в день.

#### Желудочное кровотечение, неотложная терапия

Среди острых язв желудка имеются своеобразные, редко встречающиеся изъязвления, сопровождающиеся массивным кровотечением из крупных аррозированных сосудов — так называемые простые эрозии, или простые изъязвления. Они располагаются вне зоны преимущественной локализации хронических язв желудка — в 3-4 см параллельно малой и большой кривизне. В этой зоне (шириной 1-2 см) нередко первичные ветви желудочной артерии проходят, не разделяясь, сквозь собственную мышечную оболочку в подслизистый слой, изгибаются в виде дуги и образуют сосудистое сплетение, от которого ретроградно отходят ветви, питающие мышечный слой. При образовании в этой зоне острой эрозии или язвы происходит аррозия крупного артериального сосуда, приводящая к массивному кровотечению, что служит показанием к неотложному хирургическому вмешательству.

Средства, обладающие гемостатическим и ангиопротективными свойствами: - Дицинон вводят в/в 2-4 мл 12,5% р-ра, затем через каждые 4-6 ч. по 2 мл. Можно вводить в/в капельно, добавляя к обычным растворам для инфузий. - 5% р-р эпислон-аминокапроновой кислоты по 100 мл через каждые 4 часа; 5-10% р-р аскорбиновой кислоты по 1-2 мл в/в. - 10% раствор кальция хлорида до 50-60 мл/сутки в/в. - 1% или 0,3% р-ра викасола соответственно 1-2 и 3-5 мл. - Внутривенное введение H<sub>2</sub>-блокаторов гистамина (ранитидина) по 50 мг 3-4 раза в сутки, фамотидин (квамател) по 20 мг 2 раза в сутки, ингибиторы протонной помпы (омепразол по 40 мг 1-2 раза в сутки).

#### Профилактика

*Непрерывная поддерживающая терапия.* Проводится в течение месяцев или лет.

#### *Показания*

- Неэффективность проведенной эрадикационной терапии.
- Осложненное течение язвенной болезни.
- Необходимость длительного или непрерывного приема НПВП.
- Сопутствующий эрозивно-язвенный эзофагит.
- Язвенная болезнь с часто рецидивирующим течением, не ассоциированная с хеликобактериозом.
- Возраст старше 60 лет, с ежегодными рецидивами язвенной болезни.

Назначения. Рекомендуется прием следующих лекарственных средств: Ингибитор протонного насоса ( омепразол 20 мг или лансопразол 30 мг или рабепразол 20 мг или эзомепразол 20 мг ) - 1 раз в день или Ингибитор блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина ( фамотидин 20 мг или ранитидин 150 мг ) 1 раз в день.

#### *Профилактическая терапия, профилактика "по требованию"*

- Показания Появление симптомов язвенной болезни после успешной эрадикационной терапии.
- Назначения Рекомендуется: Ингибиторы протонного насоса (омепразол 20 мг или лансопразол 30 мг или рабепразол 20 мг или эзомепразол 20 мг) 2 раз в день или Блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина (фамотидин 20 мг или ранитидин 150 мг) 2 раз в день. Указанные препараты назначаются в указанной дозе на 2-3-5 дней, а затем прием продолжается в половинной дозе 2 недели.