

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки¹

Квантованный учебный текст с заданиями в тестовой форме. ²

Для самостоятельного изучения и самоконтроля студентами медицинских вузов

Ольга Вострова

Карагандинский Государственный Медицинский Университет

1423128@mail.ru

Опубликовано в ж. «Педагогические Измерения» №2, 2014 г.

Определение

Язвой желудка и двенадцатиперстной кишки называется дефект слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек.

Гендерные различия

Мужчины молодого возраста болеют язвенной болезнью в 4 раза чаще, чем женщины. У женщин в 1/3 случаев язвенная болезнь возникает после наступления менопаузы.

Этиология

Язва образуется в результате дисбаланса между факторами защиты и факторами агрессии. Такое несоответствие может возникнуть как следствие повышения активности факторов агрессии, так и в результате снижения резистентности слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Причины развития язвенной болезни

К факторам агрессии относятся хеликобактерная инфекция, гиперпродукция соляной кислоты и пепсина, травмирующее влияние на слизистую химических, термических и механических свойств пищи, обратная диффузия водородных ионов, гастродуоденальная

¹ Источник: Н.А. Мухин «Внутренние болезни» Изд. ГЭОТАР МЕДИА, стр. 245

² Ред. докт. пед. наук, проф. В.С. Аванесов

дисмоторика, снижение моторной функции желудка и длительная задержка желудочного содержимого, ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка, аутоиммунная агрессия.

Триггеры

Пусковым механизмом образования язв является инфицирование *Helicobacter pylori*, острые и хронические психоэмоциональные факторы, алиментарный фактор, злоупотребление алкоголем, кофе, курение, лекарственные средства, наследственная предрасположенность.

Факторы защиты желудка

К факторам защиты относятся резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, антродуоденальный т.н. «кислотный тормоз» и «секретинный механизм», а также локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов и других медиаторов защиты.

Патогенез

Ведущее значение в образовании язвы имеет прямое воздействие на слизистую гастродуоденального отдела активного желудочного сока. Существует кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни (Быков и Курцин) - воздействия неблагоприятных факторов внешней среды через кору головного мозга, подкорковые образования и блуждающий нерв.

При возбуждении блуждающего нерва возрастает продукция всех химических стимуляторов кислотообразования и секреторной функции желудка. Это все оказывает и на эндокринные механизмы регуляции, в частности, стимулируется продукция адренокортикотропного гормона. Под влиянием кортизола повышается кислотопродуцирующая функция, снижаются защитные и репаративные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной области.

Трехслойная структура язвы

Поверхностный слой содержит фибрин, мукоидный секрет, обрывки некротизированной слизистой и подслизистого слоя, лейкоциты и эритроциты.

Второй слой образован дистрофически измененными и некротизированными коллагеновыми волокнами.

Третий слой представлен зоной грануляционной ткани - фибробласты, плазматические клетки, фиброциты, лейкоциты и др.

Три типа язвы желудка

первый тип — локализация язвы на малой кривизне или в субкардиальном отделе на фоне пониженной кислотности желудочного сока.

второй тип — язва желудка в сочетании со стенозирующей язвой двенадцатиперстной кишки на фоне повышенной кислотности желудочного сока.

третий тип — препилорическая язва на фоне нормальной или повышенной кислотности желудочного сока.

Три клинические фазы язвенной болезни

В клиническом течении заболевания выделяют: фазу обострения, фазу затухающего обострения или неполная ремиссия, фазу ремиссии.

Размеры язвы

Малая — до 0.5 см в диаметре.

Большая язва — более 1 см в желудке и 0.7 см в луковице 12-типерстной кишки.

Гигантская — более 3 см в желудке и более 1.5-2 см в 12-типерстной кишке.

Поверхностная — до 0.5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

Глубокие — более 0.5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.

Болевой симптом

Различают ранние, поздние, а также голодные и ночные боли.

Ранние боли появляются через 0,5—1 ч после еды. Они провоцируются приемом острой, грубой пищи. Боли уменьшаются и исчезают после эвакуации содержимого из желудка.

Поздние боли возникают через 1,5—2 ч после еды, купируются приемом пищи, антацидов или антисекреторов. Наблюдаются при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке и пилорическом отделе желудка.

"Голодные" боли появляются спустя 6—7 ч после еды и исчезают после очередного приёма пищи. Они наблюдаются у больных с дуоденальными и пилорическими язвами.

Ночные боли, появляются в период с 11 ч вечера до 3 ч утра. Они исчезают после приема пищи или после рвоты кислым желудочным соком.

Характер и интенсивность болей различны: их называют тупые, ноющие, режущие, жгучие, схваткообразные.

Рвота

Рвота возникает на высоте болей. Признаком стеноза является примесь к рвотным массам пищи, съеденной за много часов до рвоты, нарушение эвакуации из желудка. Признак дуоденогастрального рефлюкса - примесь большого количества желчи. Рвотные массы в виде кофейной гущи образуются при наличии крови в желудке.

Изжога

Изжогой называется чувство жжения за грудиной.

Отрыжка

Отрыжка горечью возникает при выраженном дуоденогастральном рефлюксе. Отрыжка тухлым запахом обусловлена задержкой пищи в желудке, распадом белковых компонентов пищи.

Общий анализ крови

В общем анализе крови наблюдается увеличение количества эритроцитов, гемоглобина и замедление СОЭ.

Определение концентрации гастрина в сыворотке крови. Данный метод используется для дифференциальной диагностики синдрома Золлингера—Эллисона и язвенной болезни.

Желудочная секреция

Исследуют базальную секрецию и стимулированную секрецию. Базальная секреция - это исследование желчи натощак. Стимулированная секреция - секреция после введения стимуляторов. К стимуляторам относят инсулин, пентагастрин или гистамин.

Инсулиновый тест

Инсулиновый тест Холлендера используется для определения влияния блуждающего нерва на желудочную секрецию после ваготомии.

Для верификации диагноза проводится рН-метрия и эндоскопическое исследование

Рентгенологическое исследование

Рентгенологическим признаком язвенной болезни является «ниша», изменение рельефа слизистой оболочки, различные деформации желудка и двенадцатиперстной кишки.

Лечение

Курс эрадикационной терапии составляет 7-14 дней. В лечении используется трехкомпонентная и четырехкомпонентная терапия.

Трехкомпонентная терапия

Трехкомпонентная терапия включает в себя применение ингибитора протонного насоса в сочетании с антибактериальным препаратом и противомикробным препаратом. Либо блокатор H_2 -рецепторов в сочетании с антибактериальным препаратом и противомикробным препаратом.

Четырехкомпонентная терапия

Четырехкомпонентная терапия включает в себя использование ингибитора протонного насоса, бактерицидного, антибактериального и противомикробного препаратов.

Примеры терапии

Комбинации эрадикационной терапии.

Пример 1. Омепразол 20 мг с кларитромицином 250 мг 2 р/с и метронидазолом 400 мг 3 р/с.

Пример 2. Ранитидин 150 мг 2 р/с или фамотидин 20 мг 2 р/с с амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки и метронидазолом 250 мг 4 раза в сутки.

Пример 3. Омепразол 20 мг 2 р/с, лансопразол 30 мг 2 р/с или пантопразол 40 мг 2 р/с в сочетании с субцитратом висмута 120 мг 4 р/с, тетрациклином 500 мг 4 р/с и метронидазолом 250 мг 4 р/с.

Осложнения

Осложнением язвенной болезни является кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцовый стеноз и деформация, малигнизация.

Задания в тестовой форме

Вашему вниманию предлагаются задания, в которых могут быть один, два, три и большее число правильных ответов. Нажимайте на клавиши с номерами всех правильных ответов.

ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАЗЫВАЕТСЯ ДЕФЕКТ

- 1) слизистой
- 2) эндокарда
- 3) подслизистой
- 4) миокарда

- 5) эпикарда
- 6) мышечной
- 7) серозной

1. К ФАКТОРАМ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ

- | | |
|---|--|
| 1) резистентность слизистой оболочки | 5) наследственная предрасположенность |
| 2) аутоиммунная агрессия | 6) «секретинный механизм» |
| 3) злоупотребление алкоголем, кофе | 7) локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов |
| 4) антродуоденальный «кислотный тормоз» | |

2. К ФАКТОРАМ АГРЕССИИ ОТНОСЯТСЯ

- | | |
|---|---|
| 1) хеликобактерная инфекция | 6) обратная диффузия водородных ионов |
| 2) гиперпродукция соляной кислоты и пепсина | 7) гастродуоденальная дисмоторика |
| 3) травмирующее влияние химических, термических и механических свойств пищи | 8) снижение моторной функции желудка |
| 4) острые и хронические психоэмоциональные факторы | 9) ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка |
| 5) лекарственные средства | 10) аутоиммунная агрессия |

3. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ

- | | |
|--|---|
| 1) инфицирование <i>Helicobacter pylori</i> | 6) курение |
| 2) острые и хронические психоэмоциональные факторы | 7) обратная диффузия водородных ионов |
| 3) локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов | 8) гиперпродукция соляной кислоты и пепсина |
| 4) алиментарный фактор | 9) лекарственные средства |
| 5) злоупотребление алкоголем, кофе | 10) наследственная предрасположенность |

4. ЯЗВА ИМЕЕТ СТРУКТУРУ

- 1) однослойную
- 2) двухслойную
- 3) трехслойную
- 4) четырехслойную
- 5) пятислойную
- 6) шестислойную

5. ПОВЕРХНОСТНЫЙ СЛОЙ ЯЗВЫ СОДЕРЖИТ

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1) фибрин | 4) обрывки подслизистого слоя |
| 2) мукоидный секрет | 5) лейкоциты |
| 3) обрывки некротизированной слизистой | 6) эритроциты |
| | 7) бактерии |

- 8) фибробласты
- 9) плазматические клетки

10) фиброциты

6. ВТОРОЙ СЛОЙ ЯЗВЫ ОБРАЗОВАН

- 1) тромбоцитами
- 2) эритроцитами
- 3) лимфоцитами
- 4) дистрофически измененными коллагеновыми волокнами
- 5) некротизированными коллагеновыми волокнами
- 6) фактором некроза опухоли

7. ТРЕТИЙ СЛОЙ ЯЗВЫ ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) фибробластами
- 2) плазматическими клетками
- 3) фактором некроза опухоли
- 4) тромбоцитами
- 5) фиброцитами
- 6) лейкоцитами
- 7) эритроцитами

8. ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перфорация
- 2) рвота
- 3) запор
- 4) кровотечение
- 5) малигнизация
- 6) пенетрация
- 7) рубцовый стеноз
- 8) холедохолитиаз:

9. РАЗЛИЧАЮТ БОЛИ

- 1) ранние
- 2) утренние
- 3) вечерние
- 4) поздние
- 5) «голодные»
- 6) «сытые»
- 7) ночные

10. РАННИЕ БОЛИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 1-1,5
- 2) 2-2,5
- 3) 3-3,5
- 4) 4-4,5
- 5) 5-5,5

ЧАСА

11. ПОЗДНИЕ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ

- 1) 0,5-1
- 2) 1,5-2
- 3) 2,5-3
- 4) 3,5-4
- 5) 4,5-5

ЧАСА

ПОТОМУ ЧТО ЯЗВЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) в кардиальном отделе
- 2) по малой кривизне желудка
- 3) в двенадцатиперстной кишке
- 4) в пилорическом отделе желудка

12. ГОЛОДНЫЕ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ

- 1) 6-7
- 2) 5-6
- 3) 4-5
- 4) 7-8

ЧАСОВ

13. ХАРАКТЕР И ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) ноющие
- 2) тупые
- 3) схваткообразные
- 4) колющие
- 5) «режущие»
- 6) жгучие

14. РВОТНЫЕ МАССЫ В ВИДЕ КОФЕЙНОЙ ГУЩИ ОБРАЗУЮТСЯ

- 1) в результате обсеменения лейкоцитами
- 2) при активации хеликобактерной инфекции
- 3) при наличии крови в желудке
- 4) при застое желчи

15. ИЗЖОГОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) отрыжка
- 2) чувство жжения за грудиной
- 3) запах ацетона изо рта
- 4) чувство горечи

16. ПРИЗНАКОМ СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение эвакуации из желудка
- 2) примесь к рвотным массам пищи, съеденной задолго
- 3) рвота кофейной гущей
- 4) желтушность кожных покровов и склер
- 5) кишечная непроходимость
- 6) кожный зуд

17. ОТРЫЖКА ГОРЕЧЬЮ ВОЗНИКАЕТ

- 1) при гастрите
- 2) дуоденогастральном рефлюксе
- 3) желчнокаменной болезни
- 4) холецистите
- 5) панкреатите
- 6) в норме

18. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

- 1) СОЭ
- 2) эритроциты
- 3) гемоглобин
- 4) лейкоциты
- 5) тромбоциты
- 6) лимфоциты и т.д.

19. БАЗАЛЬНАЯ СЕКРЕЦИЯ - ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧИ

- 1) натощак
- 2) после введения стимуляторов
- 3) через 30 минут после еды
- 4) в утренние часы

20. К СТИМУЛЯТОРАМ ЖЕЛЧИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гастрин
- 2) пепсин
- 3) трипсин
- 4) пентагастрин
- 5) инсулин
- 6) гистамин

21. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Ph-метрия
- 2) эндоскопия
- 3) контрастная рентгенография
- 4) компьютерная томография
- 5) магнитно-резонансная томография

22. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) «ниша»
- 2) скопление газа в брюшной полости
- 3) изменение рельефа слизистой
- 4) застой контраста в двенадцатиперстной кишке

23. КУРС ЛЕЧЕНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) 5-10
- 2) 7-10
- 3) 7-14
- 4) 10-14
- 5) 5-14

ДНЕЙ

24. В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) трехкомпонентная
- 2) двухкомпонентная
- 3) пятикомпонентная
- 4) четырехкомпонентная
- 5) шестикомпонентная

ТЕРАПИЯ

25. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) перфорация
- 2) пенетрация
- 3) кровотечение
- 4) нарушения стула
- 5) малигнизация
- 6) болезненность
- 7) рвота кишечным содержимым
- 8) рубцовый стеноз

Установить правильную последовательность:

26. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ☐ - возбуждение блуждающего нерва
- ☐ - стимулируется продукция адренокортикотропного гормона
- ☐ - повышается кислотопродуцирующая функция
- ☐ - возрастает продукция всех химических стимуляторов кислотообразования и секреторной функции желудка
- ☐ - снижаются защитные и репаративные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной области

27. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

- ☐ - лабораторные данные
- ☐ - сбор жалоб
- ☐ - инструментальные данные
- ☐ - анамнез жизни
- ☐ - объективный осмотр
- ☐ - анамнез заболевания
- ☐ - локальный статус

28. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ☐ - слизистая
- ☐ - оболочка
- ☐ - мышечная
- ☐ - подслизистая
- ☐ - дефект
- ☐ - серозная