

Клиническая демонстрация

На тему:

«Язвенная болезнь желудка»

Паспортные данные

- Ф.И.О. Больной К.
- Дата рождения (полных лет) 39 лет
- Категория подполковник
- Дата поступления 12 мая 2012 года

Жалобы и анамнез

ЖАЛОБЫ: на боль в эпигастральной области, появляющаяся через 30 минут после приема пищи, продолжающаяся 2-3 часа, слабость, снижение работоспособности

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: Родился и вырос в Санкт-Петербурге, первый ребенок в семье. Рос здоровым ребенком, от сверстников не отставал. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Профессиональных вредностей не имеет.

Перенесенные заболевания: простудные заболевания редко. Туберкулез, гепатит отрицает. Курит до 20 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Больным себя считает с апреля 2012 г., когда появились боли в эпигастральной области связанные с приемом пищи (через 30-40 минут). За медицинской помощью не обращался, старался придерживаться диеты, однако симптомы не проходили. Спустя 2 недели обратился в поликлинику по месту службы к терапевту. Назначено обследование. При проведении ФГДС выявлена язва желудка. Однако биопсия из краев язвы не проводилась. Был госпитализирован в клинику госпитальной терапии для дальнейшего обследования и лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ жалоб и анамнеза

- **ОБСУЖДЕНИЕ жалоб и анамнеза:**

При анализе *жалоб* важно обратить внимание на то, что боль локализуется в эпигастральной области и имеет четкую связь с приемом пищи (возникает через 30 минут после приема пищи – ранняя боль и исчезает через 2-3 часа), присутствуют признаки астено-невротического синдрома. Основное, на что нужно обратить внимание при сборе *анамнеза* у пациента с подозрением на язвенную болезнь – это наличие вредных привычек, погрешностей питания, психоэмоциональных нагрузок, сезонность обострений. Также очень важна отягощенная наследственность (наличие у родственников заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки) .

Объективный статус и его

обсуждение

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостеник. Удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7°C. Костно-мышечная система без патологии. Отеков нет. Пульс 76 ударов в 1 мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Прекардиальная область визуально не изменена. Пальпаторно патологических пульсаций не определяется, верхушечный толчок обычных свойств. Перкуторно границы сердца не смещены. Аускультативно тоны сердца ясные, чистые. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в 1 мин. Язык у корня обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

ОБСУЖДЕНИЕ объективного статуса:

- При неосложненной язвенной болезни желудка общее состояние остается чаще удовлетворительным. Тяжесть состояния пациента обуславливается наличием осложнений язвенной болезни желудка (перфорация, пенетрация, кровотечение, нарушение эвакуации пищи и др.).
- Внешний вид больных язвенной болезнью желудка обычно не имеют особенностей, хотя чаще страдают люди астенической конституции.
- Слой серого налета на языке появляется в следствии трофических расстройств в слизистой оболочке языка
- Боль в эпигастральной области, возникающая или усиливающаяся при поверхностной или глубокой пальпации – наиболее частый признак заболевания, в редких случаях боль может отсутствовать

Таким образом, полученные при исследовании объективного статуса данные свидетельствуют о наличии у пациента патологического процесса в желудочно-кишечном тракте, с наиболее вероятной локализацией в желудке.

Лабораторные исследования

- Анализ периферической крови: гемоглобин 144 г/л, эритроциты $5,12 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,4 \cdot 10^9$ /л, сегментоядерных 67%, моноцитов 9%, базофилов 1%, тромбоцитов $218 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 6 мм/час.
- Анализ кала на скрытую кровь – крови не обнаружено.
- Анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – отрицательно, эритроциты 0-1 в п/зр, лейкоциты 3-4 в п/зр.

Инструментальные исследования

- Рентгенография органов грудной клетки без патологических изменений.
- ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 66 уд в 1 мин., ЭОС не отклонена.
- Множественная биопсия из краев язвы желудка – данных за онкологический процесс не получено.
- ФГДС – эндоскопические признаки язвы нижней трети тела желудка диаметром 1,0-1,2 см. Дно язвы покрыто фибрином.
- Инфекция *H.pylori* – обнаружена (в кале).
- Интрагастральная рН-метрия.
- УЗИ органов брюшной полости – без патологических изменений.

ОБСУЖДЕНИЕ лабораторных и инструментальных исследований

1. Изменений в клиническом анализе крови у больных неосложненной язвенной болезнью желудка не наблюдается. Однако при подозрении на кровотечение из язвы данные клинического анализа крови помогают подтвердить факт кровотечения – снижается количество эритроцитов и гемоглобина (анемия), повышается СОЭ. При исследовании ретикулоцитов их количество при кровотечении повышается.
2. Важным показателем незначительного кровотечения из язвы является положительная реакция кала на скрытую кровь. Однако важно соблюдать все предписанные правила подготовки пациентов к данному исследованию.
3. Основным методом диагностики язвенных поражений желудка является ФГДС. С помощью данного исследования можно определить локализацию язвы, ее размеры, форму, глубину, количество язв, осложнения.
4. При невозможности проведения ФГДС для верификации диагноза пациентам целесообразно проводить рентгенологическое исследование желудка. Прямым рентгенологическим признаком язвы является наличие язвенной ниши (дефекта) стенки желудка, заполняющейся контрастным веществом. Даже при самом тщательном исследовании язвенная ниша выявляется только у 80% больных.
5. Обязательным исследованием при язвенной болезни является определение инфекции *H. pylori*. На сегодняшний день существует множество инвазивных и неинвазивных методов ее диагностики.
6. При локализации язвы в желудке обязательно проводится множественная биопсия (5-6 биоптатов) с последующим гистологическим исследованием полученного материала, что дает возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения.
7. Исследование секреторной функции желудка имеет важное значение, так как уровень желудочного кислотовыделения учитывают при определении оптимальной схемы лечения.
8. ЭКГ необходима для исключения у пациента абдоминальной формы инфаркта миокарда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основным методом верификации язвенной болезни желудка является ФГДС. Другие лабораторные и инструментальные методы исследования при неосложненной язвенной болезни желудка остаются неизменными.

Окончательный диагноз

Язвенная болезнь, впервые выявленная язва желудка, ассоциированная с хеликобактерной инфекцией. Язва тела желудка.

Медикаментозное лечение пациента

- Ультоп (омепразол) по 20 мг 2 раза в день плюс амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день плюс клацид по 500 мг 2 раза в день в течение 10-14 дней, в дальнейшем продолжить прием ультопа до общей продолжительности лечения 6-8 недель
- Маалокс по 1 м. л. через 1 час после еды и на ночь в течение 6-8 недель
- Линекс по 2 капсулы 3 раза в день во время приема антибиотиков

Обоснование и современные принципы лечения

Терапия язвенной болезни желудка направлена на купирование симптоматики заболевания, заживление язвенного дефекта, профилактики осложнений и предупреждение рецидива. Она включает:

- **Немедикаментозное лечение** (лечебный режим и лечебное питание). Больным назначается лечебно-охранительный режим: покой, минимизация стрессовых ситуаций и психоэмоционального напряжения. Используются принципы механического, химического и термического щажения слизистой оболочки желудка. Питание должно быть дробным – 5-6 раз в день. Пищу рекомендуется принимать небольшими порциями.
- **Медикаментозное лечение.** В основе лечения язвенной болезни желудка, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, лежит антихеликобактерная (эрадикационная) терапия. Используемая комбинация первой линии лечения (тройная терапия) включает ингибитор протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол) в полной суточной дозе (40 мг) в сочетании с двумя антибиотиками. Чаще всего используют амоксициллин и кларитромицин (амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин по 500 мг 2 раза в день). В качестве терапии первой линии можно использовать квадротерапию. Квадротерапия включает ИПП в стандартной дозе (по 20 мг 2 раза в сутки), препарат висмута (де-нол) по 120 мг 4 раза в день или по 240 мг 2 раза в день, метронидазол по 500 мг 3 раза в день и тетрациклин по 500 мг 4 раза в день. При неэффективности терапии первой линии применяют терапию второй линии, которая может быть в виде квадротерапии или в виде тройной терапии (ИПП по 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день, левофлоксацин по 250 мг 2 раза в день). Рекомендуемая длительность эрадикационной терапии составляет 10-14 дней. В дальнейшем рекомендуется длительный прием ИПП (6 недель). Для защиты слизистой оболочки желудка применяют невсасывающиеся антациды (маалокс, гелюсил, фосфалюгель, альмагель и др. аналоги) по 15 мл через 1 час после еды и перед сном. Основной курс продолжается в течение 6-8 недель, далее прием антацида «по требованию». Для коррекции нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка применяют прокинетики: домперидон (мотилиум) по 10 мг или метоклопрамид (церукал) по 10 мг за 15-20 минут до еды 3-4 раза в день. Сроки применения прокинетиков не должны превышать 3-4 недель.
- **Физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение**

Дифференциальный диагноз (1)

Признаки	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Язвенная болезнь желудка
Возраст начала заболевания	Чаще до 30 лет	Чаще после 30-35 лет
Наследственность по язве	Характерна	Не характерна
Сезонность обострений	Характерна	Не характерна
Тип конституции	Чаще астенический	Разные типы
Язвенноподобный анамнез	Чаще имеется	Чаще не имеется
Боль в эпигастрии	Поздние боли (через 1,5-3 часа после еды), ночные, голодные боли	Ранние боли (через 20-30 минут после еды)
Диспепсический синдром	Более выражен	Менее выражен
Характер стула	Чаще запоры	Чаще поносы
Рвота	"Кислая" рвота	Преимущественно съеденной пищей
ФГДС	Язва с локализацией в двенадцатиперстной кишке	Язва с локализацией в желудке

Дифференциальный диагноз (2)

Признаки	Язвенная болезнь желудка	Рак желудка
Возраст начала заболевания	Молодой и средний возраст	Зрелый возраст
Аппетит	Хороший	Снижен или отсутствует
Вес тела	В норме или несколько снижен	Прогрессивно уменьшается
Клинический анализ крови	Чаще в норме	Анемия, ускоренная СОЭ
Астено-невротический синдром	Нерезко выражен	Резко выражен
Чередование обострений и ремиссий	Характерно	Прогрессирующее течение
Короткий язвенный анамнез	Не характерен	Характерен
ФГДС с биопсией	Признаки язвы желудка	Признаки рака желудка