



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

диагностика

лечение

реабилитация

трудоспособность

Кемерово - 2006

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА

диагностика

лечение

реабилитация

трудоспособность

Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся
по специальности 060101 (040100) - Лечебное дело

Кемерово – 2006

УДК 616.33-039.71-07-08

Помыткина Т.Е. **Заболевания желудка. Диагностика, лечение, реабилитация, трудоспособность:** Учебное пособие. - Кемерово, 2006.- 60 с.

Автор:

Помыткина Т.Е. - кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики.

В учебном пособии изложены последние данные по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению синдрома функциональной диспепсии, хронических гастритов, язвенной болезни, НПВП-индуцированных гастропатий, полипов и рака желудка, синдрома Золлингера-Эллисона; представлены современные классификации, освещены вопросы реабилитации и трудоспособности данной категории больных.

Учебное пособие предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов.

Рецензенты:

Осипенко М.Ф. - д.м.н., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Новосибирской государственной медицинской академии, профессор, главный гастроэнтеролог г. Новосибирска;

Кашкина Е.И. - д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета, главный гастроэнтеролог Саратовской области.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2006

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Синдром функциональной диспепсии	5
Хронический гастрит	7
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	17
НПВП-индуцированные гастропатии	32
Полипы желудка	36
Рак желудка	37
Синдром Золлингера-Эллисона	39
Тестовые вопросы	41
Ситуационные задачи	47
Ответы на тестовые вопросы	53
Эталоны ответов к ситуационным задачам	55
Список литературы	59

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	–	артериальное давление
ВН	–	временная нетрудоспособность
ГЭРБ	–	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДПК	–	двенадцатиперстная кишка
Ж	–	желудок
ЖКТ	–	желудочнокишечный тракт
ИПП	–	ингибиторы протонной помпы
КТ	–	компьютерная томография
НПВП	–	нестероидные противовоспалительные препараты
ПГ	–	простогландины
ПЖ	–	полипы желудка
РЖ	–	рак желудка
СОЖ	–	слизистая оболочка желудка
СОЭ	–	скорость оседания эритроцитов
СРК	–	синдром раздраженного кишечника
ФГДС	–	фиброгастродуоденоскопия
ФД	–	функциональная диспепсия
ХГ	–	хронический гастрит
ЦОГ	–	циклооксигеназа
ЯБ	–	язвенная болезнь
НР	–	геликобактер пилори

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика, лечение и профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта заслуживает особого внимания. Это связано с их широким распространением и высокой частотой опасных для жизни осложнений. Сохранность органов пищеварения человека является не только медицинской, но и социальной задачей.

В последнее время в гастроэнтерологии большое внимание уделяется заболеваниям желудка в связи с появившимися новыми данными по этиологии и патогенезу. Это способствует внедрению в практику новых методов диагностики и схем лечения. Среди заболеваний желудка наиболее важное значение имеют: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, НПВП - индуцированные гастропатии, полипы желудка, рак желудка, синдром Золлингера-Эллисона, синдром функциональной (неязвенной) диспепсии.

Основной задачей автор ставит перед собой ознакомление студентов с достижениями гастроэнтерологии последних лет. В учебном пособии в сжатой форме изложены данные по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению заболеваний желудка, представлены современные классификации, приведены данные о важности диетического режима, применения физиотерапии, освещены вопросы реабилитации и трудоспособности больных с заболеваниями желудка.

Автор надеется, что данное пособие окажется весьма полезным в освоении студентами представленного материала.

СИНДРОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ (НЕЯЗВЕННОЙ) ДИСПЕПСИИ

Функциональная диспепсия (ФД) - комплекс функциональных расстройств, продолжающихся свыше 3 месяцев и включающих в себя боли или ощущение дискомфорта в эпигастральной области, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту и другие диспептические нарушения, при которых в процессе тщательного обследования больного не удается выявить такие заболевания, как язвенная болезнь, ГЭРБ, рак желудка.

Как следует из определения синдрома ФД, из этой рубрики не исключаются больные хроническим гастритом. Однако диагнозом хронический гастрит пользуются не клиницисты, а морфологи в таких случаях, когда выявляют связь возникновения морфологических изменений слизистой оболочки желудка с геликобактер пилори (НР), прослеживают пути дальнейшего прогрессирования гастритического процесса и т.д.

При ХГ типа В и С с помощью минеральных вод добиваются снижения возбудимости желудочных желез, улучшения моторной и эвакуаторной функции желудка. Рекомендуются негазированные минеральные воды малой и средней минерализации на курортах: Боржоми, Дарасун, Джермук, Ессентуки, Железноводск, Ижевские минеральные воды, Краинка, Саирме, Шмаковка и др.

Весьма эффективны грязевые аппликации: они оказывают спазмолитическое, анальгезирующее действие, улучшают функциональное состояние желудка и других органов пищеварения, регионарный кровоток и трофику СОЖ (Борисовский, Анжерский, озеро Карачи, озеро Лебяжье, озеро Учум, озеро Шира)

При обострении ХГ применение минеральных вод и грязевых аппликаций противопоказано, так как они усугубляют симптомы обострения гастритического процесса.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь (ЯБ) - хроническое циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения язв гастродуоденальной зоны (Калинин А.В., 2004). В Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ 10) термин «язвенная болезнь» отсутствует, а выделяются язва желудка (шифр K25), язва ДПК (шифр K28) и гастроеюнальная язва (шифр K28). За рубежом чаще пользуются терминами «пептическая язва желудка», «пептическая язва ДПК». В отечественной литературе принято говорить о язвенной болезни как о заболевании всего организма со сложными этиопатогенетическими механизмами, не противопоставляя ЯБ желудка и ДПК.

Распространенность в России - 5-10% населения (Рысс Е.С. 2001г.).

Этиология

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) является полиэтиологическим заболеванием. Все этиологические факторы можно разделить на 2 основные группы:

1. Предрасполагающие факторы, способствующие развитию заболевания (наследственно-конституциональные факторы):

1. Повышение уровня пепсиногена I в сыворотке крови;
2. Дефицит ингибитора трипсина;
3. Расстройства моторики гастродуоденальной зоны (быстрое опорожнение желудка, дуоденогастральный рефлюкс);
4. Отклонения в процессах секреции HCL (увеличение выброса ее после еды, повышение чувствительности обкладочных клеток к гастрину и

ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА

Этиология и патогенез

Полипы желудка (ПЖ) - доброкачественные опухоли эпителиального происхождения, выступающие в просвет желудка. Выделяют аденоматозные и гиперпластические полипы.

Аденоматозные ПЖ - доброкачественные опухоли из железистого эпителия, образующие папиллярные или тубулярные структуры с различной степенью тканевого атипизма.

Гиперпластические ПЖ - образуются вследствие дисрегенераторных процессов в эпителии за счет удлинения и извилистости желудочных ямок, а также процессов поверхностного эпителия.

ПЖ (шифр Д13.1 по МКБ 10) обнаруживаются у 1 - 7% (Малаев С.Г., 1999 г) взрослого населения, чаще локализируются в выходном отделе желудка, в половине случаев полипы бывают множественные.

Клиника

Специфических симптомов нет. Наблюдаются умеренные боли и чувство тяжести в подложечной области после еды, отрыжка и тошнота. Изъязвление полипа может быть причиной кровотечения, которое редко бывает обильным. Приблизительно у 1/3 больных заболевание течет бессимптомно.

Диагностика

1. Рентгенологический метод: дефект наполнения округлой или овальной формы с четкими контурами. Рельеф слизистой оболочки вокруг дефекта не изменен, перистальтика в зоне полипа не нарушается.

2. ФГДС: позволяет выявить даже небольшие полипы, уточнить их форму, характер ножки. Поверхность полипа чаще бывает гладкая, блестящая, реже - неровная, зернистая.

Лечение

Лечение ПЖ хирургическое: эндоскопическая полипэктомия путем электроэксцизии при величине от 0,5 до 3 см, ширина основания не превышающая 1,5 см. При большой величине полипов - резекция части желудка. Рецидив и рост новых полипов наблюдается в 3 - 13% случаев. Больным после полипэктомии рекомендуют контрольные ФГДС через 3 и 6 месяцев, а в дальнейшем 1 - 2 раза в год, как и больным с неудаленными полипами.

СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА

Клиническое проявление гипергастринемии, вызванной гормонопродуцирующей опухолью поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки (при этом опухоль исходит из клеток АРИД - системы, продуцирующих гастрин).

Заболевание существует в форме изолированной гастриномы - 80%, или множественного эндокринного аденоматоза 1 типа - 20%. В 60 - 90% гастриномы являются злокачественными опухолями с медленными темпами роста, дающие метастазы в регионарные лимфатические узлы, печень, кости. Ведущей особенностью синдрома Золлингера - Эллисона является образование пептических язв, резистентных к лечению, обусловленных гиперпродукцией гастрина и, соответственно, гиперфункцией соляной кислоты и пепсина. Локализация язв - проксимальная часть ДПК 70 - 75%, дистальная часть ДПК и тощей кишки - 25%, желудок - 5%.

Клиника

1. Выраженный болевой синдром, трудно поддающийся стандартной противоязвенной терапии (боли голодные, поздние, ночные), изжога, кислая отрыжка, возможно рвота. Язвы часто рецидивируют, осложняются кровотечением, перфорацией, стенозированием.

2. Развитие эзофагита, особенно часто 3 - 4 степени по Савари - Миллеру.

3. Диарея (у 30 - 65% больных). Стул обильный, водянистый, с большим количеством жира - стеаторея, вследствие поступления в тонкий кишечник большого количества соляной кислоты, усиленной вследствие этого моторики тонкой кишки, замедлением всасывания.

4. Потеря массы тела из-за нарушения всасывания жиров и моноглицеридов.

5. Наличие метастазов в региональные лимфоузлы (более 30% больных), печень (10-20%), кости.

Диагностика

1. Базальная кислотная продукция за 1 ч более 15 мэкв/ч и составляет 60 и более % от максимальной. Уровень гастрина составляет более 100 пг/мл (у 90% больных), диагностически значимый для СЗЭ - более 250 пг/мл; безусловный - 1000 пг/мл. В сомнительных случаях проводятся провокационные тесты с секретинном, глюконатом Са или стандартным завтраком. При синдроме Золлингера - Эллисона в ответ на введение Са, резко возрастает уровень гастрина; после инъекции секретина - парадоксальное повышение; после завтрака - незначительное (до 50%).

2. УЗИ, КТ брюшной полости для уточнения локализации опухоли позволяет, выявить опухоль от 1 см и более:

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. К экзогенным этиологическим факторам хронического гастрита относят:
 - а) микробные
 - б) химические
 - в) алкоголь
 - г) медикаменты
 - д) все перечисленное
2. Профилактика гастрита основана на:
 - а) правильном режиме и характере питания
 - б) устранении профессиональных вредностей
 - в) отказе от алкоголя
 - г) лечении заболеваний, приводящих к развитию гастрита
 - д) всем перечисленном
3. Наиболее успешно провести дифференциальную диагностику основных заболеваний желудка (гастрит, язвенная болезнь, рак) позволяют:
 - а) рентгенологическое исследование
 - б) изучение характера желудочной секреции
 - в) эзофагогастродуоденоскопия
 - г) тщательно собранный анамнез и объективное исследование
 - д) сочетание всех перечисленных методов исследования
4. Выберите типичное проявление для хронического гастродуоденита с повышенным кислотообразованием:
 - а) понос
 - б) неустойчивый стул
 - в) тошнота
 - г) изжога
 - д) отрыжка
5. Наиболее частыми причинами кровавой рвоты являются все, кроме:
 - а) варикозное расширение вен пищевода
 - б) рак желудка
 - в) язва желудка
 - г) язве 12-ти перстной кишки
 - д) хронический гастрит
6. При каком виде обследования, проводимого в амбулаторных условиях, необходимо выдать больничный лист:
 - а) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка
 - б) дуоденальное зондирование
 - в) компьютерная томография органов брюшной полости
 - г) холецистография
 - д) УЗИ с пробным завтраком

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больная А., 34 лет, жалуется на боль в надчревной области, возникающую вскоре после приема пищи, тошноту, отрыжку, неустойчивый стул.

Заболевание развивалось постепенно, первые признаки появились около двух лет назад.

Объективно: больная удовлетворительного питания, язык обложен белым налетом, влажный, с отпечатками зубов по краям. При пальпации живота определяется разлитая болезненность в надчревной области.

ЭГДС: очаги гиперемии слизистой оболочки желудка, явления отека и значительное количество слизи.

Фракционное исследование желудочной секреции: натощак - 15 мл сока с примесью слизи, свободная HCl 0, общая кислотность 20 ммоль/л; базальная секреция - часовое напряжение секреции 35 мл, свободная HCl 0; стимулированная гистамином (0,5 мл подкожно) секреция: часовое напряжение секреции 50 мл, дебит свободной HCl 3 ммоль/л, количество пепсина 0,8 ммоль/л.

1. Ваш диагноз.
2. Какие заболевания необходимо исключить?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Ваш план дальнейшего ведения больного.

Задача 2

Больной В., 48 лет, жалуется на общую слабость, недомогание, потерю аппетита, чувство жжения в кончике языка, чувство тяжести в надчревной области после употребления даже небольшого количества пищи, понос.

Считает себя больным 5-6 лет, однако практически не лечился.

При осмотре: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в надчревной области, большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка по средней линии живота. В остальном данные физикального обследования без особенностей.

Уропепсиноген по Туголукову ниже нормы. Анализ крови общий: эр. $2,2 \times 10^{12}$ /л, Hb 94 г/л, цветной показатель 1,2, СОЭ 18 мм/ч. ФГДС: Слизистая оболочка в фундальной части желудка атрофична, гиперемирована, складки сглажены, в антральном отделе - не изменена.

Была диагностирована железодефицитная анемия и назначено лечение: феррум-лек, тиамин, пиридоксина гидрохлорид, гистодил, фестал. Однако через неделю состояние больного ухудшилось.

Отпечатано редакционно-издательским отделом
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава

650029, Кемерово,
ул. Ворошилова, 22а.
Тел./факс. +7(3842)734856;
epd@kemsma.ru



Подписано в печать 30.05.2006.
Гарнитура таймс. Тираж 300 экз.
Формат 21×30½ У.п.л. 3,5.

Требования к авторам см. на <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>
Лицензия ЛР №21244 от 22 сентября 1997 г.