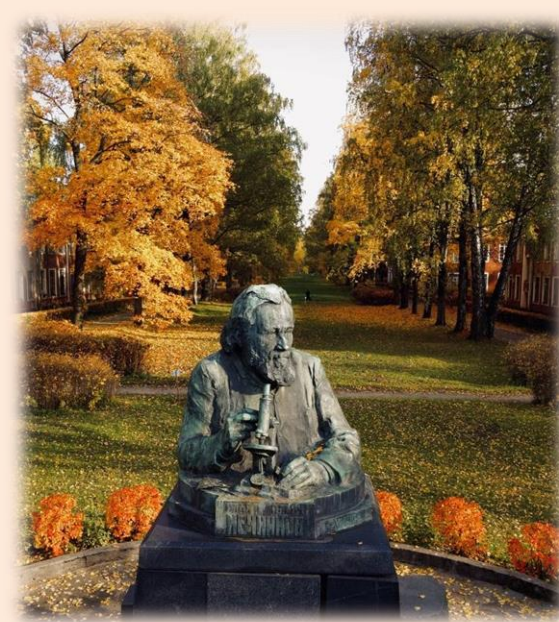




Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса



*«Сознание своей болезни и готовность лечиться - уже начало  
исцеления»  
Мигель де Сервантес*

## Клинический случай «естественного» течения язвенной болезни желудка

### **Авторы:**

*Ординатор 2 года обучения по специальности*

*гастроэнтерология Стамболцян Венера Шаеновна*

*Ординатор 2 года обучения по специальности диетология*

*Даниленко Анастасия Владимировна*

*к.м.н., доцент кафедры Белоусова Лия Николаевна*

*д.м.н., профессор кафедры Назаренко Людмила Ивановна*

*к.м.н., ассистент кафедры Бубякина Валерия Николаевна*

**Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием  
«Осенняя школа кислотозависимых заболеваний» 2022 г.**

# Anamnesis morbi

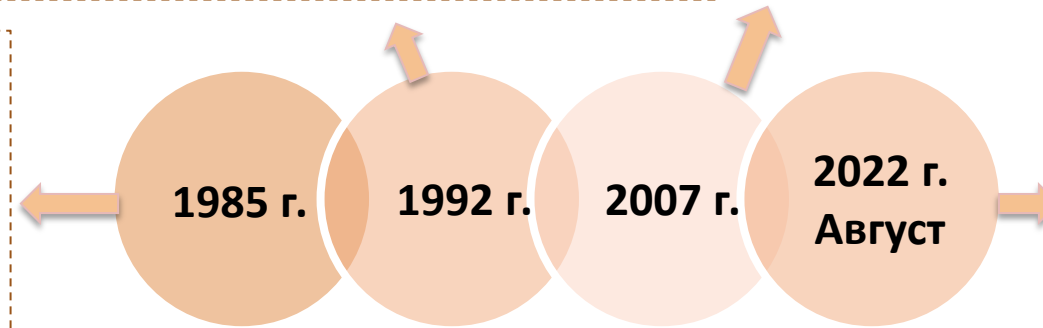


**Пациент И.,  
мужчина 70 лет**

• Рвота «кофейной гущей» ->  
**ЭГДС:** Пробождение язвы пилорического отдела желудка.  
**Терапия:** Ушивание язвенного дефекта и дренирование брюшной полости.

• Многократная рвота пищей, съеденной накануне, приносящая облегчение ->  
**Ds:** Язвенная болезнь. РДЛДПК, Стеноз?  
**Терапия:** консервативная (препараты?).

• Выраженная боль в подложечной области ->  
**ЭГДС:** Язва ДПК, без кровотечения.  
**Терапия:**  
Консервативная (препараты?).



• Тяжесть в эпигастрии после еды;  
• Изжога и тошнота, рвота пищей до 7 раз/сут. после еды, приносящая облегчение.  
**Лечение (самостоятельно):**  
Прием перорально Омепразол 20-60 мг/сут. с временным "+" эффектом.

**Сентябрь 2022 г.: Экстренная госпитализация с подозрением на острый живот в Клинику Петра Великого Хирургическое отделение №2**

• Умеренная боль в верхних отделах живота, независимо от приема пищи, не купировалась приемом ИПП;  
• Многократная рвота (до 6-7 раз) мутным содержимым, приносящая облегчение;  
• Накануне: Употребление разово еды в больших порциях и крепкого алкоголя (до 300 мл водки).

**УЗИ ОБП от 06.09.2022 г.:** Желудок увеличен в размере, нижний й край лоцируется ниже уровня пупка. УЗ- признаки гастростаза, дуоденостаза  
**КАК 06.09.2022:**  
**WBC 12,7** 10<sup>9</sup>/л; **NE 10,98** 10<sup>9</sup>/л;  
**HGB 164** г/л.

**Пациент И., мужчина 70 лет**

**Rg ОБП от 07.09.2022 г.:**

Свободного газа и чаш Клойбера не выявлено.

**Объективно:** При пальпации живота отмечается шум плеска.

**ЭГДС от 07.09.2022:**

Эрозивный дистальный эзофагит.

Поверхностный гастрит.

Воспалительно-рубцовая деформация пилоробульбарного отдела.

Язва пилоробульбарного отдела.

## Клиника Петра Великого Хирургическое отделение №2

**Диагноз**

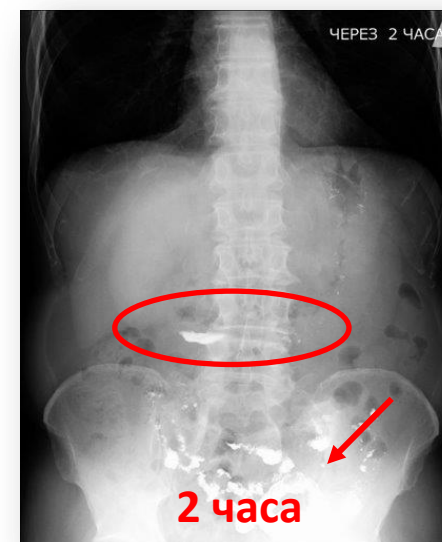
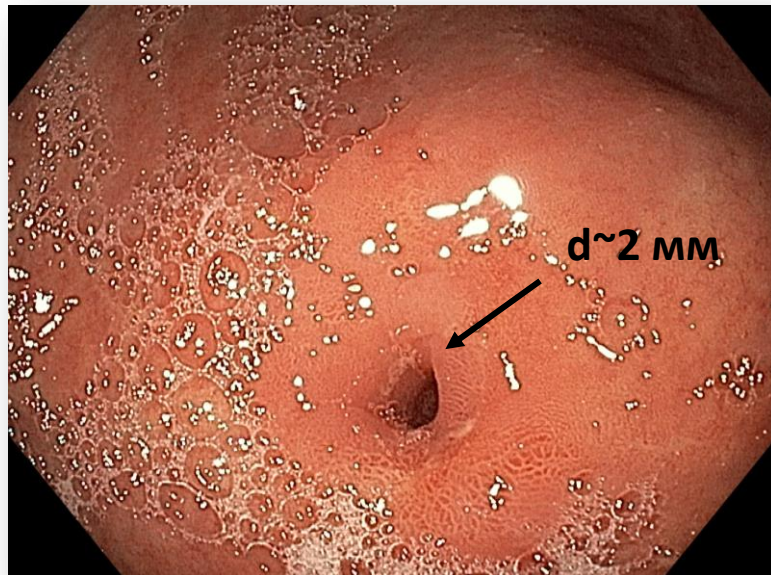
**Основной:** Язвенная болезнь желудка. Хроническая язва пилорического отдела желудка.

**Осложнения:** Суб-декомпенсированный пилородуоденальный стеноз.

**Сопутствующий:** Эрозивный дистальный эзофагит. Эритематозный гастрит.

Установка назогастрального зонда -> Промывание желудка (эвакуация 2,0 л мутного содержимого). **Терапия:** инфузионная терапия, спазмолитики, ИПП (в/в капельно).

## Рентгенография и рентгеноскопия желудка с барием от 08.09.2022



**Заключение:** Эвакуаторная функция желудка сохранена.

## Перевод в гастроэнтерологическое отделение Клиники Петра Великого

### Жалобы при поступлении:

Ноющая боль в эпигастрии через 1 час после еды; Ощущение полноты и распирания в эпигастрии; Тошнота после приема пищи; Общая слабость.; Вес стабилен.

### Anamnesis vitae:

Курение в течение 50 лет (ИК=25). Крепкий алкоголь (~400 мл) водки 1 раз в неделю.  
Наследственность: Мать: ЯБ желудка.

### Объективно:

Живот при пальпации чувствительный в эпигастральной области и правой подреберной.

Большая кривизна желудка на 3 см выше пупка. Отмечается шум плеска.

### Лабораторные исследования:

WBC 12,7 \*10<sup>9</sup>/л; HGB 131 г/л; Общ. Белок 56 г/л; альбумин 34 г/л.

**Контроль ЭГДС от 21.09.2022 г.:** Дистальный эзофагит. Поверхностный гастрит.

**Язва пилоробульбарной зоны, пилоробульбит.**

**Воспалительно-рубцовая деформация пилоробульбарного отдела с компенсированным стенозом (d привратника до 3 мм).**

### Скрининг алкогольной интоксикации:

Опросник CAGE 2 балла (эпизодическое потребление спиртных напитков).

Опросник AUDIT 9 баллов (угрожающее здоровью потребление).

### Скрининг нутритивного статуса:

**Опросник NRS-2002 2 балла:**

Белково-энергетическая недостаточность легкой степени.

### Биоимпедансометрия:

Пониженная жировая масса тела.

### Дефекты фактического рациона:

Энергетическая ценность рациона в **1,3** раза меньше нормы.

Количество углеводов в **1,6** раз меньше нормы.

Соотношение Б : Ж : У = **1 : 0,9 : 2,5** (при норме 1 : 0,95 : 4,2).

## Классификация стеноза пилородуоденальной зоны

Стадия стеноза	Компенсированный	Субкомпенсированный	Декомпенсированный
<b>Клиника</b>	Жалобы на отрыжку, чувство переполненного желудка после еды. Изредка возникает рвота, которая приносит чувство облегчения на короткое время	Постоянное чувство переполненного желудка, которое сочетается с отрыжкой и болью. Рвота возникает через некоторое время или сразу после еды, приносит облегчение. Шум плеска в области пупка. Отмечается снижение веса.	Состояние значительно ухудшается, развивается истощение, обезвоживание. Рвота не приносит облегчения. Рвотные массы в большом количестве, зловонные, с остатками многодневной пищи.
<b>Рентген</b>	Несколько расширенный желудок, усиление его перистальтики, сужение пилородуоденальной зоны. Полная эвакуация контрастной массы из желудка замедлена на срок до 6-12 часов.	Желудок расширен, натощак содержит жидкость, перистальтика его ослаблена. Пилородуоденальная зона сужена. Через 6-12 ч в желудке выявляют остатки контрастного вещества; эвакуация содержимого происходит через 24 ч и позже.	Желудок резко растянут, натощак в нем большое количество содержимого. Перистальтика резко ослаблена. Эвакуация контрастной массы из желудка задержана более чем на 24 ч.
<b>ЭГДС</b>	Рубцово-язвенная деформация с сужением пилородуоденальной зоны до 1-0,5 см	Желудок растянут, пилородуоденальная зона сужена до 0,5-0,3 см за счет резкой рубцовой деформации. Перистальтическая активность снижена	Просвет сужен 0,2см и менее. Желудок достигает огромных размеров, появляется атрофия слизистой оболочки. Лечение – только хирургическое



## Заключительный диагноз

**Основной:** К.25.7 (МКБ-10). Язвенная болезнь, обострение, *H. Pylori* статус неизвестен. Одиночная язва пилорического канала.

**Осложнение:** Воспалительно-рубцовая деформация пилоробульбарного отдела. Компенсированный стеноз выходного отдела желудка. Белково-энергетическая недостаточность 1 степени.

**Сопутствующий:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивная форма (А ст. по ЛА).

## Рекомендации при выписке:

- Наблюдение терапевта, гастроэнтеролога, хирурга по месту жительства.
- Проведение неинвазивных диагностических исследований на наличие

*H. Pylori* амбулаторно, при выявлении *H. pylori* проведение эрадикационной терапии.

- При проведении эрадикации *H. pylori* ее контроль через 6 нед. после курса эрадикационной терапии.
- Контроль ЭГДС со взятием биопсии из пилорического канала и по OLGA через 1 мес. в плановом порядке с последующей консультацией хирурга и решения вопроса о дальнейшей тактике.
- Контроль лабораторных показателей крови через 1 мес. (клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, альбумин).

Диетотерапия (основные принципы):

- Частое дробное питание – 6-7 раз в день, небольшими порциями.
- Ужин не позднее 19:00.
- Температура пищи – тёплая (25-60 градусов), не должна быть холодной или горячей.
- Способы приготовления пищи: варка в воде и на пару.
- Исключить: острые, соленые, жареные, жирные блюда, копчености и консервы, овощи, богатые эфирными маслами и с грубой клетчаткой, бобовые, мясные и рыбные бульоны и др.
- В качестве перекуса – смеси для энтерального питания в режиме сипинга по 200 мл в день (нутридринк *nutricia*, нутризон энергия, нутриэн энергия).

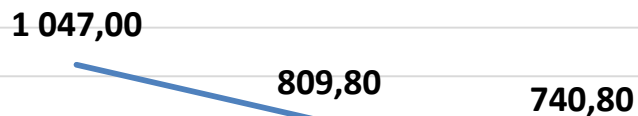
# Эпидемиология стеноза пилорического отдела желудка



## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

### ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

На 100 000 человек населения

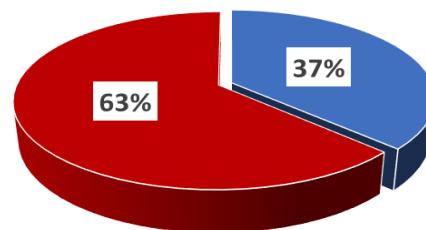


2010 2019 2020

— Зарегистрировано заболеваний у пациентов – всего, На 100 000 человек населения  
— в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни, На 100 000 человек населения

## Российская Федерация, 2021

### Причины стеноза выходного отдела желудка



■ Доброкачественные  
■ Злокачественные

- Частота встречаемости стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки по данным литературы колеблется от 5 до 60% случаев язвенной болезни.
- Частота сочетания пилородуоденального стеноза с пенетрацией язвы по некоторым данным составляет 17,3-37,7%.
- Встречается в 5-8% случаев язвенных осложнений, приводящих к операции.

- язвенная болезнь 5%
- полипы желудка
- проглатывание едких веществ
- стеноз привратника
- врожденные перегородки ДПК
- псевдокисты поджелудочной железы
- безоары

- рак поджелудочной железы 10-20%
- рак фатерова соска
- рак ДПК
- холангиокарцинома
- рак желудка
- метастазы других опухолей