

Язвенная болезнь

хроническое, циклически протекающее заболевание, характеризующееся возникновением в период обострения язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и ДПК

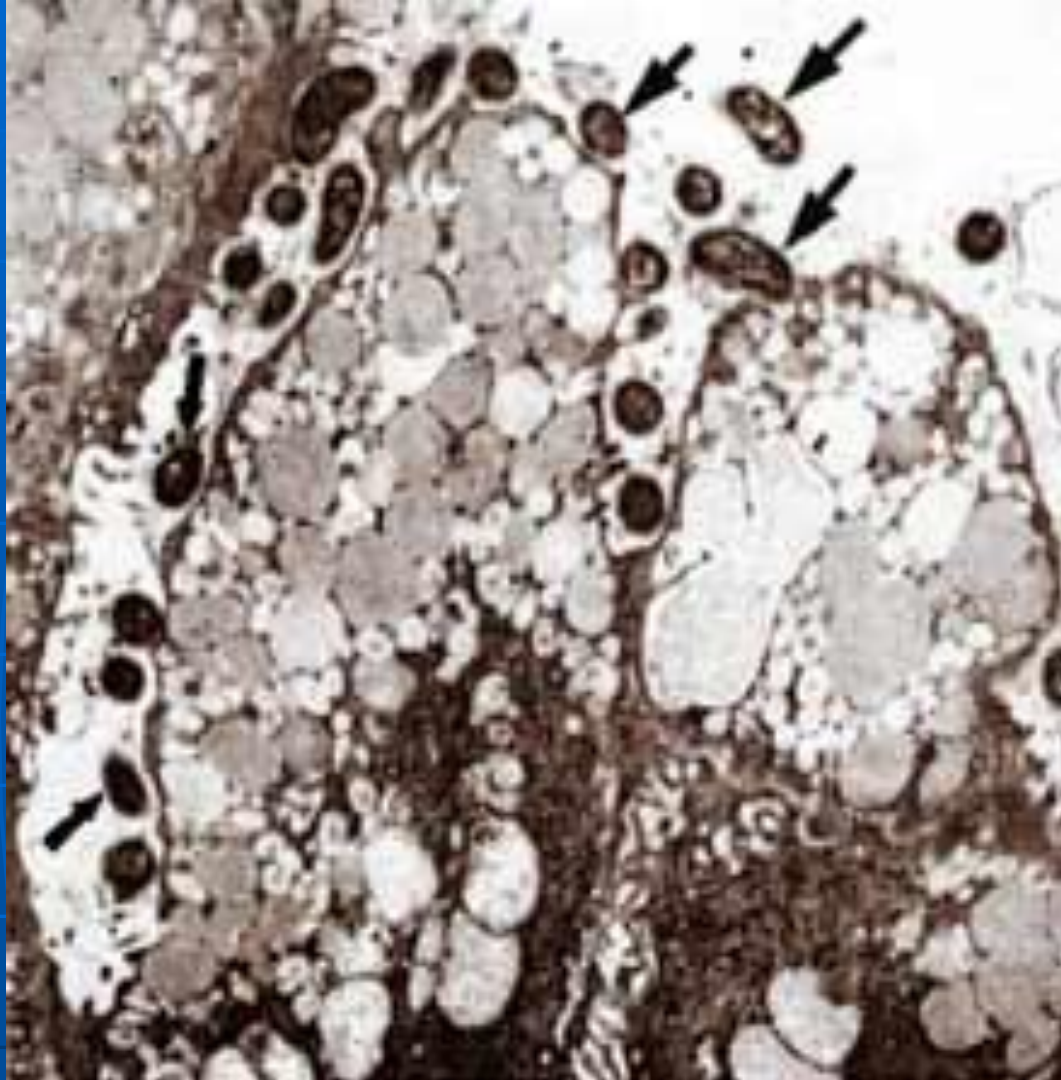
(МКБ-10: К25-язвенная болезнь желудка, К26- язвенная болезнь ДПК, К28-гастроэюнальная язва)

Факторы, предрасполагающие к развитию ЯБ.

- Наследственная предрасположенность
- Острые и хронические стрессовые ситуации
- Алиментарный фактор
- Злоупотребление алкоголем, кофе, курение
- Влияние лекарственных средств
- Инфицирование Н.Р.

H. pylori





электронномикроскопический снимок участка слизистой оболочки желудка, заражённого пилорическими хеликобактериями. На снимке видны поднимающиеся вверх выросты слизистых клеток и округлые срезы хеликобактерий, расположенных как на поверхности, так и в межклеточных пространствах (указаны стрелками)

ПАТОГЕНЕЗ.

Агрессивные факторы.

1. Хеликобактерная инфекция.
2. Гиперпродукция соляной кислоты.
3. Проульцерогенные алиментарные факторы.
4. Обратная диффузия водородных ионов.
5. Гастродуоденальная дисмоторика, ДГР
 - Ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка
 - Снижение моторной функции желудка и длительная задержка желудочного содержимого

Эндогенные факторы агрессии: HCl, пепсин, липаза, желчь.

Экзогенные факторы: этанол, НПВС, составляющие табачного дыма.

ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ.

1. Слой видимой нерастворимой слизи и бикарбонатов.
2. Слой эпителиальных клеток желудка, энтероцитов, продуцирующих слизь и бикарбонаты.
3. Микроциркуляторное русло гастродуоденальной слизистой, оптимальное кровоснабжение СОЖ и 12ПК. Ишемия около 30 мин вызывает некрозы клеток.
4. Активная регенерация поверхностного эпителия. Клетки СОЖ обновляются каждые 3-5 суток.
5. Локальный синтез медиаторов защиты. СОЖ синтезирует простагландины и факторы роста: эпидермальный и альфа-трансформирующий.
6. Противоульцерогенные алиментарные факторы.

„весы Шея“



Классификация язвенной болезни.

Этиология.

- Ассоциированная с *Helicobacter pylori*.
- Не ассоциированная с *Helicobacter pylori*.

Локализация язвы желудка.

1. Кардиального и субкардиального отделов.
2. Тела.
3. Антрального отдела.
4. Пилорического канала.

Язвы 12 перстной кишки.

1. Луковицы (передняя, задняя).
2. Внелуковичные язвы.
Гастроэюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с исключением первичной язвы тонкой кишки.

Клиническое течение.

- Типичные
- Атипичные (с атипичным болевым синдромом).

Уровень желудочной секреции.

- С повышенной секрецией
- С нормальной секрецией
- С пониженной секрецией

Характер течения.

1. Впервые выявленная язвенная болезнь
2. Рецидивирующее течение
 - С редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже)
 - С ежегодными обострениями
 - С частыми обострениями (2 раза в год и чаще)

Стадии заболевания.

1. Обострение
2. Ремиссия:
 - **Клиническая**
 - **Анатомическая:** эпителизация, рубцевание (стадия красного рубца 4-6 недель, стадия белого рубца 3-6 месяцев).
 - **Функциональная.**

Осложнения.

- Кровотечение
- Пенетрация
- 3. Перфорация
- 4. Стенозирование
- 5. Малигнизация.

Сроки рубцевания язв.

- Обычные сроки рубцевания (язва 12 ПК – 3-4 недели, язва желудка – 6-8 недель)
- Длительно не рубцующиеся, резистентные (язва 12 ПК более 8 недель, язва желудка более 12 недель).

Тип язв.

- **Одиночные**
- **Множественные**

Размер язв.

- **Малые, диаметр до 0,5 см.**
- **Средние, диаметр до 0,5-1 см.**
- **Большие, диаметр 1,1-2,9 см в желудке и 0,7 см в луковице 12 ПК.**
- **Гигантские, диаметр 3 см и более для язв желудка, более 2 см для язв 12 ПК.**
- **Поверхностная до 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.**
- **Глубокая более 0,5 см в глубину от уровня слизистой оболочки желудка.**

Клиника в зависимости от локализации язв

- кардиальные и субкардиальные язвы
 - особенности:
 - атипичная клиника
 - поздняя диагностика
 - высокий процент кровотечений
 - локализация боли за грудиной, под мечевидным отростком
 - чувство жжения или давления
 - иррадиация в левое плечо, область сердца, левая лопатка
 - через 20 мин после еды
 - купируется антацидами
 - медиогастральные язвы
 - особенности: чаще малигнизируются (особенно большой кривизны)
 - боль в эпигастрии, левее срединной линии
 - умеренной интенсивности, ноющие
 - через 1 – 1.5 ч после еды
 - исчезают самостоятельно
 - выраженные диспепсические явления

■ язвы антрального отдела

- особенности: возраст меньше 40 лет, частое осложнение – кровотечение
 - интенсивные голодные, поздние (через 1.5 – 3 часа после еды) и ночные боли в эпигастрии
 - рвота на высоте боли желудочным содержимым
 - запоры
 - сезонность

■ язвы пилорического канала

- особенности: частые осложнения – стеноз, кровотечения
 - боль локализуется в правой половине эпигастрия
 - сильные, приступообразные, 20 – 40 мин, многократно в течение дня, слабо купирующиеся приемом пищи, соды, инъекциями М – холиноблокаторов, анальгетиков
 - тошнота, рвота

■ бульбарные язвы

- особенности: возраст меньше 40 лет, мужской пол, редко малигнизируется
 - поздние, голодные, ночные боли
 - купируется пищей и содой
 - локализация – около пупка
 - интенсивные, режущие
 - запоры
 - сезонность

■ постбульбарные язвы

- особенность: мужчины старше 40 лет, анатомическая близость к головке поджелудочной железы, правой почке, желчному протоку
 - правый верхний квадрант живота
 - иррадиация в спину, позвоночник, правую лопатку
 - через 2 – 3 ч после еды
 - напоминает почечную, печеночную колику

ДИАГНОСТИКА.

1. Клинические критерии, особенности клинической картины в зависимости от пола, возраста и локализации язвы.
2. Анализ крови, определение группы крови, Rh.
3. Исследование кала на скрытую кровь.
4. Железо сыворотки крови.
5. УЗИ органов брюшной полости.
6. Исследование желудочной секреции.
7. ФГДС с прицельной биопсией.
8. R-скопия желудка и 12 ПК.
9. Определение H.p.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ *Helicobacter pylori*.

- Определение *H. pylori* необходимо проводить в том случае, если планируется эрадикационная терапия.
- Показаниями для обязательной эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* служат:
 1. ЯБ 12 ПК и желудка (в стадии обострения и ремиссии; осложненные формы после экстренных мероприятий, направленных на ликвидацию осложнений).
 2. MALT-лимфома.
 3. Атрофический гастрит.
 4. Состояние после резекции желудка по поводу рака.
 5. Лицам, находящимся в ближайшем родстве с больными раком желудка.
 6. По желанию пациента после всестороннего обследования.
 7. Приемлемый вариант лечения функциональной диспепсии.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.

До начала лечения необходимо подтвердить наличие *H. pylori*

Неинвазивные методы (не связаны с проведением ЭГДС) хотя бы одним методом

1. Дыхательный тест с мочевиной, меченный ^{13}C
2. ПЦР-диагностика в кале
3. Определение антигена *H. pylori* в кале (доступен в научных целях)
4. Определение антител *H. pylori* в сыворотке крови (для серологического исследования чаще всего используется иммуноферментный анализ).

Инвазивные методы (необходимо проведение ЭГДС)

1. Быстрый уреазный тест
2. Гистологическое исследование (препараты окрашены по Гимза, Граму и др. методами; мазки-отпечатки)
3. ПЦР-диагностика в биоптате
4. Бактериологическое исследование (доступно в научных целях).



- Все ингибиторы протонной помпы влияют на результаты диагностики инфекции Н.р., приводя к ложноотрицательным результатам. Поэтому до проведения диагностических тестов на Н.р., желательно воздержаться от назначения ИПП.
- Строго обязательный контроль эрадикации Н.р.

Методы диагностики эрадикации инфекции Н.р.

- Проводятся спустя минимум 4 недели после курса антигеликобактерного лечения,
- При использовании инвазивных методов обязательно исследование нескольких биоптатов и из антрального отдела, и из тела желудка.
- При язвенной болезни осложненного течения (кровотечения и т.д.) снижается чувствительность всех методов выявления Н.р..

Показания к госпитализации больных с язвенной болезнью (О.Н.Минушкин, 1995 г.)

- Впервые выявленная ЯБ (для исключения симптоматических язв, проведения дифференциального диагноза с опухолевым процессом при желудочной локализации язвы, определения характера течения при ЯБ 12ПК.
- Желудочная локализация язвы
- Постбульбарная локализация язвы
- Частые рецидивы
- Осложненное течение болезни
- Большие (более 2 см) и/или глубокие язвы
- Стойкий и выраженный болевой синдром продолжительностью более 7 дней
- Длительно (более 4 нед) не рубцующаяся язва
- Необходимость дообследования, индивидуального подбора медикаментозных и немедикаментозных средств лечения
- Ослабленные больные
- Тяжелые сопутствующие заболевания.

Симптоматические язвы желудка и 12 ПК.

1. Лекарственные язвы

2. Стрессовые язвы

- Язвы Кушинга у больных с тяжелой патологией ЦНС
- Язвы, развивающиеся после тяжелых травматических операций
- Язвы при остром ИМ, различных видах шока

3. Эндокринные язвы

- Синдром Золлингера-Эллисона
- Язвы при гиперпаратиреозе

4. Гастродуоденальные язвы при заболеваниях внутренних органов

- Атеросклероз брюшной аорты, ГБ, ревматоидный артрит
- Цирроз печени, хронический панкреатит, болезнь Крона
- ХНЗЛ, сахарный диабет, эритремия
- Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, ХПН
- Больные пожилого возраста (“старческие язвы”)
- Туберкулез, сифилис

Маастрихский консенсус 2005 года. Схемы эрадикационной терапии инфекции Н.Р.

■ **Терапия первой линии**

Ингибиторы протонной помпы (омез, париет, некسيوم) в стандартной дозе 2 раза в день

+ кларитромицин 500 мг 2 раза в день

+ амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Тройная терапия назначается 10-14 дней

■ В случае отсутствия успеха лечения

назначается **терапия второй линии:**

Ингибиторы протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день

+ висмута субсалицилат/ субцитрат 120 мг 4 раза в день

+ метронидазол 500 мг 3 раза в день

+ тетрациклин 500 мг 4 раза в день.

Квадротерапия назначается 10-14 дней.

- Нельзя использовать H₂-гистаминоблокаторы в тройных схемах с метронидазолом.
- Замена амоксициллина и кларитромицина другими антибиотиками недопустима.
- Нельзя применять 7-дневные схемы эрадикации Н.р., а только 10-14 дневные.

Лечение затем продолжают в течение 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язв однократным назначением ингибитора протонной помпы в 14-16 часов.

Лечение гастродуоденальных язв, не ассоциированных с Н.р.

Антисекреторный препарат + антацидный препарат или сукральфат (вентер).

ФГДС-контроль при язве желудка и гастроеюнальной язве через 8 недель, при дуоденальной язве через 4 недели.

Лечение резистентных язв.

1. Проанализировать рациональность терапии
2. Повторить дополнительное обследование (исключить осложнения, другие заболевания)
3. Коррекция лечения (увеличить дозу, добавить цитопротекторные средства, антациды, немедикаментозную терапию, местное лечебное воздействие через эндоскоп).

Профилактика язвенной болезни.

Для предупреждения рецидивов ЯБ используют два вида терапии.

1. *Непрерывная поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе до года в течение нескольких месяцев.*

Показания:

- *Неэффективность терапии,*
- *Осложнения ЯБ,*
- *Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит,*
- *Сопутствующие заболевания, требующие применения НПВП,*
- *Больные старше 60 лет с ежегодными рецидивами.*

2. *Терапия "по требованию". Прием АСП в полной суточной дозе в течение 3 дней, затем в половинной в течение 3 недель показан больным с зарубцевавшимися язвами и достоверной эрадикацией Н.р.*