

**ВИРАЗКОВА ХВОРОБА  
ШЛУНКУ  
ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ  
КИШКИ**

# Фактори, що призводять до розвитку ВХ

- Інфікування Н.Р
- Спадковість
- Гострі і хронічні стресові ситуації
- Аліментарний фактор
- Зловживання алкоголем, кавою, куріння
- Вплив лікарських засобів

# ПАТОГЕНЕЗ

## Агресивні фактори

1. Хелікобактерна інфекція.
2. Гіперпродукція соляної кислоти.
3. Проульцерогенні аліментарні фактори.
4. Зворотна дифузія водневих іонів.
5. Гастродуоденальна дісморіка, ДГР
  - Прискорення моторно-евакуаторної функції шлунка
  - Зниження моторної функції шлунка і тривала затримка шлункового вмісту

*Ендогенні фактори агресії: HCl, пепсин, ліпаза, жовч.*

*Екзогенні фактори: етанол, НПЗЗ, складові тютюнового диму.*

# ЗАХИСНІ ФАКТОРИ

1. Шар видимого нерозчиненого слизу і бікарбонатів.
2. Шар епітеліальних клітин шлунка, ентероцитів, які продукують слиз і бікарбонати.
3. Микроциркуляторное русло гастродуоденальної слизової, оптимальне кровопостачання СОШ і 12ПК. Ішемія близько 30 хв викликає некрози клітин.
4. Активна регенерація поверхневого епітелію. Клітини СОШ оновлюються кожні 3-5 доби.
5. Локальний синтез медіаторів захисту. СОШ синтезує простагландини і фактори росту: епідермальний і альфа-трансформирующій.
6. Противоульцерогенні аліментарні фактори.

# Класифікація виразкової хвороби

## Етіологія

- Асоційована з *Helicobacter pylori*.
- Не асоційована з *Helicobacter pylori*.

## Локалізація виразки шлунка

- Кардіального і субкардіального відділів.
- Тіла.
- Антрального відділу.
- Пілоричного каналу.

## Виразки 12 палої кишки

- Цибулини (передня, задня).
- Позацибулинні виразки.
- Гастроеюнальна виразка, включаючи виразку анастомозу шлунка, петель тонкої кишки, яка приводить і відводить, соустя з виключенням первинної виразки тонкої кишки.

# Клінічний перебіг

- Типові
- Атипові (з атиповим больовим синдромом).

## Рівень шлункової секреції.

- З підвищеною секрецією
- З нормальною секрецією
- Зі зниженою секрецією

## Характер перебігу

1. Вперше виявлена виразкова хвороба
2. Рецидивуючий перебіг
  - *З рідкісними загостреннями (1 раз на 2-3 роки і рідше)*
  - *З щорічними загостреннями*
  - *З частими загостреннями (2 рази на рік і частіше)*

# Стадії захворювання

1. Загострення
2. Ремісія:
  - Клінічна
  - Анатомічна: *епітелізація, рубцювання (стадія червоного рубця 4-6 тижнів, стадія білого рубця 3-6 місяців).*
  - Функціональна.

## Ускладнення

1. Кровотеча
2. Пенетрація
3. Перфорація
4. Стенозування
5. Малігнізація.

## Терміни рубцювання виразок

- Звичайні терміни рубцювання (виразка 12 ПК - 3-4 тижні, виразка шлунка - 6-8 тижнів)
- Ті, що довго не рубцюються, резистентні (виразка 12 ПК більше 8 тижнів, виразка шлунка більше 12 тижнів).

## Тип виразок

- Поодинокі
- Множинні

## Розмір виразок

- Малі, діаметр до 0,5 см.
- Середні, діаметр до 0,5-1 см.
- Великі, діаметр 1,1-2,9 см в шлунку і 0,7 см в цибулині 12 ПК.
- Гігантські, діаметр 3 см і більше для виразок шлунка, більше 2 см для виразок 12 ПК.
- Поверхнева до 0,5 см в глибину від рівня слизової оболонки шлунка.
- Глибока більше 0,5 см в глибину від рівня слизової оболонки шлунка.



# ДІАГНОСТИКА

1. Клінічні критерії, особливості клінічної картини в залежності від статі, віку та локалізації виразки.
2. Аналіз крові, визначення групи крові, Rh.
3. Дослідження калу на приховану кров.
4. Залізо сироватки крові.
5. УЗД органів черевної порожнини.
6. Дослідження шлункової секреції.
7. ФГДС з прицільною біопсією.
8. R-скопія шлунка і 12 ПК.
9. Визначення H.P.

# АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ *Helicobacter pylori*

- Визначення *H. pylori* необхідно проводити в тому випадку, якщо планується ерадикаційна терапія.
- Показаннями для обов'язкової ерадикаційної терапії інфекції *H. pylori* слугують:
  1. ВХ 12 ПК і шлунка (в стадії загострення і ремісії; ускладнені форми після екстрених заходів, спрямованих на ліквідацію ускладнень).
  2. MALT-лімфома.
  3. Атрофічний гастрит.
  4. Стан після резекції шлунка з приводу раку.
  5. Особам, які перебувають в найближчому родинному зв'язку з хворими на рак шлунка.
  6. За бажанням пацієнта після всебічного обстеження.
  7. Прийнятний варіант лікування функціональної диспепсії.

# МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

*До початку лікування необхідно підтвердити наявність *H.pylori* хоча б одним методом.*

## **Неінвазивні методи (не пов'язані з проведенням ЕФГДС)**

1. Дихальний тест з сечовиною, мічений  $^{13}\text{C}$
2. ПЛР-діагностика в калі
3. Визначення антигену *H.pylori* в калі (доступний в наукових цілях)
4. Визначення антитіл *H.pylori* в сироватці крові (для серологічного дослідження найчастіше використовується імуноферментний аналіз).

## **Інвазивні методи (необхідне проведення ЕФГДС)**

1. Швидкий уреазний тест
2. Гістологічне дослідження (препарати пофарбовані по Гімза, Граму і ін. методами; мазки-відбитки)
3. ПЛР-діагностика в біоптаті
4. Бактеріологічне дослідження (доступно в наукових цілях).

- Всі інгібітори протонної помпи впливають на результати діагностики інфекції Н.Р., приводячи до хибно-негативних результатів. Тому до проведення діагностичних тестів на Н.Р., бажано утриматися від призначення ІПП.
- Строго обов'язковий контроль ерадикації Н.Р.

## **Методи діагностики ерадикації інфекції Н.Р.**

- ▣ Проводяться через мінімум 4 тижні після курсу антихелікобактерного лікування.
- ▣ При використанні інвазивних методів обов'язково дослідження декількох біоптатів і з антрального відділу, і з тіла шлунка.
- ▣ При виразковій хворобі ускладненого перебігу (кровотечі і т.д.) знижується чутливість всіх методів виявлення Н.Р.

## Показання до госпіталізації хворих з виразковою хворобою (О.М.Мінушкін, 1995 р.)

- Вперше виявлена ВХ (для виключення симптоматичних виразок, проведення диференціального діагнозу з пухлинним процесом при шлунковій локалізації виразки, визначення характеру перебігу при ВХ 12ПК.
- Шлункова локалізація виразки
- Постбульбарна локалізація виразки
- Часті рецидиви
- Ускладнений перебіг хвороби
- Великі (більше 2 см) і/або глибокі виразки
- Стійкий і виражений больовий синдром тривалістю більше 7 днів
- Тривало (більше 4 тижнів) виразка, яка не рубцюється
- Необхідність дообстеження, індивідуального підбору медикаментозних і немедикаментозних засобів лікування
- Ослаблені хворі
- Важкі супутні захворювання.

# Симптоматичні виразки шлунка і 12 ПК

## 1. Лікарські виразки

## 2. Стресові виразки

- Виразки Кушинга у хворих з важкою патологією ЦНС
- Виразки, що розвиваються після важких травматичних операцій
- Виразки при гострому ІМ, різних видах шоку

## 3. Ендокринні виразки

- Синдром Золлінгера-Еллісона
- Виразки при гіперпаратиреозе

## 4. Гастродуоденальні виразки при захворюваннях внутрішніх органів

- Атеросклероз черевної аорти, ГХ, ревматоїдний артрит
- Цироз печінки, хронічний панкреатит, хвороба Крона
- ХНЗЛ, цукровий діабет, еритремія
- Хронічний гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит, ХНН
- Хворі похилого віку ("старечі виразки")
- Туберкульоз, сифіліс

# Маастрихській консенсус 2015 року

## Схеми ерадикаційної терапії інфекції Н.Р.

### ■ **Терапія першої лінії**

Інгібітори протонної помпи (омез, паріет, нексіум) в стандартній дозі 2 рази на день

+ Кларитроміцин 500 мг 2 рази на день

+ Амоксицилін 1000 мг 2 рази на день

Потрійна терапія призначається 10-14 днів

### ■ У разі відсутності успіху лікування призначається **терапія другої лінії**:

Інгібітори протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день

+ Вісмуту субсалицилат/субцитрат 120 мг 4 рази на день

+ Метронідазол 500 мг 3 рази на день

+ Тетрациклін 500 мг 4 рази на день.

Квадротерапія призначається 10-14 днів.

- Не можна використовувати H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори в потрійних схемах з метронідазолом.
- Заміна амоксициліну та кларитроміцину іншими антибіотиками неприпустима.
- Не можна застосовувати 7-денні схеми ерадикації Н.Р., а тільки 10-14 денні.

Лікування потім продовжують протягом 5 тижнів при дуоденальної і 7 тижнів при шлункової локалізації виразок одноразовим призначенням інгібітора протонної помпи в 14-16 годин.



## **Лікування гастродуоденальних виразок, що не асоційовані з Н.Р.**

Антисекреторний препарат + антацидний препарат або сукральфат (вентер).

ФГДС-контроль при виразці шлунка і гастроеюнальної виразці через 8 тижнів, при дуоденальної виразці через 4 тижні.

## **Лікування резистентних виразок**

1. Проаналізувати раціональність терапії
2. Повторити додаткове обстеження (виключити ускладнення, інші захворювання)
3. Корекція лікування (збільшити дозу, додати цитопротекторні засоби, антациди, немедикаментозну терапію, місцевий лікувальний вплив через ендоскоп).

# Профілактика виразкової хвороби

Для попередження рецидивів ВХ використовують два види терапії:

1. Безперервна підтримуюча терапія антисекреторним препаратом в половинній дозі до року протягом кількох місяців. Показання:
  - Неєфективність терапії,
  - Ускладнення ВХ,
  - Ерозивно-виразковий рефлюкс-езофагіт,
  - Супутні захворювання, що вимагають застосування НПЗП,
  - Хворі старше 60 років з щорічними рецидивами.
2. Терапія "на вимогу". Прийом АСП в повній добовій дозі протягом 3 днів, потім в половинній протягом 3 тижнів показаний хворим з виразками, які зарубцювалися і достовірною ерадикацією Н.Р.