


Лекция.

**Язвенная болезнь желудка и 12-
перстной кишки**

Проф. Фазлыева Р.М.,
доц. Мавзютова Г.А.



Определение

- **Язвенная болезнь (ЯБ) - хроническое циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения язв гастродуоденальной зоны.**
- **За рубежом принят термин "пептическая язва желудка, 12 п.к."**

Эпидемиология

- Преимущественно болеют мужчины до 50 лет
- Распространенность: среди городского населения в 2 раза чаще, чем у сельского
- Преобладает дуоденальная локализация (4:1)
- Широко распространенное заболевание: в мире 2-5% взрослого населения, в России – 8% ,тенденция к росту.

Этиология язвенной болезни

- С современных позиций полиэтиологическое заболевание.
- **Изученные этиологические факторы:**
 1. наследственная предрасположенность
 2. нейропсихические факторы
 3. - алиментарные
 4. хеликобактериозная инфекция
 5. вредные привычки (курение, алкоголь)
 6. неконтролируемый прием НПВС, салицилатов

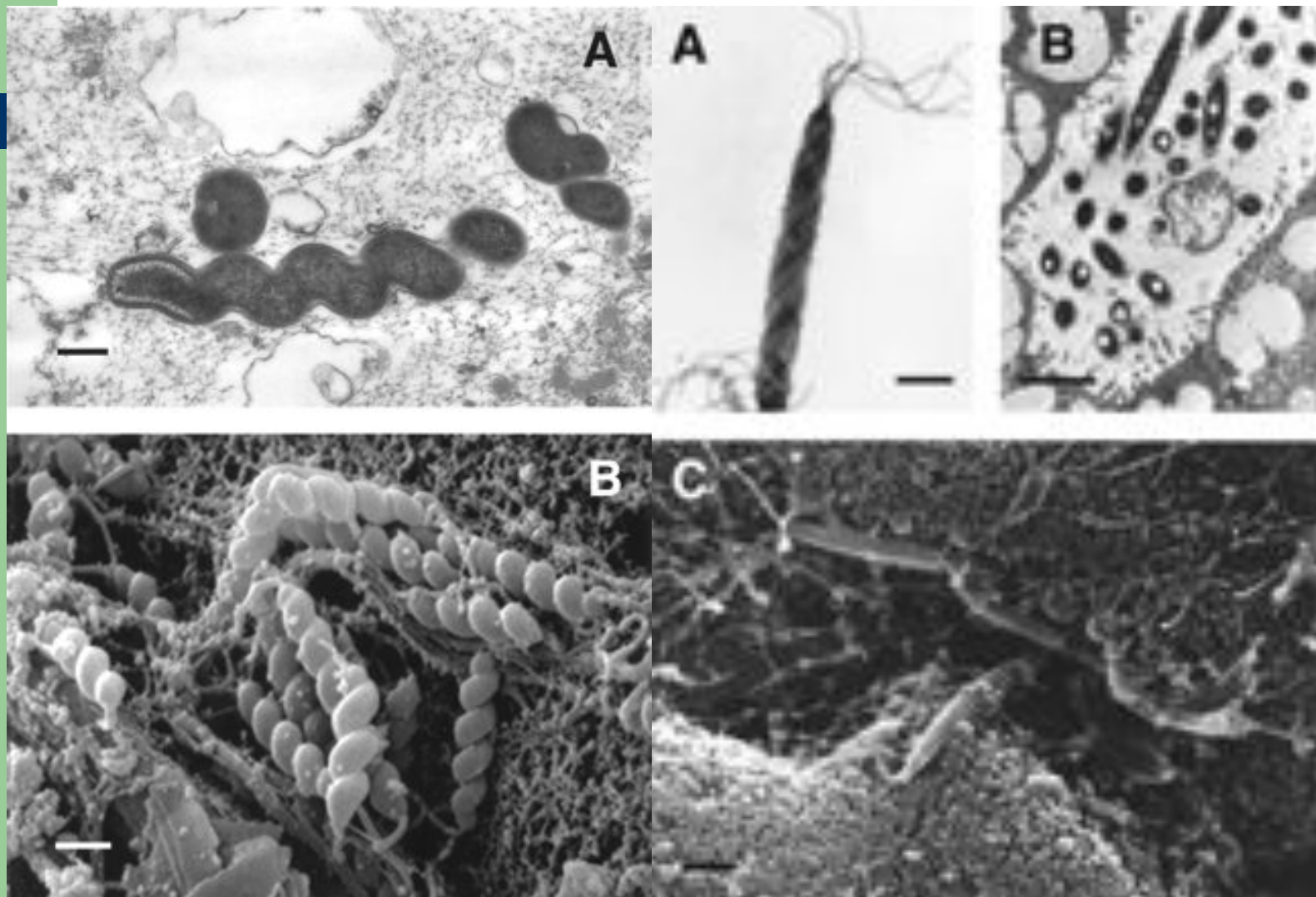
Основные этиологические факторы:

- **Наследственность:**
- увеличение массы обкладочных клеток, повышенная их чувствительность к гастрину;
- повышение образования пепсиногена-1, расстройство гастродуоденальной моторики, дефицит мукопротеинов слизи,
- недостаточность секреции Ig A,
- врожденная неполноценность артериальной сети, кровоснабжающей желудок и луковицу 12 п. К.

Этиологическая роль НР

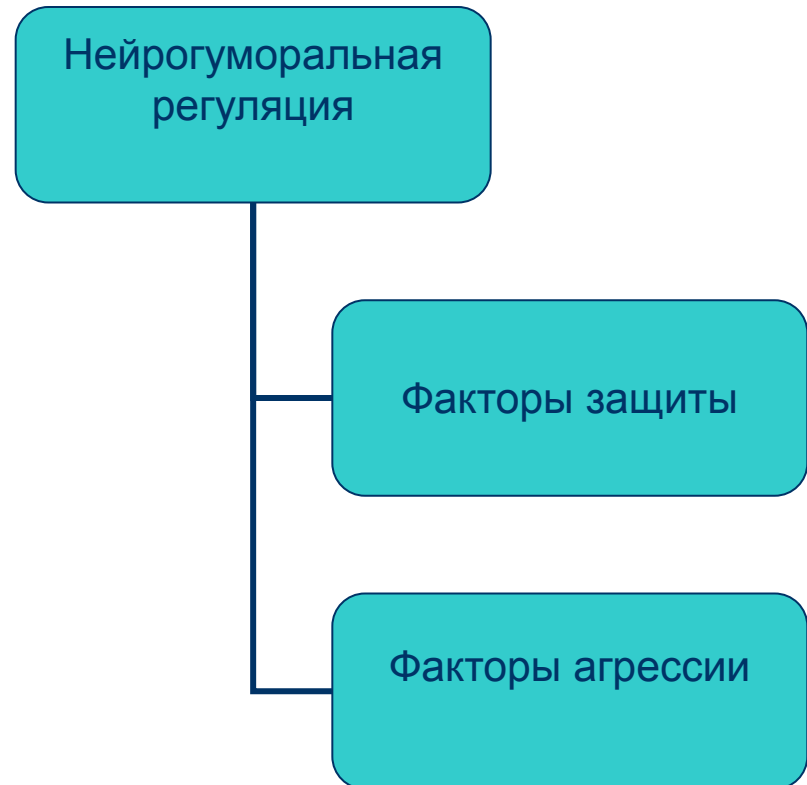
- Решающую роль в этиологии играет инфекция Хеликобактер Пилори - цитотоксические штаммы:
- фенотип I (cag A vac A), Ia (только cag A)
- Частота обнаружения НР при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - 95 % , язвах желудка -87%

Хеликобактер Пилори. Электронная микроскопия.



Патогенез язвенной болезни

- *решающую роль играет дисбаланс между факторами "агрессии" и "защиты" слизистой желудка и 12 п.к., нарушение нейроэндокринной регуляции этого соотношения.*

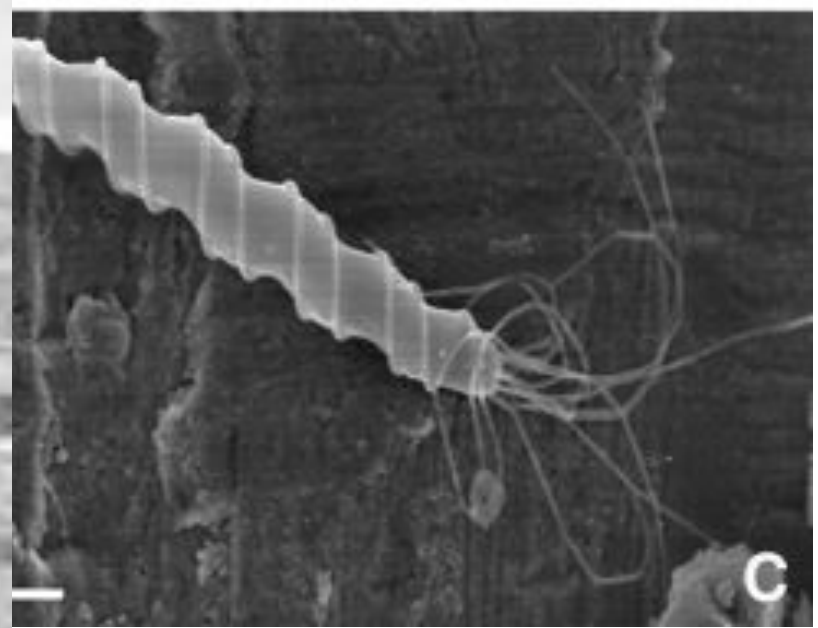
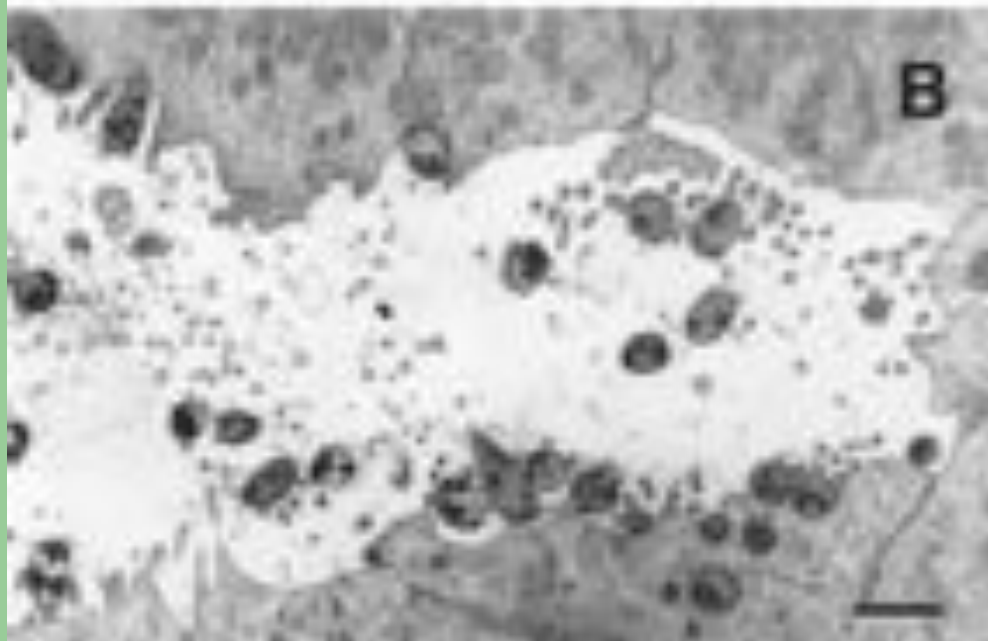
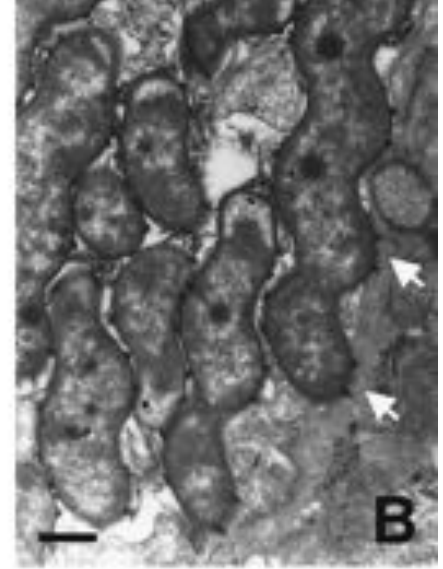


Патогенез. Факторы агрессии

- **Факторы агрессии:**
- 1. Усиление воздействия ацидопептического фактора (наследственность.)
- 2. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и 12 п.к. - задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка, дуодено-гастральный рефлюкс

Патогенез. Роль НР как фактора агрессии:

- образуя аммиак из мочевины защелачивает антральный отдел, активизируя продукцию гастрина, гиперсекрецию HCl.
- ряд штаммов имеет факторы патогенности (коагулазу и др.)
- нарушает регенераторные процессы, стимулируя апоптоз, что приводит к кишечной метаплазии эпителия, нарушению заживления открывшихся под влиянием агрессивных факторов язв
- возможна роль НР в дальнейшем развитии опухолей желудка.



Патогенез. Факторы защиты:

- 1. Резистентность слизистой оболочки к действию агрессивных факторов.
- 2. Желудочное слизиобразование
- 3. Адекватная продукция бикарбонатов
- 4. Активная регенерация поверхностного эпителия слизистой оболочки
- 5. Хорошее кровоснабжение слизистой.
- 6. Нормальное содержание простагландинов в слизистой.
- 7. Иммунные факторы защиты

Патогенез: Нейрогуморальная регуляция

- Центральную роль в регуляции секреторной функции желудка играет **гипоталамус** - через выработку *гастроинтестинальных гормонов* и влияние на *симпатическую НС (трофические защитные процессы)* и *парасимпатическую НС (ацидопептический фактор)*.
- Гормоны **гастрин, бомбезин, гистамин** усиливают секрецию, **соматостатин** - тормозит.
- Гиперпродукция *гастрина и гистамина* приводит к возникновению язв (синдром Золлингера-Элиссона).

Классификация язвенной болезни

- Общая характеристика болезни
- 1). ЯБ желудка 2). ЯБ 12 п.к. 3).
Пептическая гастроэюнальная язва после
резекции желудка
- Клиническая форма:
- 1). Острая или впервые выявленная
- 2). Хроническая

Классификация язвенной болезни

- Течение: латентное, редко рецидивирующее (реже 1 раза в год), рецидивирующее (1-2 раза в год), непрерывно рецидивирующее (свыше 3 рецидивов в год)
- Фазы болезни – обострение, неполная ремиссия, ремиссия
- Морфологическая характеристика язвенного дефекта (по данным ФГДС)

Классификация ЯБ.

Морфологическая характеристика язвенного дефекта (по данным ФГДС)

- а). *Характер язвы* : острая и хроническая;
- б). *По размерам* : 1). малых размеров – менее 0,5 см 2). средняя – 0,5-1,0 см 3). крупная – 1,1-3 см 4). гигантская – свыше 3 см
- в). *Стадия развития язвы*: активная, рубцующаяся, стадия «красного рубца», стадия «белого» рубца, длительно не рубцующаяся.

Классификация ЯБ.

Морфологическая характеристика язвенного дефекта (по данным ФГДС)

- *г). Локализация язвы:* желудок, - кардия, субкардиальный отдел, тело, антральный отдел, пилорический канал; передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна; двенадцатиперстная кишка – луковица, постульбарная часть; передняя стенка, задняя стенка, большая и малая кривизна

Классификация ЯБ

- Характеристика функциональных нарушений (указываются только выраженные нарушения секреторной и моторной функции).
- Наличие осложнений:
 - 1). Кровотечение (различной степени выраженности)
 - 2). Перфорация
 - 3). Пенетрация
 - 4). Стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный)
 - 5). Малигнизация

Пример формулировки диагноза:

- *1. Язвенная болезнь желудка впервые выявленная, крупная язва малой кривизны тела желудка, осложненная кровотечением легкой степени.*
- *2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Хроническая форма, часто рецидивирующее течение, фаза ремиссии, постбульбарный компенсированный стеноз.*

Клиника язвенной болезни

- Характерно: наличие болевого синдрома
- Четкая временная связь болевого синдрома с приемом пищи – ранние боли через 30—40 мин., поздние через 1,5-2 ч., - ночные и голодные
- Боль носит чаще всего локальный характер, голодная боль купируется приемом пищи или антацидами
- Частое наличие диспепсии
- Периодичность течения (обострение, ремиссия)
- Сезонность обострений (весна, осень)
- Наличие в анамнезе факторов риска ЯБ (наследственность, вредные привычки и т.д.)

Клинические проявления ЯБ

- Часто зависят от пола, возраста, локализации язвенного дефекта.
- При локализации язвы в пилородуоденальной области, клиническая картина носит типичный характер, при язвах постбульбарного отдела – упорство течения, тенденция к стенозированию.
- У молодых преобладают дуоденальные язвы, у пожилых – желудка, с длительностью заживления, тенденцией к малигнизации.

Клиника. Болевой синдром. Особенности

- Висцеральный болевой синдром и висцеральный с иррадиацией (при неглубоких дефектах и нарушениях моторики желудка). Боли ранние (30 мин. после еды), поздние (1-1,5 час.), голодные
- Висцерально-соматический и соматический (при глубоких дефектах, пенетрации язвы)
- Характерные симптомы: Менделя, Василенко

Методы диагностики язвенной болезни: ФЭГДС - основной

- Определяет морфологию, локализацию и стадию язвенного процесса
- При язвах желудочной локализации обязательна биопсия.



Язва 12-перстной кишки. Эндоскопическая картина



(a) Duodenal ulcer

Язва желудка. Эндоскопическая картина.



(d) Gastric ulcer

Методы диагностики ЯБ



- Рентгеноскопия (с двойным контрастированием, полипозиционная). Классическими признаками язвы являются симптомы «ниши», конвергенция складок, ригидность стенок в месте дефекта, нарушение моторики, пилоростеноз
- Дополнительные методы : исследование желудочной секреции, гастродуоденальной моторики (баростат, электрогастрография, сцинтиграфия)

Диагностика язвенной болезни. Рентгенология.

Основные
рентгенологические
признаки: «ниша» - тень
контраста, заполнившая
язвенный кратер

Конвергенция складок

Нарушение моторики

Симптом указующего
перста (втяжение
контура стенки органа)



Методы исследования на хеликобактер пилори (НР):

- гистологический (цитологический) – выявление возбудителя в биоптатах при спец. окраске
- уреазный (КЛО – тест) – определение фермента уреазы в слизистой желудка или выдыхаемом воздухе
- бактериологический (культуральный), применение ограничено технически
- иммунологический (ИФА) - выявление антител к НР
- молекулярно-биологический (ПЦР, определение фрагментов ДНК возбудителя).

Диагностика хеликобактериоза. (Микроскопия. Окраска по Граму.)

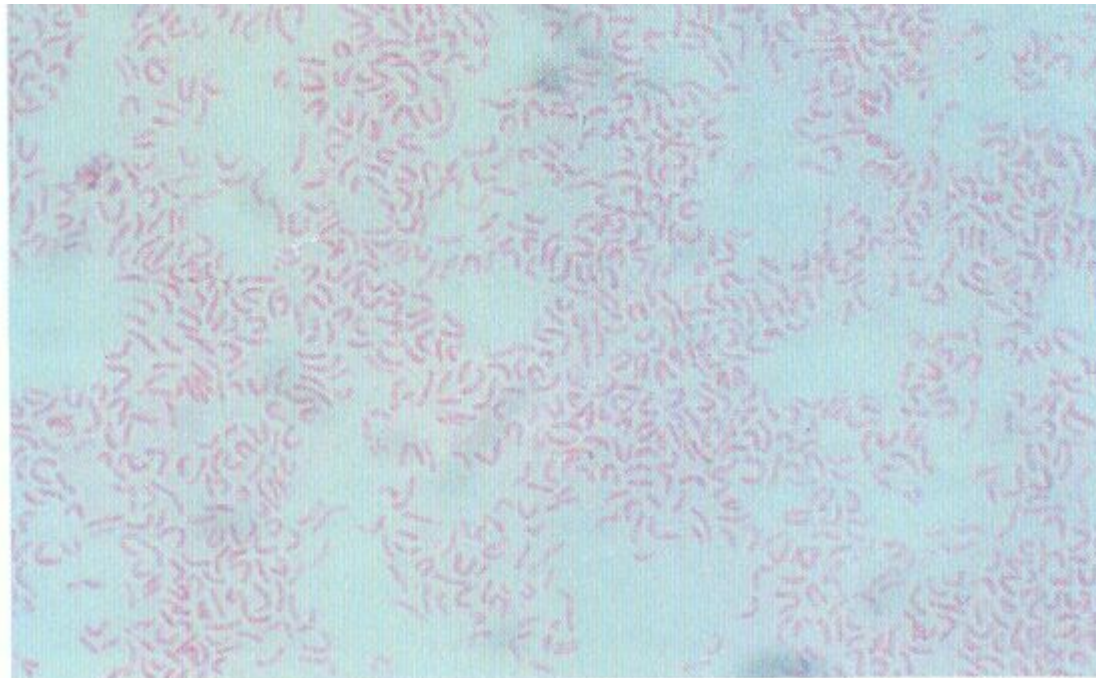


Plate VI Gram stain of a fresh clinical isolate of *Helicobacter pylori*. Note the varied morphologies and that a spiral/helical shape is rarely seen.

Диагностика хеликобактериоза. (Микроскопия. Спец. окраска)

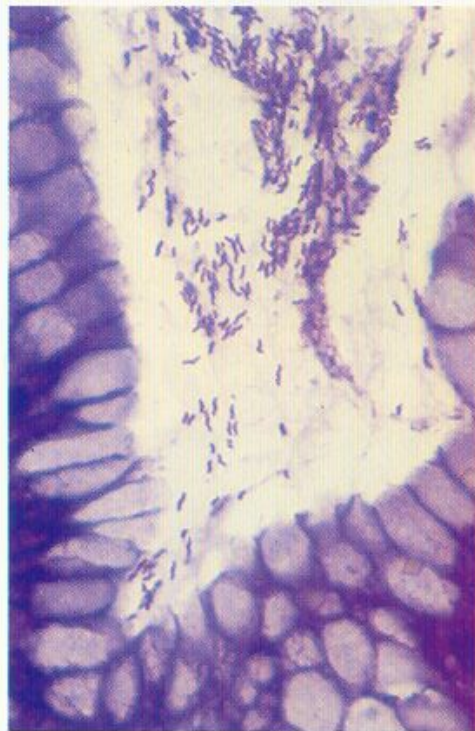


Plate IX Large numbers of *Helicobacter pylori* seen in a cresyl fast violet strain ($\times 100$; original enlarged $\times 4$).

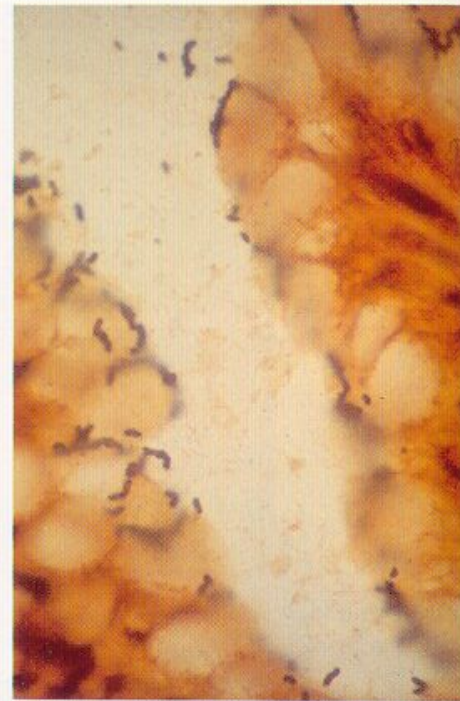


Plate VIII *Helicobacter pylori* seen in a Warthin-Starry preparation ($\times 100$ oil; original enlarged $\times 4$).

Диагностика хеликобактериоза. (Уреазные тесты.)

А) НР выявляется по содержанию уреазы в биоптатах в присутствии индикатора (рис.)

Б) Дыхательный тест – содержание уреазы в выдыхаемом воздухе, содержащем CO_2 с мечеными изотопами C^{13} или C^{14}



Принципы лечения язвенной болезни

1. Комплексный подход к лечению – регуляция образа жизни, питания, психотерапия, диспансеризация
2. Медикаментозная терапия в период обострения, противорецидивное лечение в проблемные периоды
3. Лечение фоновых заболеваний (ХГ, ДЖВП и др.)
4. **Базисная терапия ЯБ должна быть направлена на устранение (ограничение) факторов агрессии: а). антисекреторная терапия, б). эрадикация НР**

Принципы лечения язвенной болезни

- 5. Мероприятия по стимуляции репаративных функций слизистой носят вспомогательный характер и должны проводиться под контролем гистологического исследования слизистой желудка**
6. Лечебные мероприятия не должны ухудшать качество жизни больных, иметь органосохраняющую направленность, предусматривать профилактику осложнений.

Антисекреторная терапия ЯБ

- **Базисная терапия:**
- 1). H₂-блокаторы – ранитидин, фамотидин, роксатидин и др.
- 2). блокаторы водородного насоса – омепразол, лансопразол, рабепразол.
- 3). де-нол (противовоспалительный и антибактериальный эффект),
- **Вспомогательные препараты:**
- М- холинолитики (атропин, платифиллин), антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель и др.).

Антисекреторная терапия ЯБ

- Ранетидин 0,015 – 2 р./ день, фамотидин 0,04 – 1таб. 1-2 р./сут.- курс 3-4 нед.
- Омепразол – 0,01 1 таб. в день 7-10 дней, рабепразол 0,02 -2р./день
- Антисекреторная терапия по требованию (те же препараты и дозы)
- Противорецидивное профилактическое лечение фамотидином весной и осенью до 3-х недель в меньшей дозе (0,02 – на ночь ежедневно).

Антибактериальная эрадикационная терапия

- назначается при подтверждении факта хеликобактериозной инфекции двумя методами (например - гистология+уреазный, гистология +ИФА),
- учитывает вероятную чувствительность к антибиотикам НР
- в начале заболевания 1-2 препарата, при рецидивах – тройная и квадро – схемы

Пример антибактериальной терапии НР - :

Тройная схема лечения - 7 дней	Эрадикация (%)
1. Де-нол 240 мг 2р./ день 2. + 2. фуразолидон 100мг 2р./ день 3. +флемоксин -солютаб (амоксициллин) 1000мг 2р./ день	71,4%
1. Де-нол 240 мг –2р./ день 2. +2. кларитромицин 250мг 2р./ день 3. +флемоксин - солютаб (амоксициллин) 1000мг 2р./ день	93,3%

При квадротерапии +4. омепразол 0,02 или квамател 0,04 – 2р./день, эффективность эрадикации НР повышается (98%)

Осложнения ЯБ

1. Язвенное кровотечение
2. Перфорация язвенного дефекта
3. Стеноз привратника
4. Малигнизация
5. Пенетрация
6. Перивисцериты

П. 1-4 (5-не всегда) являются показанием для оперативного лечения ЯБ

Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Осложнения. Эндоскопия.

- Развитие пилоростеноза при язвенной болезни 12-перстной кишки.
- О степени стеноза можно судить по данным рентгеноскопии желудка (характерная деформация, задержка эвакуации контраста)



(c) Duodenal scarring

Показания к хирургическому лечению при язвенной болезни

- **1. Абсолютные:** осложнения ЯБ – перфорация, профузное желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсированный стеноз, малигнизация
- **2. Относительные:** кровотечения в анамнезе, крупные каллезные пенетрирующие язвы, резистентные к лечению

Профилактика язвенной болезни.

- Борьба с факторами риска ЯБ
- Непрерывная (в течение нескольких месяцев или лет) терапия антисекреторными препаратами в половинной дозе: ранетидин 150 мг/сут., фамотидин 20 мг/сут.
- Противорецидивное лечение весной, осенью (те же препараты и дозы)

Противорецидивная терапия при ЯБ

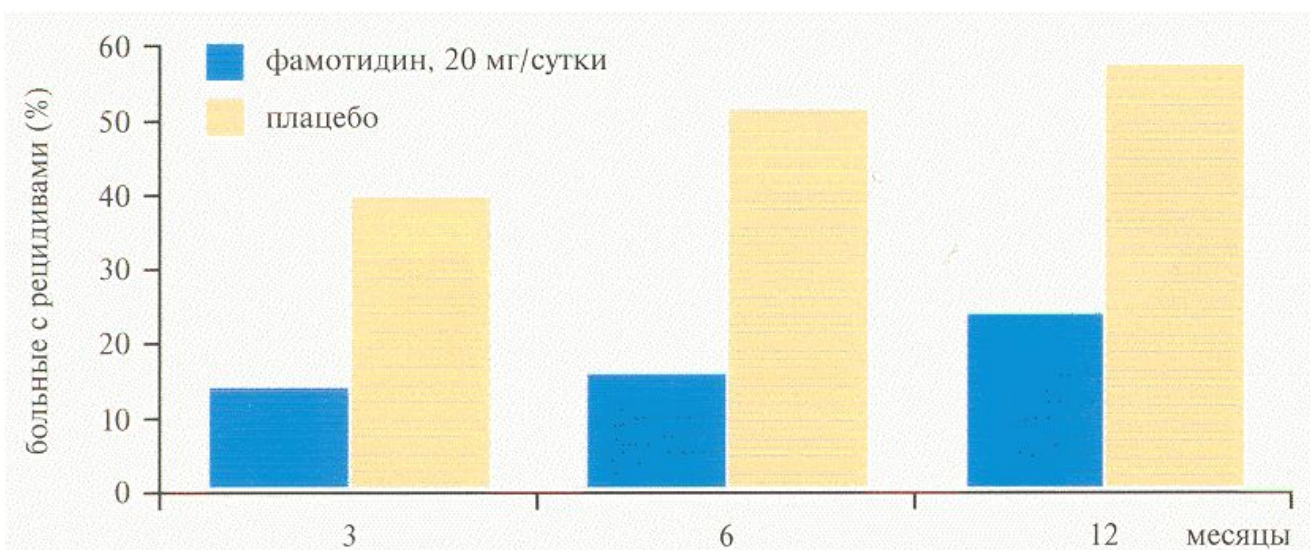


График 3. Процент больных с рецидивирующей язвой двенадцатиперстной кишки (4)

Многие исследования подтвердили эффективность предотвращения рецидивов фамотином.

Прогноз при язвенной болезни

- При неосложненной ЯБ – благоприятный.
- При достижении эрадикации рецидивы в 6-7% случаях
- Менее благоприятный прогноз при осложненных формах ЯБ, частом рецидивировании, малигнизации