

Язвенная болезнь

Лекция зав. кафедрой
внутренних болезней ТГМУ
Смирновой Людмилы Евгеньевны

Определение

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным морфологическим признаком которого является язва в желудке и/или 12-перстной кишке.

Отличие эрозии от язвы в том, что эрозии не проникают за мышечную пластинку слизистой оболочки

Эпидемиология

Распространённость – 5-10%
взрослого населения,
преимущественно мужчины в
возрасте до 50 лет (в 4 раза
чаще, чем у женщин)

«Худой, измождённый мужчина, испытывающий сезонные боли в эпигастральной области, - наиболее распространённый образ больного ЯБ. Думаете, это так? Ошибаетесь: болеть ЯБ могут и худые, и полные, и мужчины, и женщины, и даже дети. Обострения возникают не только весной и осенью, но и зимой, и летом. И что наиболее опасно – так это бессимптомное течение болезни».

Этиопатогенетические факторы ЯБ

- Наличие *Helicobacter pylori* (НР)
- Нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты
- Генетическая предрасположенность

Факторы агрессии (кроме НР)

- Ацидопептический фактор
- Гипертонус n. Vagus
- Гипергастринемия
- Увеличение МОК
- Гастродуоденальная дисмоторика
- Активация процессов ПОЛ

Факторы защиты

- Слизисто-бикарбонатный барьер желудка и ДПК
- Процессы физиологической регенерации СОЖ и ДПК
- Местное кровоснабжение СОЖ и ДПК
- Дуоденальный тормозной механизм желудочной секреции

Факторы риска

- Приём НПВП
- Нервно-психический (стрессовый) фактор
- Наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем)

Факторы риска формирования язвы на фоне НПВП

- Возраст старше 65 лет
- Наличие в анамнезе ЯБ и её осложнений
- Необходимость применения высоких доз НПВП
- Необходимость одновременного применения глюкокортикоидов
- Наличие в анамнезе ИБС
- Одновременный приём антикоагулянтов

Классификация (1)

- По этиологии:

- ассоциированная с *H. pylori*
- не ассоциированная с *H. pylori*

- По локализации:

- язва желудка
- язва ДПК
- сочетанные язвы желудка и ДПК

Классификация (2)

- По количеству язв:
 - одиночные
 - множественные
- По размеру язв:
 - малые (до 0,5 см)
 - средние (0,5-1,0 см)
 - большие (1,1-3,0/2,0 см)
 - гигантские (> 3 см для язв желудка,
 > 2 см для язв ДПК)

Классификация (3)

- По стадии заболевания:
 - обострение
 - затухающее обострение
 - ремиссия
- По течению:
 - впервые выявленная
 - лёгкое течение (1 раз в 2-3 года)
 - средней тяжести (1-2 раза в год)
 - тяжёлое (непрерывно рецидивирующее, с осложнениями)

Классификация (4)

- По стадии развития язвы:
 - активная
 - рубцующаяся
 - «красного» рубца
 - «белого» рубца
 - длительно нерубцующаяся
- По наличию осложнений: кровотечение, перфорация, пенетрация, стенозирование, малигнизация.

Диагностика

ЯБ следует подозревать при наличии болей, связанных с приёмом пищи в сочетании с тошнотой и рвотой, в эпигастральной, пилородуоденальной областях или правом и левом подреберьях

План обследования (1)

- Анамнез и физикальное обследование
- Обязательные лабораторные исследования:
 - общий анализ крови;
 - общий анализ мочи;
 - общий анализ кала;
 - анализ кала на скрытую кровь;
 - общий белок, альбумин, холестерин, глюкоза, сывороточное железо в крови;
 - фракционное исследование желудочной секреции

План обследования (2)

Обязательные инструментальные исследования

- ФЭГДС со взятием 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы при её локализации в желудке и с их гистологическим исследованием
- УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря

План обследования (3)

Дополнительные лабораторные исследования

- Определение инфицированности НР – эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом
- Определение уровня сывороточного гастрина

План обследования (4)

Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям)

- Внутрижелудочная рН-метрия
- Рентгенологическое исследование желудка
- Компьютерная томография

Анамнез и физикальное обследование (1)

- О выявленной ранее инфекции НР, длительном приёме НПВП
- Боль – наиболее типичный признак (ранние боли, поздние, «голодные», сочетанные)

Проекция болей зависит от локализации язвы. Отсутствие болей не противоречит диагнозу ЯБ

Анамнез и физикальное обследование (2)

- Возможны тошнота и рвота
- Уточнить наличие эпизодов рвоты кровью или чёрного стула (мелена)

Контрастное Rg-исследование

- Симптом «ниши» - тень контрастной массы, заполнившей язвенный кратер
- Симптом «указующего перста» - в желудке и луковице спазм возникает на уровне язвы, но на противоположной стороне патологического процесса

Дифференциальная диагностика

- Между язвами разной локализации
- Между ЯБ и симптоматическими язвами
- Между доброкачественными язвами и язвенной формой рака желудка
- С хроническим холециститом
- С абдоминальной формой ИМ

Консультации других специалистов

- Хирург: при подозрении на наличие осложнений – кровотечения, перфорации, пенитрации язвы, стенозирования
- Онколог: при подозрении на злокачественный характер изъязвления
- Смежные специалисты: по поводу сопутствующих заболеваний

Цели лечения

- Эрадикация *H. pylori*
- Быстрая ликвидация симптоматики заболевания
- Достижение стойкой ремиссии
- Предупреждение развития осложнений

Показания к госпитализации

- ЯБ с клиникой выраженного обострения: сильный болевой синдром, рвота
- Язвы в желудке, требующие дифференциального диагноза с раком
- Признаки кровотечения (мелена, рвота с кровью), перфорации и пенетрации
- ЯБ с наличием осложнений в анамнезе
- ЯБ с сопутствующими заболеваниями

Лекарственная терапия (1)

Терапия первой линии. 1 вариант

- ИПП (рабепразол 20 мг 2 раза/сут или омепразол, или эзомепразол и др.)
- Амоксициллин – 1000 мг 2 раза/сут (или 500 мг 4 раза/сут)
- Кларитромицин – 500 мг 2 раза/сут или джозамицин (1000 мг 2 раза/сут), или нифурател (400 мг 2 раза/сут) в течение 10-14 дней

Обязательный контроль эффективности эрадикации НР через 4-6 нед после окончания лечения

Лекарственная терапия (2)

2 вариант

4-х компонентная

Препараты (три), используемые при 1 варианте с добавлением

- Висмута трикалия дицитрат 120 мг

4 р/сут или 240 мг 2 р/сут

курс 10-14 дней

Лекарственная терапия (3)

3 вариант

При атрофии СОЖ с ахлоргидрией

- Амоксициллин
 - Кларитромицин или др.
 - Висмута трикалия дицитрат
- курс 10-14 дней

Лекарственная терапия (4)

4 вариант

- Рекомендуется только пожилым больным
- А. ИПП – в стандартной дозировке в сочетании с амоксициллином и висмута трикалия дицитратом, курс 14 дней
- Б. Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут, курс 28 дней. При наличии болевого синдрома – короткий курс ИПП

Лекарственная терапия (5)

5 вариант

при наличии поливалентной аллергии к антибиотикам или отказе больного от антихеликобактерной терапии

ИПП – в стандартной дозировке

30% водный раствор прополиса

(100 мл 2 раза/день натощак), курс 14 дней

Лекарственная терапия (6)

Терапия второй линии. 1 вариант

классическая квадротерапия

- ИПП – в стандартной дозировке
- Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут
- Метронидазол 500 мг 3 р/сут
- Тетрациклин 500 мг 4 р/сут, курс 10-14 дней

Лекарственная терапия (7)

Терапия второй линии. 2 вариант

- ИПП – в стандартной дозировке
- Амоксициллин
- Нифурател – 400 мг 2 р/сут или фуразолидон 100 мг 4 р/сут
- Висмута трикалия дицитрат
курс 10-14 дней

Лекарственная терапия (8)

Терапия второй линии. 3 вариант

- ИПП – в стандартной дозировке
- Амоксициллин
- Рифаксимин – 400 мг 2 раза/сут
- Висмута трикалия дицитрат

Курс 14 дней

Антихеликобактерная терапия (9)

Третья линия.

- При отсутствии эрадикации НР после лечения препаратами второй линии рекомендуется подбор терапии только после определения чувствительности НР к антибиотикам

Хирургическое лечение

Показания

- Перфорация
- Кровотечение
- Стеноз с выраженными эвакуаторными нарушениями
- Малигнизация

Предпочтение отдают органосохраняющим операциям

Диспансеризация

- Цель: обеспечить безрецидивное течение ЯБ, предупредить осложнения
- Проводится:
 - 2 раза в год при среднетяжёлом течении,
 - 3-4 раза в год при развитии осложнений,
 - 4 раза в год при тяжёлом течении

Если 5 лет нет обострений ЯБ, больного можно снять с диспансерного учёта

Профилактика

- Первичная
- Вторичная:
 - непрерывная (в течение месяцев и даже лет),
 - профилактическая терапия «по требованию»

Прогноз

Благоприятный при неосложнённой ЯБ.
При успешной эрадикации рецидивы ЯБ в течение 1-го года возникают у 6-7% больных. Прогноз ухудшается при большой давности заболевания с частыми, длительными рецидивами, при осложнённых формах ЯБ

«Мне представляется, что в современных условиях, если пациент попадает в руки опытного и грамотного терапевта, то он получит возможность полностью избавиться от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в 95% случаев».

В. Т. Ивашкин, 2006 г.