

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ



Павлова Вера Юрьевна

доцент кафедры факультетской терапии, профболезней и
эндокринологии КемГМУ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЯБ)

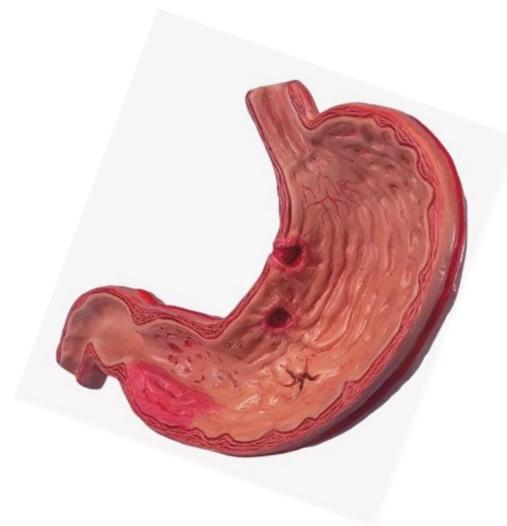
хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Факторы, предрасполагающие к развитию ЯБ.

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

Статистика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной:

- ▣ У мужчин ЯБ обнаруживают от 2 до 4 раз чаще, чем у женщин.
- ▣ Язва 12-перстной кишки диагностируют в 3 раза чаще.



Статистика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной:



Язва **желудка** больше распространена в возрасте **40–60 лет**



Язва **двенадцатиперстной** кишки чаще наблюдается в возрасте **25–40 лет.**

Эпидемиология:

В последние десятилетия наблюдается заметное увеличение частоты развития язвенной болезни у женщин, что обусловлено:

- стрессовыми ситуациями,
- все большим распространением среди женщин вредных привычек (курение, алкоголь),
- более частым употреблением анальгезирующих препаратов,
- с нарушениями гормональной функции яичников

Весы Шей- соотношение основных протективных и агрессивных факторов, определяющих возможность язвообразования

Нет язвы



Язва

Защитные факторы

- Слизисто-бикарбонатный барьер
- Достаточный кровоток
- Регенерация эпителия
- Иммунологическая защита
- Простагландины
- Антродуоденальный кислотный тормоз

Факторы агрессии

- Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина
- Нарушение моторики
- Лекарственные средства
- *Helicobacter pylori*
- Гиперпродукция гастрина
- Гиперплазия фундальной слизистой
- Травматизация гастродуоденальной слизистой

Нейроэндокринная регуляция

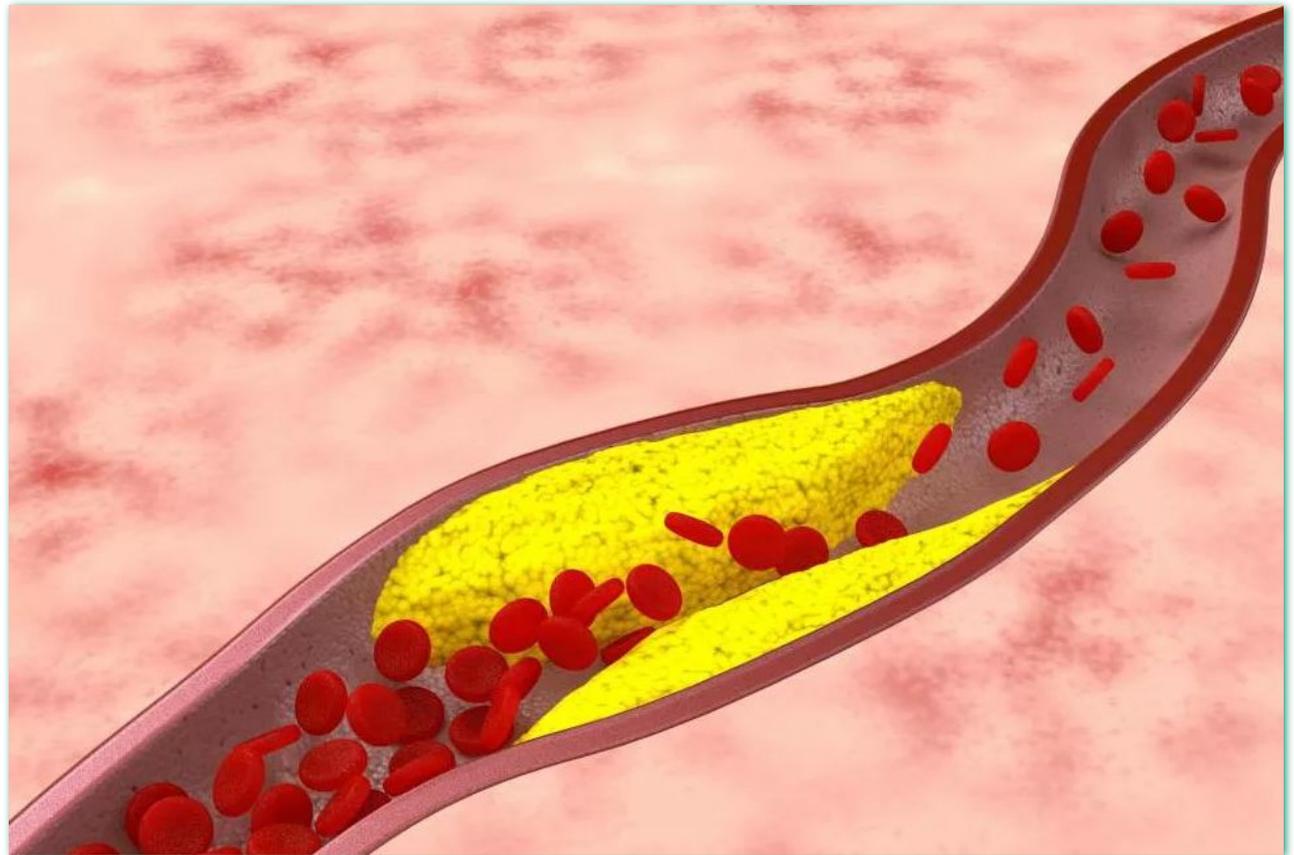
Генетические факторы

Защитные факторы

- Слизисто-бикарбонатный барьер
- Достаточный кровоток
- Регенерация эпителия
- Иммунологическая защита
- Простагландины
- Антродуоденальный кислотный тормоз

Защитные факторы

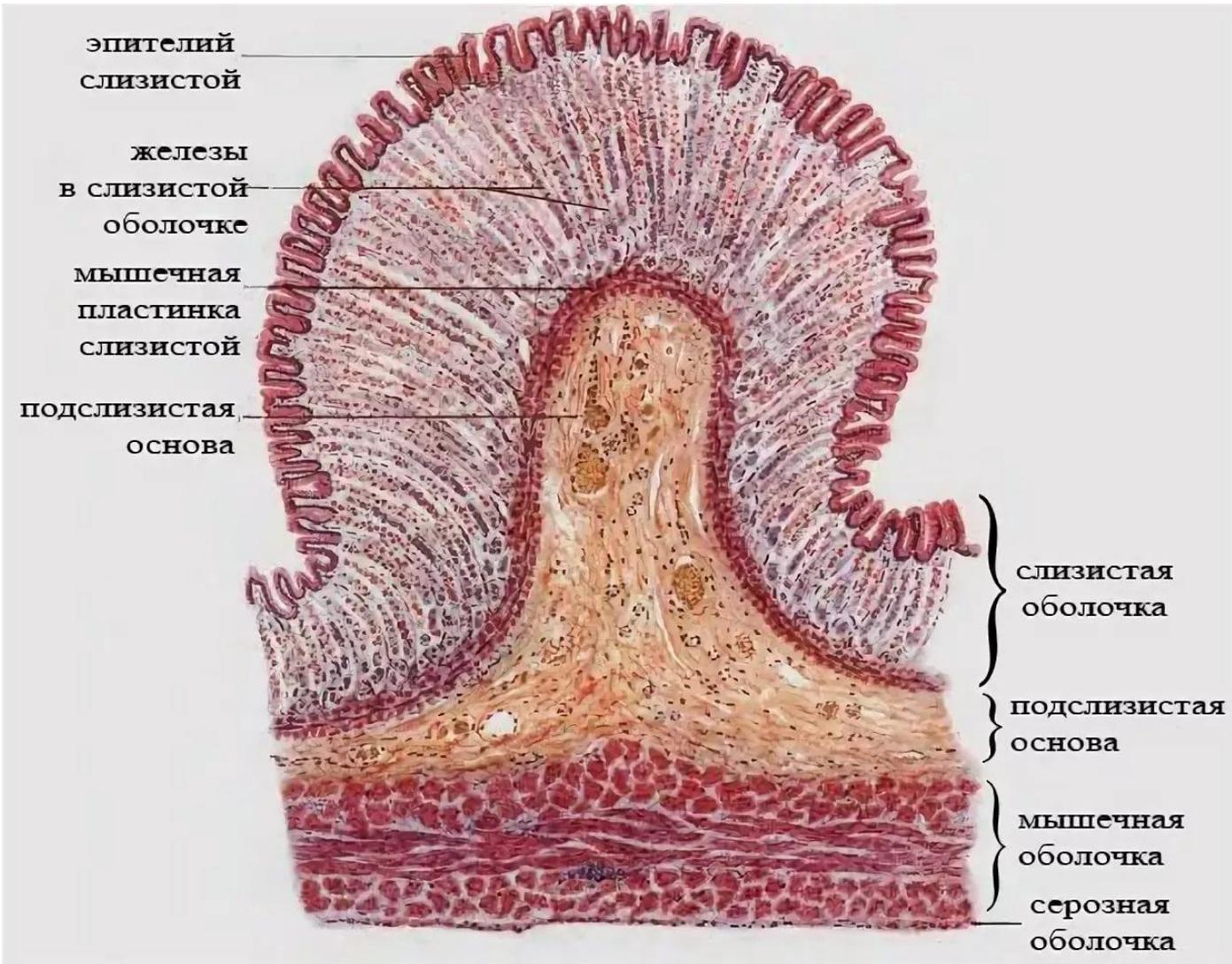
Достаточный кровоток:



Защитные факторы

Регенерация эпителия:

- Адекватное кровоснабжение;
-  Достаточное поступление микроэлементов;
-  Рост клеток эпителия должен идти с равной скоростью сдвигания эпителия.



Факторы агрессии

- Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина
- Нарушение моторики
- Лекарственные средства
- *Helicobacter pylori*
- Гиперпродукция гастрина
- Гиперплазия фундальной слизистой
- Травматизация гастродуоденальной слизистой

ПАТОГЕНЕЗ.

Агрессивные факторы

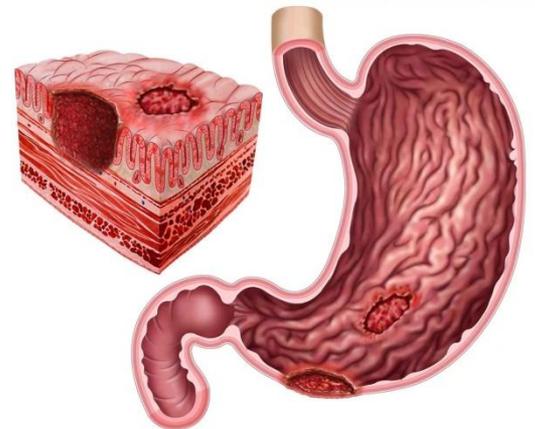
1. Хеликобактерная инфекция.
 2. Гиперпродукция соляной кислоты.
 3. Проульцерогенные алиментарные факторы.
 4. Обратная диффузия водородных ионов.
 5. Гастродуоденальная дисмоторика:
 - Ускорение моторно-эвакуаторной функции желудка
 - Снижение моторной функции желудка и длительная задержка желудочного содержимого
- Эндогенные факторы агрессии:* HCl, пепсин, липаза, желчь.
- Экзогенные факторы:* этанол, НПВС, составляющие табачного дыма.

ПАТОГЕНЕЗ.

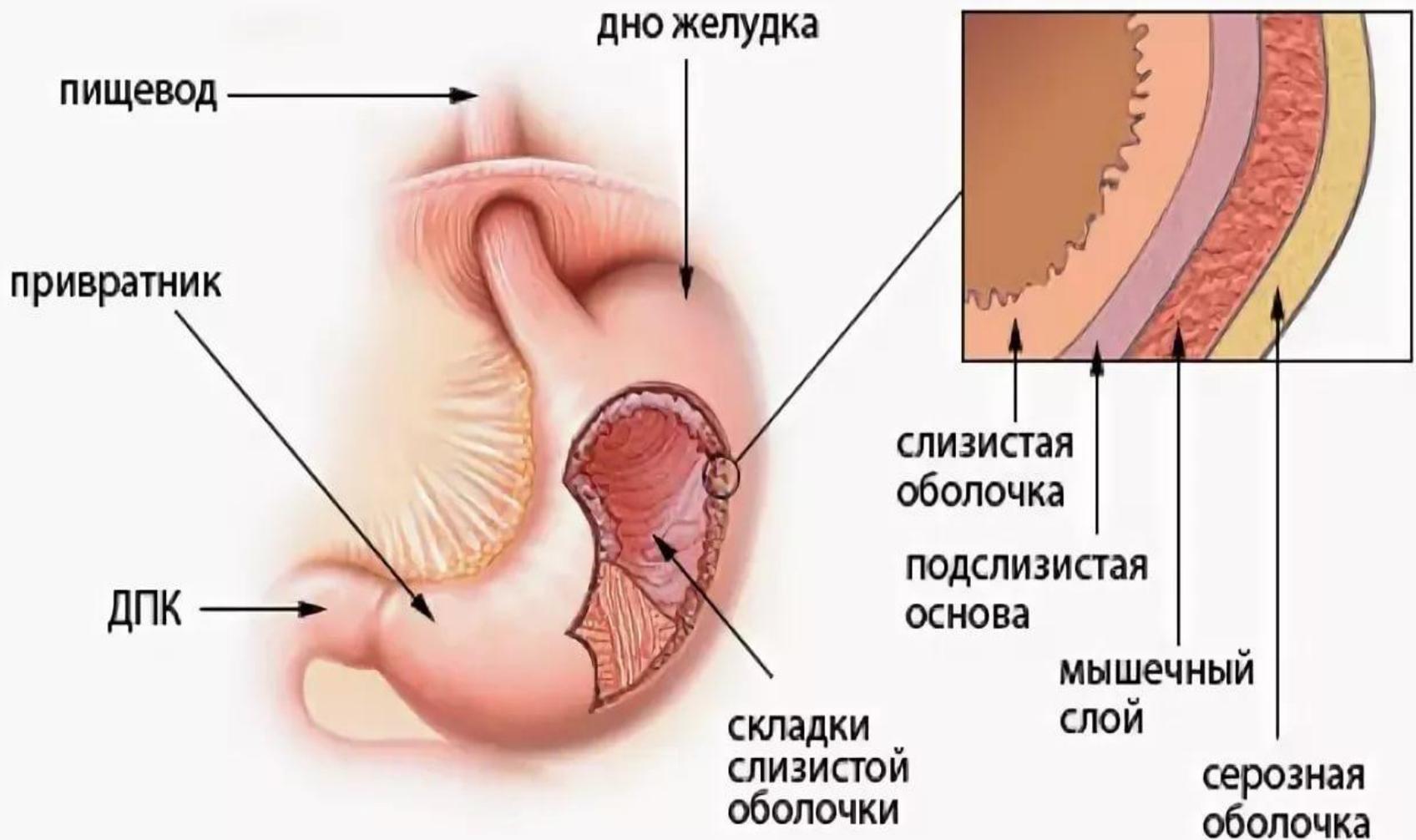
Агрессивные факторы

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

Экзогенные факторы: этанол, НПВС, составляющие табачного дыма.



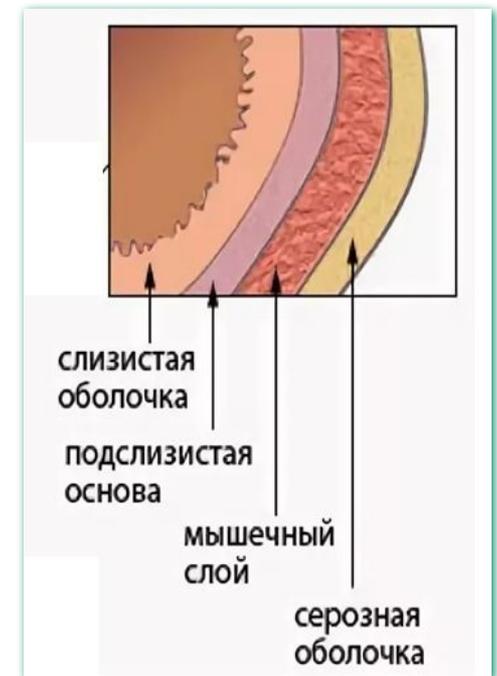
Анатомия стенки желудка



ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ (1)

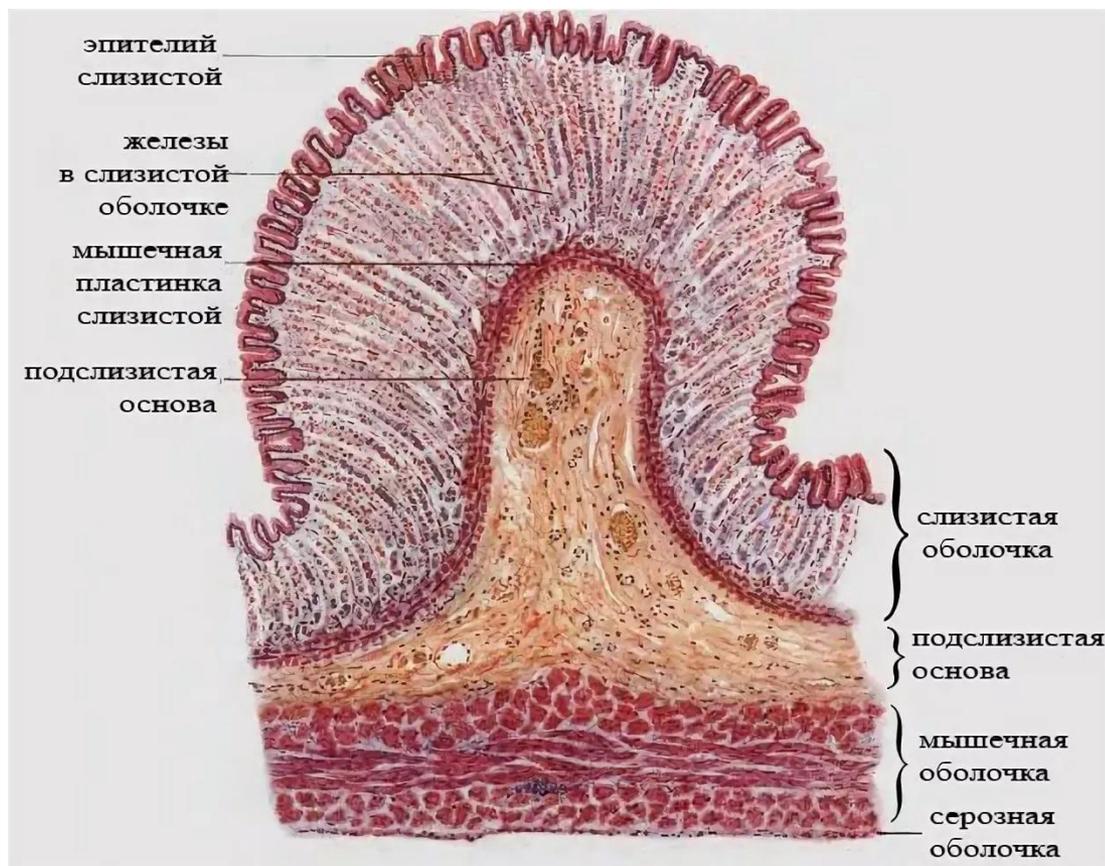
1. Слой видимой нерастворимой слизи и бикарбонатов.
2. Слой эпителиальных клеток желудка, энтероцитов, продуцирующих слизь и бикарбонаты.
3. Микроциркуляторное русло гастродуоденальной слизистой, оптимальное кровоснабжение СОЖ и 12ПК.

Ишемия около 30 мин
вызывает некрозы клеток.



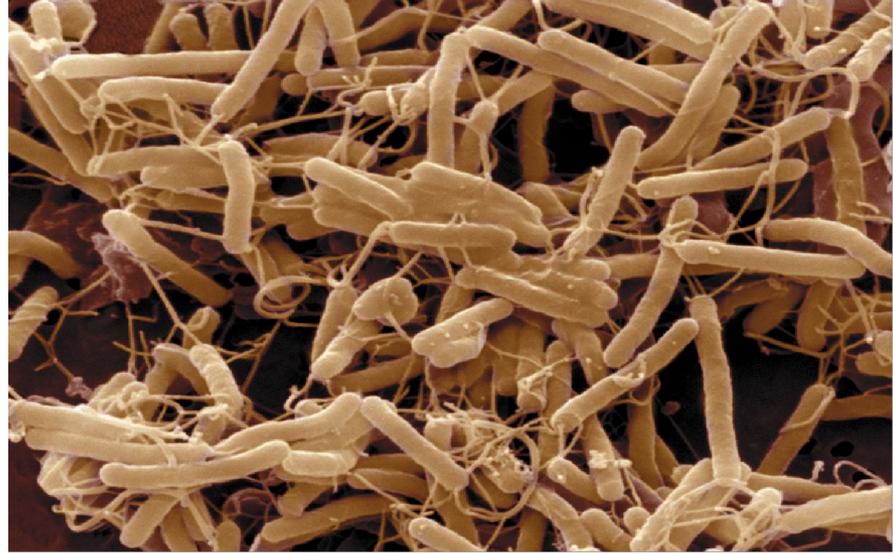
ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ.

4. Активная регенерация поверхностного эпителия.
Клетки СОЖ обновляются каждые 3-5 суток.



ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ.

4. Локальный синтез медиаторов защиты слизистой оболочки желудка синтезирует простагландины и факторы роста: эпидермальный и альфа-трансформирующий.
5. Противоульцерогенные алиментарные факторы.



«Без кислоты и хеликобактериоза нет
Хеликобактер ассоциированной язвы»

СВОЙСТВА *H. pylori*:



Условно-патогенный микроорганизм

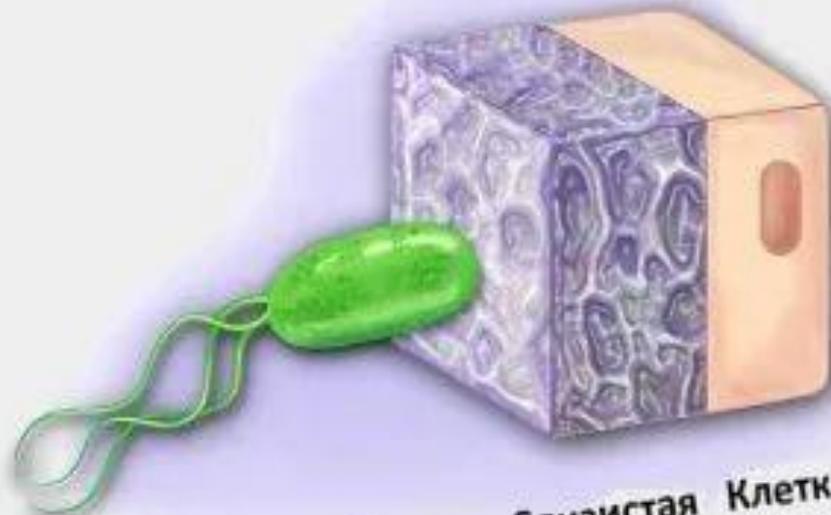
H. Pylori имеют спиралевидную форму, длина ее 2-6 мкм, ширина 0.5-0.6 мкм.

Имеет при окрашивании двухконтурную мембрану, на одном конце определяется от 1 до 6 жгутиков.

Спиралевидная форма, жгутики обеспечивают подвижность и возможность преодолеть слой слизи.



Проникновение Х. Пилори в слизистую оболочку желудка



Х. пилори

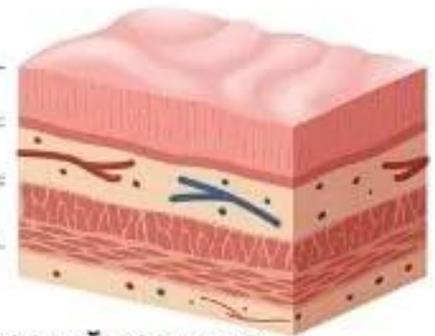
Слизистая оболочка
Клетки эпителия



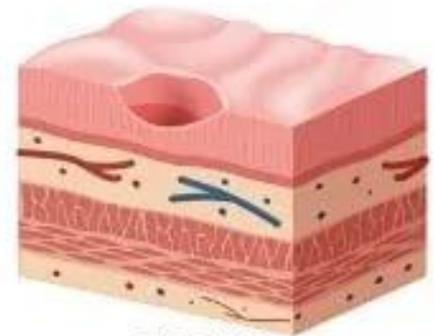
Х. пилори проникает в слизистую оболочку и повышает уровень рН



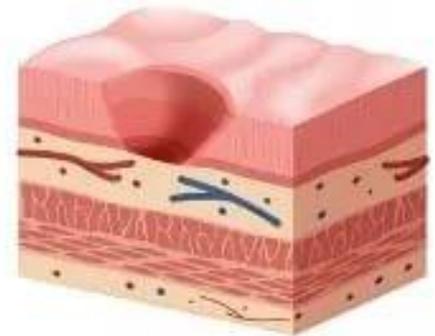
слизистая оболочка
 подслизистая основа
 мышечная оболочка



здоровый желудок



эрозия



язва

здоровый желудок хеликобактер пилори поврежденная слизистая оболочка воспаление слизистой оболочки и язвенная болезнь

слизистая оболочка
 желудочный эпителий
 соединительная ткань

Пептическая язва и Хеликобактер пилори

СВОЙСТВА *H. pylori*:



- Обладают свойством взаимодействовать с базальной мембраной; эпителий теряет связь с мембраной слущивается с образованием микродефектов слизистой оболочки.
- Бактерии обнаруживаются не только на поверхности эпителия, но и проникают в межклеточные пространства. Это объясняется наличием важных для *H. Pylori* метаболитов – мочевины и гемин.

СВОЙСТВА *H. pylori*:

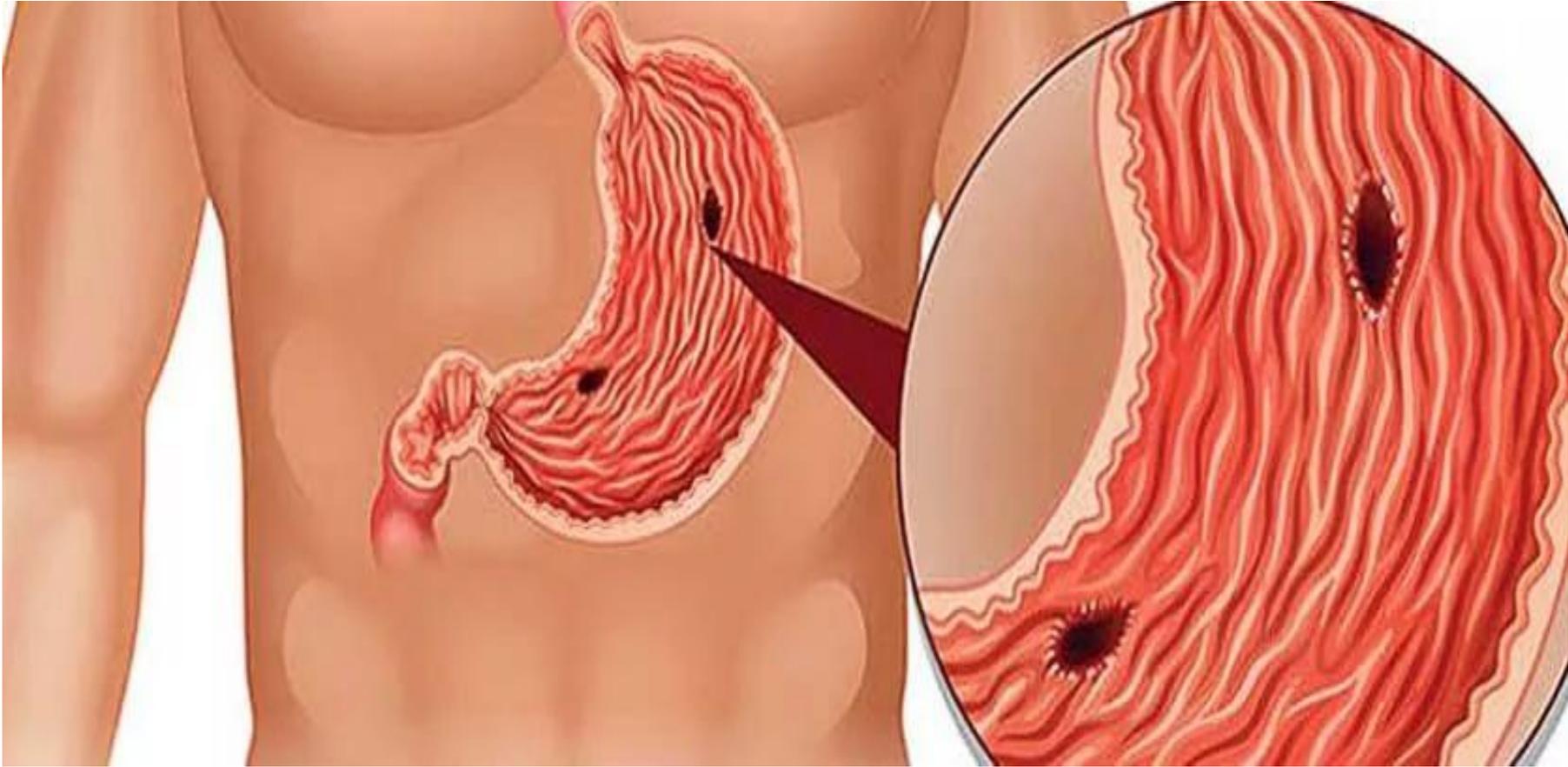


- Бактерии с помощью фермента уреазы создают защитное щелочное окружение (аммиачное облачко), при помощи которого бактерия хорошо защищена в кислой среде.
- Уреаза обладает высокой иммуногенностью, является сильным хемотаксическим фактором.

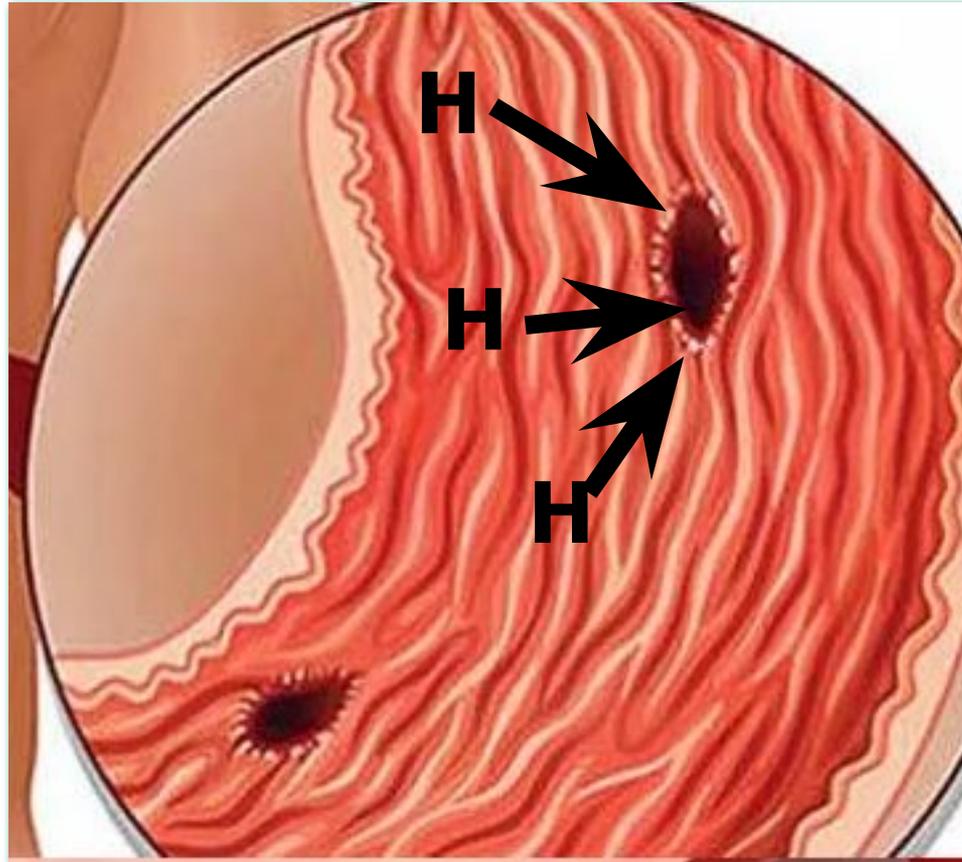
СВОЙСТВА H. Pylori:



- Под воздействием эффектов H. Pylori повреждается эндотелий мелких сосудов, нарушается микроциркуляция, трофика слизистой оболочки.
- Микротромбы могут вызвать инфаркт слизистой оболочки и сыграть важную роль в ее изъязвлении.
- Через поврежденные участки усиливается обратный ток ионов водорода, что тоже ведет к язвообразованию.



Обратный ток водорода – увеличение размера язвы



Инфекция *H.pylori*: эпидемиология



- Более 70% взрослого населения и 40% детей в России инфицировано *H.pylori*
- С инфекцией *H.pylori* связаны:
 - 80 % случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - 60% случаев язвенной болезни желудка
 - более 50 % случаев рака желудка

*Российская гастроэнтерологическая
ассоциация*

*Российская группа по изучению *H.pylori**

Классификация ЯБ

- Код по МКБ 10:
 - К25 — язва желудка;
 - К26 — язва двенадцатиперстной кишки.
- В зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori*:
 - ЯБ, ассоциированная с *H. pylori*
 - ЯБ, не ассоциированная с *H. Pylori* (идиопатическая)
- Различают также **ЯБ как самостоятельное заболевание и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки** (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов), которые возникают на фоне иных заболеваний.

Классификация ЯБ

Морфологическая характеристика

изъязвления:

- 1) эрозия,
- 2) острая язва,
- 3) хроническая язва.

Число дефектов слизистой оболочки:

- 1) одиночные (1-3),
- 2) множественные (более 3).

Классификация ЯБ

Локализация:

1. Желудок (кардиальный и субкардиальный отделы, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал);
2. Двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарный отдел);
3. Сочетанные язвы желудка и ДПК (язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и ДПК).

Классификация ЯБ

Размеры язв (эрозий):

- 1) малые (менее 0,5 см в диаметре),
- 2) средние (0,6-1,9 см),
- 3) большие (2-3 см),
- 4) гигантские (более 3 см).

Осложнения:

- 1) кровотечение,
- 2) перфорация,
- 3) пенетрация,
- 4) стеноз,
- 5) малигнизация.

Требования к формулировке диагноза:

Стадия течения заболевания

(обострение, рубцевание, т.е. эндоскопически

*подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца и
ремиссия),*

Необходимо указывать наличие рубцово-язвенной деформации желудка и двенадцатиперстной кишки.

Требования к формулировке диагноза:

Необходимо указываются наличие **осложнений ЯБ** (*в том числе анамнестических*):

-  кровотечений,
-  прободений,
-  пенетраций,
-  рубцово-язвенного стеноза привратника, а также **характер оперативных вмешательств**, если они проводились.

Пример формулировки диагноза:

Язвенная болезнь желудка и 12ПК, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, хроническое рецидивирующее течение, фаза обострения, язвы препилорического отдела желудка на передней стенке (0,8см) и луковице двенадцатиперстной кишки (0,5см).

Осложнения: Язвенное кровотечение.

Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

КЛИНИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ



- Боли в эпигастральной области могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника



- Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов.
- При обострении заболевания нередко регистрируется похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

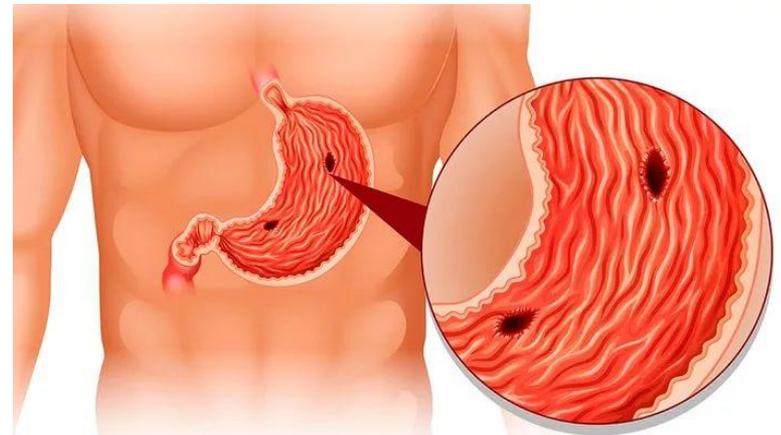


- В период обострения ЯБ при объективном обследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки.
- Может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя).

Эти признаки не являются строго специфичными для обострения болезни.

ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

- **Боли ранние** в зависимости от локализации (чем выше язва, тем раньше боль), стихающие или исчезающие через 1,5-2 часа.
- При язвах кардиального и субкардиального отделов желудка боли возникают **сразу после приема пищи**, при язвах тела желудка - через полчаса-час после еды.
- Разлитой характер боли (эпигастральная область, левое подреберье, реже правое подреберье)



ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Диспепсический синдром определяется состоянием

кислотной продукции

 **при повышенной** – кислая отрыжка, изжога, хороший аппетит, склонность к запорам;

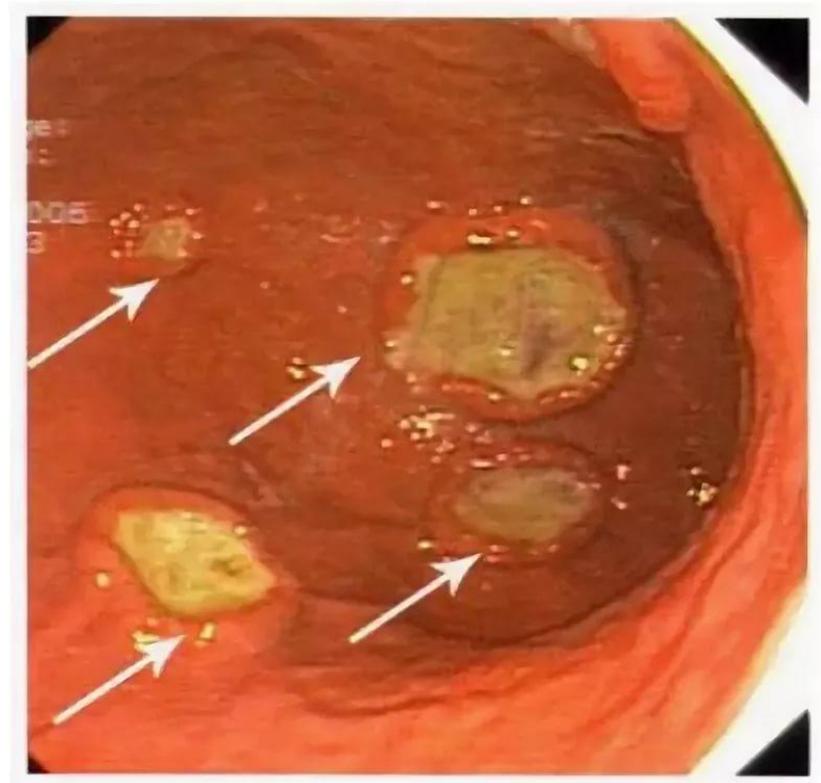
 **при пониженной** – отрыжка воздухом или горьким, изжога (за счет рефлюкса), снижение аппетита, возможна неустойчивость стула)

ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

**«Ниша» при
рентгенологическом
исследовании**



**Язвенный дефект при
ФГДС**



Язвенная болезнь ДПК

- Преимущественно мужчины молодого возраста
- При поражениях пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки *боли поздние (через 2-3 часа после приема пищи), голодные, ночные,* проходящие или стихающие после приема пищи, обладающей антацидными свойствами, или антацидных препаратов.

Язвенная болезнь ДПК

- Локальный характер боли (в пилородуоденальной зоне)
- Изжога, кислая отрыжка
- Повышенный аппетит, частый прием пищи
- Склонность к запорам
- «Ниша» при рентгенологическом исследовании
- Язвенный дефект при ФГДС

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.

Лабораторная диагностика при ЯБ

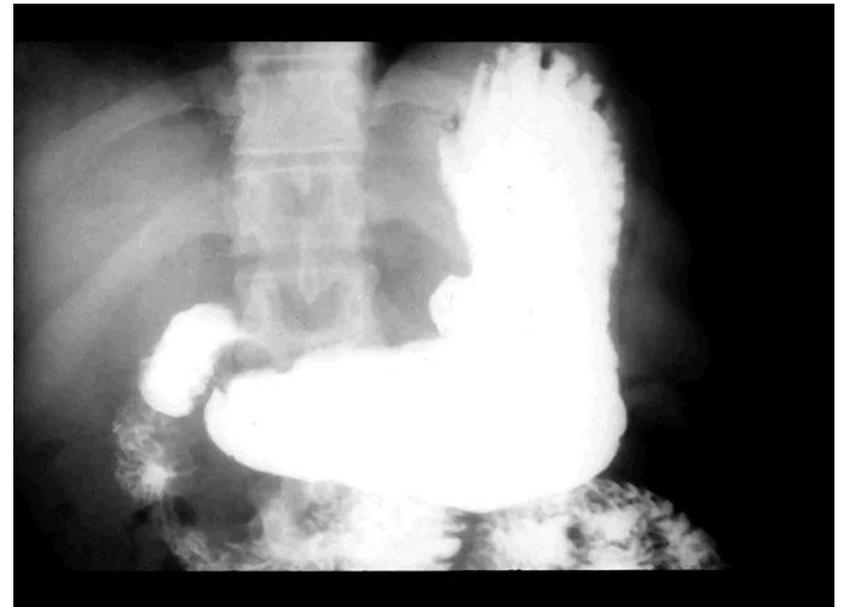
Клинический анализ крови

- при неосложненном течении ЯБ чаще всего остается без существенных изменений.
- При осложнении - анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях.
- Лейкоцитоз и повышение СОЭ встречаются при осложненных формах болезни (например, при пенетрации язвы).

Инструментальная диагностика

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования.

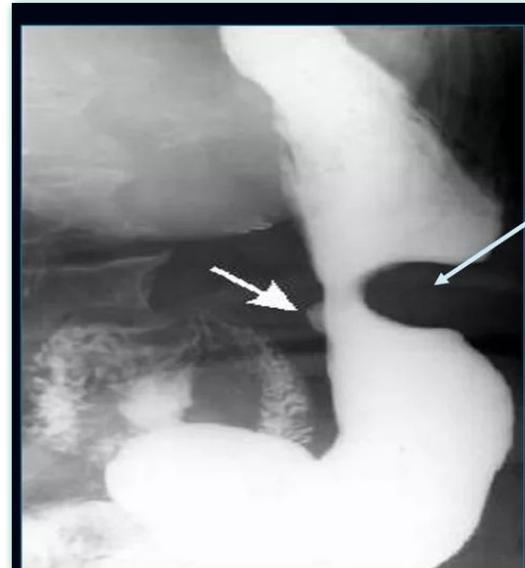
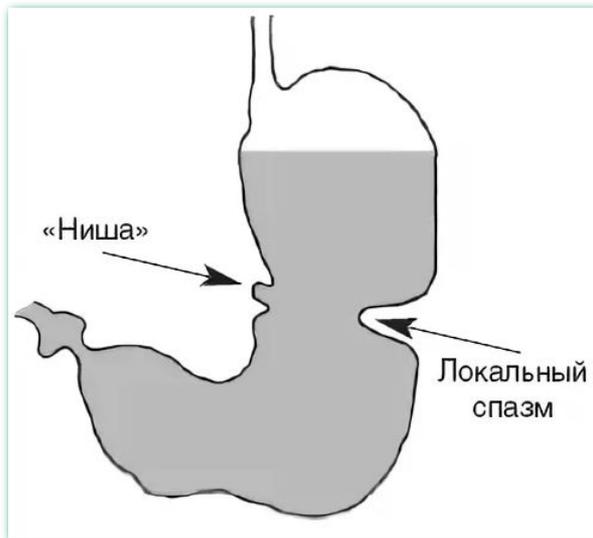
- При рентгенологическом исследовании выявляются:
 - прямой признак ЯБ — «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки



Инструментальная диагностика

косвенные признаки:

- местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста»



Инструментальная диагностика

косвенные признаки:

-  конвергенция складок слизистой оболочки к «нише»,
-  рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки,
-  гиперсекреция натошак,
-  нарушения гастродуоденальной моторики.

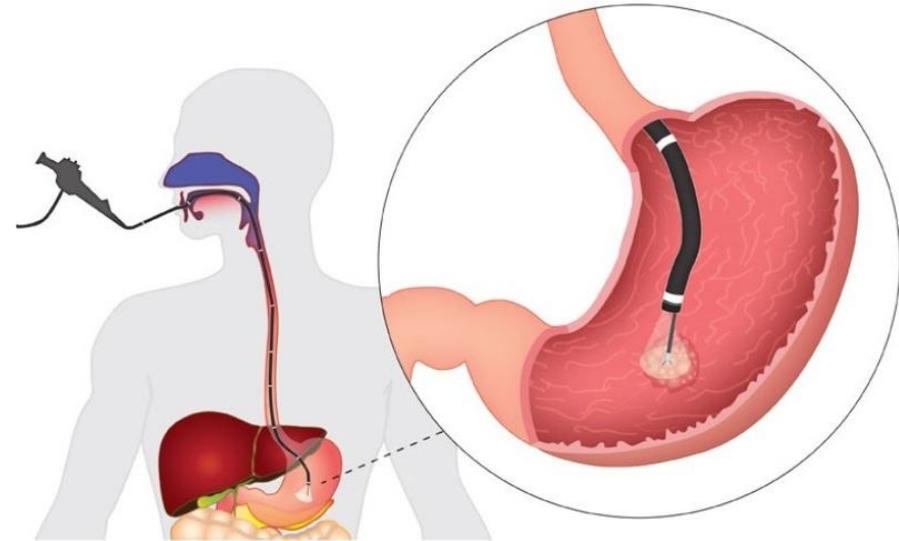
Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)

ФГДС подтверждает:

-  наличие язвенного дефекта,
-  уточняет его локализацию,
-  глубину,
-  форму,
-  размеры,
-  позволяет оценить состояние дна и краев язвы,
-  выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки,
-  нарушения гастродуоденальной моторики.

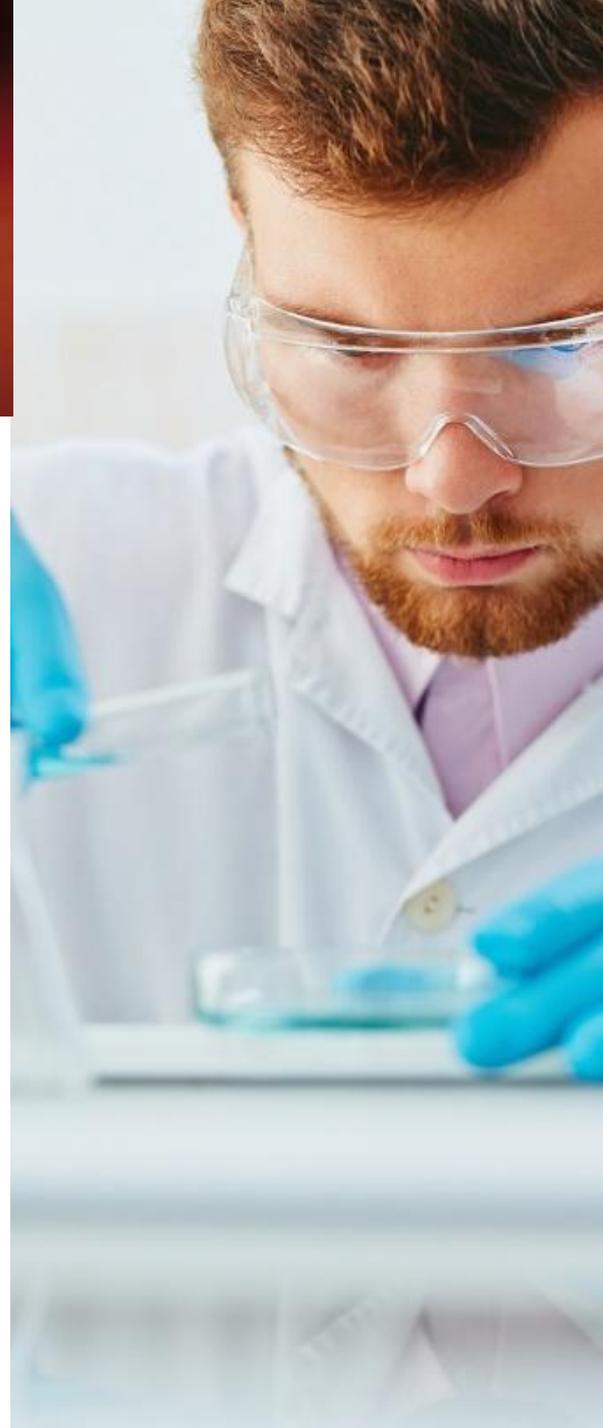
Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)

Проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющим исключить злокачественный характер язвенного поражения.



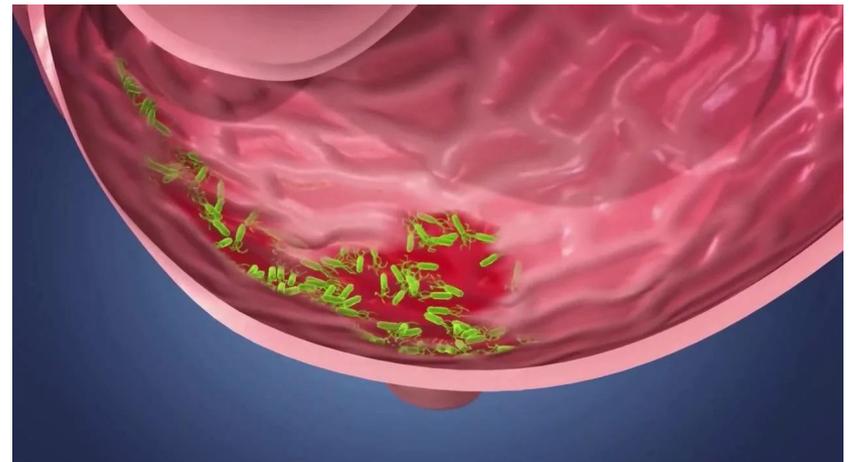


- **Диагностика
инфекции
H. pylori**



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ *Helicobacter pylori*.

Определение *H.pylori* необходимо проводить в том случае, если планируется эрадикационная терапия.



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ *Helicobacter pylori*.

Показаниями **для обязательной**
эрадикационной терапии инфекции
H. pylori служат:

1. ЯБ 12 ПК и желудка (рецидивирующее течение, осложненные формы после экстренных мероприятий).
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 ОБНАРУЖЕНИЯ НР

■ **Уреазный экспресс-тест (быстрый уреазный тест (CLOтест))**

Чувствительность 90-97 %, специфичность 90-100 %

- Биоптаты слизистой оболочки помещают на тест среду.
- При наличии уреазы мочеви́на гидролизуеться до аммиака, который защелачивает среду. Индикатор изменяет окраску от желтой до малиновой.
- При использовании CLO-тест-системы через 20 минут тест положителен в 75% случаев, а через 24 часа в 95% случаев.

К недостаткам **уреазного экспресс-теста**

относится то, что его результат зависит от количества микроорганизмов в биоптате и оказывается положительным лишь в тех случаях, если оно превышает **10⁴**



МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

Гистологический: биопсия **минимум из 3-х**
участков (препилорический отдел, тело желудка).

Чувствительность и специфичность метода 93-99

% (**забор материала из участков отека и гиперемии**).

МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

Биоптаты слизистой оболочки фиксируются, окрашиваются по Граму, Романовскому-Гимзе.

Метод дает возможность количественной оценки обсемененности *H. Pylori*:

-  до 20 микробных тел в препарате – слабая степень;
-  от 20 до 50 микробных тел – средняя;
-  более 50 микробных тел – высокая обсемененность слизистой оболочки.

МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

- **Цитологический**: исследование мазков-отпечатков из биоптата слизистой или пристеночной слизи.

Чувствительность и специфичность 80 %

- Кусочек слизистой оболочки или слизь, взятую с очага гиперемии, окрашивают и микроскопируют. Достаточно быстрый ответ, в течение 1 часа.

МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

- **Серологический**: определение антител класса IgG
- Может быть **отрицательным на ранней стадии** – до 18 –60 дня заражения.
- Может оставаться **положительным в течение месяца и более после санации.**

К недостаткам серологического метода

относится то, что данный метод не

позволяет отличить текущую инфекцию от

перенесенной (т.е. его нельзя применять для

контроля эрадикации), а также он обладает

более низкой чувствительностью у детей.

Преимущества серологического метода:

-дает возможность обнаружить *H. pylori* у больных с низкой обсемененностью,

 может применяться при язвенных кровотечениях,

 на его результаты не влияют предшествующая антисекреторная терапия и прием антибиотиков.

МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

Биохимический: основан на гидролизе

мочевины уреазой НР до аммиака, водный

раствор которого защелачивает среду, что

выявляется изменением окраски индикатора

(«компи-тест», «де-нол тест»).

МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

Если больному не проводится ФГДС, то для диагностики *H. pylori* предпочтительно применять **уреазный дыхательный тест:**

- На завтрак больному дают выпить мочевины, меченную ^{14}C или ^{13}C изотопом, а после анализируют количество углекислого газа с изотопами, который образовался при расщеплении меченой мочевины уреазой *H. Pylori*.
- Тест простой, неинвазивный, дает возможность массового обследования, контроля эффективности эрадикации *H. Pylori*, **но дорогостоящий и требует специальной аппаратуры.**

МЕТОДЫ ОБНАРУЖЕНИЯ НР

**определение антигена *H. pylori* в
кале**

с помощью иммуноферментного анализа
(ИФА)

определение ДНК *H. pylori*

(в слизистой оболочке желудка, в кале)

**(молекулярно-биологический
метод)**

с помощью полимеразной цепной реакции
(ПЦР).

Чувствительность 90 %, специфичность
до 100 %

Для **контроля эрадикации**, который
проводят **через 4-6 недель после**
окончания эрадикационной терапии,
лучше всего применять **уреазный**
дыхательный тест или **определение**
антигена H. pylori в кале.

Проблема диагностики инфекции *H. pylori*

Заключается в возможности получения ложноотрицательных результатов, связанных с тем, что исследование выполняется на фоне терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) или вскоре после нее.

- Во избежание **ложноотрицательных результатов** прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) необходимо **прекратить за 2 недели**, а антибиотиков и препаратов висмута — **за 4 недели до предполагаемого контрольного исследования.**
- Кроме того, отрицательный результат исследования на инфекцию *H. pylori* должен быть обязательно подтвержден **другими методами диагностики.**

Дифференциальный диагноз

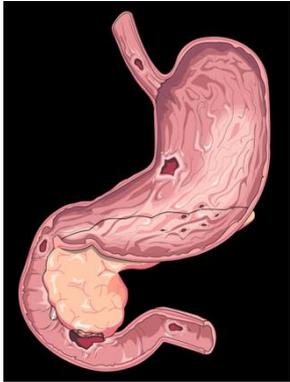
- Язвенную болезнь необходимо дифференцировать с симптоматическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.
- К ним относятся стрессовые и лекарственные язвы, язвы при эндокринной патологии и при некоторых других заболеваниях внутренних органов.

Лекарственные язвы

Среди **лекарственных язв** наибольшее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП (НПВП-ассоциированная гастропатия)

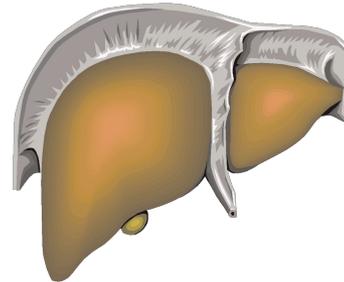


Побочные эффекты НПВП



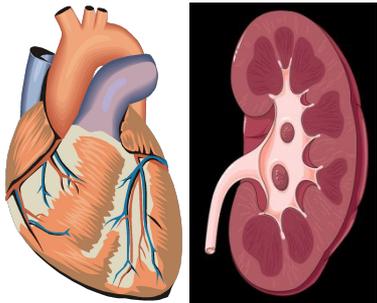
Желудочно-кишечные

- ✓ диспепсия
- ✓ язвы
- ✓ кровотечение/перфорация



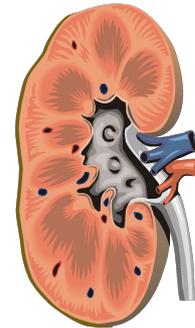
Печеночные

- ✓ повреждение печеночных клеток



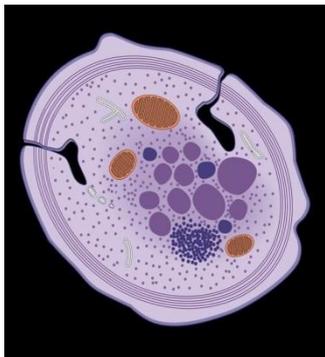
Кардио-ренальные

- ✓ артериальная гипертензия
- ✓ периферические отеки



Почечные

- ✓ Снижение клубочковой фильтрации
- ✓ интерстициальный нефрит



Тромбоцитарные

- ✓ нарушение агрегации
- ✓ повышение риска кровотечения



- Гастродуоденальные язвы возникают у 20–25% больных, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения — более чем у 50% пациентов.
- К факторам риска их развития относятся пожилой возраст, наличие ЯБ в анамнезе, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и печени, высокая доза НПВП, одновременный прием антикоагулянтов.

Гастродуоденальные язвы и эрозии, обусловленные приемом НПВП:

- 📌 часто имеют **множественный** характер,
- 📌 нередко **протекают малосимптомно** и манифестируются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями (меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи»), риск развития которых у таких пациентов возрастает в 4-5 раз.

Смертность от кровотечений и перфораций за 10 лет (1997-2008гг.)

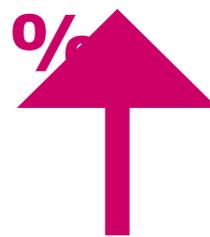
11,6%



7,4%

при
язвенной
болезни

20,9



14,7%

у больных,
получавших
аспирин и
НПВП

Циклооксигеназа (ЦОГ)

```
graph TD; COX[Циклооксигеназа (ЦОГ)] --> COX1[ЦОГ-1]; COX --> COX2[ЦОГ-2];
```

ЦОГ-1

**Образование простагландинов
с защитной функцией**

- ✓ гастропротекция
- ✓ усиление перфузии почек
- ✓ регуляция образования
тромбоцитов

Присутствует в норме

ЦОГ-2

**Образование простагландинов
в воспаленных тканях**

- ✓ воспаление
- ✓ боль

*Образуется в случае
повреждения*

Селективные НПВП

 нимесулид,

 мелоксикам,

 целекоксиб,

 рофекоксиб,

 этодолак.

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

Симптоматические язвы желудка и 12 ПК.

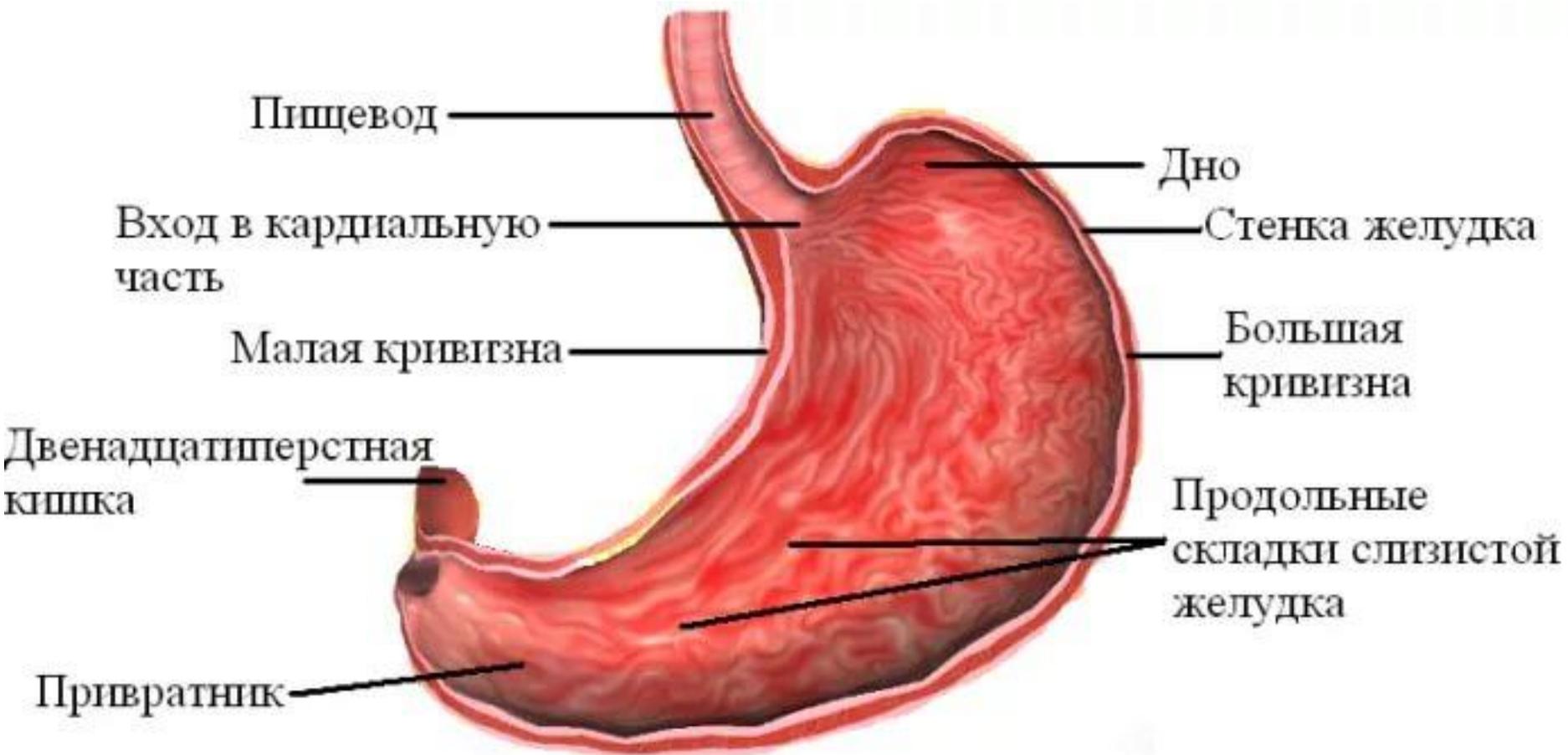
4. Гастродуоденальные язвы при заболеваниях внутренних органов
- Атеросклероз брюшной аорты, ГБ, ревматоидный артрит
 - Цирроз печени, хронический панкреатит, болезнь Крона
 - ХНЗЛ, сахарный диабет, эритремия
 - Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, ХПН
 - Больные пожилого возраста (“старческие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

Стрессовые язвы нередко протекают

малосимптомно, отличаются склонностью к
желудочно-кишечным кровотечениям (их частота
достигает 40-45%) и характеризуются высоким
числом летальных исходов, обусловленных
часто тяжелым течением фонового заболевания.

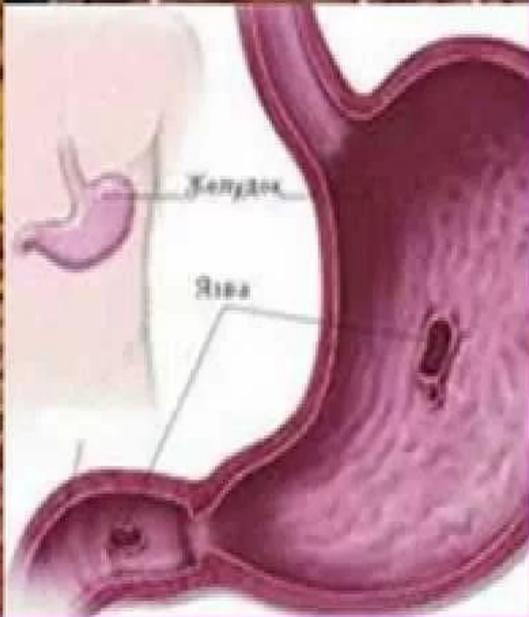
- Патогенез гастродуоденальных язв при **синдроме Золлингера-Эллисона** связан с резкой гиперсекрецией соляной кислоты в результате наличия у больных гастринпродуцирующей опухоли (чаще всего в поджелудочной железе).
- Эти язвы обычно бывают множественными, локализуются не только в желудке и двенадцатиперстной кишке, но и в тощей кишке, а иногда и пищеводе, протекают с выраженными болевыми ощущениями, упорной диареей.

- При обнаружении язв в желудке необходимо обязательно проводить дифференциальный диагноз между доброкачественными язвенными поражениями, малигнизацией язв и инфильтративно-язвенной формой рака желудка.
- В пользу злокачественного поражения свидетельствуют его **очень большие размеры** (особенно у больных сравнительно молодого возраста), локализация язвенного дефекта на **большой кривизне желудка**, повышение СОЭ и гистаминустойчивая ахлоргидрия.



При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях **злокачественных** **язв** выявляют:

- неправильную форму язвенного дефекта,
- неровные и бугристые края,
- инфильтрацию слизистой оболочки вокруг язвы,
- ригидность стенки желудка в месте язвы.



- Гастродуоденальные язвы, при которых не удается выявить инфекцию *H. pylori* или связь с приемом лекарственных препаратов (в частности, НПВП), а также отсутствует симптоматический характер язвенных поражений, носят название **идиопатических**.
- Факторами, предрасполагающими к их возникновению, служат **пожилой возраст** больных, нарушения процессов слизиобразования в желудке, нервно-психические стрессы, **мезентериальная ишемия**.

Течение и осложнения ЯБ

- В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет).
- Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких как физическое перенапряжение, прием НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений (кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация язвы).

Язвенное кровотечение

- Наблюдается у 15-20% больных ЯБ, чаще при локализации **язв в желудке**.
- Факторами риска его возникновения служат прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП, инфекция *H. pylori* и размеры язв >1 см.

- Язвенное кровотечение проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» или черным дегтеобразным стулом (мелена).
- При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменной крови.
- Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов.

Перфорация (прободение) ЯЗВЫ

- Встречается у 5-15% больных ЯБ, чаще у мужчин.
- К ее развитию предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переедание.
- Бывают случаи, когда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немого») течения ЯБ.

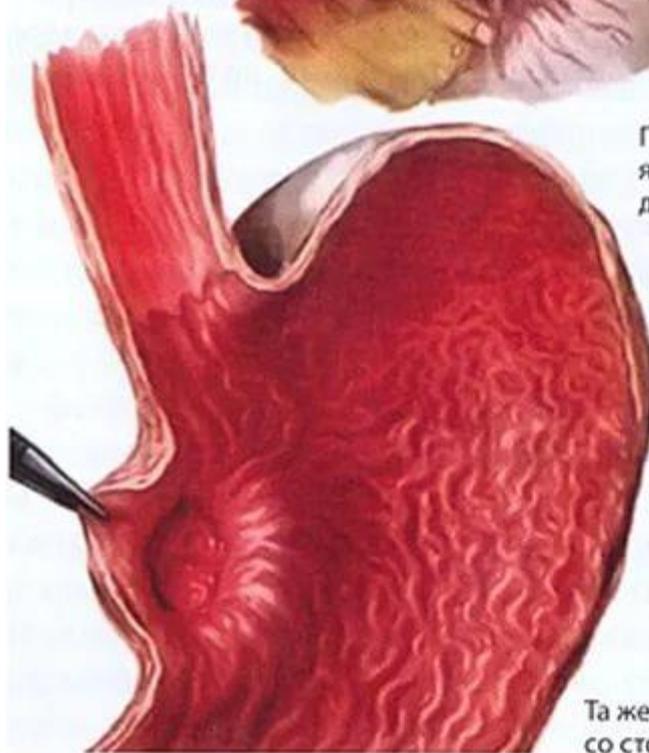
- Клинически перфорация язвы манифестируется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния.
- При обследовании больного обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щеткина–Блюмберга.
- В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита.

Пенетрация язвы

- Под пенетрацией понимают проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани — поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток.
- При этом возникают упорные боли, которые теряют прежнюю связь с приемом пищи, повышается температура тела, в анализах крови выявляется повышение СОЭ.
- Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.



Пенетрация
язвы в левую
долю печени



Та же язва
со стороны полости желудка



Стеноз привратника (1)

- Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки.
- Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания прободной язвы данной области.
Наиболее характерными клиническими симптомами стеноза привратника **являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом «тухлых» яиц.**

Стеноз привратника (2)

- При пальпации живота в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), у худых больных становится иногда видимой перистальтика желудка.
- При декомпенсированном стенозе может прогрессировать истощение больных, присоединяются электролитные нарушения.

Малигнизация

- Малигнизация (озлокачествление) доброкачественной язвы желудка является не таким частым осложнением, как считалось раньше.
- За малигнизацию нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не распознанного инфильтративного язвенного рака.
- Диагностика не всегда оказывается простой.
- Клинически иногда удается отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений.
- В анализах крови обнаруживаются анемия, повышение СОЭ.
- Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

Лечение ЯБ

Лечение ЯБ должно быть комплексным и включать не только лекарственные средства, но и широкий круг различных мероприятий:

- диетическое питание,
- прекращение курения и злоупотребления алкоголем,
-  отказ от приема препаратов, обладающих
ульцерогенным действием,
-  нормализацию режима труда и отдыха,
-  санаторно-курортное лечение.

Лечение ЯБ

- Больные с неосложненным течением ЯБ подлежат консервативной терапии амбулаторно.
- Однако при выраженных болях, высоком риске развития осложнений (например, большие и гигантские язвы), необходимости дообследования с целью верификации диагноза (в частности, при неясном характере язвенного поражения желудка), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов.

Диета

- частое (5–6 раз в сутки), дробное питание, механически, термически и химически щадящая слизистую оболочку желудка.
- В большинстве случаев показано назначение диеты № 1 по М. И. Певзнеру.



Диета

Из пищевого рациона **необходимо исключить** продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты:

-  крепкие мясные и рыбные бульоны,
-  жареную и наперченную пищу,
-  копчености и консервы,
-  приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу),
-  соления и маринады,
-  газированные фруктовые воды,
-  пиво,
-  белое сухое вино,
-  шампанское,
-  кофе, цитрусовые.

Диета

- Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (т.е. способностью связывать и нейтрализовать соляную кислоту).
- К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты).
- Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы.

Диета

- Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) МОЖНО ГОТОВИТЬ ТУШЕНЫМИ ИЛИ В ВИДЕ ПЮРЕ И ПАРОВЫХ СУФЛЕ.
- В пищевой рацион можно включать каши, кисели из сладких сортов ягод, муссы, желе, печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай.

- Нужно помнить и о таких простых, но в то же время важных рекомендациях, как необходимость принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша, сидя, тщательно прожевывать пищу.
- Это способствует лучшему пропитыванию пищи слюной, буферные возможности которой являются достаточно выраженными.



ФАРМАКОТЕРАПИЯ



Основные цели терапии ЯБ

- Рубцевание язвы
- Профилактика рецидивов и осложнений

Задачи лечения

- Уменьшение кислотности ЖКТ (H₂ гистаминоблокаторы, ИПП, антациды)
- Нормализация моторики (прокинетики-метоклопрамид- не более 5 дней, донперидон)
- Повышение факторов защиты (препараты висмута, гастроцитопротекторы- ребамипид, вентер, простагландины)
- Нормализация работы НС (эглонил, седативные препараты)
- Репаранты (метионин, препараты висмута)

Антациды

- Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного рН >3 на протяжении 4-6 часов в течение суток, что определяет их недостаточно высокую эффективность при применении в качестве монотерапии.
- Тем не менее, многие больные ЯБ охотно принимают антацидные препараты для купирования болей и диспепсических жалоб, учитывая быстроту их действия и доступность при безрецептурной продаже.

Антациды (продолжение)

При систематическом применении антацидных препаратов следует помнить о возможных побочных эффектах.

К ним относятся:

- феномен «рикошета» — вторичное (после первоначального антацидного эффекта) повышение секреции соляной кислоты,
- «молочно-щелочной синдром» (при одновременном приеме карбоната кальция и употреблении большого количества молока);
- нарушение всасывания некоторых лекарственных препаратов (антибиотиков, H₂-блокаторов), если они применяются вместе с антацидами;
- нарушения стула (запор или диарея) и т.д.

H₂-блокаторы

- В 80-х годах прошлого столетия H₂-блокаторы (циметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин, роксатидин) были наиболее популярными противоязвенными препаратами.
- Они подавляют секрецию соляной кислоты за счет вытеснения гистамина из связи с H₂-рецепторами париетальных клеток.
- Эти препараты поддерживают показатели внутрижелудочного pH >3 в течение суток на протяжении 8–10 часов.

H2-блокаторы (продолжение)

- Многочисленные исследования показали, что применение H2-блокаторов в течение 4-6 недель приводит к рубцеванию язвенного дефекта у 70-80% больных с дуоденальными язвами и у 55-60% пациентов с язвами желудка.
- После того как в клинической практике в качестве базисной антисекреторной терапии стали широко применяться ИПП, H2-блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время используются редко, главным образом при невозможности применения ИПП или же в комбинации с ними для усиления антисекреторного действия.

Ингибиторы протонной помпы

- могут поддерживать требуемую продолжительность повышения рН в желудке, необходимую для заживления гастродуоденальных язв.
- Сегодня ИПП являются средством базисной терапии обострений ЯБ.
- Они назначаются с целью купирования болей и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки.

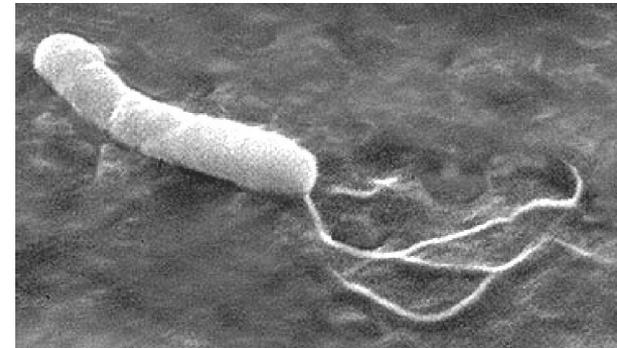
Ингибиторы протонной помпы

- **Омепразол** (Лосек, Омез и другие омепразолы – более 50)
- **Лансопразол** (Ланзап)
- **Пантопразол** (Контралок, зипантола и др.)
- **Рабепразол** (Париет, Рабелок)
- **Эзомепразол** (Нексиум)



- Нет *H.pylori* – нет язвы

Warren & Marshall, 1983



ЭРАДИКАЦИЯ *H. pylori* ПРИВОДИТ к

- Излечению болезни или достижению длительной ремиссии заболеваний, ассоциированных с ***H.pylori***
- Снижению частоты ежегодных рецидивов дуоденальных язв с **75% до 3,5%**; желудочных язв с **65% до 5,7%**
- Предотвращению повторных кровотечений, связанных с язвенным поражением

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 (рецидивирующее течение, 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.

- Схемы эрадикационной терапии обязательно **включают в себя** — наряду с антибиотиками — **ИПП**.
- Установлено, что *H. pylori* **выживают при значениях рН 4,0—6,0** и хорошо **размножаются при рН 6,0—8,0**.
- ИПП повышают **показатели внутрижелудочного рН**, и это приводит к тому, что размножающиеся в таких условиях бактерии **становятся более чувствительными к действию антибиотиков**.

Кроме того, ИПП уменьшают объем желудочного сока, в результате чего повышается концентрация антибиотиков в желудочном содержимом, они увеличивают вязкость желудочного сока и замедляют эвакуацию содержимого из желудка, вследствие чего возрастает время контакта антибиотиков и микроорганизмов.

- ИПП сами обладают антихеликобактерной активностью.
- Перечисленные свойства делают их **обязательным компонентом различных схем эрадикации.**

Терапия первой линии

продолжительность лечения - 10 или 14 дней

Ингибитор
протонной помпы
в стандартной дозе
2 раза в день за 30
мин до еды

Кларитромицин
500 мг 2 раза в день
+
Амоксициллин 1000 мг 2 раза в
день или
Метронидазол 500 мг 2 раза в
день

Терапия второй линии квадротерапия

продолжительность лечения – 10 или 14 дней

Ингибитор протонной помпы	Препарат висмута	Антибактериальные препараты
<p>Ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день за 30 мин до еды</p>	<p>Коллоидный субцитрат висмута или субсалицилат висмута, или галлат висмута по 120 мг 4 раза в день + Тетрациклин по 500 мг 4 раза в день + Метронидазол по 500 мг 3 раза в день</p>	

ПРЕПАРАТЫ ВИСМУТА и *H.pylori*

- Бактерицидный эффект:

- Преципитация на мембране,
- Нарушение проницаемости
- Цитолиз

- Блокирование **адгезии**

- Блокирование подвижности

- Блокирование ферментов

- **Отсутствие резистентности**

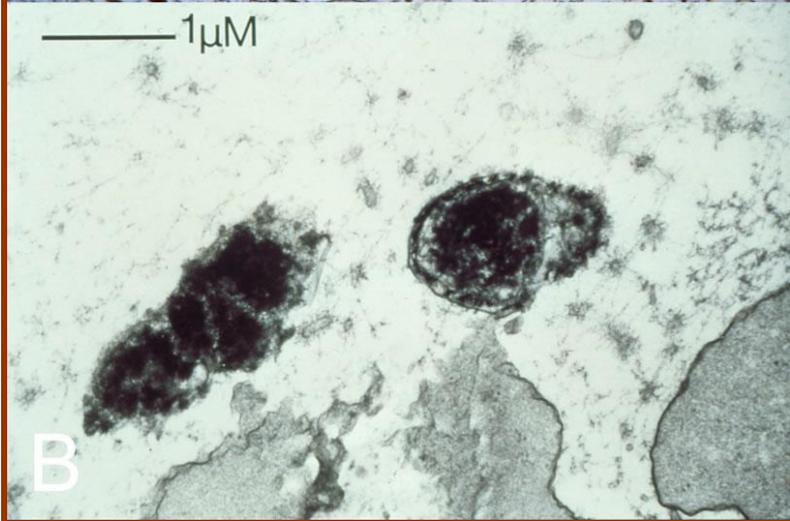
- Действие на вегетативные и кокковые формы *H.pylori*

Помимо действия на *H.p.*

препараты висмута обладают

цитопротективным действием,

способствуют улучшению кровотока.





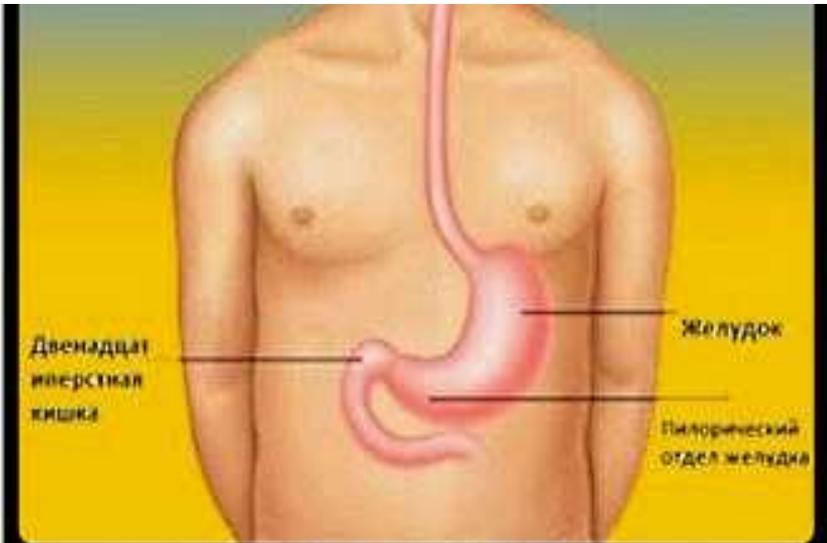
- **Квадротерапия проводится через 1-2 месяца после тройной терапии.**
- **Продолжительность курса от 7 дней увеличилась до 14 дней (14 дневная схема улучшает эрадикацию на 12% по сравнению с 7 дневной).**

- **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
-  **7 недель** при желудочной локализации
язв

Однократным назначением ингибитора
протонной помпы в 14-16 часов.



Язва желудка - серьезное заболевание требующее длительного лечения

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

- После эрадикационной терапии показан прием ИПП до эпителизации язвенного дефекта.
- ИПП можно сочетать с антацидами (в течение 7-10 дней).

- Контроль рубцевания язв желудка проводят через **4, 6, 8 недель** после начала приема **препаратов**, а дуоденальных – через 2, 4, 6 недель (в зависимости от размера язвенного дефекта).
- Успешность эрадикации *H. Pylori* обуславливает безрецидивное течение, что является положительным прогностическим признаком в лечении ЯБ.

Дальнейшее ведение пациентов с ЯБ:

- Динамическое наблюдение за больным, 1 раз в год проводить ФГДС, диагностику инфекции *H. pylori*.
- При непрерывно рецидивирующем течении – консультация хирурга (особенно при ЯБЖ)

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов:

- заживление язвенного дефекта в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны;
- эффективная эрадикация *H.pylori*;
- обеспечение стойкой ремиссии ЯБ;
- отсутствие осложнений.

Профилактические мероприятия:

- **одновременное назначение ИПП** при необходимости приема НПВП и антикоагулянтов (особенно больным пожилого возраста, пациентам с ЯБ в анамнезе, больным с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и циррозом печени);

Профилактические мероприятия:

- устранение факторов, способствующих язвообразованию: устранение вредных привычек (курение и злоупотребление алкоголем);
- нормализация режима труда и отдыха;
- организация правильного режима и характера питания.
- применение эрадикационной антихеликобактерной терапии в случае обнаружения *H. pylori* и обострения ЯБ.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

22 ноября 2004 г. N 241

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

В соответствии с п. 5.2.11. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898), ст. 38 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. N 5487-1 (Ведомости съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федера

1. Модель пациента

Категория возрастная: взрослые, дети.

Нозологическая форма: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки.

Код по МКБ10: **K25, K26.**

Фаза: обострение.

Стадия: I – II - III стадии язвенного дефекта слизистой оболочки.

Осложнение: без осложнений.

Условие оказания: амбулаторно- поликлиническая помощь.

Усредненный показатель частоты
предоставления – **1,0 – должен быть
назначен абсолютно всем** пациентам
обратившихся по поводу артериальной
гипертонии.

1.1. ДИАГНОСТИКА

A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие хеликобактериоза	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления	1	1
A04.14.002	Ультразвуковое исследование желчного пузыря	0,5	1
A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	0,5	1
A06.16.002	Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки	0,5	1

1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 1 МЕСЯЦА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.16.001	Сбор анамнеза и жалоб при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	2
A01.16.002	Визуальное исследование при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	2
A01.16.003	Пальпация при болезнях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки	1	2
A25.16.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях пищевода, желудка, 12-перстной кишки	1	2

A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,8	1
A08.16.002	Морфологическое исследование препарата тканей желудка	0,001	1
A08.16.003	Морфологическое исследование препарата тканей двенадцатиперстной кишки	0,001	1
A08.16.004	Исследование материала желудка на наличие геликобактериоза	0,5	1
A09.16.004	Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов в желудочном содержимом (рН)	0,01	1
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	0,001	1
A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	0,001	1

Благодарю за внимание!

