

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Профессор Махов В. М.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

хроническое рецидивирующее заболевание, морфологическим субстратом которого является пептическая язва этих органов

Эпидемиология язвенной болезни



- **Распространённость:** 8-10% населения (?)
- **Распространённость по данным аутопсии:** 14-16% населения
- **Заболеваемость:** 157,6/100000 (МЗ РФ, 2001 г.)

Язвенная болезнь + симптоматические язвы

Ведущая жалоба при обострении язвенной болезни - боль

В генезе боли участвуют:

- Соляная кислота, пепсин
- Спазм мышечного слоя желудка и 12-перстной кишки
- Внутрижелудочное давление
- рН крови?

Особенности болей при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

- **Связь болей с едой**
- **Сочетание боли с синдромом
желудочной диспепсии (изжога, отрыжка,
рвота кислым)**
- **Стихание болей после еды, рвоты,
приёма антацидных средств**
- **Сезонность болей**

Основные клинические симптомы (жалобы) при обострении ЯБ

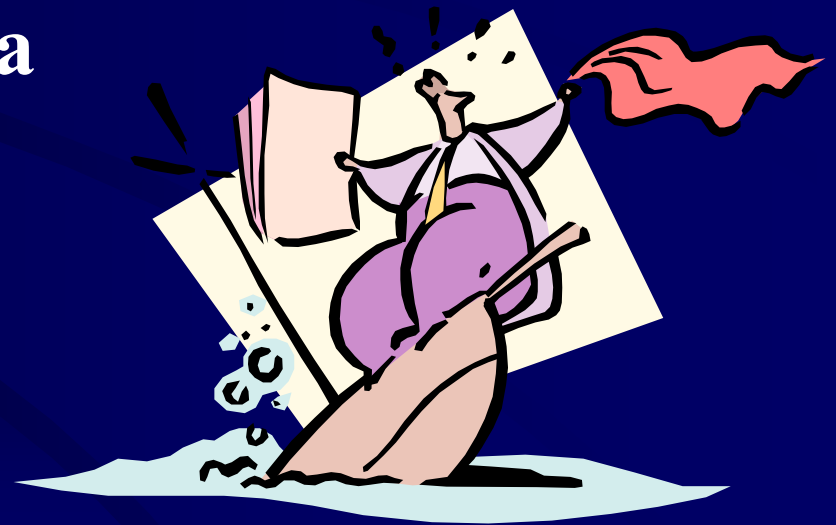
- Боли в эпигастрии - интенсивные, имеющие определенные закономерности
- Диспепсические расстройства (синдром желудочной диспепсии):
 - а) изжога
 - б) рвота кислым
 - в) тошнота
 - г) отрыжка, чаще кислым
- Кишечные синдромы:
 - а) запоры
 - б) спастические боли по ходу кишечника
- Астено-вегетативный синдром

Данные физикального исследования при ЯБ

- Болезненность при пальпации в эпигастрии и/или пилородуоденальной зоне
- Болезненность при пальпации спазмированной толстой кишки

«Жизненные» факторы, способствующие развитию язвенной болезни

- Психическое перенапряжение
- Переедание
- Беспорядочная еда
- Трудноперевариваемая пища
- Острая, пряная пища
- Курение
- Алкоголь
- Гипоксия



Генетические факторы ЯБ (1)

Повышение высвобождения
гастрина при приёме пищи

Увеличение массы
Париетальных клеток

Повышение содержания
пепсиногена

Гиперсекреция HCl

Генетические факторы ЯБ (2)

- 0 (I) группа крови (повышенная адгезия НР – экспрессированные мембранные рецепторы к НР)
 - Дефект желудочной слизи (дефицит мукогликопротеинов)
-
- Изменение вкуса
 - Особенности дерматоглифической картины

«Дисбаланс» гормонов при язвенной болезни

- **Повышенная инкреция АКТГ, СТГ, кортизола**
- **Нарушение синтеза α - и γ -эндорфинов**
- **Высокий уровень гастрина**
- **Низкая продукция соматостатина**
- **Нарушение ритма инкреции мелатонина**

Нервно-психические расстройства

- Ваготония
- Тревожно-мнительные черты характера
- Депрессия

Местные факторы агрессии

- Соляная кислота и пепсин
- Желчные кислоты, лизолецитин, панкреатические ферменты
- Ишемия
- Нарушение моторики
- *Helicobacter pylori*
- Крепкие алкогольные напитки
- НПВП

Причины повышения кислотопродукции при ЯБ (в 1,5- 3 раза и более)

- **Увеличенное количество париетальных и главных клеток**
- **Гипергастринемия**
- **Ваготония**
- **Повышенный уровень ацетилхолина**
- **Повышенный уровень гистамина**

Роль НР в ульцерогенезе

- **Стойкое повышение кислотопroduкции**
- **Повреждение эпителиоцитов**
- **Повреждение эндотелия микрососудов желудка**
- **Уменьшение количества, вязкости, гидрофобности слизи**
- **Замедление процессов эпителизации и заживления язв**
- **Нарушение моторно-эвакуаторной функции**

Местные механизмы язвообразования

- ДПК -

Ацидификация ДПК

- Длительная гиперхлоргидрия (пептический протеолиз)
- Гастродуоденальная дисмоторика
- Неэффективность нейтрализации HCl мукоидными субстанциями, пищей, панкреатическим соком

Роль НР в ульцерогенезе в ДПК



«Местные» факторы ульцерогенеза

ЯБ ДПК

- *Helicobacter pylori* - 92%
- НПВС - 5%
- Другие - 3%

ЯБ желудка

- *Helicobacter pylori* - 70%
- НПВС - 25%
- Другие - 5%

«Нет кислоты – нет язвы»

**K.Schwarz,
1910**

**«Нет *Helicobacter pylori* – нет
язвы»**

**D.Graham,
1989**

Местные факторы защиты

- $Pg E_2$ – резистентность слизистой
- $Pg I_2$ – адекватный кровоток в слизистой
- Достаточный слой слизи
- Синтез гидрокарбонатов
- Гидрофобный барьер - сурфактантоподобные вещества
- Пролиферация и дифференциация клеток желудочных желез

Дифференциально-диагностические признаки ЯБ желудка и 12-перстной кишки

Признаки	ЯБ желудка	ЯБ 12-перст. кишки
Возраст	> 40 лет	< 40 лет
Пол	Оба	Чаще мужской
Боли	Ранние	Поздние
Рвота	Часто	Не характерна
Аппетит	Снижен, норм., ситофобия	Норм. или повышен
Масса тела	Снижена	Стабильная
Эффект ранидина, омепразола и др.	На 2-3 неделе	На 2-3 день
Курс. лечение	12-16 недель	6-8 недель

Критерии диагноза язвенной болезни

- * «Язвенные» жалобы и анамнез
- * Локальные объективные симптомы
- * Симптомы желудочно-кишечного кровотечения (явного или скрытого)
- * Повышенная продукция соляной кислоты (гиперсекреция)
- * * Прямые и косвенные рентгенологические признаки язвы
- * * * Выявление язвенного дефекта при гастродуоденоскопии

Классификация язвенной болезни (1)

По нозологической принадлежности

- Язвенная болезнь
- Симптоматические гастродуоденальные язвы

Классификация язвенной болезни (2)

По локализации поражения

Язвы желудка

- Кардиального отдела
- Тела желудка
- Антрального отдела
- Пилорического канала

Язвы двенадцатиперстной кишки

- Луковицы ДПК
- Постбульбарного отдела

Сочетание

Классификация язвенной болезни (3)

По количеству язв

- Одиночные**
- Множественные**

Классификация язвенной болезни (4)

По диаметру язв

- Малых размеров (до 0,5см)
- Средних размеров (0,6-1,9)
- Большие (2-3см)
- Гигантские (свыше 3,0см)

Классификация язвенной болезни (5)

По клинической форме заболевания

Типичная

Атипичная

- С атипичными болями
- Безболевая
- Бессимптомная

Классификация язвенной болезни (6)

По характеру течения

- С редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже)
- С ежегодными обострениями
- С частыми обострениями (2 раза в год и чаще)

Примерная формулировка диагноза

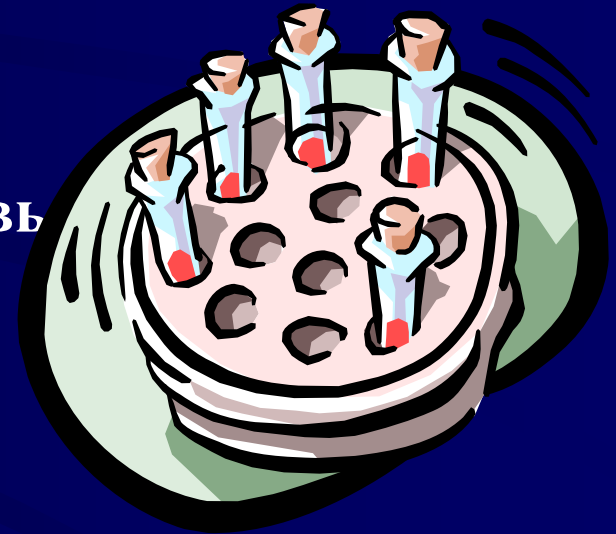
- Язвенная болезнь желудка в стадии обострения с локализацией большой (диаметром 2,7см) труднорубцующейся язвы на малой кривизне тела желудка
- Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания (стадия «красного» рубца)

Необходимые лабораторно-инструментальные исследования при ЯБ

Общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторять 1 раз в 10 дней)

Однократно:

- Группа крови
- Резус-фактор
- Анализ кала на скрытую кровь
- Общий анализ мочи
- Железо сыворотки крови
- Ретикулоциты
- Сахар крови
- Гистологическое исследование биоптата
- Цитологическое исследование биоптата
- Уреазный тест (CLO-тест и др.)



Направления медикаментозной терапии язвенной болезни

- Снижение интрагастральной кислотности
- Подавление *Helicobacter pylori*
- Ликвидация моторных нарушений
- «Защита» слизистой оболочки



Диетотерапия

Диета № 1

- **Механически щадящая пища**
- **Химически щадящая пища**
- **Термически щадящая пища**

Лекарства, подавляющие продукцию НСІ (1)

- **Блокаторы М1-холинорецепторов**

- ✓ Пирензепин (Гастроцепин) 25, 50 мг 2 раза в день

- **Блокаторы Н2-гистаминовых
рецепторов**

- ✓ Ранитидин (Зантак, Ранисан) 150мг, 300мг 2 раза

- ✓ Фамотидин (Квамател) 20мг 2 раза

- ✓ Ранитидин висмут цитрат (Пилорид)

Средства, подавляющие продукцию НС1 (2)

- **Ингибиторы протонной помпы**
 - ✓ Омепразол (Омес, Лосек) - 20 мг
 - ✓ Лансопразол (Ланзап) - 15 мг, 30 мг
 - ✓ Рабепразол (Париет) - 20 мг
 - ✓ Эзомепразол (Нексиум) - 20мг, 40мг

Механизмы действия нерастворимых антацидов

- **Нейтрализация соляной кислоты**
- **Уменьшение протеолитической активности желудочного сока**
- **Обволакивающее действие**
- **Связывание лизолецитина и желчных кислот**
- **Цитопротективный эффект**

«Защита» слизистой (пленкообразующие средства)

- ✓ Висмута трикалия дицитрат
(Де-нол) - таб. 120 мг
- ✓ Сукральфат (Вентер) –
таб. 500 мг

Схема эрадикации *Helicobacter pylori* (1)

Семидневная 3-компонентная терапия:

Омепразол 20 мг 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Кларитромицин 250 мг 2 раза в день

ИЛИ

Омепразол 20 мг 2 раза в день

Тинидазол 500 мг 2 раза в день

Кларитромицин 250 мг 2 раза в день

Рекомендации Европейской группы по изучению *H.pylori* и Российской гастроэнтерологической ассоциации

Схема эрадикации *Helicobacter pylori* (2)

Семидневная 4-компонентная терапия:

Омепразол 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч

+

Коллоидный субцитрат висмута 120 мг 3 раза за 30 мин до еды и 4-й раз спустя 2 часа после еды

перед сном

+

Метронидазол 250 мг 4 раза в день после еды или

Тинидазол 500 мг 2 раза в день после еды

+

Тетрациклин **или** Амоксициллин по 500 мг 4 раза в день после еды

Схема эрадикации *Helicobacter pylori* (3)

Семидневная схема:

Ранитидин висмут цитрат (Пилорид)

400 мг 2 раза в день в конце еды

+

Кларитромицин (Клацид) 250 мг **или**

Тетрациклин 500 мг, **или** Амоксициллин

1000 мг 2 раза в день

+

Тинидазол 500 мг

2 раза в день с едой

Пилобакт

омепразол

кларитромицин

тинидазол

Лечение после окончания комбинированной эрадикационной терапии

В течение 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язв больные должны принимать один из следующих препаратов:

или Ранитидин - 300 мг в 19-20 ч

или Фамотидин - 40 мг в 19-20 ч

или Ранитидин висмут цитрат
(Пилорид) - 400 мг в 8 и 20 ч

Непрерывная поддерживающая терапия:

Проводится в течение нескольких месяцев и даже лет антисекреторным препаратом в половинной дозе.

Например: принимать ежедневно вечером (в 20 ч) ранитидин по 150 мг или фамотидин по 20 мг

Показаниями к непрерывной поддерживающей терапии являются:

- неэффективность проведенной эрадикационной терапии
- осложнения ЯБ (язвенное кровотечение или перфорация)
- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВП
- сопутствующий ЯБ эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит
- возраст > 60 лет в случае ежегодно рецидивирующего течения ЯБ, несмотря на адекватную терапию.

Профилактическая терапия “по требованию”:

Назначается при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, и включает в себя прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной - в течение 2 недель.

Побочные эффекты антибактериальной терапии:

- метеоризм – 26%
- отрыжка – 20%
- понос – 12%
- запор – 11%
- изменение состава кишечной микрофлоры – 100% (?)
- повышение уровня АСТ, γ -ГТ
- лейкопения

Ликвидация моторных нарушений

- Ритм питания
- Домперидон (0,01 г 2-3 р/сутки до еды)
- Нерастворимые антациды
(через 30-40 мин. после еды)
- Сульпирид (эглонил 0,05 г 2 р/сутки)

Осложнения язвенной болезни:

- ◆ Язвенное кровотечение
- ◆ Перфорация язвы
- ◆ Пенетрация
- ◆ Перивисцериты
- ◆ Стеноз привратника
- ◆ Вовлечение соседних органов

Кровотечение

- Рвота
 - «кофейной гущей»
 - с примесью алой крови к рвотным массам
- Мелена
- Симптомы острой кровопотери

Перфорация

- «Кинжальная» боль в эпигастральной области
- Симптомы пневмоперитонеума
- Симптомы перитонита

Пенетрация

- Изменения типичного «язвенного» ритма болей
- Резистентность к терапии
- Появление клинической картины, характерной для поражения вовлеченного органа

Стеноз привратника и ДПК

- Чувство переполнения после небольшого количества пищи
- Рвота, в том числе съеденной накануне пищей
- Отрыжка тухлым
- Снижение массы тела
- Шум плеска через 7-8 часов после еды

Общие показания к хирургическому лечению ЯБ:

- ◆ Продолжительные, массивные, рецидивирующие кровотечения
- ◆ Перфорация
- ◆ Стеноз привратника



Основные факторы снижения качества жизни больных ЯБ (Я.М.Рутгайзер, 1997)

- Необходимость соблюдения диеты 81%
- Необходимость принимать лекарства 73%
- Ограничение физической нагрузки 56%
- Ограничение эмоций 56%
- Ограничение трудовой деятельности 47%
- Ограничение в проведении досуга 39%
- Запрещение курения 38%
- Ограничение занятий физкультурой 30%
- Снижение заработной платы 25%

“ Созная единство человеческого
организма,
настоящий врач одновременно лечит и
отчаяние,
и органические нарушения...”

А. Моруа