



**Язвенная
болезнь
желудка**

и

**двенадцатиперстной
кишки**

**Доцент кафедры
факультетской терапии**

В.В. Дубов

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: определение

- Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), проникающего – в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) – в подслизистый слой.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: эпидемиология

- Язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и ДПК в разных странах болеют 7-10% взрослого населения (в РФ - 3 млн, оперируется каждый 10-й)
- Считается, что около 10% населения развитых стран страдают ЯБ хотя бы раз в жизни
- Распространённость язвы ДПК в 15-20 раз выше по сравнению с язвенной болезнью желудка
- Мужчины болеют чаще женщин (ЯБ ДПК в 2-4 раза, ЯБ желудка – примерно в 2 раза)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: классификация

Различают:

- Язвенную болезнь.
- Симптоматические гастродуоденальные язвы.
- ЯБ, ассоциированную с НР.

В зависимости от локализации выделяют:

- язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);
- язвы ДПК (луковицы и постбульбарного отдела);
- сочетанные язвы желудка и ДПК.

В зависимости от размеров язвенного дефекта выделяют:

- язвы малых (до 0,5 см в диаметре) размеров;
- язвы средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров;
- большие (2,0-3,0 см в диаметре) язвы;
- гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

По числу язвенных поражений различают:

- **одиночные язвы;**

Отмечается стадия течения заболевания:

- обострения;
- рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия "красного" и "белого" рубца);
- ремиссии;
- наличие рубцово-язвенной деформации желудка и ДПК.

Осложнения ЯБ

- Желудочно-кишечное кровотечение
- Перфорация полого органа
- Рубцовый стеноз
- Пенетрация
- Малигнизация

Этиология язвенной болезни

К настоящему времени доказаны следующие основные причины **язвенной болезни**, для каждой из которых определены и изучены патофизиологические механизмы ее развития:

- избыточная продукция HCl;
- местная инфекция бактериями *H. pylori*;
- прием НПВП;
- другие факторы (курение, злоупотребление алкоголем, стресс).

Патогенез язвенной болезни

- Решающее звено – дисбаланс между факторами «агрессии» и факторами «защиты» слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки



Таблица 1. Основные факторы агрессии

Факторы	Повреждающие вещества
Эндогенные (условно повреждающие)	Соляная кислота Пепсин Липаза желчного сока Желчь
Экзогенные	Этанол Составляющие табачного дыма НПВП
Инфекционные	Бактерии <i>H. pylori</i>
Сочетанные заболевания <ul style="list-style-type: none"> • обструктивные заболевания легких • эмфизема легких • цирроз печени • почечная недостаточность 	Системный ацидоз Усиление обратной диффузии ионов H^+ в слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки

Избыточная продукция НСІ

Генетическая
предрасположенность:

- Увеличение массы обкладочных клеток
- Повышенное образование гастрина в ответ на приём пищи

Нарушение
нейроэндокринной
регуляции:

- Усиление вагусного влияния
- Гиперплазия и гиперфункция G-, ECL-клеток, продуцирующих гастрин и гистамин

Helicobacter pylori





- Нет *H. pylori* – нет язвы

Warren & Marshall, 1983

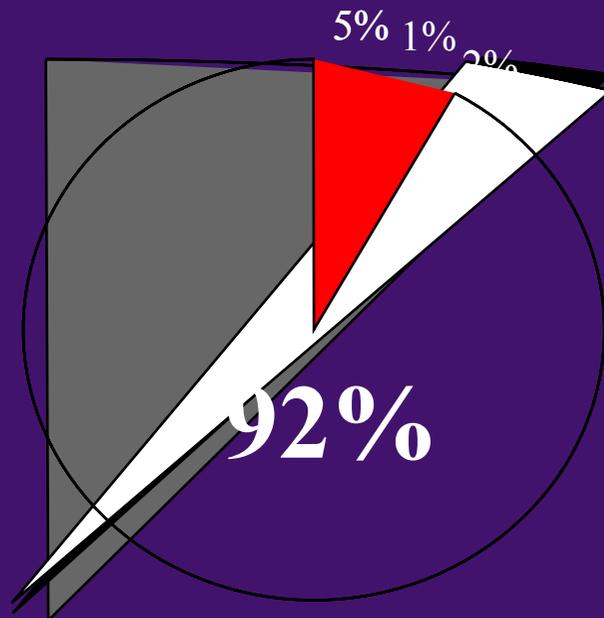
Инфекция *H. pylori*

- Более 70% взрослого населения и 40% детей в России инфицировано *H.pylori*
- С инфекцией *H.pylori* связаны:
 - 92 % случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - 70% случаев язвенной болезни желудка
 - более 50 % случаев рака желудка

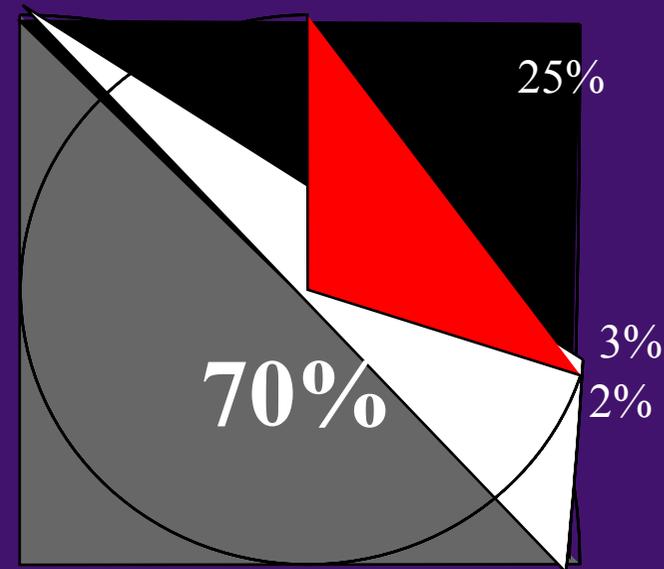
*Российская гастроэнтерологическая ассоциация
Российская группа по изучению *H.pylori**

Helicobacter pylori: ведущий этиологический фактор ЯБ желудка и ДПК

Язва ДПК



Язва желудка



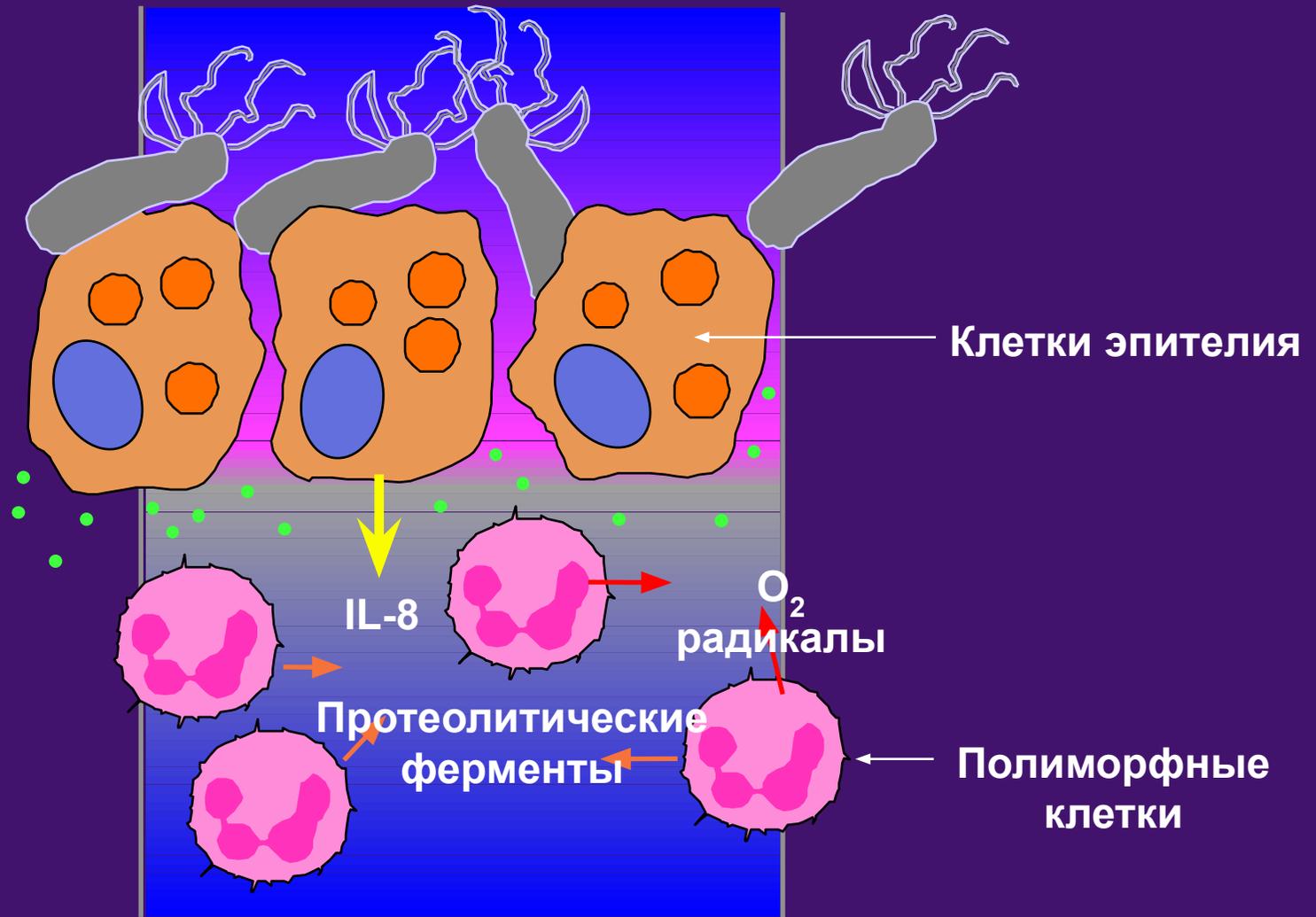
-  *H. pylori*
-  НПВС
-  Синдром Золлингера-Эллисона
-  Другое

Инфекция *H. pylori* - причина острой воспалительной реакции

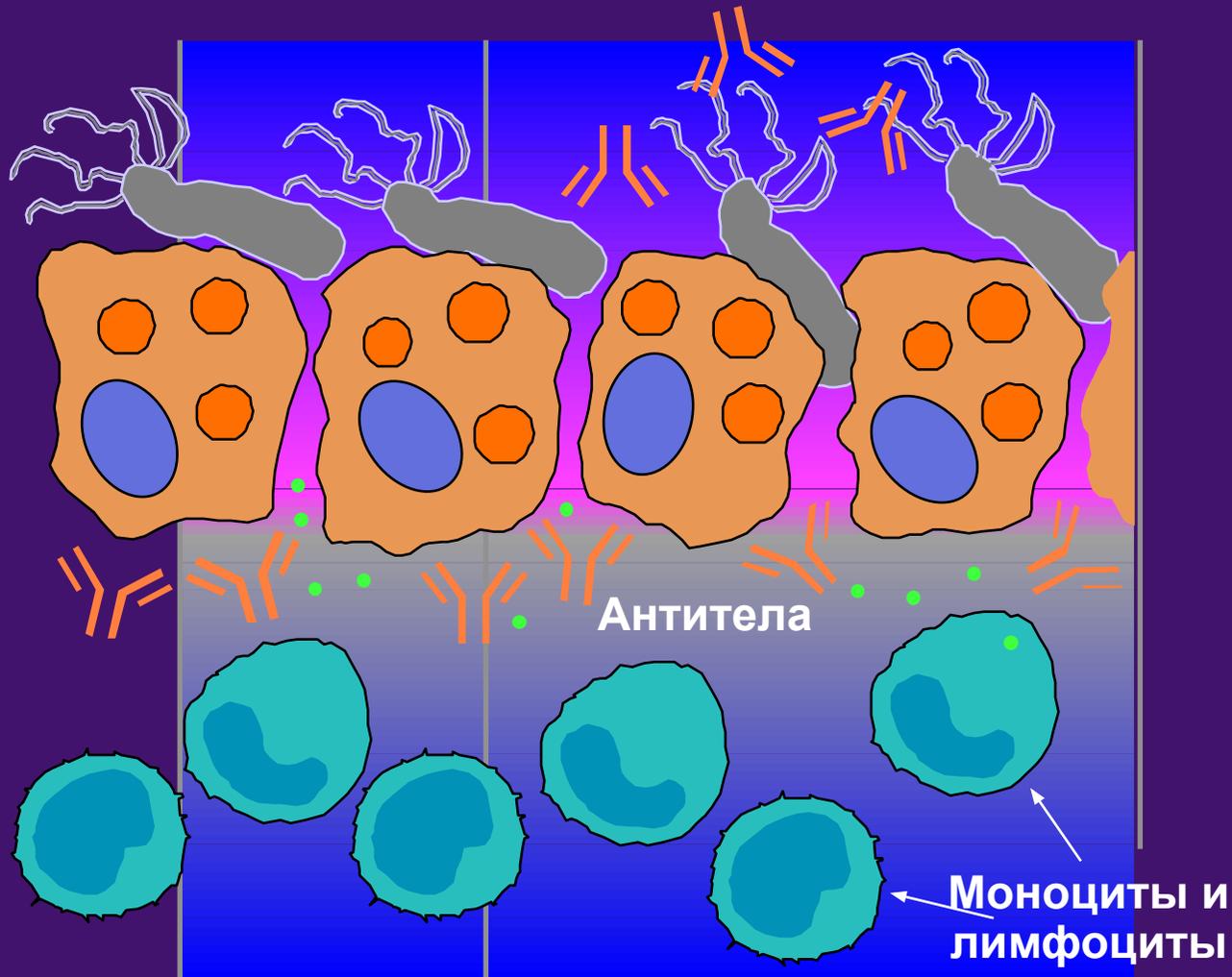
Наиболее патогенны:

VacA-штамм HP, продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток.

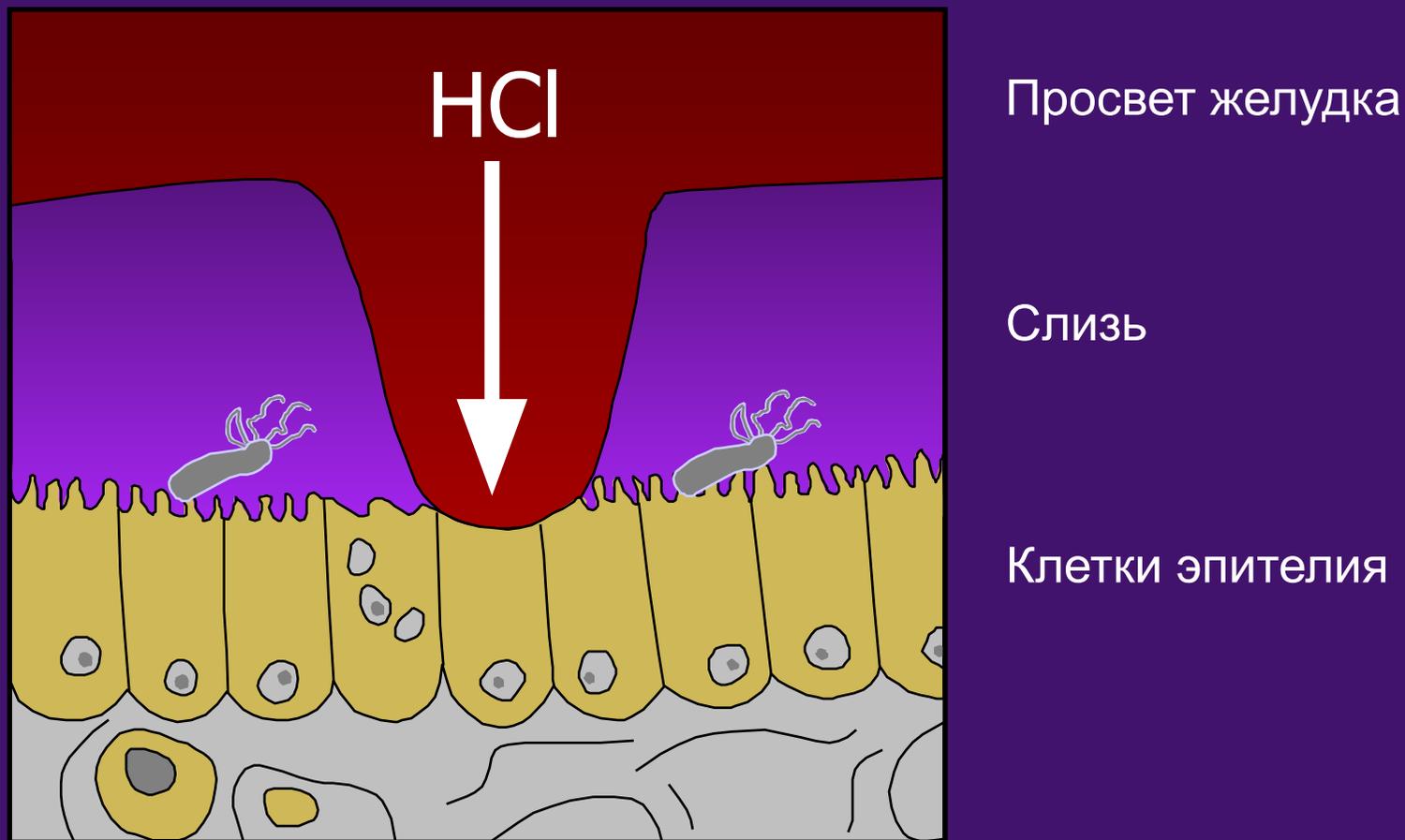
CagA-штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином, который оказывает прямое повреждающее действие на слизистую оболочку желудка.



Хронический активный гастрит – следствие хронической воспалительной реакции на *H. pylori*



Роль инфекции *H. pylori* и соляной кислоты в патогенезе язвенной болезни





Клиническая картина

- **Ведущим синдромом обострения ЯБ являются боли в подложечной области**, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.
- Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка), При язвах пилорического канала и луковицы ДПК обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), голодные боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли.
- Боли проходят после приема антацидов, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла.

- **Синдром язвенной диспепсии:** отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Характерным симптомом является рвота кислым желудочным содержимым, возникающая на высоте болей и приносящая облегчение, в связи с чем больные могут вызывать ее искусственно.
- При обострении заболевания часто отмечается **похудание**, поскольку, несмотря на сохраненный аппетит, больные ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.
- Следует считаться также и с возможностью **бессимптомного течения язвенной болезни**. По некоторым данным, частота таких случаев может достигать 30%

При объективном исследовании

- В период обострения язвенной болезни часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения язвенной болезни.

Желудочно-кишечное кровотечение

- Наблюдается у 15-20% больных ЯБ, чаще при желудочной локализации язв. Оно проявляется рвотой содержимым типа "кофейной гущи" (гематемезис) 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 полого органа

- Встречается у 5-15% больных ЯБ, чаще у мужчин. К ее развитию предрасполагают физическое перенапряжение, прием алкоголя, переедание. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного ("немого") течения язвенной болезни. Перфорация язвы клинически проявляется 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.

Рубцовый стеноз

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

Пенетрация

- **Это проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и др. При пенетрации язвы появляются 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.**

Малигнизация

- Является не таким частым осложнением язв желудка, как считалось ранее. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не распознанного инфильтративно-язвенного рака желудка. Диагностика малигнизации язвы не всегда оказывается простой. Клинически иногда удается отметить изменение течения язвенной болезни с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови выявляют анемию, повышенное СОЭ. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

Диагностика

Лабораторные методы

- **Общий анализ крови:**

Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания [гемоглобина](#) и [эритроцитов](#), но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая о явных или скрытых кровотечениях. [Лейкоцитоз](#) и ускорение СОЭ встречаются при осложненных формах язвенной болезни.

- **Анализ кала на скрытую кровь**

Инструментальные методы

- Рентгенологическое исследование.
- Фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией с последующим гистологическим исследованием биоптатов.
- Рн-метрия.
- Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.

Искусственное контрастирование желудка путем приема внутрь водной взвеси сульфата бария

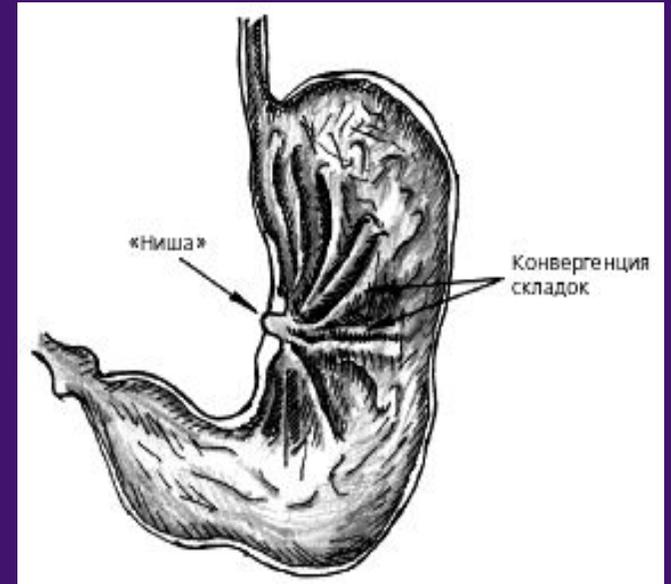
Наиболее типичными рентгенологическими признаками *язвы* желудка или двенадцатиперстной кишки являются:

- 1) симптом «ниши» (контура или рельефа слизистой) с воспалительным валиком вокруг нее;
- 2) конвергенция складок слизистой оболочки к нише;
- 3) симптом «указующего перста» (симптом де Кервена);
- 4) *Ускоренное продвижение бариевой взвеси* в области изъязвления (симптом местной гипермобильности);
- 5) наличие большого количества жидкости в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (неспецифический признак)

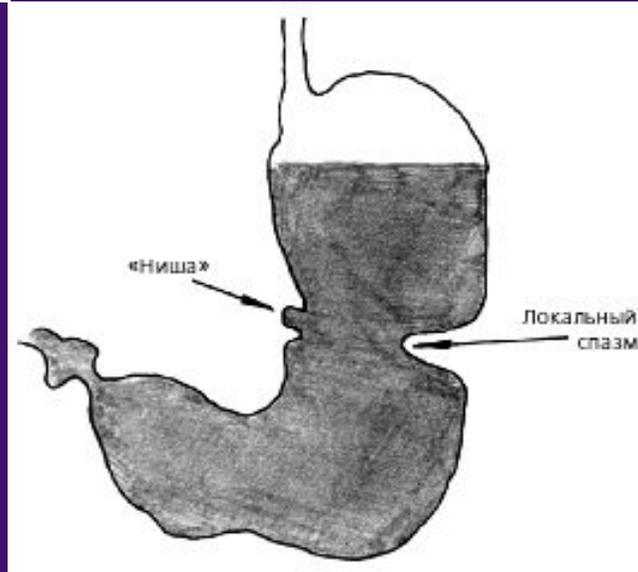
Схематическое изображение рентгенологических симптомов ЯБЖ



Конвергенция складок слизистой оболочки к нише

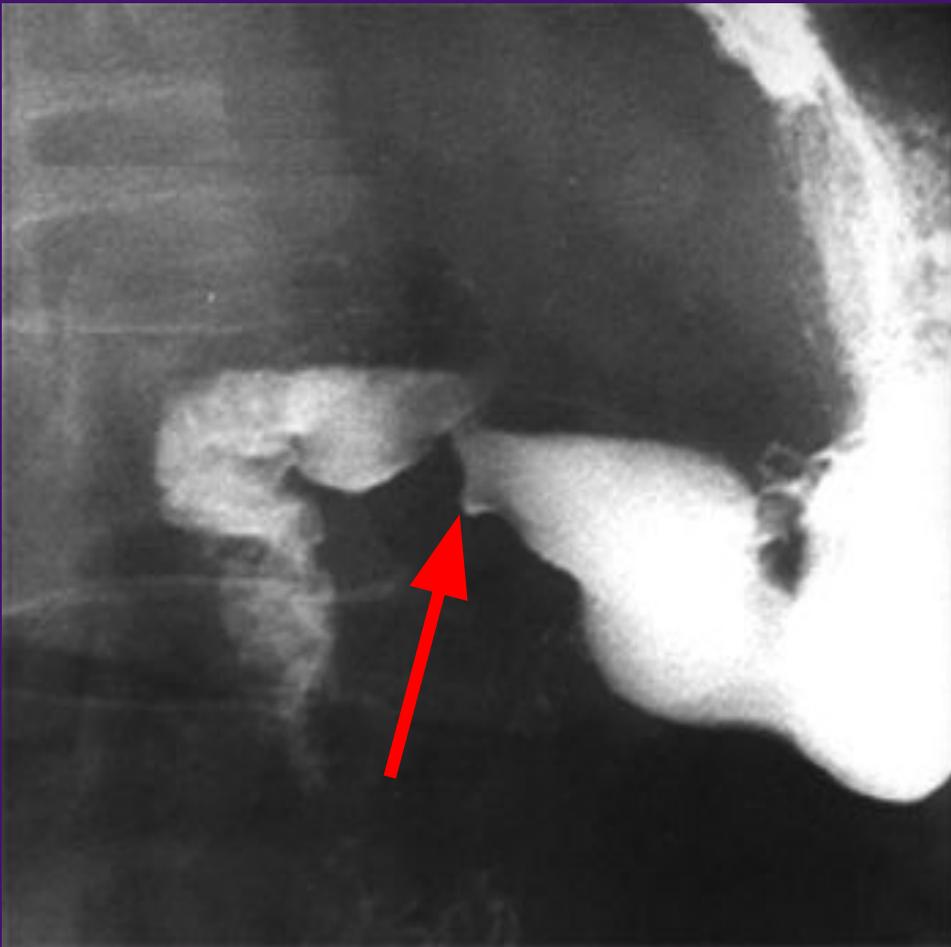


Симптом ниши



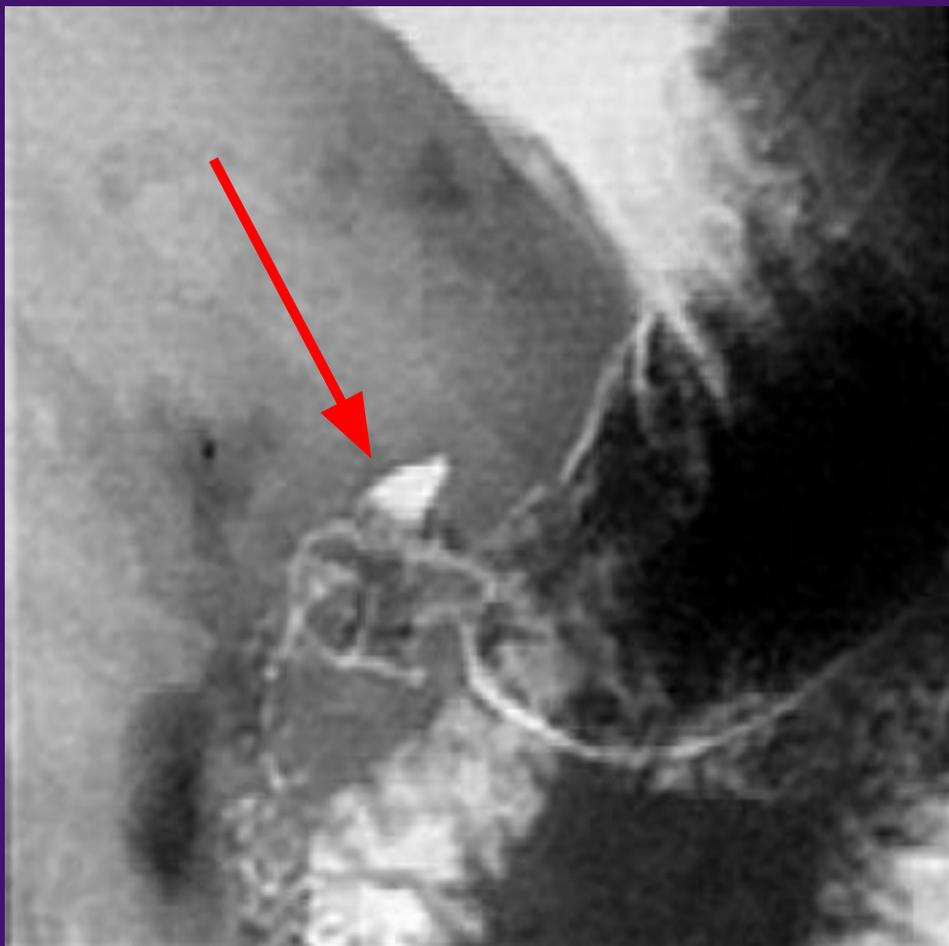
Симптом «указывающего перста»

Рентгенограмма желудка больного с язвой антрального отдела



- СИМПТОМ «НИШИ»

Рентгенограмма желудка больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки (метод пневмографии)



- СИМПТОМ «НИШИ»

ФГДС позволяет:

- 1. Выявить язвенный дефект и описать его локализацию, размеры, характер, наличие и распространенность сопутствующего воспаления слизистой;
- 2. Обеспечить объективный контроль за эффективностью противоязвенного лечения, скоростью и качеством рубцевания;
- 3. Проводить высокоэффективное местное лечение язвы путем введения различных лекарственных веществ непосредственно в область поражения или облучения язвы низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером (эндоскопическая лазеротерапия).

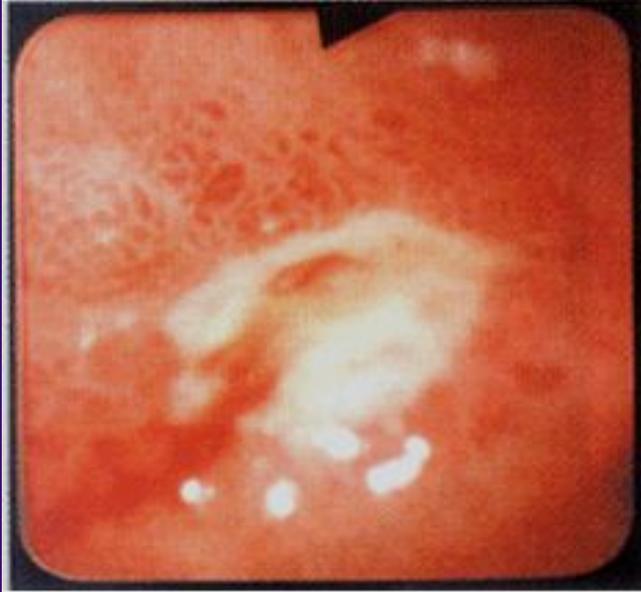


В фазе обострения язвенной болезни



- Неосложненные язвы чаще имеют округлую форму. Края язвы высокие, ровные и четко очерченные. Вокруг язвы слизистая оболочка отечна и гиперемирована, имеет вид приподнятого валика, который четко отграничен от окружающей слизистой и возвышается над ней. Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом, иногда (при кровоточащей язве) — геморрагическим.

В фазе заживления язвы



- Происходит уменьшение глубины и диаметра язвы. Она приобретает овальную или щелевидную форму. В дне язвы бывает заметна грануляционная ткань. Происходит также заметное уменьшение воспалительного валика, отека и гиперемии слизистой вокруг язвы. Иногда можно заметить конвергенцию складок слизистой к области локализации язвы.

В фазе рубцевания язвы



- На месте язвы образуется различной формы рубец. Средние сроки рубцевания — от 17 до 22 дней. Чаще образуются линейные и звездчатые белесоватые рубцы с различными нарушениями рельефа слизистой оболочки. При заживлении глубоких язв или при частых рецидивах болезни могут развиваться достаточно грубые

Основные методы диагностики инфекции НР и показания к их применению

Метод диагностики	Показания к применению	Чувствительность	Специфичность
Серологический	Скрининговая диагностика инфекции НР	90%	90%
Микробиологический	Определение чувствительности НР к антибиотикам	80-90%	95%
Морфологический	Первичная диагностика инфекции НР у больных ЯБ	90%	90%
Быстрый уреазный тест	Первичная диагностика инфекции НР у больных ЯБ	90%	90%
Дыхательный тест	Контроль полноты эрадикации	95%	100%

Дифференциальная диагностика

- Симптоматические гастродуоденальные язвы (особенно лекарственные) часто развиваются остро, проявляясь иногда внезапным желудочно-кишечным кровотечением или прободением язв, протекают с нетипичными клиническими проявлениями (стертой картиной обострения, отсутствием сезонности и периодичности).

Дифференциальная диагностика

- Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона отличаются от обычной язвенной болезни крайне тяжелым течением, множественной локализацией (нередко даже в тощей кишке), упорными поносами. При обследовании таких больных отмечается резко повышенный уровень желудочного кислотовыделения (особенно в базальных условиях), определяется увеличенное содержание гастрина в сыворотке крови (в 3-4 раза по сравнению с нормой). В распознавании синдрома Золлингера-Эллисона помогают провокационные тесты (с секретинном, глюкагоном и др.), ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика

- Гастродуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения, с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании изучения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гипертиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

Дифференциальная диагностика

- В пользу злокачественного характера поражения говорят его очень большие размеры (особенно у больных молодого возраста), локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, наличие повышения СОЭ и гистаминустойчивой ахлоргидрии. При рентгенологическом и эндоскопическом исследовании в случаях злокачественных изъязвлений желудка выявляют неправильную форму язвенного дефекта, его неровные и бугристые края, инфильтрацию слизистой оболочки желудка вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления. Окончательное заключение о характере язвенного поражения выносится после гистологического исследования биоптатов язвы.

Основные цели терапии ЯБ желудка и ДПК

- Снижение секреции соляной кислоты (уменьшение агрессивного воздействия и создание условий для действия антибиотиков)
- Сана́ция слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от *H. pylori*
- Предупреждение рецидивов и

Главное правило антисекреторной терапии

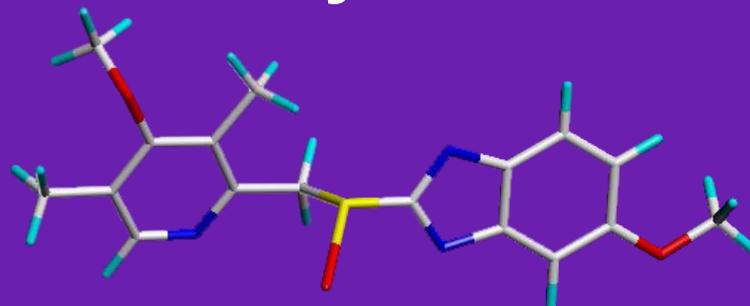
- Уровень внутрижелудочной рН в течение суток (около 18 часов) должен быть выше 3
- Этому правилу на сегодняшний день соответствуют только ИПП
- Прием ИПП ведется строго по протоколу (омепразол 10 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут, эзомепразол (нексиум) 40 мг/сут) с эндоскопическим контролем через 4, 6 недель при ЯБДПК и 6, 8 недель - ЯБЖ.

Эволюция терапии кислотозависимых заболеваний

Блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
Циметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин, роксатидин 1980-е

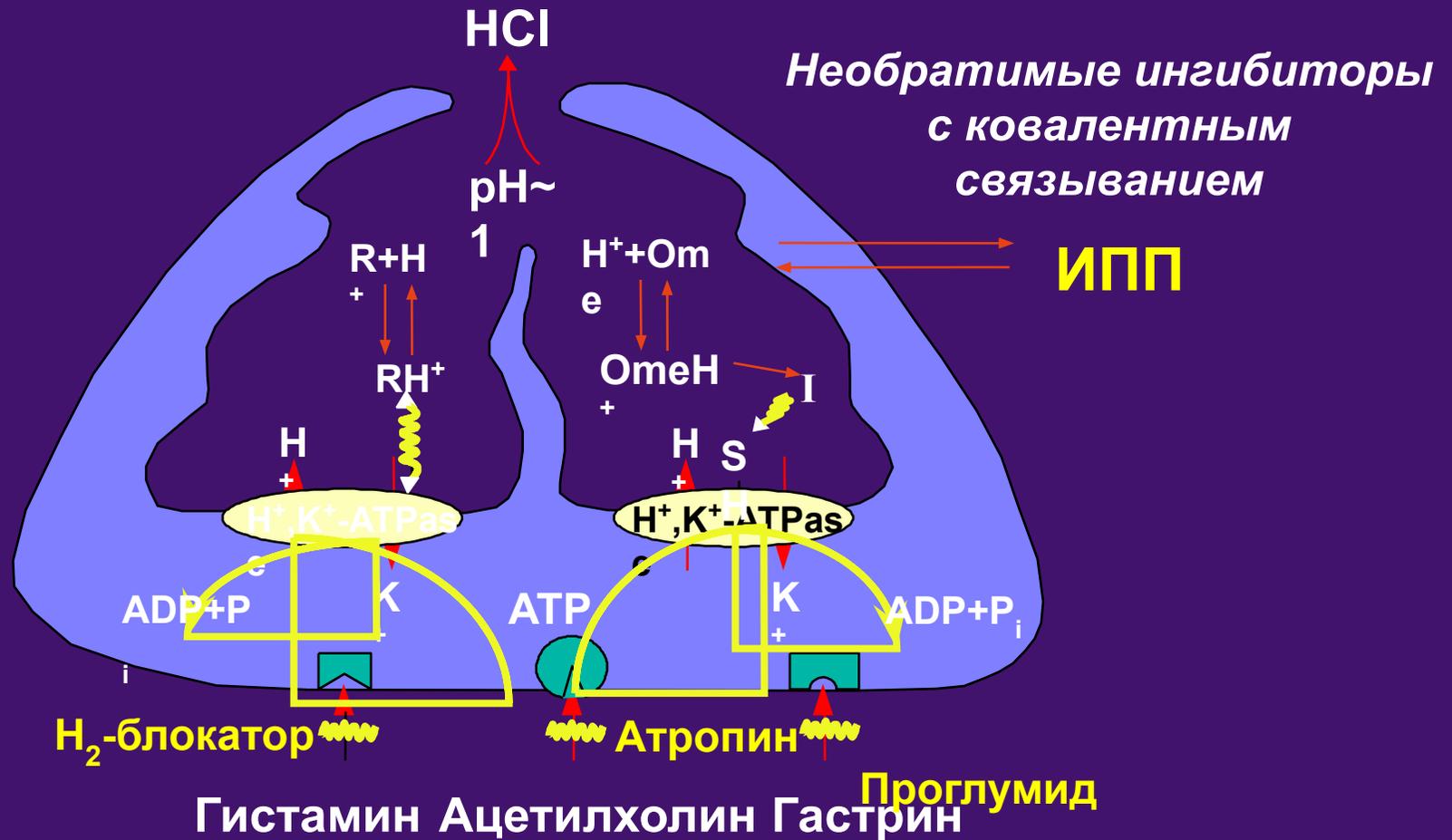
Ингибиторы протонной помпы
Омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол 1990-е

Изомеры ингибиторов протонной помпы
Нексиум® ...



2000-е

Механизм действия ингибиторов H^+,K^+ -АТФазы



ИПП блокируют работу протонной помпы париетальной клетки вне зависимости от состояния ее рецепторов (H_2 , M_3 , ССК-В и др.)

Схемы поддерживающей терапии ЯБ

- Ежедневный прием половинных доз ИПП снижает частоту рецидивов ЯБ до 15% в течение года.

- Терапия «по требованию»

- Терапия «выходного дня»:

Отдых с Пн по Четв.

Прием с Пят. по Воскр.



Снижает частоту обострений ЯБ только до 35% в год

Каким должен быть режим антихеликобактерной терапии?

- **Эффективным (эрадикация H.Pylori не менее 80%)**
- **Простым**
- **Хорошо переносимым**
- **Экономически оправданным**

«Маастрихт 3» - лечение (1)

- **Терапия первой линии:**
 - **ИПП в стандартной дозе 2 раза в сут.**
 - **Кларитромицин 500 мг 2 раза в сут.**
 - **Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сут. или Метронидазол 500 мг 2 раза в сутки***

Длительность терапии – не менее 7 дней, до 10 дней

«Маастрихт 3» - лечение (2)

- **Терапия второй линии:**
 - **ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки**
 - **Висмута субцитрат 120 мг 4 раза в сутки**
 - **Метронидазол 500 мг 3 раза в сутки**
 - **Тетрациклин 250 мг 4 раза в сутки**

Длительность терапии – не менее 10 дней, до 14 дней

* Malfertheiner P. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection Maastricht III Consensus Report. Gut 2007;56:772-81

При резистентности к метронидазолу менее 40%

Абсолютными показаниями к экстренному хирургическому вмешательству являются:

- перфорация язвы;
- профузное язвенное кровотечение с явлениями геморрагического шока или не купирующееся консервативно (в.т.ч. с использованием доступного арсенала эндоскопических методик).

Абсолютными показаниями к срочному хирургическому вмешательству являются:

- декомпенсированный пилородуоденальный стеноз;
- высокий риск рецидива при остановившемся язвенном кровотечении или рецидивирующее кровотечение.

Абсолютными показаниями к плановому хирургическому вмешательству являются:

- **компенсированный и субкомпенсированный пилородуоденальный стеноз;**
- **пенетрирующая язва;**
- **подтвержденное гистологически злокачественное перерождение язвы.**

Относительными показаниями к хирургическому лечению язвенной болезни являются:

- **тяжелое течение язвенной болезни: частота рецидивов более 2 раз в год, недостаточная эффективность стандартной медикаментозной терапии**
- **длительно не рубцующиеся на фоне традиционной терапии язвы: язва желудка - более 8 недель, язва ДПК - более 4 недель**
- **повторные кровотечения в анамнезе на фоне адекватной терапии**
- **каллезные язвы не рубцующиеся в течение 4-6 месяцев**
- **рецидив язвы после ранее проведенного ушивания по поводу перфорации**
- **множественные язвы в сочетании с высокой кислотностью желудочного сока**
- **отсутствие возможности для регулярного полноценного лечения**
- **желание больного радикально излечиться**

**Спасибо за
*внимание!***