



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Язвенная болезнь —

гетерогенное хроническое заболевание гастродуоденальной зоны с рецидивирующим клиническим течением, чередованием периодов обострения и ремиссии, морфологически характеризуется формированием локального язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки до подслизистой основы.

Доля язвенной болезни (ЯБ) в общей заболеваемости ЖКТ составляет 18%. Этим заболеванием страдает 10% взрослого населения земного шара, более 8% населения России, из них в Москве — 1,4% жителей. Рост заболеваемости отмечается с 18 лет, максимален — в 40 лет, в последнее время растет число ювенильных и старческих язв.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДК) встречается в четыре раза чаще язвенной болезни желудка (ЯБЖ). У лиц моложе 40 лет меньшая частота язвенной болезни желудка по сравнению с ЯБ ДК, а в зрелом возрасте — наоборот. Язвенной болезнью страдают чаще мужчины, чем женщины (4 : 1). ЯБ ДК чаще встречается у мужчин. Среди пациентов с язвенной болезнью желудка соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое.

Факторы, предрасполагающие к развитию язвенной болезни

(создают лишь условия для развития заболевания, а не его неизбежность и реализуются только в сочетании с другими неблагоприятными воздействиями):

- **наследственно-конституциональные** — увеличение массы париетальных клеток, 0 (1) группа крови, снижение активности α 1-анти-трипсина и дефицит α 2-макроглобулина, астенический тип телосложения;
- **профессиональные** — профессиональные вредности, психоэмоциональные перегрузки, отсутствие режима труда и отдыха;
- **социальные** — курение, употребление алкоголя, скученность, анти-санитария;
- **алиментарные** — употребление сокогонных продуктов;
- **хронические заболевания** — ЖКТ, легких, сердечно-сосудистой, ге-патобилиарной и эндокринной систем;
- **хронический стресс**.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология язвообразования:

- бактерия *Helicobacter pylori* (HP);
- язвуоогенные лекарственные средства (нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты);
- хронические заболевания (гиперпаратиреоз, гастринома, мастоцитоз, болезнь Крона);
- критические ситуации (черепно-мозговые травмы, обширные ожоги, операции трансплантации органов и др.)

Ведущая роль в развитии язвенной болезни принадлежит Грам(-) бактерии — *Helicobacter pylori* (НР).

НР выявляют в 95—100% случаев при ЯБ ДК и 75 — 85% — ЯБ желудка. Другие вышеперечисленные факторы способствуют формированию симптоматических (вторичных) язв.

ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время принято считать, что язвенная болезнь развивается вследствие нарушения соотношения между факторами защиты слизистой оболочки желудка (СОЖ), ДК и факторами агрессии. В норме они находятся в состоянии равновесия, которое генетически детерминировано и регулируется нейроэндокринной системой. Данная концепция была предложена Shay H. (1968) и получила название «весы Shay». Болезнь возникает тогда, когда факторы агрессии начинают пре-обладать над факторами защиты СОЖ и ДК (рис. 1).

«ВЕСЫ ШАУ»

Факторы агрессии

- кислотно-пептический
- контаминация СОЖ и ДКНР
- гипертонус n. Vagus
- гипергастринемия
- увеличение массы обкладочных (париетальных) клеток
- активация процессов перекисного окисления липидов
- лекарственные средства
- проульцерогенные алиментарные факторы
- вредные привычки
- ПГФ₁
- дуоденогастральный рефлюкс
- гастродуоденальная дисмоторика
- обратная диффузия H⁺
- аутоиммунная агрессия

Факторы защиты

- слизисто-бикарбонатный барьер
- активная регенерация поверхностного эпителия
- оптимальное кровоснабжение
- антродуоденальный кислотный тормоз
- синтез защитных простагландинов (ПГЕ₂), эндорфинов, энкефалинов
- противоульцерогенные алиментарные факторы

Равновесие генетически детерминировано и регулируется нейроэндокринной системой

Рисунок 1.

Схема, иллюстрирующая равновесие между факторами агрессии и защиты при язвенной болезни желудка и ДК.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В настоящее время общепринятой классификации язвенной болезни не существует. В практической деятельности возможно использование рабочей классификации, в которой отражены основные характеристики данного заболевания (табл. 1 и 2).

По этиологии

1. НР-зависимая форма
2. НР-независимая форма

По локализации поражения

Локализация язв

Отделы желудка и ДК

Язвы желудка	<ul style="list-style-type: none">• кардиального отдела;• субкардиального отдела;• тела желудка (медиогастральная);• антрального отдела;• пилорического канала
Язвы ДК	<ul style="list-style-type: none">• луковицы ДК;• постбульбарного отдела
Сочетанные язвы желудка и ДК: <ul style="list-style-type: none">• двойные;• множественные	

Здесь и далее
Таблица 1.
Классификация.

Локализация язв

Проекция поражения желудка и ДК

Язвы желудка

- малой кривизны;
- большой кривизны

Язвы желудка и ДК

- передней стенки;
- задней стенки

По стадии заболевания:

- обострение;
- рубцевание (стихающее обострение);
- полная клинико-анатомическая ремиссия

По клиническому течению:

- типичное течение;
- атипичное течение (бессимптомное, атипичный болевой синдром, безболевая форма)

По уровню желудочной секреции:

- с повышенной секрецией;
- с нормальной секрецией;
- с пониженной секрецией

По характеру гастродуоденальной моторики:

- гиперкинетический вариант;
- гипокинетический вариант;
- дуоденогастральный рефлюкс

По характеру течения заболевания:

- впервые выявленная ЯБ;
- рецидивирующее течение с обострениями:
- редкими (менее одного раза в 2—3 года);
- ежегодными;
- частыми (более двух раз в год)

По тяжести течения

Легкое:

- обострения один раз в 1—3 года;
- умеренный болевой синдром, купируется за 4—7 дней;
- язва неглубокая;
- в фазе ремиссии трудоспособность сохранена

Среднетяжелое:

- обострения два раза в год;
- болевой синдром выражен, купируется в стационаре за 10—14 дней;
- характерны диспепсические расстройства;
- язва глубокая, часто кровоточит, развиваются перигастрит и перидуоденит

Тяжелое:

- обострения два-три раза в год и более;
- болевой синдром резко выражен, купируется в стационаре более 10—14 дней;
- диспепсические расстройства резко выражены, характерна потеря массы тела;
- часто развиваются осложнения

По наличию послеязвенных деформаций:

- рубцово-язвенная деформация желудка;
- рубцово-язвенная деформация луковицы ДК

По наличию осложнений:

- кровотечение;
- перфорация;
- пенетрация;
- перивисцериты (перигастрит, перидуоденит);
- рубцово-язвенный стеноз привратника;
- малигнизация

Локализация язв	По диаметру			
	Малые	Средние	Большие	Гигантские
Желудок	Менее 0,5 см	0,6—1,9 см	2,0—2,9 см	Более 3,0 см
ДК	Менее 0,5 см	0,6—0,9 см	1,0—1,9 см	Более 2,0 см

По глубине поражения от уровня СО

Поверхностные язвы	Глубокие язвы
Менее 0,5 см	Более 0,5 см

По срокам рубцевания

Обычные сроки рубцевания	Труднорубцующиеся язвы
--------------------------	------------------------

КОДЫ ПО МКБ – 10

K25 Язва желудка

- **K25.0** Язва желудка острая с кровотечением
- **K25.1** Язва желудка острая с прободением
- **K25.2** Язва желудка острая с кровотечением и с прободением
- **K25.3** Язва желудка острая без кровотечения или прободения
- **K25.4** Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением
- **K25.5** Язва желудка хроническая или неуточненная с прободением
- **K25.6** Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением и с прободением
- **K25.7** Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения
- **K25.9** Язва желудка неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения

K26 Язва ДК

- **K26.0** Язва ДК острая с кровотечением
- **K26.1** Язва ДК острая с прободением
- **K26.2** Язва ДК острая с кровотечением и с прободением
- **K26.3** Язва ДК острая без кровотечения или прободения
- **K26.4** Язва ДК хроническая или неуточненная с кровотечением
- **K26.5** Язва ДК хроническая или неуточненная с прободением **K26.6**
Язва ДК хроническая или неуточненная с кровотечением и с прободением
- **K26.7** Язва ДК хроническая без кровотечения или прободения
- **K26.9** Язва ДК неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения

Примеры формулировки диагноза язвенной болезни

- Основной: Язвенная болезнь ДК с локализацией в луковице, НР+, средней степени тяжести, стадия обострения.
- Осложнение: Рубцово-язвенная деформация пилоробульбарной зоны без стенозирования.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В течение язвенной болезни выделяют две фазы: **активную** — стадия обострения и стадия стихающего обострения и **неактивную** — стадия ремиссии.

Стадия обострения характеризуется наличием:

- язвенного дефекта;
- активных воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и (или) ДК, реже — дистального отдела пищевода;
- типичных клинических проявлений заболевания. В *стадии стихающего обострения*:
- клинические проявления ЯБ отсутствуют;
- при эндоскопическом исследовании выявляются свежие «красные рубцы» (грануляционная ткань), постязвенная деформация стенки органа и активные воспалительные изменения в гастродуоденальной слизистой оболочке (СО).
- *Стадия ремиссии* (клинико-эндоскопической) — отсутствие клинических и морфологических проявлений заболевания.

Клинические проявления неосложненной язвенной болезни

Основные синдромы в активную фазу заболевания:

1. болевой;
2. диспепсический;
3. функциональный;
4. астеноневротический.

Характеристика абдоминального болевого синдрома при неосложненной ЯБ:

- суточный ритм и зависимость от приема пищи (табл. 2);
- четкая локализация болевых ощущений (табл. 3);
- вариабельность характера боли;
- отсутствие иррадиации;
- цикличность каждого болевого приступа;
- сезонность рецидивов;
- стереотипность болевых ощущений и суточного ритма болей при каждом рецидиве заболевания;
- отсутствие тенденции к прогрессированию.

Таблица 2.

Суточный ритм боли и ее связь с приемом пищи при язвах разной локализации

Локализация язвы	Локализация боли
Кардиальный и субкардиальный отделы желудка	По средней линии у самого мечевидного отростка и (или) за грудиной
Антральный отдел желудка Пилорический канал Луковица ДК	В эпигастрии справа от срединной линии
Постбульбарный отдел ДК	В верхнем правом квадрате живота
Малая кривизна желудка	В подложечной области левее срединной линии

Таблица 3.

Локализация боли при различном расположении язв

Локализация язвы	Локализация боли
Кардиальный и субкардиальный отделы желудка	По средней линии у самого мечевидного отростка и (или) за грудиной
Антральный отдел желудка Пилорический канал Луковица ДК	В эпигастрии справа от срединной линии
Постбульбарный отдел ДК	В верхнем правом квадрате живота
Малая кривизна желудка	В подложечной области левее срединной линии

- **Характер боли варьирует:** от легкого чувства тяжести в эпигастральной области до давящей, жгучей, щемящей, сверлящей, режущей, схваткообразной, значительной интенсивности.
- **Иррадиация боли** при неосложненной язвенной болезни отсутствует. Ее появление свидетельствует об осложнениях — пенетрации язвы в соседние органы, перфорации, стенозе, развитии спячного процесса. Для неосложненной язвенной болезни характерна *цикличность каждого болевого приступа*. Боль возникает неоднократно в течение дня и характеризуется постепенным нарастанием ее интенсивности, достижением апогея, а затем — медленным уменьшением, вплоть до полного исчезновения. Длительность каждого цикла — до трех часов.
- **Абдоминальный болевой синдром** возникает преимущественно в осенне-весенний период. Характерна *стереотипность болевых ощущений и суточного ритма боли* при каждом рецидиве заболевания. Прогрессирование болевого синдрома свидетельствует о развитии осложнений заболевания.

Диспепсический синдром при неосложненной язвенной болезни:

- изжога (иногда мучительная), может быть эквивалентом боли;
- отрыжка воздухом, кислым, пищей, горечью;
- тошнота (предшествует рвоте);
- рвота (возникает спонтанно на высоте болевого приступа), облегчает или ликвидирует боль, может вызываться искусственно;
- «ситофобия» — боязнь приема пищи.

Функциональный синдром: запор, упорный метеоризм.

Астеноневротический синдром: потливость, чередование покраснения и побледнения кожи лица, выраженный дермографизм, похолодание конечностей, повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость.

Возможно атипичное течение язвенной болезни.

- Отсутствие болевого синдрома — «немые язвы».
- Наличие изжоги или чувства голода без болевого синдрома.
- Атипичная локализация боли, появление масок — «радикулитной», «сердечной», «холециститной», «аппендицитной».

Данные объективного клинического исследования при неосложненной ЯБ

1. *Вынужденное положение больных* — лежат на боку с приведенными к животу коленями или сидят, скорчившись, оказывая давление на подложечную область сжатой в кулак рукой.
2. *Осмотр языка* — при ЯБ ДК язык чистый и влажный, сосочки хорошо выражены, при медиогастральной язве язык покрыт серовато-желтым налетом.
3. *Состояние зубов* — наличие кариеса, пародонтоза, периодонтита, отсутствие части из них, наличие зубных протезов (обратить внимание).
4. *Осмотр брюшной стенки* — возможны следы ожога от горячей грелки, применявшейся для облегчения болевого синдрома.

5. *Поверхностная пальпация* — защитное мышечное напряжение, зона гиперестезии кожи, при ее собирании в складку; при локализации язвы на задней стенке желудка или ДК — живот мягкий и напряжение мышц отсутствует, наблюдаются зоны кожной гиперестезии сзади на уровне ТVI—ТХ.

6. *Глубокая пальпация живота* — локальная болезненность в зоне язвенного дефекта.

7. *Положительный симптом Менделя* — локальная болезненность при перкуссии в эпигастрии соответственно локализации язвы

Клиническая картина ЯБ имеет особенности, связанные с локализацией язвы, возрастом и полом больного, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений.

Язва кардиального и субкардиального отделов желудка:

- чаще встречается у мужчин старше 45 лет;
- характерна «ранняя» боль, высокой локализации, по средней линии у самого мечевидного отростка и за грудиной, что заставляет часто дифференцировать ее с коронарогенной болью;
- болевой синдром выражен слабо;
- преобладает диспепсический синдром (рвота, симптомы «ацидизма»);
- часто сочетается с диафрагмальной грыжей и ГЭРБ;
- наиболее характерное осложнение — кровотечение, очень редкое осложнение — перфорация язвы.

Язва антрального (препилорического) отдела желудка:

- чаще встречается у молодых людей;
- характерна «поздняя», «ночная», «голодная» боль;
- локализация боли — справа в эпигастрии;
- характерны симптомы «ацидизма»;
- при осмотре — положительный симптом Менделя справа в эпигастрии;
- дифференцируют с первично-язвенной формой рака;
- наиболее характерное осложнение — кровотечение.

Язва пилорического канала:

- отличается упорством течения;
- характерен выраженный болевой синдром;
- боль имеет приступообразный характер;
- продолжительность болевого приступа составляет 30—40 минут;
- у $\frac{1}{3}$ больных — «поздняя», «ночная», «голодная» боль, у остальных боль не связана с приемом пищи;
- болевой синдром часто сопровождается рвотой кислым содержимым и упорной изжогой;
- характерно приступообразное чрезмерное отделение слюны, чувство распирания и переполнения в эпигастральной области после еды;
- частые осложнения — стеноз привратника, кровотечение, перфорация, пенетрация в поджелудочную железу, редкое — малигнизация

Бульбарная язва ДК:

- чаще встречается у мужчин моложе 40 лет;
- при локализации язвы на передней стенке луковицы ДК:
 - боль в эпигастрии справа от срединной линии,
 - боль возникает через 1,5—2 часа после еды, «ночная», «голодная» и «ранняя утренняя»,
 - рвота бывает редко,
 - при осмотре — положительный симптом Менделя справа в эпигастрии,
 - частое осложнение — перфорация язвы;
- при локализации язвы на задней стенке луковицы ДК:
 - симптомы аналогичны перечисленным выше,
 - часто наблюдаются ощущение тяжести и тупая боль в правом подреберье с иррадиацией в правую подлопаточную область (спазм сфинктера Одди, дискинезия желчевыводящих путей гипотонического типа),
 - осложнения — пенетрация язвы в поджелудочную железу и в печеночно-дуоденальную связку, развитие реактивного панкреатита.

Постбульбарная язва:

- чаще встречается у мужчин 40—60 лет;
- характерна интенсивная боль в правом верхнем квадранте живота;
- боль может носить приступообразный характер, часто ее дифференцируют с приступом мочекаменной или желчекаменной болезней;
- болевой синдром появляется через 3—4 часа после еды;
- часто осложняется кровотечением, развитием перивисцерита и перигастрита, пенетрацией, стенозированием ДК, редкое осложнение — перфорация язвы, возможно развитие механической желтухи (при сдавлении общего желчного протока воспалительным периульцерозным инфильтратом или соединительной тканью).

Язва малой кривизны желудка:

- возраст больных — старше 40 лет, нередко встречается у лиц пожилого и старческого возраста;
- локализация боли в подложечной области левее срединной линии;
- характерна «поздняя», «ночная», «голодная» боль, обычно ноющего характера, умеренной интенсивности;
- часто наблюдается тошнота, изжога, реже рвота;
- наиболее характерное осложнение — кровотечение, редко — перфорация, малигнизация.

Язва большой кривизны желудка:

- встречается редко, чаще у мужчин старшего возраста;
- характерна типичная клиническая картина язвы желудка;
- малигнизация — частая.

Гигантская язва:

- преимущественно располагается на малой кривизне, реже — на большой кривизне желудка и в субкардиальной области, очень редко — в ДК;
- болевой синдром значительно выражен;
- нередко исчезает периодичность боли, она становится почти постоянной;
- редко болевой синдром слабо выражен;
- характерно быстро наступающее истощение;
- дифференцируют с первично-язвенной формой рака желудка;
- частые осложнения — массивное желудочное кровотечение, пенетрация язвы в поджелудочную железу, реже — перфорация язвы;
- малигнизация — возможна.

Сочетанные язвы:

- присоединение язвы желудка к язве ДК ухудшает течение заболевания;
- боль становится интенсивной;
- зона локализации боли расширяется;
- наряду с «поздней», «ночной», «голодной» появляется «ранняя» боль;
- появляются чувство переполнения желудка после еды, выраженная изжога, часто наблюдается рвота;
- осложнения — пилороспазм, рубцовый стеноз привратника, кровотечение, перфорация (чаще дуоденальной язвы).

Множественные язвы:

- характеризуются медленным рубцеванием, частыми рецидивами и осложнениями;
- в ряде случаев течение не отличается от течения одиночной язвы.

Особенности язвенной болезни в юношеском возрасте и подростковом периоде:

- локализация язвы чаще в ДК;
- течение чаще латентное или атипичное;
- болевой синдром выражен слабо, возможны «нейровегетативные маски» — потливость, артериальная гипертензия, повышенная раздражительность;
- осложнения развиваются редко;
- заживление язвы быстрое.

Особенности язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста:

- преимущественная локализация язвы — в желудке;
- увеличение диаметра и глубины язвенного дефекта;
- медленное рубцевание язвенного дефекта;
- характерно увеличение числа и тяжести осложнений;
- болевой синдром выражен слабо или умеренно;
- частое осложнение — кровотечение;
- дифференцируют с раком желудка.

Особенности язвенной болезни у женщин:

- предрасполагающие факторы развития — наследственный и гормональный;
- течение более благоприятное, чем у мужчин;
- болевой синдром выражен слабее, чем у мужчин, и отчетливо выражен диспепсический синдром;
- осложнения развиваются реже, чем у мужчин;
- язвенная болезнь никогда не развивается и не рецидивирует во время беременности;
- у женщин возможен синдром «предменструального напряжения» — нарастание симптомов во второй фазе менструального цикла и исчезновение их через два-три дня от начала менструации.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика язвенной болезни включает обязательные и дополнительные методы исследования (таблица 4).

Обязательные лабораторные исследования	Обязательные инструментальные исследования
<ul style="list-style-type: none">• клинический анализ крови• (при изменениях — каждые десять дней)• общий анализ мочи• биохимический анализ крови: общий белок + фракции, аминотрансферазы, билирубин, глюкоза, Na, K, Ca, Cl, Fe• группа крови и резус-фактор• анализ кала на скрытую кровь• диагностика Helicobacter Pylori• исследование желудочной секреции методом фракционного зондирования	<ul style="list-style-type: none">• рентгенологическое исследование• ФЭГДС с прицельной биопсией (при локализации язвы в желудке — 4—6 биоптата из дна и краев язвы) и гистологическим исследованием
	<p data-bbox="1426 908 2252 1016">Дополнительные исследования (по показаниям)</p> <ul style="list-style-type: none">• определение уровня сывороточного гастрина;• УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы;• компьютерная томография

Методы диагностики Helicobacter Pylori

Прямые:

- **морфологический** — «золотой стандарт» диагностики НР инфекции. Применяется при первичной диагностике НР и для контроля эрадикации;
- **бактериологический** — посеvy с биоптатов СОЖ на кровяные питательные среды. Степень обсеменения зависит от числа выросших микробных колоний. Возможно определение чувствительности НР к конкретному антибактериальному препарату. Применяется в случаях инфекции НР, резистентной к обычным схемам эрадикационной терапии;
- **постановка полимеразной цепной реакции (ПЦР)** — типирование штаммов по фрагментам генома бактерий НР в полученной чистой культуре, или в любом биологическом материале, содержащем НР. На сегодняшний день является самым точным.

Косвенные:

**серологические (иммунологические) методы
диагностики НР —**

оценка состояния гуморального иммунного ответа на антигены НР; экспресс-серологическую диагностику НР широко применяют в качестве первичной диагностики инфекции при проведении эпидемиологических обследований населения и наличии, по данным анамнеза, диагноза ЯБ ДК (когда проведение эндоскопии необязательно); не применяют для контроля результатов эрадикации;

уреазный дыхательный тест —

определение % содержания изотопа ^{13}C , ^{14}C в выдыхаемом больным CO_2 , образующегося под действием уреазы НР при расщеплении в желудке меченой мочевины; степень инфицирования НР определяется % меченого углерода в выдыхаемом больным воздухе; применяют при первичной диагностике НР и для контроля эрадикации;

экспресс-уреазный (биохимический) тест — определение времени изменения цвета среды, содержащей мочевины и индикатор pH, от желтого к малиновому, после помещения в нее биоптата СОЖ; основан на высокой уреазной активности бактерий НР, применяется при первичной диагностике НР, является самым дешевым из всех методов диагностики НР.

- в зависимости от способа получения биологического материала: *инвазивные* и *неинвазивные*.
- в зависимости от метода получения биологического материала: *эндоскопические* и *неэндоскопические*.
- виды диагностики НР: *первичная* и *контроль эрадикации*

Биологический материал для
проведения исследований —

биоптаты СОЖ или ДК,

капиллярная кровь,

сыворотка крови, кал, слюна, з
убной налет и желудочный сок.

Контроль эрадикации НР:

- не ранее чем через месяц после окончания терапии;
- при неосложненной ЯБ ДК — можно не проводить или использовать дыхательный уреазный тест;
- при осложненной ЯБ и после ваготомии — обязательная контрольная эндоскопия с прицельной множественной биопсией, при невозможности — необходим дыхательный уреазный тест.

Эндоскопическое исследование:

- является ведущим, наиболее точным и информативным методом диагностики ЯБ;
- подтверждает наличие язвенного дефекта;
- уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры;
- проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Рентгенологический метод исследования

Признаки язвы. *Прямой признак язвы — «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки.*

- *Косвенные признаки язвы — местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натошак, нарушения гастродуоденальной моторики.*

- **Осложнения ЯБ.** *Под влиянием неблагоприятных факторов (физическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем, бесконтрольный прием НПВП, др.) возможно развитие осложнений ЯБ: кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, развитие перивисцерита, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация.*

Кровотечение.

Явное язвенное кровотечение возникает у 10—15% больных. Скрытое (выявляемое только с помощью реакции Грегерсена) — при обострении ЯБ. Нередко это первый признак заболевания. Для язвенного кровотечения характерно внезапное исчезновение бо- левого синдрома — симптом *Бергмана*. Признаки явного кровотечения из язвы: *кровавая рвота, дегтеобразный стул, симптомы острой кровопотери.*

Перфорация язвы.

Встречается у 5—15% больных ЯБ, чаще у муж- чин. Предрасполагающие факторы — физическое перенапряжение, прием алкоголя, переедание. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немого») течения ЯБ. В клинической картине выделяют три периода: *болевого шок, мнимое благополучие, перитонит.*

Пенетрация язвы.

Появляется упорная боль с иррадиацией, не связанная с приемом пищи. В проекции пенетрации определяется локальная болезненность и возможен воспалительный инфильтрат. Появляются симптомы поражения вовлеченных органов.

Стеноз привратника и ДК.

Формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части ДК и оперативного лечения прободной язвы данной области. В клинической картине пилородуоденального стеноза выделяют три стадии: *компенсации, субкомпенсации, декомпенсации.*

Перивисцерит —

спаечный процесс, который развивается между желудком или ДК и соседними органами (поджелудочной железой, печенью, желчным пузырем). Перивисцерит характеризуется более интенсивной болью, усиливающейся после обильной еды, при физических нагрузках и сотрясении тела, иногда повышением температуры и СОЭ.

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.

Дифференциальная диагностика

Язвенную болезнь прежде всего необходимо дифференцировать с симптоматическими (вторичными) гастродуоденальными язвами: медикаментозными, «стрессовыми», язвами при синдроме Золлингера—Эллисона, гиперпаратиреозе, других заболеваниях (атеросклероз брюшного отдела аорты и артерий брюшной полости, цирроз печени, хронический панкреатит, ХНЗЛ, ХПН, сахарный диабет).

- **Медикаментозные язвы** острые, чаще локализуются в желудке, могут быть множественными, часто сочетаются с эрозиями гастродуоденальной области. Частое осложнение — кровотечение, редкое — перфорация. Возможно бессимптомное течение. Характерная особенность — быстрое заживление после отмены ЛС.

- **«Стрессовые» язвы** — при тяжелых черепно-мозговых травмах (Кушинга), обширных и глубоких ожогах (Курлинга), инфаркте миокарда и шоке, после тяжелых и обширных операций.

Синдром Золлингера—Эллисона развивается при

гастринпродуцирующей опухоли — гастриноме.

Характеризуется: гипергастринемией, гиперсекрецией

соляной кислоты желудочного сока, множественными

рецидивирующими пептическими язвами антрального

отдела желудка и ДК, возможны язвы и стриктуры пищевода.

Клинические проявления: интенсивная эпигастральная боль,

не купирующаяся лекарственными средствами, упорная

изжога и отрыжка кислым, диарея, полифекалия, стеаторея,

снижение массы тела. При осмотре больного:

болезненность в эпигастрии при пальпации живота,

локальное мышечное напряжение, положительный симптом

Менделя. Адекватная противоязвенная терапия безуспешна.

ЯБ дифференцируют с **первично-язвенной формой рака желудка**. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях определяются: язвенный дефект больших размеров неправильной формы с неровными и бугристыми краями, инфильтрированность СОЖ вокруг язвы, ригидность стенки желудка в месте изъязвления. Частая локализация — на большой кривизне желудка. Окончательное заключение о характере изъязвления делается после гистологического исследования биоптатов. Характерно повышение СОЭ.

Необходима дифференциальная диагностика язв двенадцатиперстной кишки и желудка (табл. 5), а также с другими заболеваниями ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной системы, почек, опорнодвигательного аппарата, острым аппендицитом, функциональными гастроэнтерологическими расстройствами.

Таблица 5.

Дифференциальная диагностика язв двенадцатиперстной кишки и желудка

Признаки	Дуоденальная язва	Язва желудка
Возраст	До 40 лет	Старше 40 лет
Пол	Преобладают мужчины	Одинаково часто мужчины и женщины
Боль	Ночная, голодная	Сразу после еды
Рвота	Не характерна	Может быть
Аппетит	Сохранен, повышен или ситофобия	Возможна анорексия
Вес	Стабилен	Может быть снижение

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Цели терапии:

- эрадикация *H. Pylori*;
- быстрая ликвидация симптомов заболевания;
- заживление язвы в контрольные сроки;
- достижение стойкой ремиссии;
- предупреждение развития осложнений;
- профилактика обострений.

В лечении язвенной болезни выделяют три этапа.

- 1-й этап** — терапия в период обострения заболевания или впервые диагностированной язвенной болезни — направлена на ликвидацию клинических проявлений и ускорение заживления язвенного дефекта.
- 2-й этап** — терапия в период стихания обострения или реабилитация — направлена на ликвидацию воспалительных проявлений в слизи-стой оболочке гастродуоденальной зоны.
- 3-й этап** — терапия в период ремиссии заболевания или противорецидивная терапия — профилактические мероприятия в период стойкой ремиссии.

Терапия язвенной болезни в активной фазе

Прежде всего необходимо решить вопрос: «Где будет лечиться пациент — дома или в стационаре?»

Абсолютные показания для госпитализации больного ЯБ в терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара:

- впервые выявленная язвенная болезнь;
- часто рецидивирующее течение язвенной болезни;
- наличие в анамнезе «хирургических» осложнений;
- наличие в анамнезе тяжелой сопутствующей патологии (заболевания, злоупотребление алкоголем, курение, наркомания);
- выраженная клиническая симптоматика;
- наличие клинических симптомов, которые не были купированы проводимым лечением первые три дня;
- неэффективность двухнедельной «адекватной» терапии;
- пожилой и старческий возраст;
- наличие больших (до 3 см) и гигантских (более 3 см) язв.

Показания для госпитализации в хирургическое отделение:

- острое кровотечение из язвы или угроза его возникновения;
- пенетрация язвы;
- перфорация язвы;
- резкая деформация желудка или ДК;
- стеноз привратника.

Основные направления лечения язвенной болезни в активной фазе:

- Эрадикация НР.
- Подавление факторов агрессии:
 - устранение кислотно-пептической агрессии желудочного сока и гастродуоденальной дисмоторики;
 - отказ от курения, употребления кофе, алкоголя, сокогонных продуктов, ulcerогенных лекарственных средств (НПВС, СПВС);
 - устранение психосоциальных стрессовых факторов.
- Стимуляция факторов защиты:
 - восстановление микроциркуляции в СОЖ и ДК, слизисто-бикарбонатного барьера;
 - улучшение регенераторных процессов;
 - синтез защитных простагландинов.

Основные виды терапии ЯБ: немедикаментозная и медикаментозная.

При лечении ЯБ в активной фазе рекомендуется прежде всего соблюдение режима. В настоящее время подавляющее число больных ЯБ в активной фазе лечатся в амбулаторно-поликлинических условиях. Первые 7—14 дней рекомендуется домашний (полупостельный) режим с пребыванием больного максимально длительное время в положении лежа на спине («клинотерапия») для улучшения регионарного кровообращения и микроциркуляции.

Диетотерапия язвенной болезни:

- питание частое, дробное, механически и химически щадящее;
- стол № 1а (пища в жидком и желеобразном виде) и стол № 1б (пища в кашицеобразном и пюреобразном виде) назначают на два-три дня при выраженных симптомах, тяжелом течении и осложнениях ЯБ; затем переходят на стол № 1;
- исключают индивидуально непереносимые продукты;
- прием пищи дробный шесть раз в сутки;
- в пищевом рационе ограничивают легкоусвояемые углеводы (стимулируют ВНС и повышают секрецию HCl);
- животных белков — 110—125 г/сут;

- необходимо ликвидировать дефицит витаминов, микроэлементов;
- ограничивают поваренную соль (10—12 г/сут), овощи и фрукты, содержащие грубую растительную клетчатку, употребление жилистого мяса, хрящей, кожи птиц, сала, жареных блюд, острых приправ и пряностей;
- соблюдается принцип химического и термического щажения;
- необходимо исключение острых блюд, маринованных, копченых продуктов, кофе, алкоголя, газированных напитков;
- через 1—1,5 месяца после активной фазы ЯБ рекомендуются тренировочные «зигзаги» — расширение диеты за счет индивидуально хорошо переносимых продуктов;
- цель — стол № 15 (общий стол).
- отказ от приема НПВП (в том числе анальгетиков при болевом синдроме), при невозможности отмены — уменьшение дозы, выбор НПВП с минимальным воздействием на СО ЖКТ.

Основные группы лекарственных средств, используемые в лечении ЯБ

- Лекарственные средства, подавляющие хеликобактерную инфекцию.
- Антисекреторные препараты:
 - блокаторы H^+/K^+ -АТФазы (ингибиторы протонной помпы);
 - блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов;
 - М-холинолитики;
 - антагонисты гастриновых рецепторов;
 - антациды и адсорбенты.
- Гастроцитопротекторы:
 - цитопротективные средства, стимулирующие слизеобразование;
 - цитопротекторы, образующие защитную пленку;
 - обволакивающие и вяжущие средства.

4. Средства, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию.
5. Спазмолитики.
6. Репаранты.
7. Седативные, антидепрессивные средства, анксиолитики, др.
8. Иммуномодуляторы.

Задачи и основные направления медикаментозной терапии язвенной болезни в активной фазе:

- полная эрадикация НР — *антимикробная терапия* (табл. 6);
- длительное и максимальное подавление желудочной секреции — *антисекреторная терапия* (табл. 7);
- укрепление защитных возможностей слизистой оболочки желудка и ДПК — *гастропротекторная терапия*;
- купирование симптомов — *симптоматическая терапия*.

Таблица 6.

Антихеликобактерные лекарственные средства

Группы лекарственных средств	Названия лекарственных препаратов
Производные 5-нитроимидазола	Метронидазол, Тинидазол
Производные нитрофурана	Фуразолидон, Нитрофурантоин, Фурадонин
Препараты коллоидного висмута (субцитрат, субсалицилат)	Де-нол, Вентрисол, Бисмофальк
Антибиотики	Амоксициллин, Кларитромицин, Азитромицин, Рокситромицин, Тетрациклин, Левофлоксацин, Рифабутин

Таблица 7.

Антисекреторные средства

Группы лекарственных средств	Названия лекарственных препаратов
Блокаторы гастриновых рецепторов	Проглумид
М-холинолитики: неселективные селективные	Хлорозил; Гастроцепин, Телензепин
Блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов	Циметидин, Ранитидин, Фамотидин, Низатидин, Роксатидин
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол, Лансопразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол
Антациды и адсорбенты:	
всасывающиеся	Натрия гидрокарбонат (сода), Магния оксид (жженая магнезия), Магния карбонат, Кальция карбонат (мел осажденный), Ренни (кальция карбонат и магния карбонат), Смесь Бурже (бикарбонат натрия, серноокислый натрий, фосфорнокислый натрий), Тамс (кальция карбонат и магния карбонат)
невсасывающиеся	Алюминия гидроксид (глинозем), Альфогель (алюминия фосфат), Альмагель, Альмагель А, Фосфалюгель, Маалокс, Гастал, Компенсан, Алюгастрин, Гелюсил-лак, Пее-хоо, Глина белая
адсорбирующие	Висмута нитрат основной, Викалин, Викаир, Де-нол (Вентрисол)

Гастроцитопротекторы (способствуют активации синтеза гликопротеинов желудочной слизи, улучшая ее качественный состав, гидрофобность и повышая резистентность слизистой оболочки желудка и ДПК):

- Мизопростол (цитотек, сайтотек) — синтетический аналог P_g E1;
- Энпростил (арбапростил, риопростил, тимопростил) — синтетический аналог P_g E2;
- Натрия карбеноксолон (биогастрон) — из корня солодки;
- Сукральфат (вентер) — алюминиевая соль сульфатированного дисахарида;
- Смекта — глина белая;
- Препараты висмута (Де-нол, Трибимол, Вентрисол, Бизмат, Биснол, Пептобисмол, Бисмофальк).

Препараты группы метоклопрамида — «прокинетики»

(нормализуют моторно-эвакуаторную функцию желудка и ДК):

- Селективные блокаторы дофаминовых рецепторов:
 - Домперидон (Мотилиум);
 - Сульпирид (Эглонил).
- Неселективные блокаторы дофаминовых рецепторов:
 - Метоклопрамид (церукал, реглан).
- **Спазмолитики миотропного действия:**
 - Папаверин, Но-шпа, Галидор, Феникаберан, Альверин;
 - Метеоспазмил (Альверин + Симетикон);
 - Спазмоаналгетики — Дюспаталин (Мебеверин), Максиган, Ревалгин, Спазмалгон, Спазган, Спазмалин, Небалган.

Репаранты (Солкосерил, масло облепихи, Калефлон, Гастрофарм) способствуют улучшению регенераторных процессов в слизистой оболочке желудка и ДК и заживлению язвенного дефекта. В настоящее время они используются только при длительно не рубцующихся язвах с частыми рецидивами, чаще симптоматических.

Иммуномодуляторы (Тималин, Тактивин, Тимоген, Левамизол) используются в комплексной терапии язвенной болезни желудка и ДК при наличии признаков иммунодефицита, алиментарной недостаточности, дистрофии, длительно не рубцующихся медиогастральных язвах.

Седативные, антидепрессивные лекарственные средства, анксиолитики и др. рекомендуются при астеноневротическом синдроме.

Эрадикационная терапия. Под «эрадикацией» *Helicobacter Pylori* (НР) понимают полное уничтожение как вегетативных (спиралевидных), так и кокковых форм этих микроорганизмов. Показания: ЯБ желудка и ДК в стадии обострения или ремиссии, осложненная ЯБ.

Эрадикационные схемы должны быть хорошо переносимыми, достаточно простыми в использовании и экономически оправданными. Для решения этих вопросов были разработаны международные рекомендации, регламентирующие действия клиницистов при лечении ЯБ — **«Маастрихтский консенсус»**.

В **схемах эрадикационной терапии** используют препараты из двух фармакологических групп — антибактериальные (два-три лекарственных средства) и одно антисекреторное средство. В качестве антисекреторных препаратов предпочтительно использование ингибиторов протонной помпы (ИПП).

Общие принципы современной антигеликобактерной терапии:

- основой лечения является использование «тройной» схемы (табл. 8);
- курс сочетанной антибактериальной терапии ЯБ составляет 7—10—14 дней (7 дней при использовании ИПП последних поколений);
- после завершения курса эрадикационной терапии (исключение неосложненная ЯБ ДК) необходимо «долечивание» больных с использованием одного из антисекреторных средств — ИПП или блокатора H₂-рецепторов гистамина;
- эффект эрадикации НР оценивают через четыре-шесть недель после завершения приема антибактериальных препаратов и ИПП;
- оптимальный метод контроля эрадикации — дыхательный тест.

Таблица 8.

Терапия первой линии — «тройная» (7—14 дней)

ИПП в стандартной дозе
3 раза/день + К + А (М или Т)

К — Кларитромицин
А — Амоксициллин

М — Метронидазол
Т — Тинидазол

Омепразол 20 мг / Лансопразол 30 мг / Пантопразол 40 мг / Рабепразол 20 мг /
Эзомепразол 20 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амокси-
циллин 1000 мг 2 раза в день / Метронидазол 500 мг 2 раза в день / Тинидазол

1. ИПП принимают за 30 мин до еды.
2. Антибактериальные препараты назначают во время еды.
3. После окончания эрадикационной терапии продолжают антисекреторное лечение (кроме неосложненной ЯБ ДК):
 - ИПП в стандартной дозе 1 раз в день в 8.00 четыре недели — ЯБ ДК и шесть недель — ЯБ желудка;
 - H_2 — блокатор в СД 1 раз в день в 20.00 восемь недель — ЯБ ДК и 16 недель — ЯБ желудка

Резервная схема эрадикации:

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в день +
- + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день +
- + Левофлоксацин 500 мг или Рифабутин 300 мг 1 раз в день.

Терапия второй линии — «квадротерапия» (десять дней) при неэффективности терапии первой линии:

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в день +
- + Тетрациклин 500 мг 4 раза в день +
- + Висмута Субсалицилат или Субцитрат 120 мг 4 раза в день +
- + Метронидазол 500 мг 3 раза в день или Фуразолидон 50 — 150 мг 4 раза в день.

Если не удалось достичь успеха после двух адекватных курсов эрадикационной терапии, необходимо провести тесты на чувствительность к антибиотикам и терапию «третьей линии» — использование антибактериальных средств направленного действия.

«Квадротерапия» может быть использована и в качестве схемы первой линии при невозможности проведения «тройной терапии» (высокая резистентность или непереносимость антибактериальных препаратов, включенных в схему).

Терапия в период ремиссии язвенной болезни. Для профилактики обострений и осложнений ЯБ рекомендуют два вида терапии: *непрерывная поддерживающая терапия* и *терапия «по требованию»*.

Непрерывная поддерживающая терапия язвенной болезни проводится длительно, в течение нескольких месяцев и даже лет одним из антисекреторных препаратов (ИПП или блокатором H₂-гистаминовых рецепторов) в половине терапевтической дозы. ИПП следует принимать до завтрака (в 8.00), а блокатор H₂-гистаминовых рецепторов — в 20.00.

Терапия «по требованию» — при появлении первых симптомов обострения ЯБ прием одного из антисекреторных препаратов (ИПП или блокатор H₂-гистаминовых рецепторов) в полной терапевтической дозе в течение двух-трех дней, а затем — в половине терапевтической дозы в течение двух-трех недель.

Показания для проведения «непрерывной поддерживающей медикаментозной терапии» язвенной болезни:

1. неэффективность эрадикационной терапии;
2. частые рецидивы язвенной болезни (более двух раз в год);
3. «злостные курильщики», больные, злоупотребляющие алкоголем, наркоманы;
4. сочетание язвенной болезни с заболеваниями, способствующими развитию пептической язвы (гиперпаратиреоз, цирроз печени, хронический панкреатит и др.);
5. осложнения язвенной болезни (в анамнезе кровотечения, перфорация);

6. наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВС и СПВС, других лекарственных средств, обладающих ульцерогенным действием;
7. сопутствующий язвенной болезни эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;
8. наличие грубых рубцовых изменений в стенках пораженного органа;
9. больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением язвенной болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию;
10. наличие активного гастродуоденита и НР в слизистой оболочке.

Показания к применению терапии ЯБ «по требованию»:

- впервые выявленная язвенная болезнь ДК;
- неосложненное течение язвенной болезни ДК с коротким анамнезом (не более 4 лет);
- частота рецидивов дуоденальных язв не более двух раз в год;
- наличие при последнем обострении типичных болей и доброкачественного язвенного дефекта без грубой деформации стенки пораженного органа;
- согласие больного активно выполнять рекомендации врача;
- отсутствие активного гастродуоденита и НР в слизистой оболочке

Немедикаментозная терапия в неактивную фазу язвенной болезни

- Режим общий.
- Стол № 15, дробное питание до 8 раз в день.
- Санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний — осложнения в анамнезе, пилородуоденальный стеноз, подозрение на злокачественный характер язвы).
- Лечение минеральными водами: маломинерализованные (2—5 г/л) — Смирновская, Славянская, Боржоми, Лужанская, Ессентуки № 4, t° воды 38—40 °С, в дегазированном виде за 1—1,5 часа до еды 100—200 мл 3 раза в день, курс 3—4 недели.

Экспертиза трудоспособности

- Критерии эффективности лечения ЯБ — достижение клинико-эндоскопической ремиссии заболевания: улучшение общего состояния, исчезновение клинических проявлений обострения язвенной болезни, снижение или нормализация базальной секреции желудка, исчезновение НР в слизистой оболочке, заживление язвы (формирование «белого рубца»), отсутствие рецидивов в течение 1 года и более после лечения.
- Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при обострении язвенной болезни: **легком** — 21—28 дней, **среднетяжелом** — 40—50 дней, **тяжелом** — 2—2,5 месяца.
- Возможна стойкая утрата трудоспособности (при осложнениях ЯБ).

Диспансерное наблюдение

Цель диспансерного наблюдения: обеспечить стабильную ремиссию ЯБ и предупредить развитие осложнений. Диспансерные осмотры проводятся: два раза в год при среднетяжелом течении, три-четыре раза в год при развитии осложнений, четыре раза в год при тяжелом течении. Назначаются: общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь, диагностика НР-инфекции неинвазивными методами, рентгенологическое исследование ЖКТ, по показаниям — ЭГДС, консультация специалистов (при тяжелом течении, длительно нерубцующейся язве, каллезной язве — консультация хирурга один раз в год).

При проведении диспансеризации необходимо: обращать внимание больных на нормализацию образа жизни, проводить эрадикационную терапию при выявлении *H. pylori*. При отсутствии обострений язвенной болезни в течение пяти лет больного снимают с диспансерного учета.