

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

И

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Лекция асс. Зибарева А.Л.

ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ?



- ▣ **Высокая заболеваемость (5-10%)**
- ▣ **Частые рецидивы болезни**
- ▣ **Миллионы б-х на «Д» учёте**
- ▣ **Низкое качество жизни**
- ▣ **Боль, страдания**
- ▣ **Опасные для жизни осложнения**
- ▣ **Огромный социально-экономический ущерб (болеют мужчины до 50 лет)**
- ▣ **Высокая стоимость лечения**
- ▣ **Тысячи смертельных исходов ежегодно**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ЯБ – хроническое рецидивирующее заболевание, с циклическим течением, склонное к обострениям, прогрессированию и развитию осложнений, основным признаком которого является образование язв в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающих, в отличие от эрозий, в подслизистый слой

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЯБ

1. Наследственность: частота наследственной отягощённости у больных ЯБ составляет 5,5 – 50 %
2. Пол (мужчины уязвимы, женщины защищены)
3. Сезонное рассогласование биоритмов, нар-е обр. мелатонина
4. Стрессы (ЯБ – психосоматическое заболевание)
5. Характер. Триада риска: заниженная самооценка, завышенные притязания и постоянно повышенная тревожность больных
6. Неправильное питание (алиментарные погрешности)
7. *Helicobacter pylori* (НР) – агрессивный, инфекционный ф-р

NB! ЯБ до сих пор рассматривают как гетерогенное, полиэтиологическое заб-е с различными вариантами течения

ЛАУРЕАТЫ НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ АВСТРАЛИЙЦЫ

РОБИН УОРРЕН (СПРАВА) И БАРРИ МАРШАЛЛ

2005 г., СТОКГОЛЬМ



Роль *H. pylori* в развитии хр. гастрита и ЯБ

- НР вырабатывают целый ряд ферментов, повреждающих защитный слой слизистой оболочки ж-ка (уреазу, каталазу, протеазу, фосфолипазу и др.)
- НР способствует высвобождению в слизистой оболочке ж-ка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, цитотоксинов, ФНО, NO-синтетазы, вызывающих воспалительный процесс
- НР вызывают антральный гастрит и дуоденит, повышают уровень гастрина, пепсиногена, стимулируют гиперсекрецию HCL (РН 2-1,5), которая усугубляет дуоденит, способствует желудочной метаплазии эпителия 12 ПК и язвообразованию
- **NB ! НР приспособились к агрессивной среде, защитили себя и сделали её ещё более агрессивной**

ПОСТУЛАТЫ И ПРОБЛЕМЫ ЯБ

- ▣ 1910 г – Шварцц : «Без кислоты нет язвы»
- ▣ 1989 г – Грэхэм : «Нет НР – нет и ЯБ»
- ▣ 1995 г – Титгат : «Нет НР – нет и НР – ассоциированной язвы

ВОПРОСЫ :

1. Многие люди инфицированы НР, но ЯБ у них нет
2. У многих больных ЯБ не обнаруживают НР
3. С возрастом частота инфицирования НР возрастает, а частота развития ЯБ снижается
4. Почему ЯБ 12 ПК встречается чаще, а НР обсеменяет преимущественно желудок

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯБ

- ▣ **Общепринятой классификации ЯБ не существует**
- ▣ **Обычно указывают этиологию, локализацию, размеры, кол-во язв, вариант течения, уровень желудочной секреции, х-р течения, стадию заб-я**

ОСЛОЖНЕНИЯ :

- 1. Стенозирование**
- 2. Малигнизация**
- 3. Кровотечение**
- 4. Пенетрация.**
- 5. Перфорация**

NB ! Осложнённая ЯБ – абсолютное показание к оперативному лечению в хирургическом отделении

КЛИНИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

▣ Болевой синдром

- Ранние боли (язвы тела ж-ка) – через 0,5-1ч после еды
- Поздние боли (язвы пилорического отд.) – через 1,5-2ч
- Голодные (ночные) боли (язвы 12 пк) –через 2,5-4 ч
- Сочетание ранних и поздних болей (язвы ж-ка и 12 пк)

NB ! Для болевого с-ма при ЯБ характерно утихание после приёма пищи, антацидов, спазмолитиков и адекватной противоязвенной терапии в течение 1-ой недели

- Синдром желудочной диспепсии: изжога, отрыжка, тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии
 - С-м желудочной диспепсии предшествует или чередуется с болевым с-мом
 - Возможно бессимптомное течение заб - я (30 %)

КЛИНИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Особенности клинического течения ЯБ

- У женщин молодого возраста ЯБ протекает более легко
- В подростковом и юношеском возрасте чаще отмечается либо латентное течение, либо атипичное, с нейровегетативными сдвигами, реже бывают болевые формы
- У пожилых б-х и стариков ЯБ протекает типично, если она возникла в молодом или среднем возрасте, а если клиника атипична и отсутствует эффект от лечения, необходимо исключить рак желудка

ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ФЭГДС – «золотой» стандарт диагностики не только ЯБ, но и НР – обсеменённости желудка, даёт наиболее полную, визуальную характеристику язвенного процесса, позволяет провести биопсию различных участков, исключить или доказать малигнизацию язвы
- Рентгенологическое исследование (пассаж бария по пищеводу, желудку и 12 ПК) не утратило своего значения, хотя менее информативно, но более доступно

Прямые R – признаки ЯБ: «ниша» на контуре или рельефе слизистой оболочки

Косвенные признаки: «с-м указующего перста», конвергенция складок слизистой к «нише», рубцовая деформация желудка и луковицы 12 ПК, гиперсекреция натошак, нарушение моторики, эвакуации

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ НР

- ▣ **Биохимический** (уреазный тест) – наиболее популярный, самый быстрый и дешёвый метод
- ▣ **Морфологический** (гистологический) – «золотой» стандарт, наиболее распространён, не только выявляет НР, но и определяет степень обсеменения слизистой оболочки
- ▣ **Серологический** (иммуноферментный анализ) – пригоден для скрининговых обследований
- ▣ **Микробиологический** (бактериологический)
- ▣ **Определение ДНК НР методом ПЦР** – самый точный из всех методов. Материал исследования – слизистая оболочка, слюна, кал

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- Симптоматические гастродуоденальные язвы возникают на фоне сопутствующей патологии, после приёма НПВС, глюкокортикостероидов
- Гастродуоденальные язвы при синдроме Золлингера-Эллисона протекают очень тяжело, как правило, множественные, сопровождаются упорными поносами, повышением гастрина в сыворотке (в 3-4p), базальной гиперсекрецией
- Гастродуоденальные язвы у б-х с гиперпаратиреозом протекают тяжело, сопровождаются мышечной слабостью, жаждой, полиурией, болями в костях
- Злокачественные язвы ж-ка локализуются на большой кривизне, имеют большие размеры и неровные формы, сопровождаются стойкой ахлоргидрией, анемией и высокой СОЭ. Окончательный вердикт выносят после многократных гистологических исследований, вплоть до заживления или резекции язвы

NB ! Все больные с подозрением на малигнизацию язвы, как и случаи осложнённого течения ЯБ подлежат обязательному «Д» наблюдению хирурга или онколога

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯБ

- ▣ В США *госпитализация* больных с пептическими язвами в целом по стране *снизилась на 25-31 %*
- ▣ *Доказано*, что госпитализация б-х с неосложнённой ЯБ не обоснована ни с медицинской, ни с экономической точки зрения, *больные могут лечиться амбулаторно*, даже не прекращая трудовой деятельности
- ▣ *Диета при ЯБ* – важный компонент, но взгляды на лечебное питание пересмотрены: *диетотерапия не влияет на сроки заживления язв*, а частый приём пищи мало влияет на среднесуточную продукцию НСЛ; молоко нейтрализует кислоту недостаточно, зато сильно стимулирует секрецию, необходимо учитывать психологический ущерб от всякого рода запретов в еде; в настоящее время не запрещается даже небольшое кол-во алкоголя при грамотном, адекватном подборе медикаментов

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЯБ

- ▣ Во всём мире *существует строгий протокол лечения ЯБ*, ассоциированной с *H. pylori* :
 - Антисекреторная терапия
 - Эрадикация (уничтожение) *H. pylori*
 - Защита слизистой оболочки желудка («цитопротективные» пр-ты)
- ▣ *Антисекреторные препараты*: ингибиторы протонной помпы (ИПП) – омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол – снижают продукцию НСЛ на 80 %; последние поколения гистаминблокаторов – ранитидин, фамотидин (квamatел) – действуют быстрее, но менее эффективны, снижают выработку НСЛ на 80 %
- ▣ *Эрадикация (уничтожение) H. pylori* – базисная терапия, достигается сочетанием 2-х или 3-х антихеликобактерных антибиотиков – кларитромицина, амоксициллина, метронидазола, тетрациклина, де-нола
- ▣ *«Цитопротективные» пр-ты*: антациды, сукральфат, пр-ты висмута

СХЕМЫ ТЕРАПИИ ЯБ

- ▣ Международные рекомендации (Маастрихтское соглашение, 2000 г) предлагают в качестве терапии 1-ой линии трёхкомпонентную схему: ИПП или висмута трикалия дицитрат в стандартных дозах + кларитромицин 500мг 2 р/д + амоксициллин 1000мг 2 р/д в течение как минимум 7 дней
- ▣ При отсутствии эффекта применяют терапию 2-ой линии по четырёхкомпонентной схеме (квадротерапия) : ИПП 2 р/д + висмута трикалия дицитрат 120мг 4 р/д + тетрациклин 500мг 4 р/д + метронидазол 500мг 4 р/д в течение как минимум 7 дней
- ▣ Краткосрочная (недельная) терапия эффективна при малых и средних язвах ж-ка (до 1см). При язвах большего размера проводится длительная антисекреторная терапия ИПП (предпочтительно)

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- Непрерывная (месяцы и годы) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе (фамотидин 20мг/сут или омепразол 20мг/сут) проводится при неэффективной эрадикации НР, осложнениях, сопутствующих заб-ях, требующих приёма НПВС, у пожилых б-х с частыми рецидивами
- Профилактическая терапия «по требованию», при появлении с-мов обострения ЯБ принимают антисекреторные пр-ты 2-3 дня в полной суточной дозе, а затем 2 нед – в половинной дозе. Такой подход используется при обострении ЯБ после успешной эрадикации НР