

**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.
- ЯБ, не 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;
- множественные 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 • 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 HCl

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

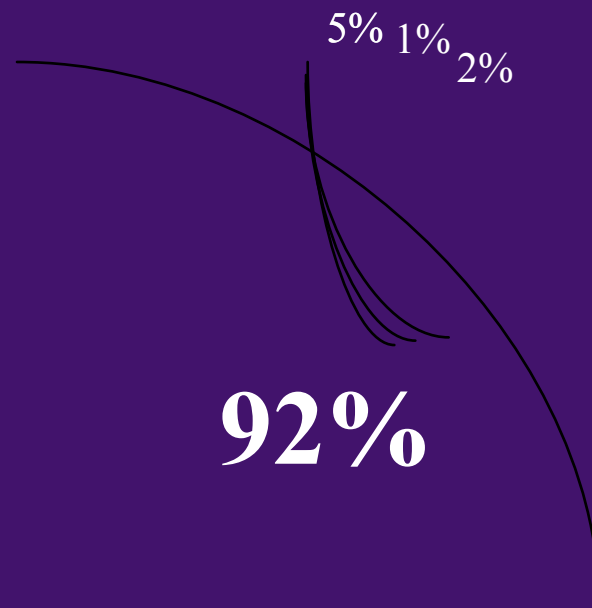
Warren & Marshall, 1983

Инфекция *H. pylori*

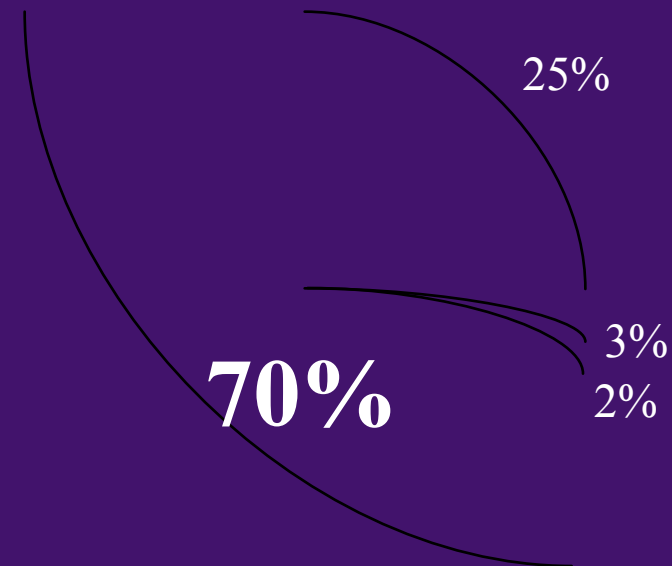
- Более 70% взрослого населения и 40% детей в России инфицировано *H.pylori*
- С инфекцией *H.pylori* связаны:
 - 92 % случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - 70% случаев язвенной болезни желудка
 - более 50 % случаев рака желудка





Helicobacter pylori: ведущий этиологический фактор ЯБ желудка и ДПК

Язва ДПК



Язва желудка



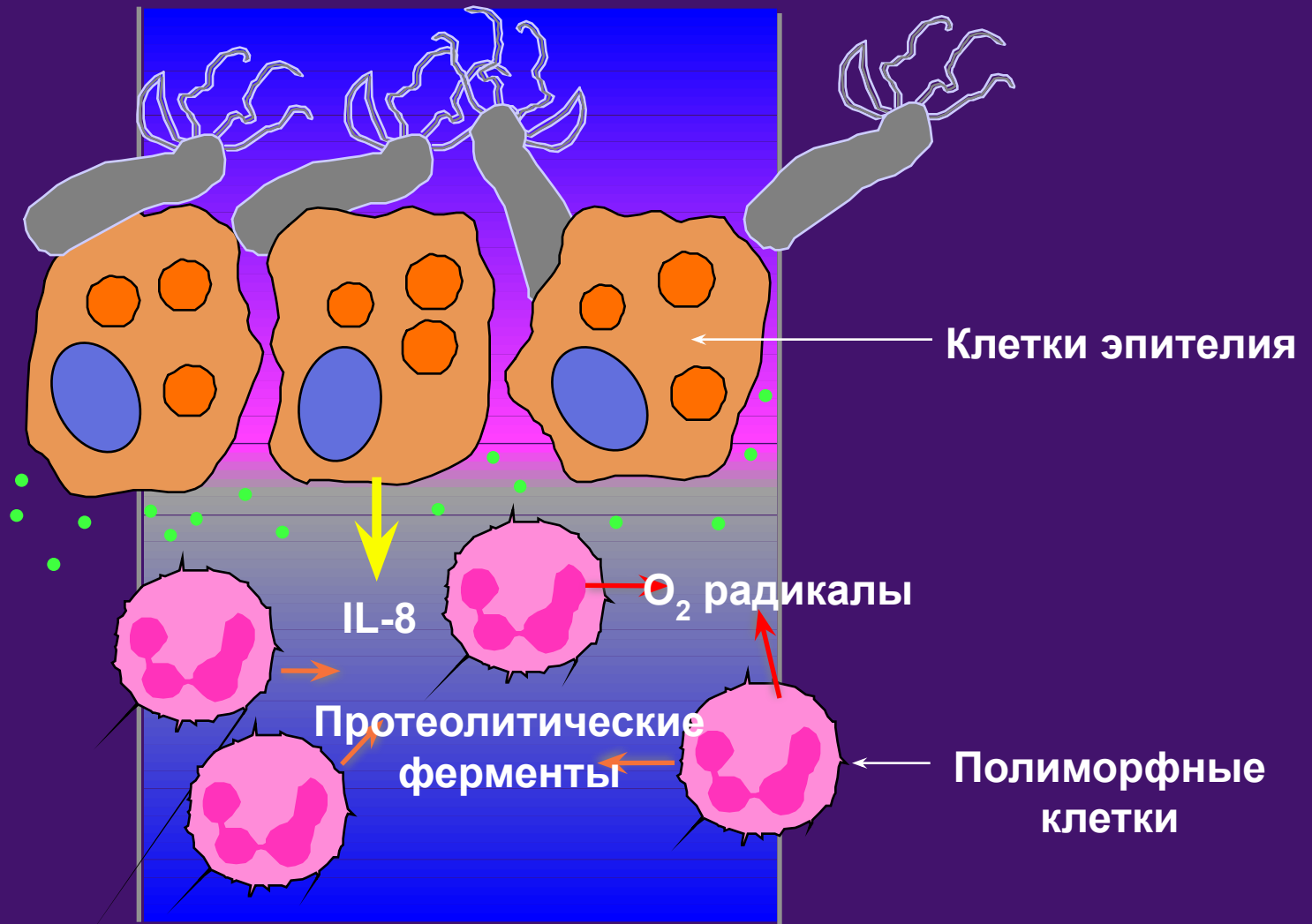
-  *H. pylori*
-  НПВС
-  Синдром Золлингера-Эллисона
-  Другое

Инфекция *H. pylori* - причина острой воспалительной реакции

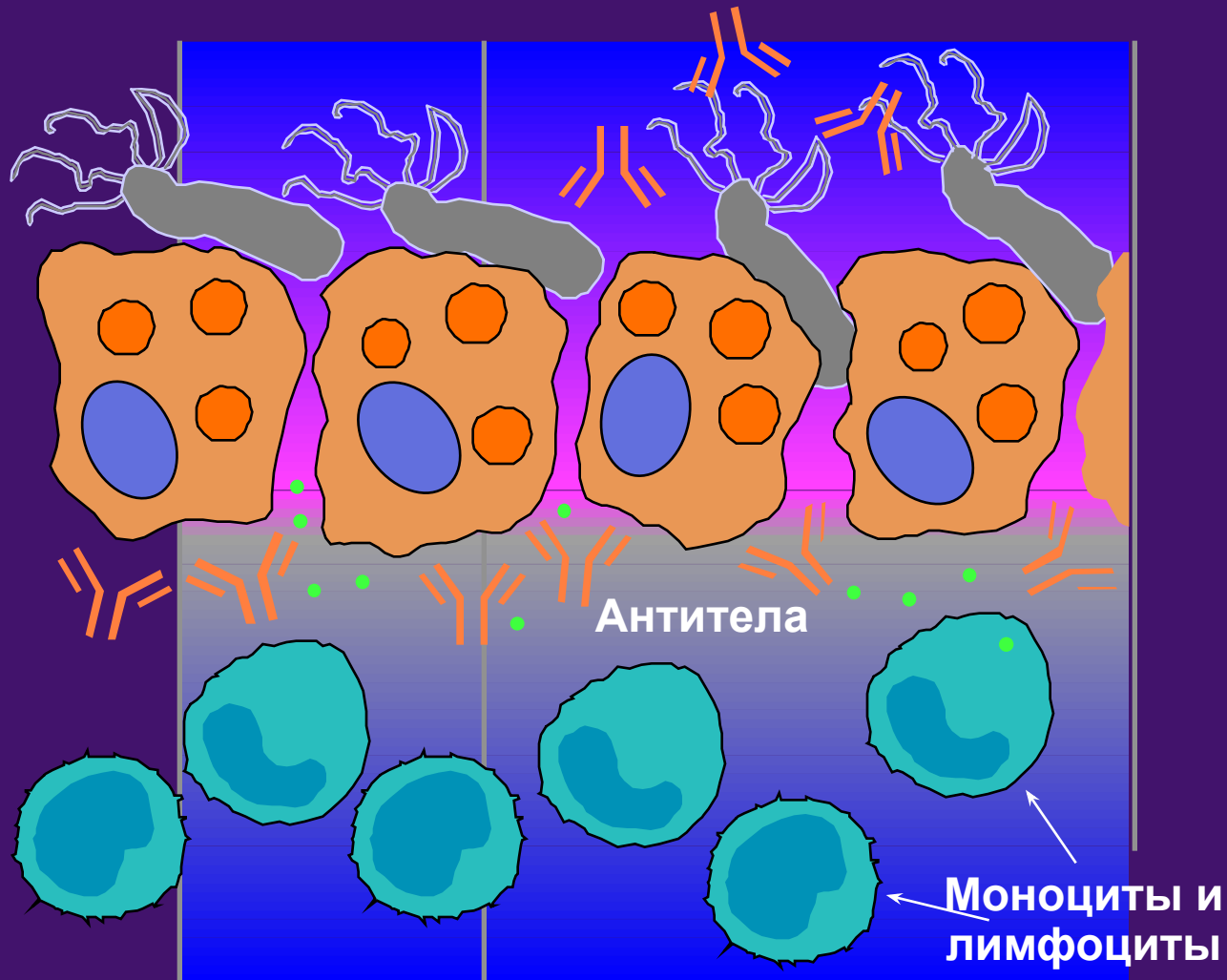
Наиболее патогенны:

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

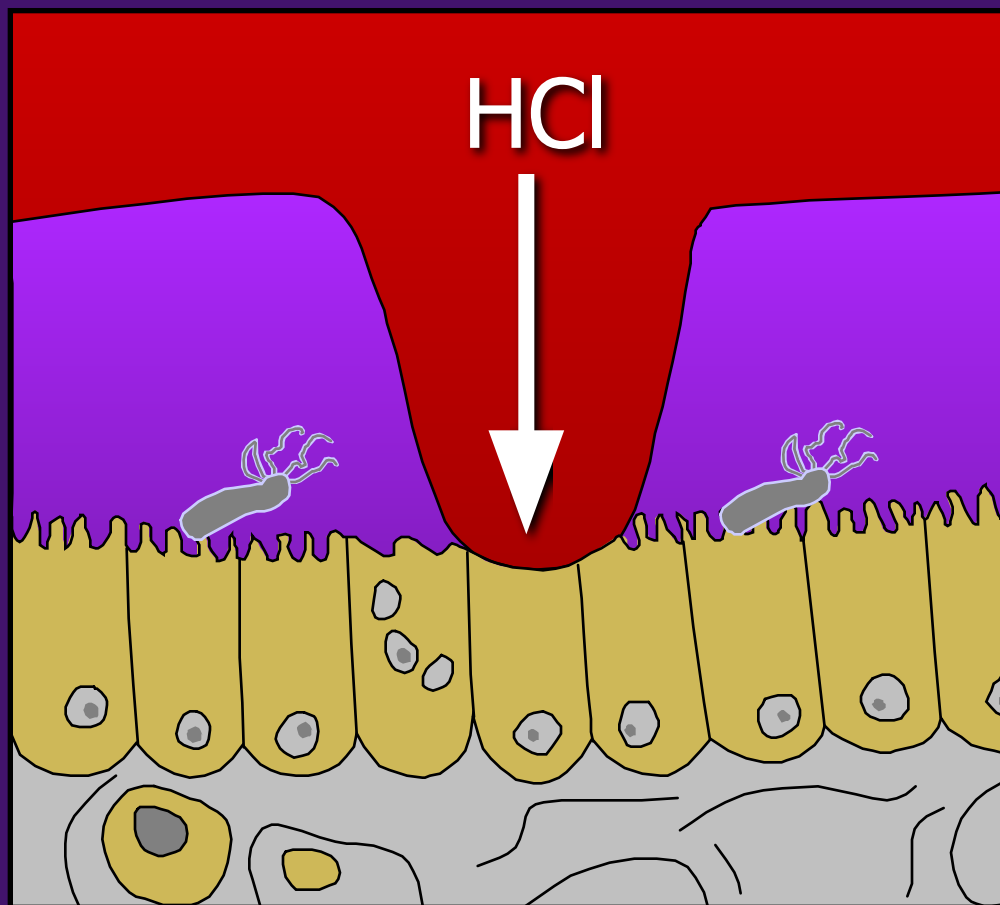
CagA-штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином, который оказывает прямое повреждающее действие на слизистую оболочку желудка.



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



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



Просвет желудка

Слизь

Клетки эпителия



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

Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания гемоглобина и эритроцитов

Клинический анализ крови при неосложненном течении язвенной болезни чаще всего остается без существенных изменений. Иногда отмечается незначительное повышение содержания

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:

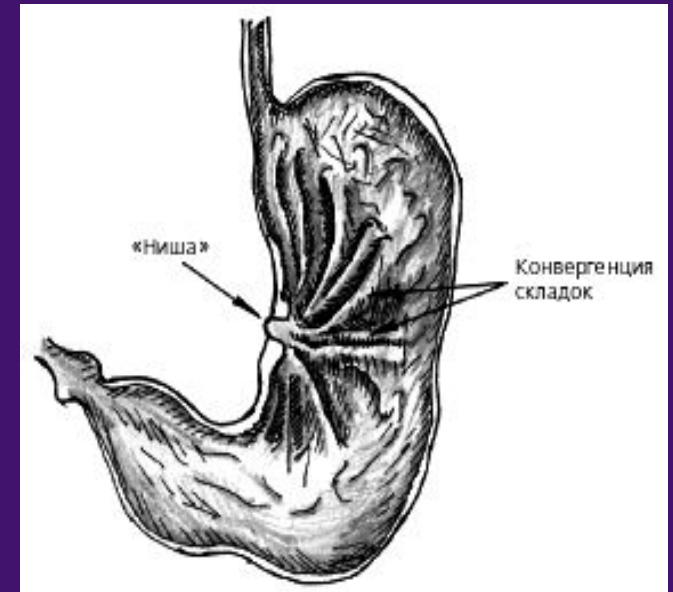
- 1) симптом «ниши» (контура или рельефа слизистой) с воспалительным валиком вокруг нее;
- 2) конвергенция складок слизистой оболочки к нише;
- 3) симптом «указующего перста» (симптом де Кервена);
- 4) *Ускоренное продвижение бариевой взвеси* в области изъязвления (симптом местной гипермобильности);

- 5) наличие большего количества жидкости в желудке

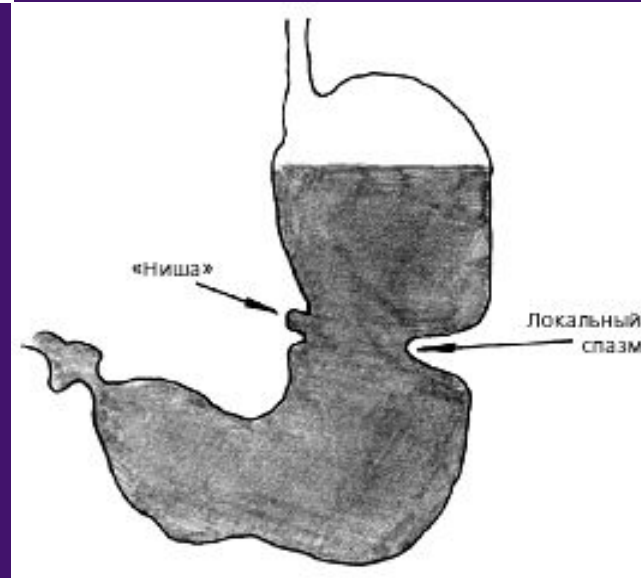
Схематическое изображение рентгенологических симптомов ЯБЖ



Конвергенция складок слизистой оболочки к нише

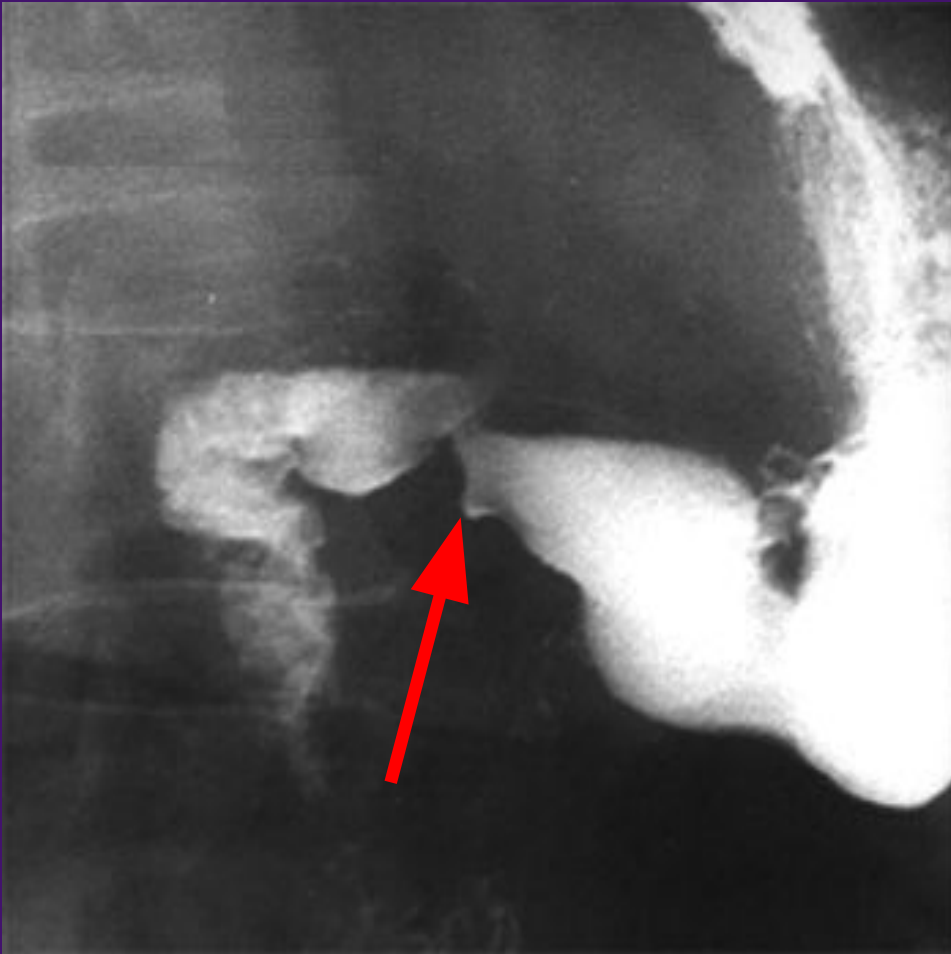


Симптом ниши



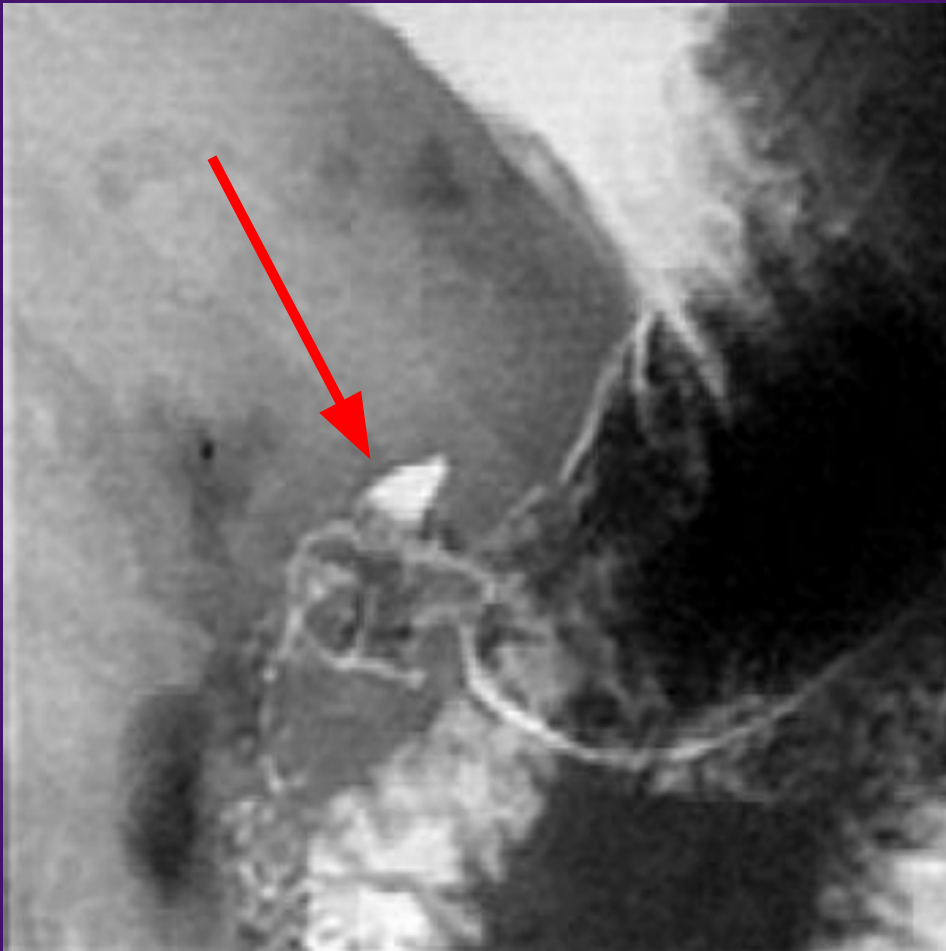
Симптом «указывающего перста»

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).

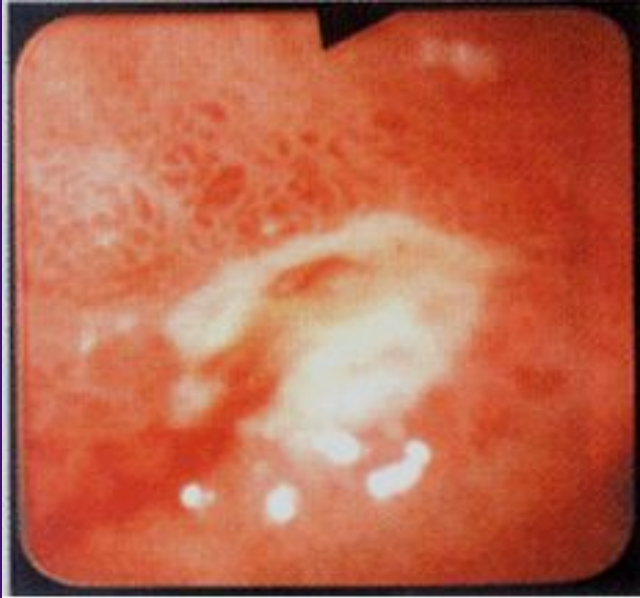


В фазе обострения язвенной болезни



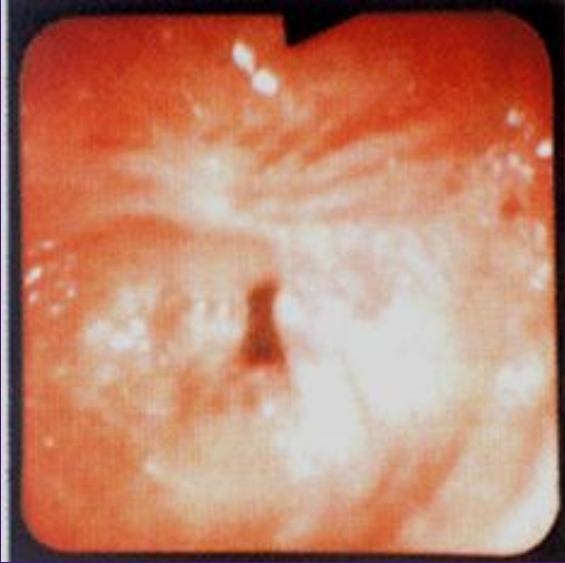
- Неосложненные язвы чаще имеют округлую форму. Края язвы высокие, ровные и четко очерченные. Вокруг язвы слизистая оболочка отечна и гиперемирована, имеет вид приподнятого валика, который четко отграничен от окружающей слизистой и возвышается над ней. Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом, иногда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

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)
- Санация слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки от *H. pylori*
- Предупреждение рецидивов и

Главное правило антисекреторной терапии

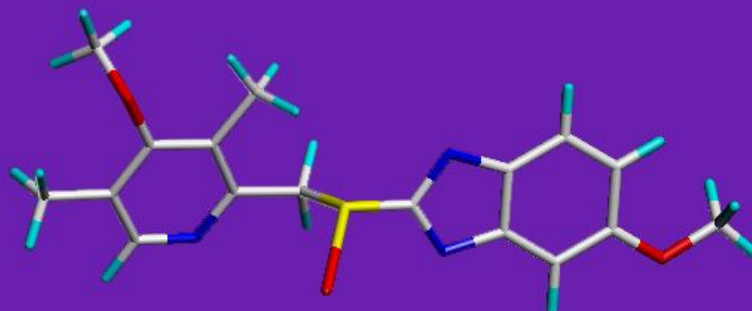
- Уровень внутрижелудочной рН в течение суток (около 18 часов) должен быть выше 3
- Этому правилу на сегодняшний день соответствуют только ИПП
- Прием ИПП ведется строго по протоколу (омепразол 10 мг/сут, рабепразол 20 мг/сут, лансопразол 30 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут, эзомепразол (нексиум) 40 мг/сут) 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

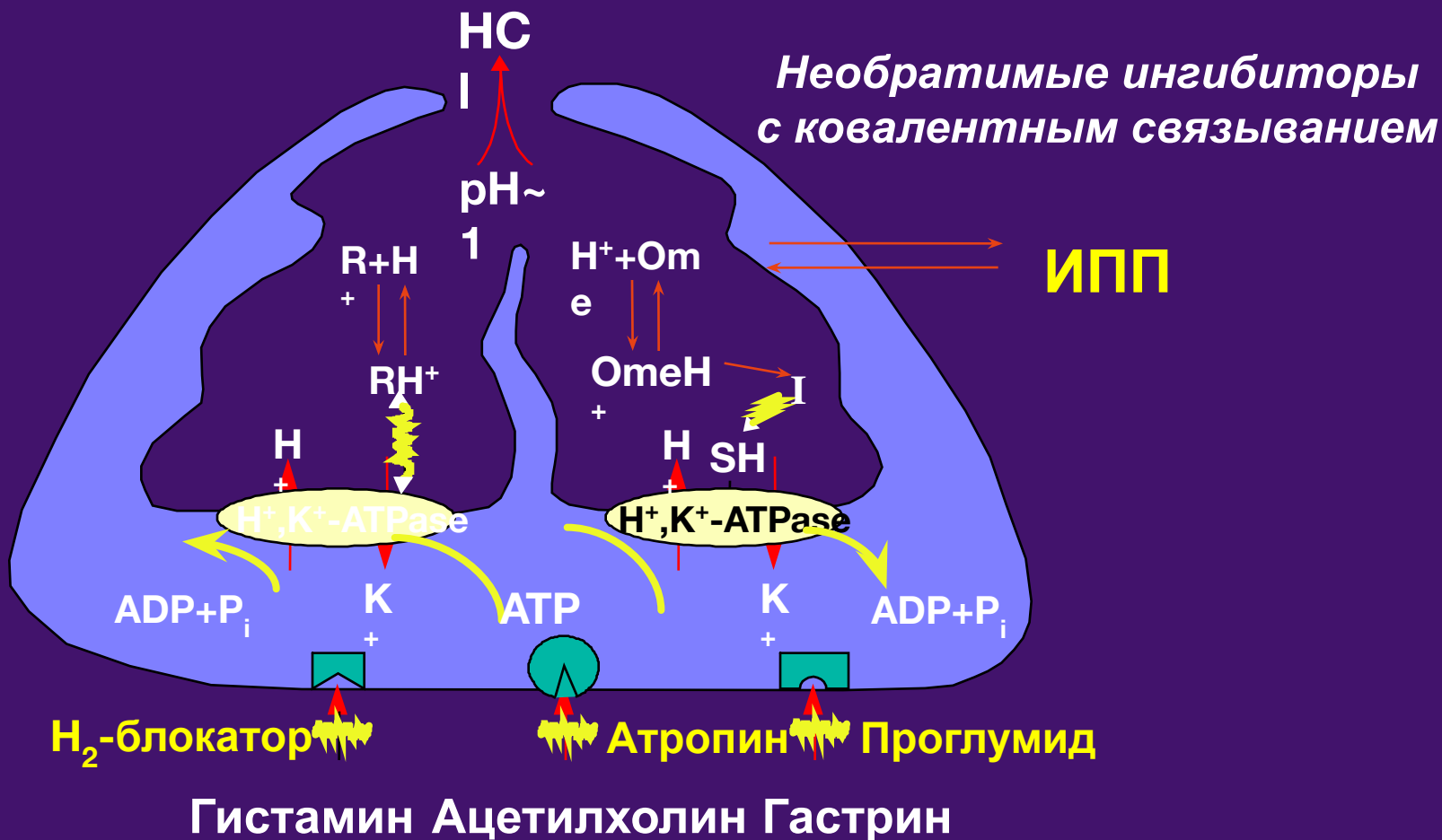
Ингибиторы протонной помпы
Омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол 1990-е

Изомеры ингибиторов протонной помпы
Нексивм® ...



2000-е

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



ИПП блокируют работу протонной помпы париетальной клетки вне зависимости от состояния ее рецепторов (H₂, M₃, CCK-B 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

* 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%

«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

* При резистентности к метронидазолу менее 40%

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

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**
- **непереносимость компонентов медикаментозной терапии**

Спасибо за

внимание!