

# Язвенная болезнь желудка и ДПК

Лекция для студентов 3 курса лечебного факультета  
МИ СГУ им. Питирима Сорокина

К.м.н. Е.И. Ильиных

2021

**Определение**, которое есть в клинических рекомендациях 2020 года, но которое не является актуальным, если при ЯБ проводить эффективную эрадикационную терапию

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой **хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии**, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

# Этиология и патогенез

- Из клинических рекомендаций 2020 года:

Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [1].

- Смотрим ссылку в списке литературы:

1. Shay H., Sun D.C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968:420–65.



Барри Маршалл и Робин Уоррен в 1983 году открыли НР и доказали роль НР в этиологии гастритов и язвенной болезни.

С 1995 изменились рекомендации по лечению ЯБ, которые стали включать антибактериальную эрадикационную терапию, что в дальнейшем привело к изменению течения заболевания – ЯБ перестала быть хроническим рецидивирующим заболеванием, ЯБ полностью стала излечиваться.

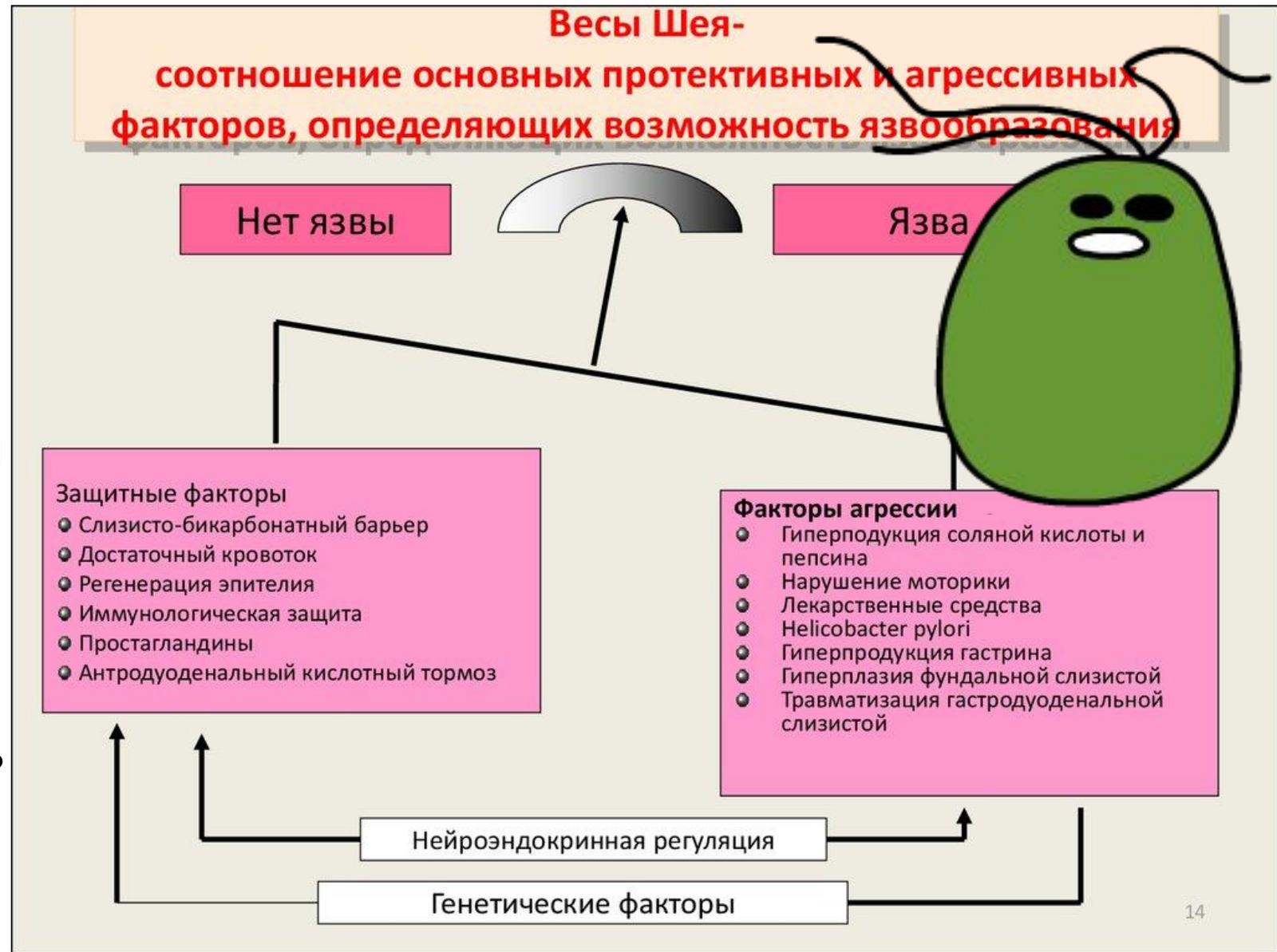
*Цитата от Барри Маршалла:  
“От алкоголя, курения, стресса,  
генетической  
предрасположенности язвы не  
будет, если у вас нет Helicobacter  
pylori”*

В 2005 году они получили Нобелевскую премию



В 70% случаев ЯБ “Весы Шея” не имеют значение, при инфицировании ульцерогенным штаммом НР у здорового человека с полноценными факторами защиты все равно появится язвенный дефект (НР-ассоциированная ЯБ)

Остальные 30% язвенных дефектов можно объяснить с позиции нарушения равновесия факторов защиты и факторов агрессии

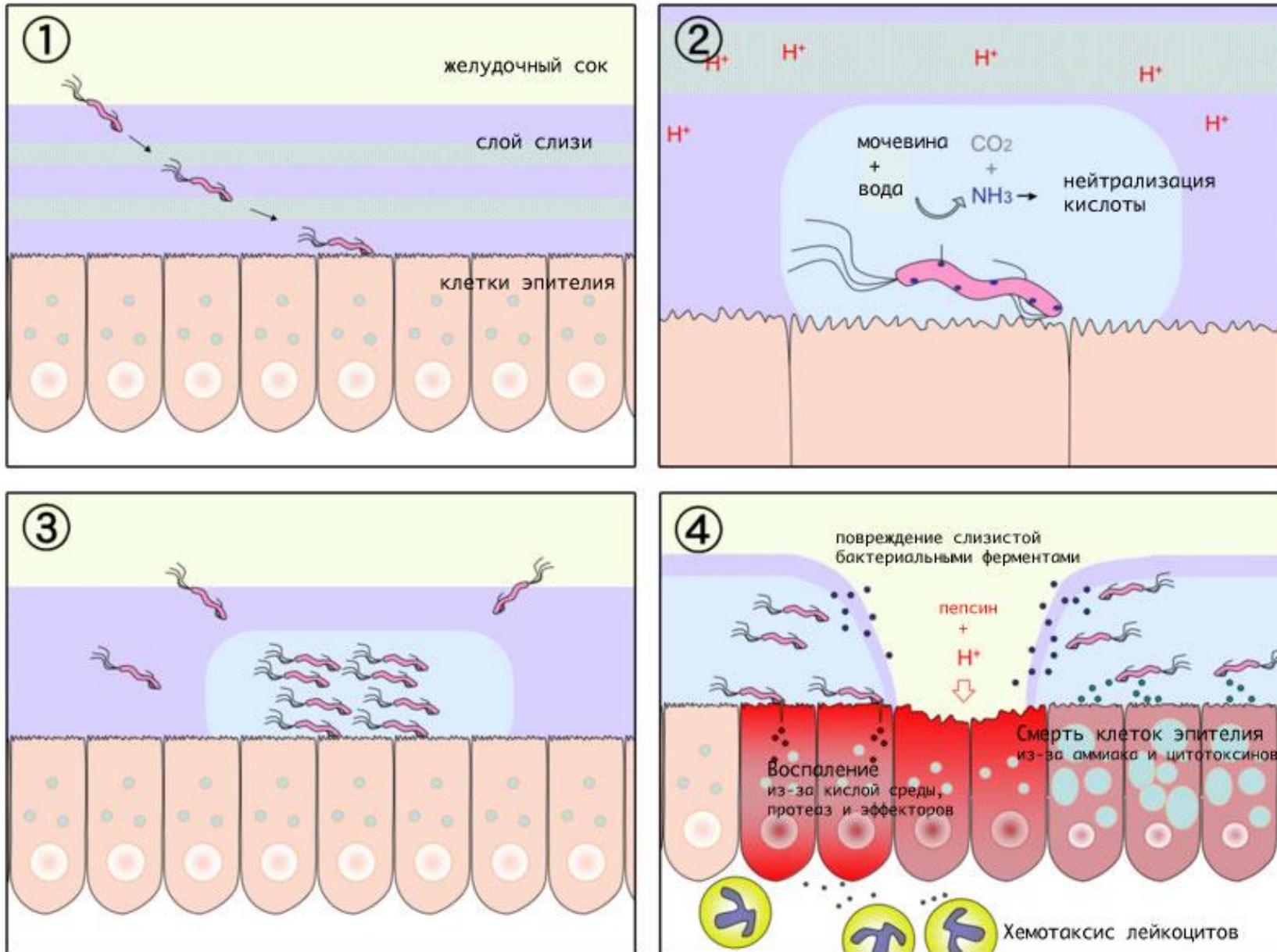


# Факторы вирулентности *H. pylori*

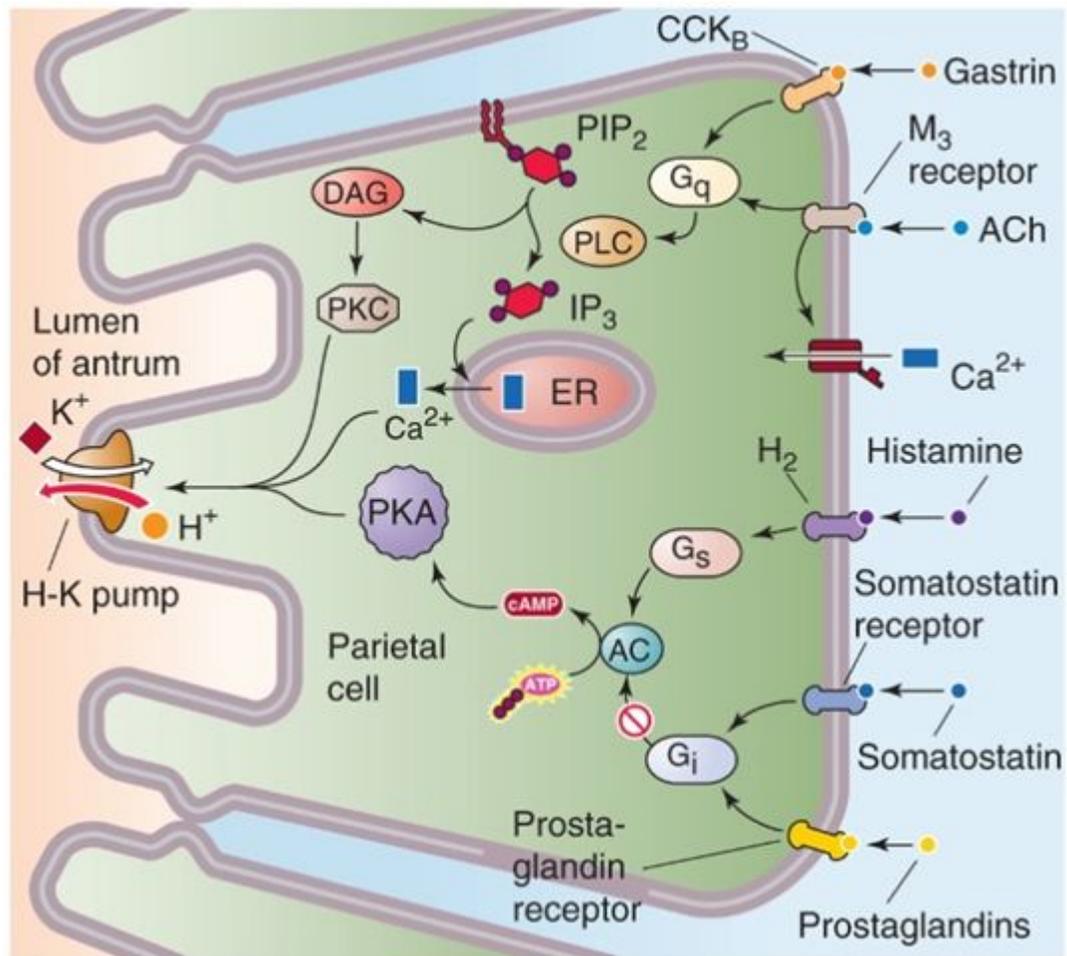
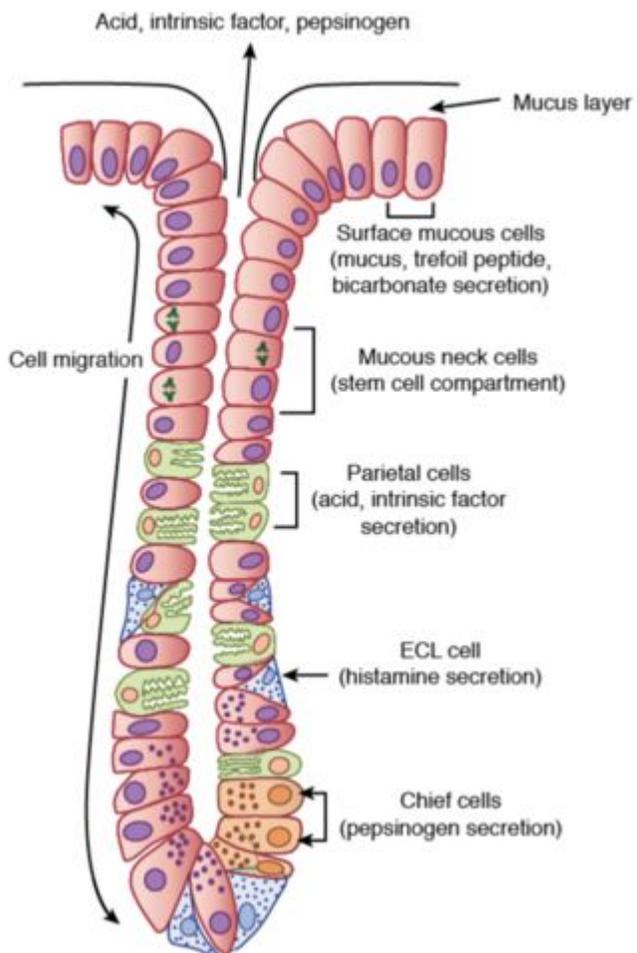


Штаммы *H. pylori*, выделенные от больных с язвой желудка или ДПК, проявляют большую биохимическую агрессивность, чем штаммы, выделенные от больных с гастритом или бессимптомных носителей (ульцерогенные штаммы НР)

# Схема патогенеза язвенной болезни желудка

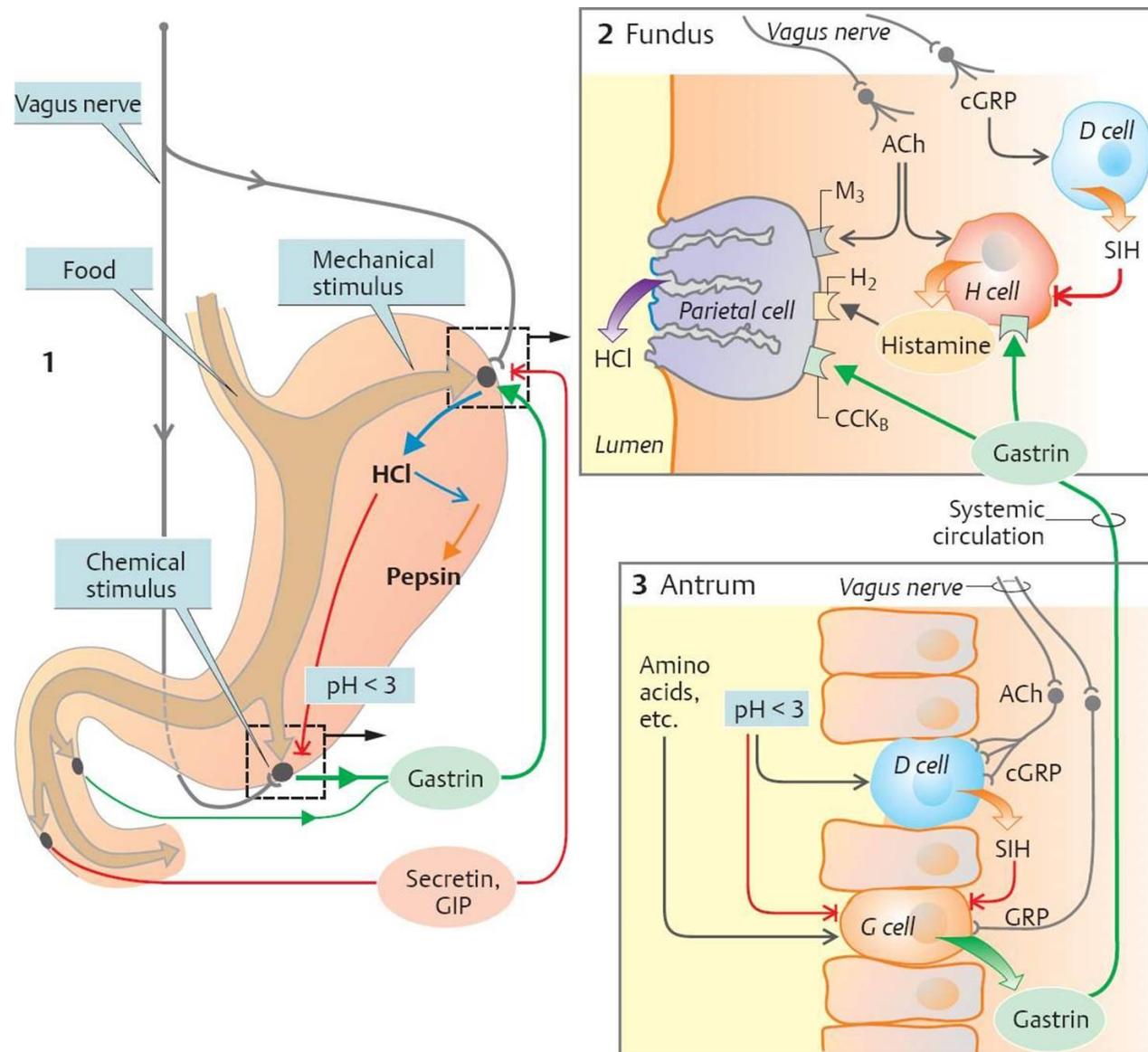


# Секреция соляной кислоты



Почему при наличии НР-ассоциированного антрального гастрита усиливается продукция HCl?

Почему гиперацидное состояние при НР-антральном гастрите может привести к язве ДПК?



# Язва желудка и/или ДПК

**НР+ (70%)**

**НР-ассоциированная ЯБ**

(гастринома)

**НР- (30%)**

**НПВС (25%)**

Стресс-индуцированные язвы и эрозии  
(ИМ, ОНМК)

Болезнь Крона

Целиакия

Синдром Золлингера-Эллисона

Стероидные язвы (глюкокортикоиды)

ХСН, ХДН, ХПН

Рак желудка (язвы тела, кардии,  
большой кривизны)

# Эпидемиология НР-инфекции

- Инфицирование НР происходит в детстве
- Путь передачи – орально-оральный, фекально-оральный, ятрогенный (при эндоскопических исследованиях)
- В РФ 80% населения является носителями НР-инфекции
- Распространенность ЯБ – 10% населения
- После эффективной эрадикации риск рецидива составляет менее 5% (рецидив возможен при повторном инфицировании НР)
- При отсутствии эрадикации риск рецидива язвы - 95%

# НПВС

- НПВС частая причина язвенно-эрозивного поражения желудка и ДПК.
- Причина: блокада ЦОГ приводит у снижению образования простаглицлина и ухудшению регенерации эпителия.
- **НПВС и *H pylori* действуют синергично, приводя к развитию язвенного дефекта**
- Эрадикационная терапия, которая проводится до назначения НПВС, приводит к значительному снижению риска развития язвенного дефекта

# Клинические симптомы

- Ведущим симптомом ЯБ являются боли в эпигастрии, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника
- Боли возникают через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки 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 антисекреторных и антацидных препаратов

# Физикальное обследование

- При объективном исследовании 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).

# Лабораторные исследования

- ОАК для исключения анемии (железодефицитной или постгеморрагической)
- Анализ кала на скрытую кровь для исключения скрытого ЖКК

# ФГДС



A1



H1



S1



A2



H2



S2

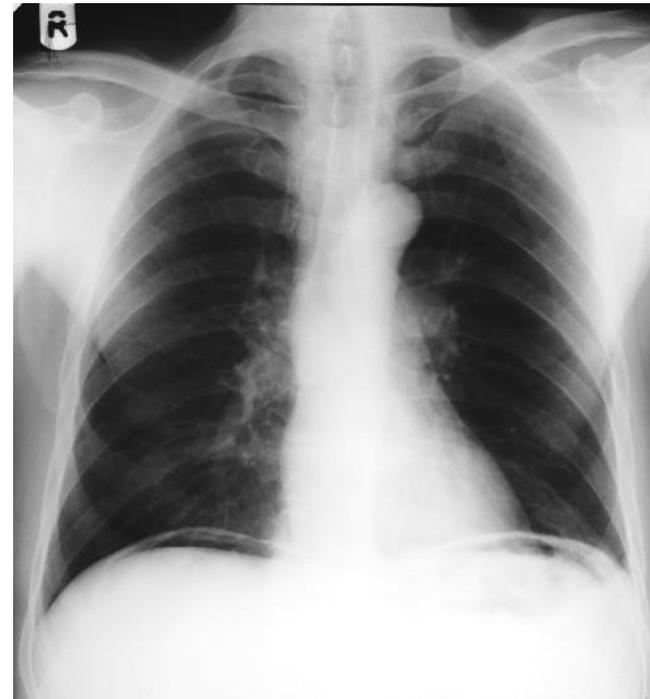
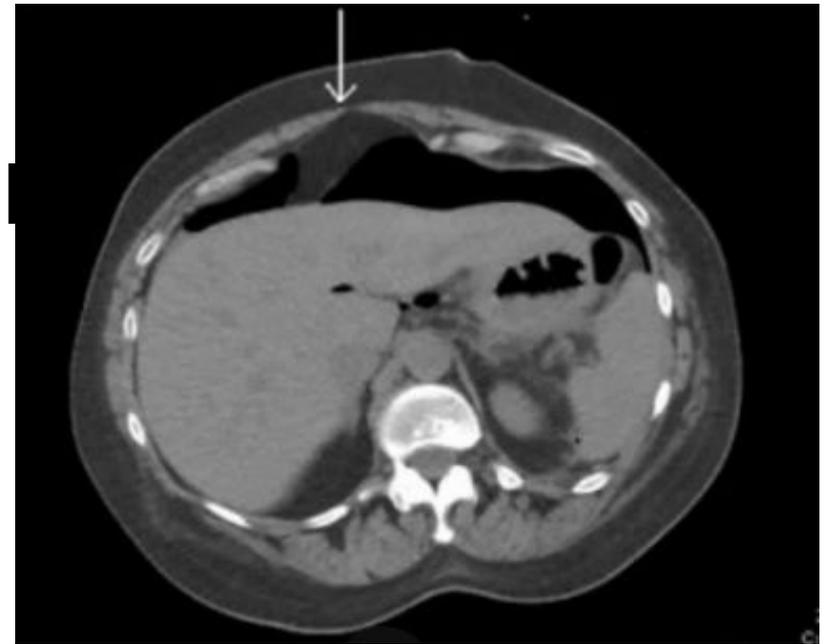
Активная стадия

Стадия заживления

Стадия рубца

# Рентгенологические методы

- При подозрении на перфорацию язвы показано экстренное проведение КТ ОБП
- При невозможности проведения КТ – обзорный рентген ОГК с оценкой свободного газа под диафрагмой



# Рентгеноскопия желудка и ДПК с барием

- Проводится при невозможности выполнения ФГДС
- При клинике стеноза привратника



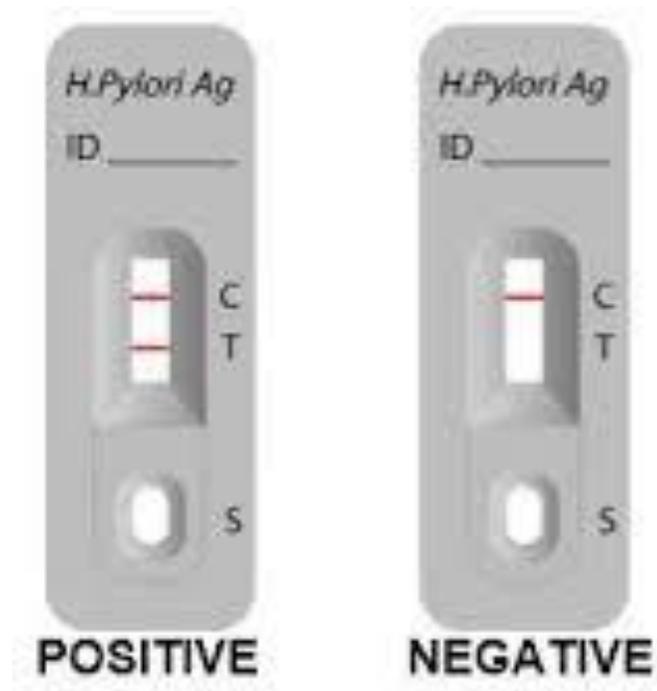
# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ *HP*

<b>ИНВАЗИВНЫЕ</b> - требуют проведения эндоскопического исследования с прицельной биопсией и дальнейшим изучением биоптатов	<b>НЕИНВАЗИВНЫЕ</b> – эндоскопическое исследование не требуется
<b>ПРЯМЫЕ</b>	<b>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Гистологический</li><li>• Бактериологический</li><li>• Молекулярно-генетический – ПЦР в биоптате</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• исследование кала на наличие антигенов <i>HP</i> с применением моноклональных антител</li><li>• серологический - выявление антител IgG к <i>HP</i> в плазме крови</li></ul>
<b>НЕПРЯМЫЕ</b>	<b>БИОХИМИЧЕСКИЕ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Быстрый уреазный тест (Хелпил-тест, Россия) (Biohit Ouj, Финляндия)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• уреазный дыхательный тест с <math>^{13}\text{C}</math>-мочевинной</li><li>• уреазный дыхательный тест с <math>^{14}\text{C}</math>-мочевинной</li><li>• Определение <math>^{15}\text{N}</math> в моче (с <math>^{15}\text{N}</math>-мочевинной)</li><li>• Молекулярно-генетический – ПЦР в кале, слюне, смывах желудка, зубном налете</li></ul>

# Антиген НР в кале

## Иммунохроматографическая экспресс тест-система

- В области тестового окошка зафиксированы моноклональные антитела к НР
- Определение антигена НР является доступным и точным методом диагностики НР-инфекции (чувствительность 85%)



# Быстрый уреазный тест

- Проводится во время ФГДС
- Необходима биопсия (2 биоптата из антрального отдела желудка)
- Чувствительность 50-70%
- На тестовый кружок нанесена мочевины
- При наличии уреазы в биоптате происходит гидролиз мочевины с образованием  $\text{CO}_2$  и аммиака и изменяется цвет индикатора



Пример  
ХЕЛПИЛ® НР (+)



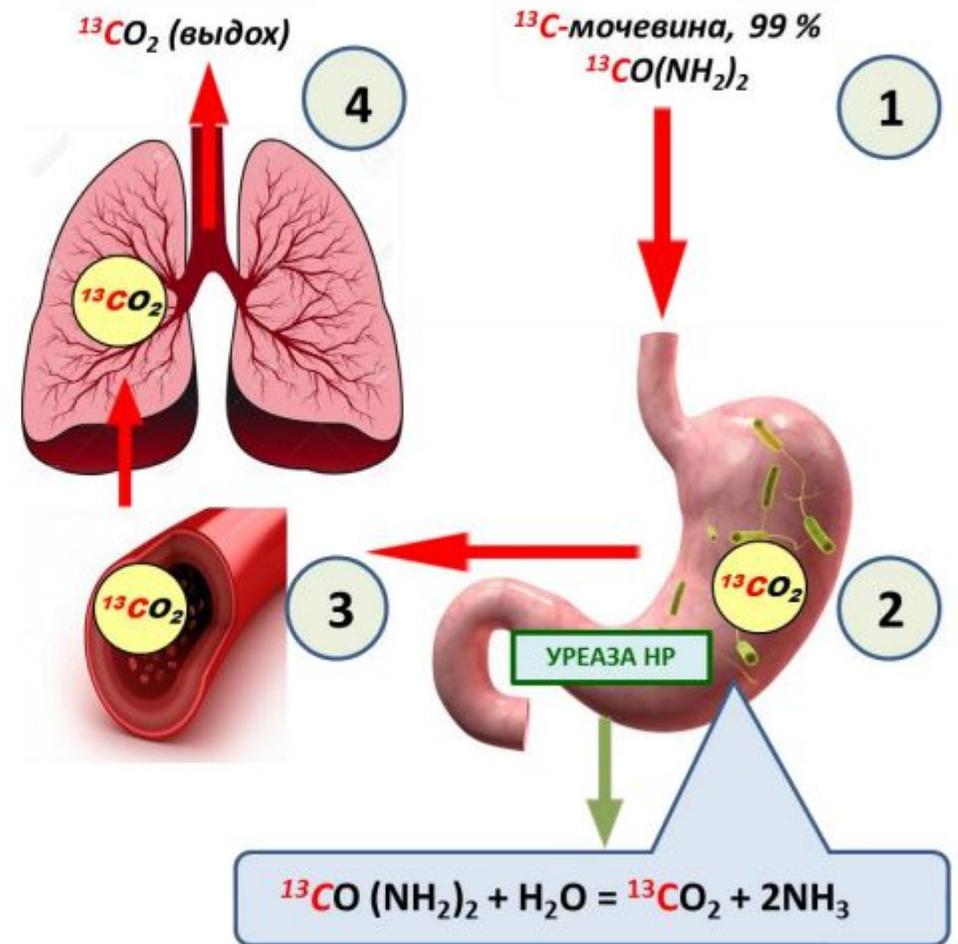
Пример ХЕЛПИЛ®  
НР (-)

# Дыхательный уреазный тест

## <sup>13</sup>C-УРЕАЗНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ

Чувствительность 95%

- 1 50-75 мл водного раствора <sup>13</sup>C-мочевины поступает в желудок
- 2 В желудке при участии УРЕАЗЫ HP происходит гидратация <sup>13</sup>C-мочевины с образованием <sup>13</sup>C-диоксида углерода и аммиака
- 3 <sup>13</sup>C-углекислый газ из желудка всасывается в кровеносное русло
- 4 <sup>13</sup>C-углекислый газ через легкие выделяется в окружающую среду с выдыхаемым воздухом



# Этапы выполнения уреазного дыхательного теста



# Формулировка диагноза

- Выделяют ЯБ, ассоциированную и не ассоциированную с инфекцией *H. pylori*.
- В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального отдела, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала), язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы, постбульбарного отдела)
- Указывается количество язвенных дефектов и их размер
- В диагнозе отмечают стадию течения заболевания: обострения, заживления, рубцевания и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация желудка и/или двенадцатиперстной кишки.
- При формулировке диагноза указывается наличие осложнений ЯБ (в том числе и анамнестических): кровотечения, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза, а также характер оперативных вмешательств, если они проводились.

# Лечение язвенной болезни

- Для рубцевания язвенного дефекта назначаются ИПП на 1 месяц
- Если ИПП используются в монотерапии без проведения эрадикации НР, то в 95% случаев возникнет рецидив язвы после отмены терапии
- Всем пациентам с НР-ассоциированной ЯБ рекомендуется проведение эрадикационной терапии (10-14 дней амоксициллин + кларитромицин + ИПП)
- Эффективная эрадикация НР приводит к полному излечению ЯБ без дальнейших рецидивов

# Ингибиторы протонной помпы

- Омепразол
- Эзомепразол
- Лансопразол
- Пантопразол (не метаболизируется цитохромом P450)
- Рабепразол (не метаболизируется цитохромом P450)

