ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЯБ) ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Определение. Хроническое, циклически протекающее рецидивирующее заболевание, морфологическим признаком которого является язвенный дефект, проникающий в подслизистый слой (в отличие от эрозии), возникающий в результате нарушения соотношения между факторами защиты и агрессии.

Факторы защиты: слизь (бикарбонаты, простагландины), адекватная микроциркуляция, регенерация, ингибиторы секреции (ВИП, соматостатин, энтероглюкагон).

Факторы агрессии: гиперпродукция соляной кислоты и пепсина (гиперплазия обкладочных и главных клеток, ваготония), инвазия НР, нарушение гастро-дуоденальной моторики, дуодено-гастральный рефлюкс (желчные кислоты, панкреатические ферменты), курение, алкоголь, стимуляторы секреции (гистамин, ацетилхолин, гастрин, механические, химические, термические раздражители пищи), лекарственные препараты (НПВС, глюкокортикоиды)

Этиопатогенетические факторы

1.Наследственная предрасположенность (В5, В14, В15-антиген)
2.Группа крови I(0)
3.Повышенная кислотность желудка (ваготония)
4.Вредные привычки (курение, алкоголь)
5.Частые стрессы, нарушение режима труда и отдыха
6.Прием ульцерогенных лекарственных препаратов (НПВС, глюкокортикоидов)
7.Нарушение режима питания, употребление термически, механически, химически грубой пищи
8.Заболевания органов пищеварения (панкреатит, холецистит, гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс, цирроз печени)
9.Заболевания, способствующие развитию пептической язвы (ХОБЛ, системные заболевания), ХПН
10.Инвазия Helicobacter pylori (НР)

Классификация

По этиологии: Нр-ассоциированная, не ассоциированная с Нр

По локализации:

1. Язва желудка, включая пептическую язву пилорического и других отделов желудка.
2. Язва ДПК, включая пептическую язву всех отделов двенадцатиперстной кишки.
3. Пептическая язва неуточненной локализации
4. Гастроеюнальная язва, включая пептическую язву анастомоза желудка, приводящей и отводящей петель тонкой кишки, соустья с исключением первичной язвы тонкой кишки.

По стадии заболевания: обострение, рубцевание (в стадии «красного» и «белого» рубца), ремиссия

По течению: острое (впервые выявленная), хроническое (с повторными обострениями: редкими – 1раз в 2-3 года, частыми – более 2 раз в год)
По размеру язвенного дефекта: малая язва – до 0,5см, средняя – 0,5-2,0см, большая – 2,0-3,0см, гигантская – более 3см.
Осложнения: кровотечение (10-15%), перфорация (6-15%), пенетрация (15%), стеноз привратника (6-15%), перивисцерит, малигнизация.
Клинические синдромы (табл. 4)

Таблица 4

Клинические синдромы ЯБ

Синдромы	ЯБ желудка	ЯБ ДПК
1.Болевой синдром	В центре эпигастрия, или слева от срединной линии, ранние (0,5-1час после еды), иррадирующие в левую половину грудной клетки	Справа от срединной линии в эпигастрии, поздние (через 2-3 часа после еды), ночные, голодные боли, иррадирующие в правое подреберье, уменьшающиеся после еды, рвоты.
2.Желудочная диспепсия	Изжога, отрыжка кислым, тошнота, ситофобия	Отрыжка, изжога, тошнота реже, рвота кислым, приносящая облегчение
3.Кишечная диспепсия	Наклонность к запорам	Наклонность к запорам
4.Астено-вегетативный синдром	Снижение работоспособности, раздражительность, слабость, утомляемость	Снижение работоспособности, раздражительность, слабость, утомляемость

Для ЯБ характерна сезонность обострений в осенне-весенний период.
Объективные признаки

- локальное мышечное напряжение при поверхностной пальпации живота,

-локальная болезненность при глубокой пальпации,

-положительный симптом Менделя (локализованная болезненность при перкуссии)

-могут быть признаки ваготонии (гипергидроз, наклонность к брадикардии, красный дермографизм)

Методы лабораторной диагностики

О с н о в н ы е:

1.Клинический анализ крови
2.Копрограмма, реакция Грегерсена

3.Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, общий белок, амилаза, сахар, креатинин, электролиты)

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Онкомаркеры (СА 19-9, СА 72-4, РЭА)

2.Исследование гормонального профиля (гастрин, паратгормон, 17-КС, 17-ОКС, кортизол и др.)

Методы инструментальной диагностики

О с н о в н ы е:

1. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией и оценкой степени обсемененности НР (см. раздел: Хроничесий гастрит).

2. Рентген желудка и ДПК

Д о п о л н и т е л ь н ы е:

1.Фракционное желудочное зондирование (до и после стимуляции главных желез гистамином или пентагастрином) для оценки секреторной функции желудка.

2.Интрагастральная рН- метрия.

3.УЗИ органов брюшной полости

Примеры формулировки диагноза

Язвенная болезнь, фаза обострения. Впервые выявленная язва малой кривизны желудка. Желудочное кровотечение от 02.11.2007 г.

Язвенная болезнь, фаза ремиссии. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Дифференциально-диагностический ряд

1.*Симптоматические язвы*:

- стрессовые язвы (тяжелые травмы, ожоги, шок, инфаркт миокарда, черепно-мозговые травмы),
- стероидные (при приеме глюкокортикоидов, болезни или синдроме Иценко-Кушинга,
- медикаментозные (НПВС, резерпин, антикоагулянты, наперстянка и др.),
- ишемические (атеросклероз брюшной аорты, тромбоз мезентер.артерии),
- синдром Золлингера-Эллисона (гастринома – опухоль из G-клеток, локализующаяся чаще всего в поджелудочной железе, ДПК, печени, секретирующая гастрин),
- гиперпаратиреоз,
- хронические заболевания (цирроз печени, панкреатит, ХПН, сахарный диабет),
- карциноидный синдром (гиперпродукция гистамина, серотонина),
- болезнь Крона.

2.Рак желудка
3.Дивертикулы желудка и ДПК;
4.Хронический панкреатит;
5.Хронический холецистит;
6.ИБС;
7.Хронический гастродуоденит;
8.Заболевания позвоночника;

Принципы терапии

1. Заживление язвенного дефекта
2. Купирование (подавление) активного воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.
3.Эрадикация H. pylori.
4.Достижение стойкой ремиссии.
5. Предупреждение развития осложнений.

Диета № 1 (1а, 1б) с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копчёные продукты). Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Эрадикационная терапия первой линии (см. также раздел: «Хронический гастрит»).

Ингибитор протонного насоса (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг) + кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг или метронидазол 500 мг; 2 раза в день в течение 7 дней.

Терапия второй линии проводится в случае неэффективности препаратов первой линии.

Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субцитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день (или фуразолидон 100-200мг/сут) + тетрациклин 500 мг 4 раза в день.

Терапия третьей линии (при неэффективности первой и второй линии) амоксицилин 0,75г 4 раза в сутки 14 дней в сочетании с ИПП в 4-кратной дозировке. Или сочетание амоксицилина с левофлоксацином 500мг/сут или рифабутином 300мг/сут.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение ещё в течение 5 недель при дуоденальной и в течение 7 недель при желудочной локализации язв с использованием одного из антисекреторных препаратов (ингибиторов протонного насоса, блокаторов H_2-рецепторов гистамина).

Согласно IV Маастрихским соглашениям (2011 г.), продолжение приема ингибиторов протонного насоса после завершения курса антибактериальной терапии рекомендуется только в случае язвенной болезни желудка и осложненной язвы, при неосложненной язве двенадцатиперстной кишки данная терапия не оправданна.

*Язвенная болезнь, не ассоциированная с H. pylori***.**

-Ингибиторы протонного насоса: омепразол 20 мг 2 раза в день, лансопразол 30 мг 2 раза в день, рабепразол 20 мг 1-2 раза в день, эзомепразол 20 мг 2 раза в день или
-Блокатор H_2-рецепторов гистамина: фамотидин 20 мг 2 раза в день.
-При необходимости - антациды, цитопротекторы.

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 недель, при дуоденальной язве — через 4 недели.

Неотложная помощь при язвенном кровотечении

По cito: клинический анализ крови, группа крови, резус-фактор, коагулограмма, реакция Грегерсена, ФГДС, консультация хирурга.
1.Полный покой, голод, холод на эпигастрий, глотать кусочки льда и пить охлажденный раствор аминокапроновой кислоты по 30 мл каждые 3 ч
2.Антациды внутрь (альмагель, фосфалюгель)
3.Фамотидин (квамател) 20 мг в/м или в/в каждые12 ч или омепразол в/в
4.Глюконат кальция 10% - 10 мл
5.Аминокапроновая кислота 5% - 100мл
6.Викасол 1%- 1 – 2мл
7.Полиглюкин, реополиглюкин 400 мл, донорские эритроциты

Показания для госпитализации:

-Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая ранее.
-Язвенная болезнь с резко выраженной клинической картиной обострения: сильный болевой синдром, рвота, диспептические расстройства.
-Язвенная болезнь тяжёлого течения, ассоциированная с *H. pylori,* не поддающаяся эрадикации.
-Язвенная болезнь желудка при отягощенном семейном анамнезе с целью исключения малигнизации.
-Язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопутствующие заболевания).

Рабочая схема терапии.

Rp: Tab. Omeprazoli 20 mg
D.S. По 1 таб. утром натощак и на ночь

Rp: Tab.Clacidi 500 mg
D.S. По 1 таб. утром и вечером во время еды 7 дней

Rp: Tab. Amoxicillini 500 mg
D.S. По 2 таб. утром и вечером 7 дней.

Профилактика.

Первичная профилактика.

1.Активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению данного заболевания.
2. Диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания.

Вторичная профилактика.

1.Активное выявление больных с клинически выраженными формами ЯБ, частыми обострениями и адекватная медикаментозная терапия.

2.Диспансерное наблюдение за больными и систематическое противорецидивное лечение.

Противорецидивная терапия:

Непрерывная поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе (в течение месяцев и даже лет), например, ежедневный приём 20 мг фамотидина или 20 мг омепразола.

Показания:

-неэффективность проведённой эрадикационной терапии;

-осложнения язвенной болезни (язвенное кровотечение или перфорация);

- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВС;

-сопутствующий язвенной болезни эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;

- язвенная болезнь, не ассоциированная с *H. pylori;*

-больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением язвенной болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию.

Профилактическая терапия «по требованию» (при появлении симптомов после успешной эрадикации *HP)* - приём одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной - в течение 2 недель.