

# ***ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ***

Санкт – Петербургский Государственный медицинский университет имени  
академика И.П.Павлова

Кафедра факультетской терапии

[www.spbmeduftk.ru](http://www.spbmeduftk.ru)



Заслуженный врач РФ  
Доцент Е.В.КРАЕВСКИЙ

**История изучения язвенной болезни началась раньше, чем появился термин «гастрит», предложенный врачом армии Наполеона БРУССЕ - 1823 г.**

**и КУССМАУЛЕМ ( 1868 г.), предложившим изучать кислотность желудочного содержимого зондом.**

**В 1-ом веке нашей эры –ЦЕЛЬС , ГАЛЕН описывали язвы в желудке, дающие прободение и приводящие к смерти.**

**18 век –МОРГАНЬИ описывает страдание, как результат разъедания сосудов желудка кислым желудочным содержимым.**

**1856 г. КРУВЕЛЬЕ «О простой и хронической обыкновенной язве желудка» . Ему дан приоритет в открытии пептической язвы желудка.**

**Но до него в 1816 г. Федор УДЕН в Петербурге в трактате «Академические чтения о хронических болезнях» дает полное описание симптоматиологии язв желудка.**

**В те времена рассматривали язву как местное проявление болезни.**

**1922 г. Г.Ф. ЛАНГ – «эмоциональное перенапряжение сферы высшей нервной деятельности ведет к развитию гипертонической или (и) язвенной болезни».**

**1950 г. К.М.БЫКОВЫМ и И.Т. КУРЦИНЫМ была сформулирована новая концепция о язвенном поражении желудка, которая является следствием нарушений регулирующей роли коры головного мозга – КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ теория. В западной литературе аналогично существовала психосоматическая теория.**

**1983 г Австралийские ученые Нобелевские лауреаты  
2005 г. В.MARSHALL, J.WARREN независимо друг от друга обнаружили в слизистой желудка больных антральным гастритом *Helicobacter pylori* в 98% случаев.  
Начался новый этап в изучении патогенеза и лечения гастрита, язвы желудка, язвы двенадцатиперстной кишки.**

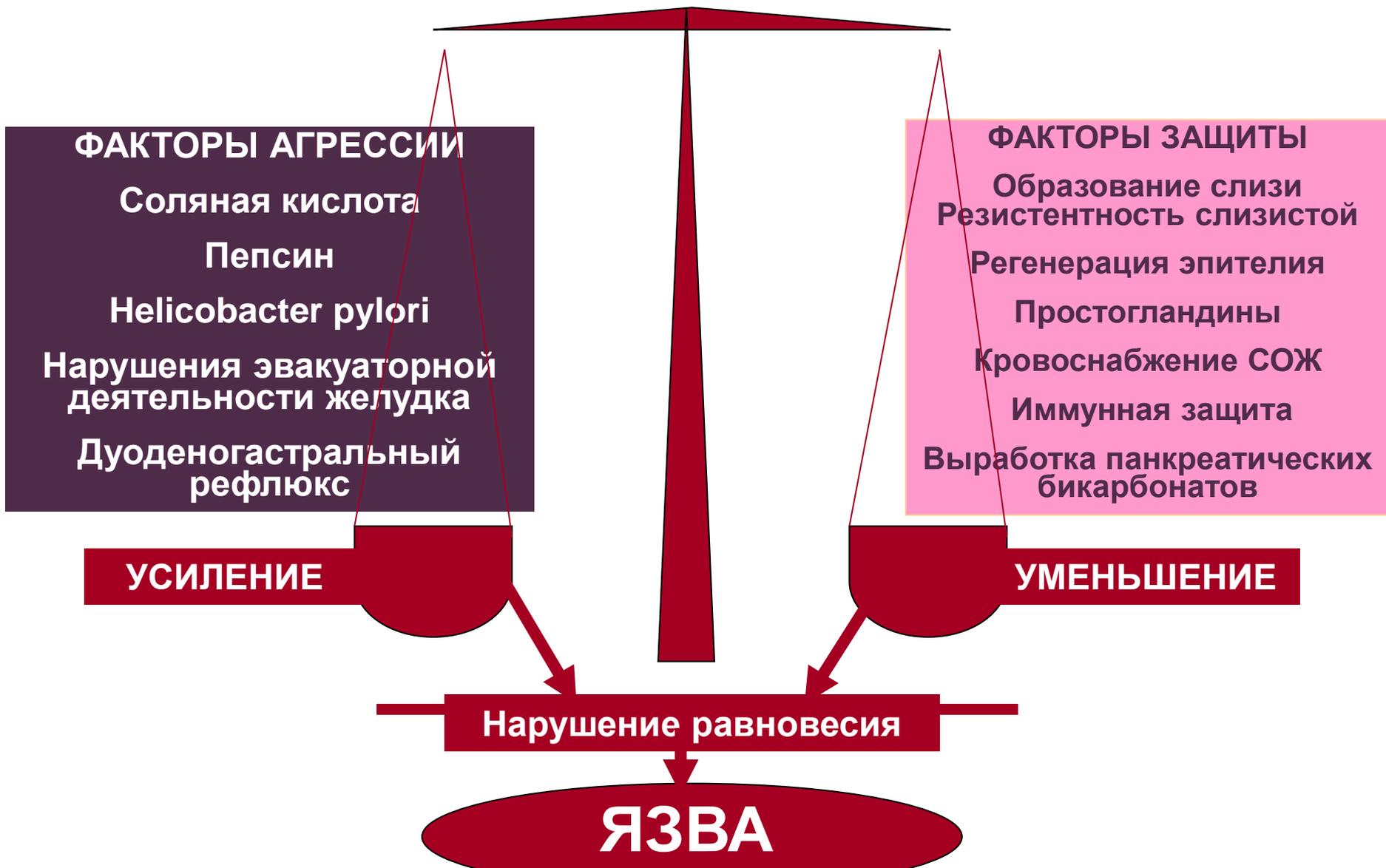
**Язвенная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание, с циклическим течением, склонное к прогрессированию и развитию осложнений, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.**

**Колонизация слизистой оболочки Helicobacter pylori является причиной усиления факторов агрессии и ослабления факторов защиты.**

***Язвенной болезнью страдает около 10% взрослого населения.***

***При эпидемиологических исследованиях эндоскопически язвы и рубцовые изменения обнаруживают у 10 – 20% обследованных. Дуоденальные язвы преобладают над желудочными в пропорции 3 : 1.***

# *Патогенетические механизмы язвообразования*



# **Исторические постулаты патогенеза язвенной болезни (И.В.Маев, 2003)**

**«БЕЗ КИСЛОТЫ НЕ БЫВАЕТ ЯЗВЫ»**

***K. SCHWARTZ (1910)***

**«НЕТ *H.pylori* – НЕТ ЯЗВЫ»**

***D.Y. GRAHAM (1989)***

**«НЕТ *H.pylori* – НЕТ Нр-АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ»**

***G.N.J. TYTGAT (1995)***

# **НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

- 1. НЕ РАСКРЫТ МЕХАНИЗМ ЦИКЛИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**
- 2. ОДИНОЧНОСТЬ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА**
- 3. ВОЗМОЖНОСТЬ СПОНТАННОГО РУБЦЕВАНИЯ ЯЗВЫ  
ПРИ СОХРАНЕНИИ УЛЬЦЕРОГЕННОЙ СИТУАЦИИ**
- 4. ДОСТОВЕРНЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ  
РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
- 5. ТОЧНОЕ МЕСТО ПИЛОРИЧЕСКОГО ГЕЛИКОБАКТЕРА В  
ПРОЦЕССЕ ЯЗВООБРАЗОВАНИЯ (в развитых странах НР  
выявляется только в 10% у лиц до 20 лет и в 50-80% к 60-  
летнему возрасту). Не разрешен классический вопрос  
«курицы и яйца».**

# **РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ**

**ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЫ (луковица 12-перстной кишки, постбульбарная , пилорическая, малая кривизна желудка ,тело желудка, кардиальный отдел желудка)**  
**ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ИЛИ ХРОНИЧЕСКАЯ**  
**ФАЗА БОЛЕЗНИ (обострение, ремиссия)**

## **ТЕЧЕНИЕ**

- А) легкое (обострение 1 раз в 1-3 года)**
- Б) средней тяжести (обострение 2-3 раза в год)**
- В) тяжелое (3 и более обострений в год или непрерывно-рецидивирующее)**

## **ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

## **ОСЛОЖНЕНИЯ**

**ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ** - ЭТО ФОРМА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ПРИ КОТОРОЙ ПЕПТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ **ПРЕОБЛАДАНИЯ АГРЕССИВНЫХ ФАКТОРОВ.**

**ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТАКЖЕ НАРУШЕНЫ, В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ ДУОДЕНИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С Нр - ИНФЕКЦИЕЙ.**

**ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ РАССТРОЙСТВО МЕХАНИЗМА НЕЙРОГЕННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ, ЧТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОСТОЯННО ПОВЫШЕННОМ ТОНУСЕ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА, КАК ВО ВРЕМЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ТАК И В ПЕРИОДЫ МЕЖДУ ПРИЕМАМИ ПИЩИ.**

**У БОЛЬНЫХ ЭТОЙ ФОРМОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ КОЛИЧЕСТВО ОБКЛАДОЧНЫХ КЛЕТОК ПОЧТИ В ДВА РАЗА ПРЕВЫШАЕТ ЧИСЛЕННОСТЬ ИХ КАК У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ, ТАК И У БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА.**

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Боль – преобладающий симптом у 75% больных. Боли возникают через 1,5 – 3 часа после приема пищи (поздние), натощак (голодные) и ночью (ночные). Субъективно боль иногда воспринимается как чувство жжения в эпигастрии, или дискомфорт.

**\* Прием пищи улучшает состояние.**

**\* Рвота на высоте боли приносит облегчение.**

**\* Астеновегетативный синдром**

**\* Нарушения моторной функции – отрыжка, изжога - симптомы ГЭРБ.**

**\* Существует сезонность обострений.**

**\* При пальпации боль в эпигастральной области.**

Симптомы вторичного синдрома раздраженной кишки - вздутие живота, спазмы, неустойчивый стул, непереносимость некоторых видов пищи.

## **ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА**

**ОБРАЗОВАНИЕ ЯЗВЫ ТАКЖЕ ВЫЗВАНО ПЕПТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО, НО НА ПЕРВЫЙ ПЛАН ВЫСТУПАЕТ НЕ ПОВЫШЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ И ЕГО ПЕПТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, А ПОНИЖЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ И РЕГЕНЕРАТИВНОЙ СПОСОБНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА.**

**СНИЖЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОБУСЛОВЛЕНО СОПУТСТВУЮЩИМ ГАСТРИТОМ ТЕЛА ЖЕЛУДКА (ТИП А) В 80% АССОЦИИРОВАННОГО С НР-инфекцией.**

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Зависит от локализации язвы.

**Болевой симптом при язве пилорического канала , одновременные язвы желудка и 12п.к., имеют сход-ную клиническую картину – похожи на язву 12 п.к.**

**\*При язвах кардиальной области и на задней стенке желудка – боль сразу после приема пищи, локализуется за грудиной, может иррадиировать в левое плечо.**

**\*При язвах малой кривизны боли возникают через 15 – 60 минут после еды.**

**\*При пальпации боль в эпигастрии.**

**\*Язвы индуцированные приемом НПВС, часто бессимптомные, могут дебютировать кровотечением или перфорацией.**

# ДИАГНОСТИКА

## Анамнез.

Клинические проявления и данные физикального обследования.

**Фиброгастродуоденоскопия**, с биопсией слизистой оболочки – основной метод диагностики.. Диагностика Нр-инфекции (гистологически, уреазный тест или др. методы). Исследование кислотности непосредственно в желудке с использованием индикаторов кислотности (конго-рот) или рН.

**При язве желудка обязательна биопсия из края язвы до лечения и в конце противоязвенной терапии на предмет возможной малигнизации.**

# **Рентгенологическое исследование.**

## **НЕДОСТАТКИ:**

**ЧАСТОТА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК – 20-40% (у половины больных с повторными дуоденальными язвами «ниша» не определяется)**

## **ПРЕИМУЩЕСТВА:**

**дешевизна**

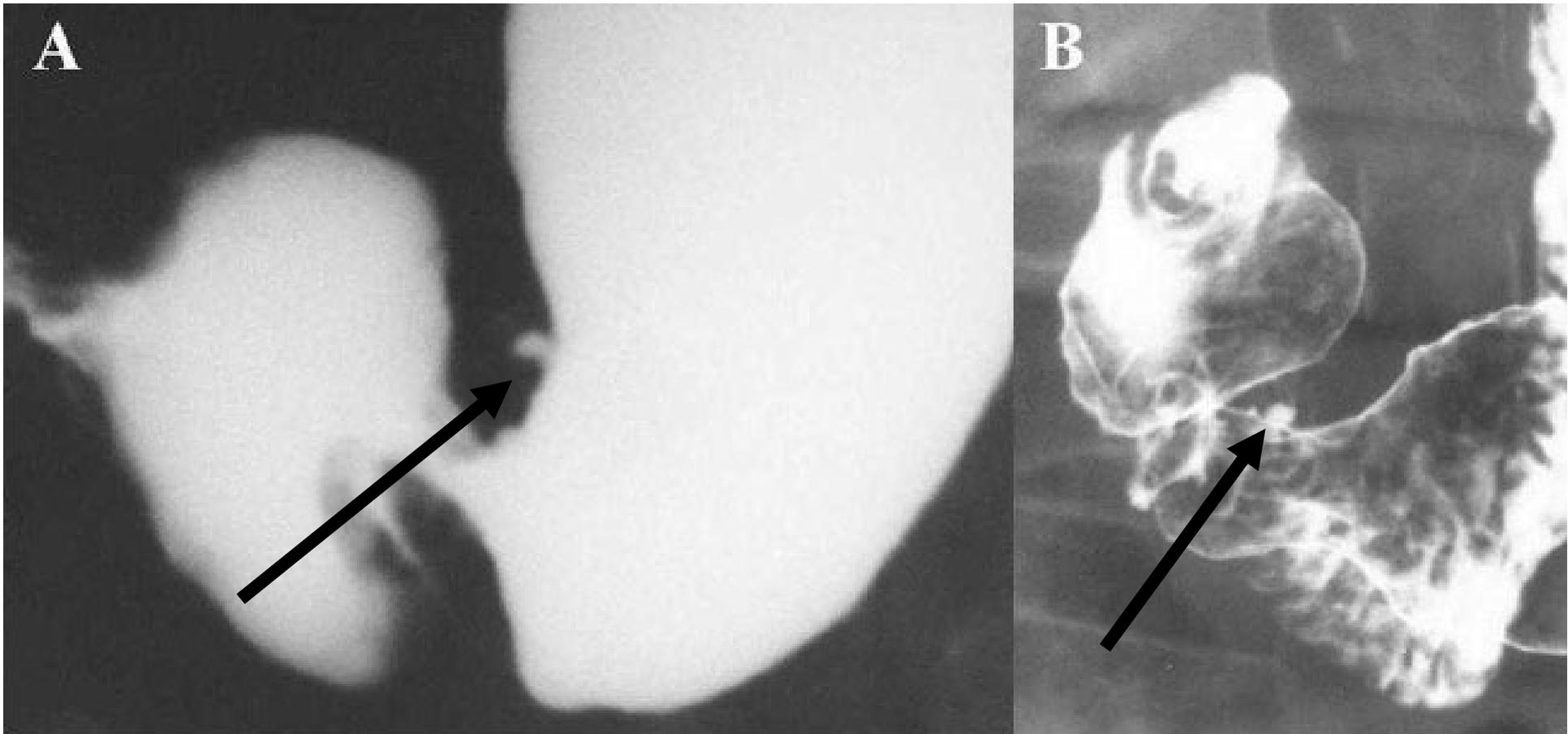
**отсутствие противопоказаний**

**возможность проведения ослабленным, пожилым больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.**

**УЗИ желудка (по специальной методике)**

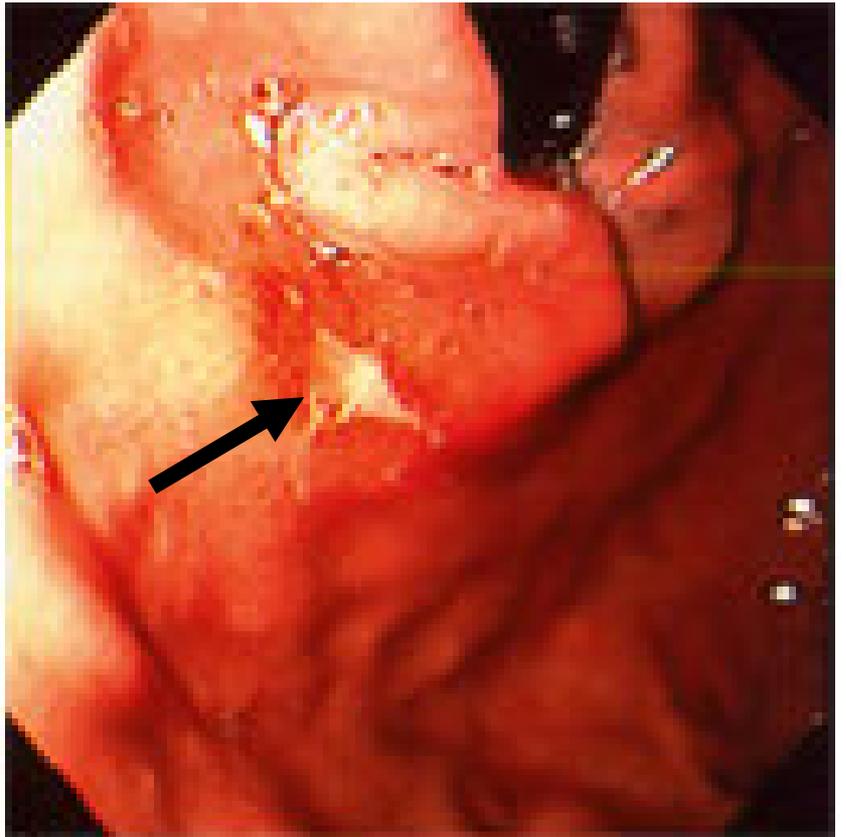
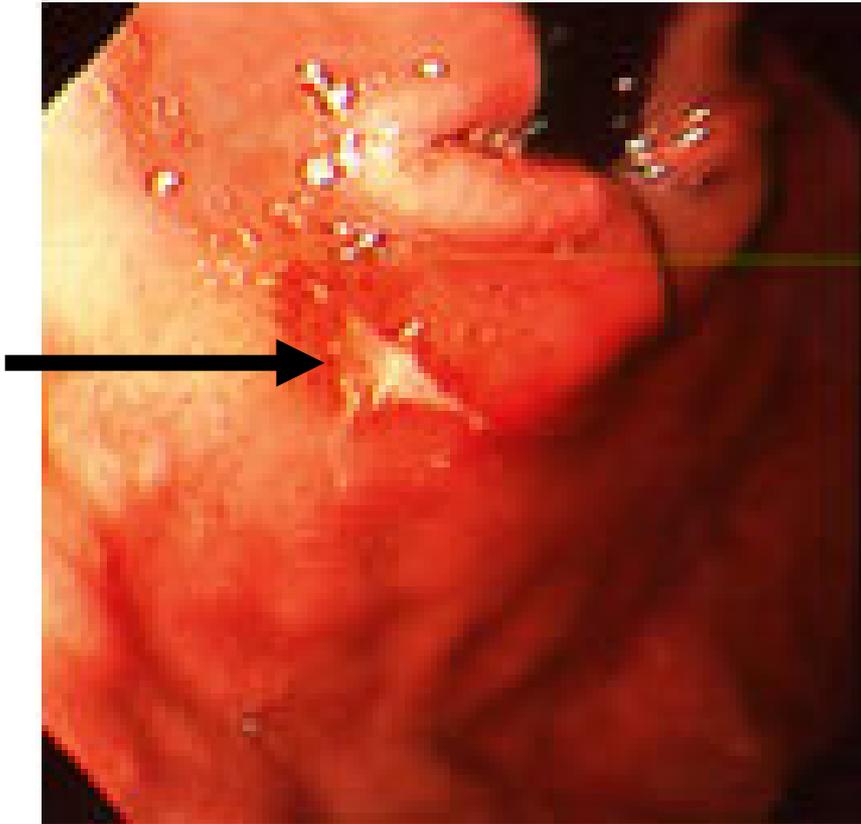
**позволяет диагностировать язвы желудка как и рак с большой точностью, но не является основным методом диагностики.**

# Язва выходного отдела желудка

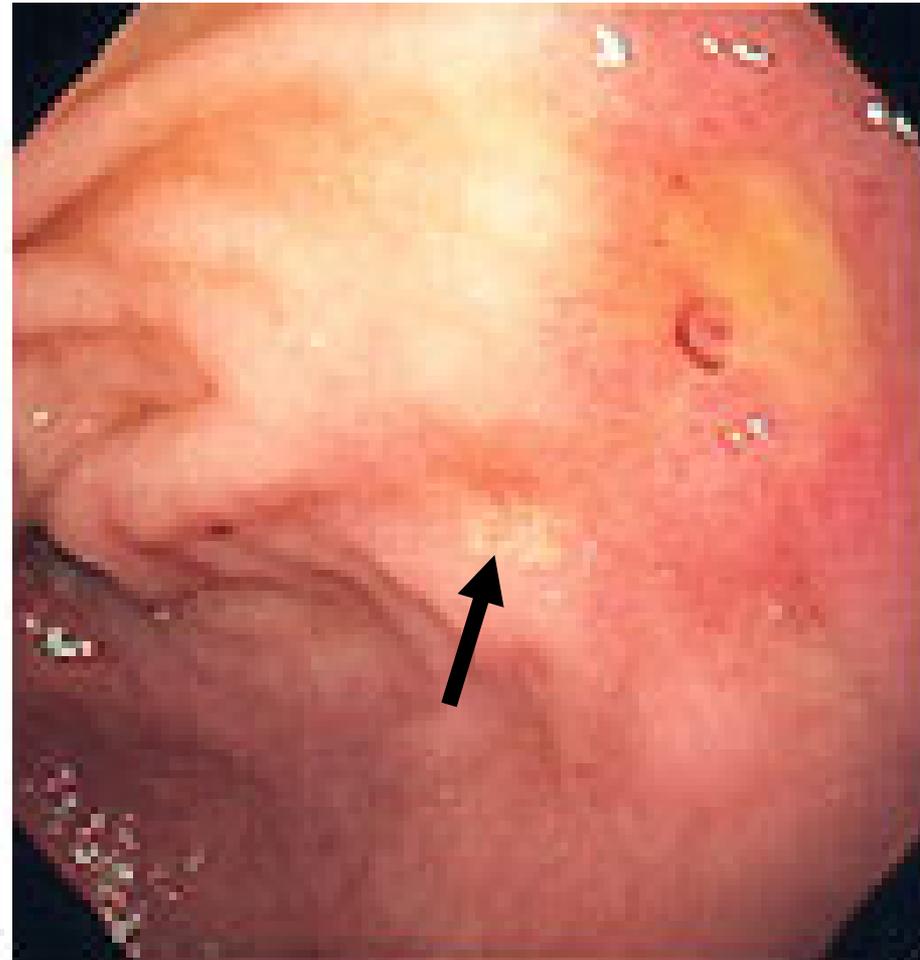
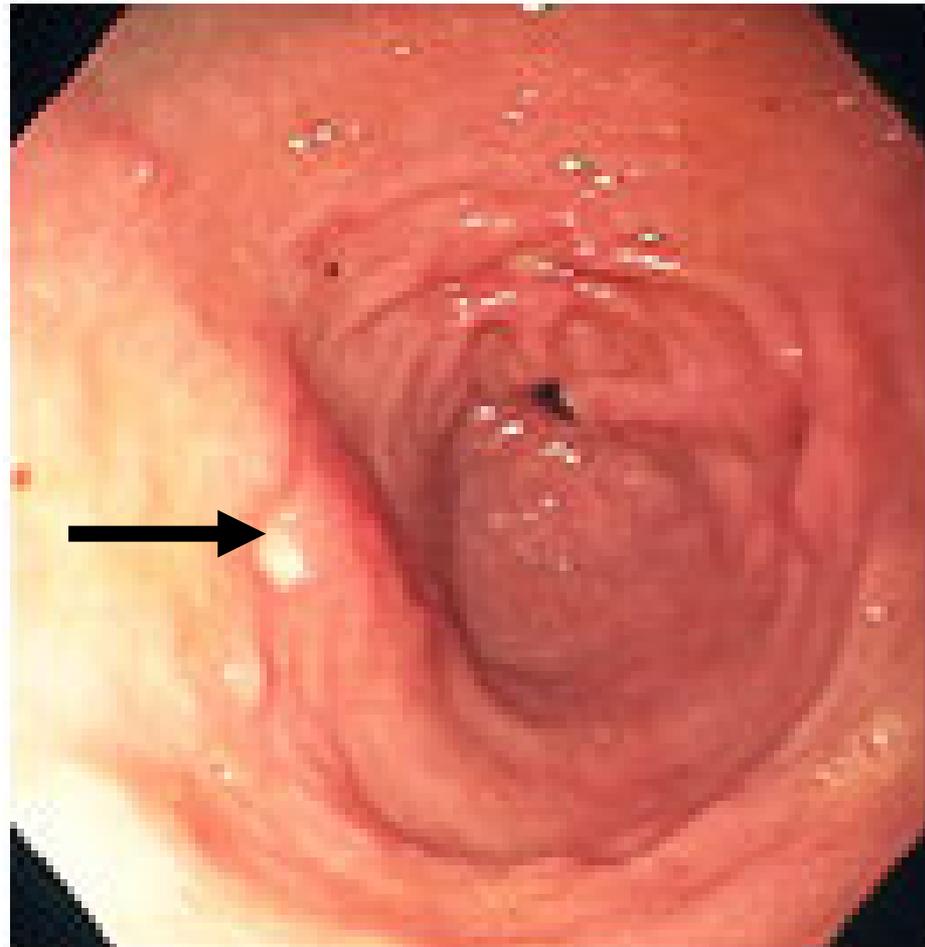


ОДИНОЧНОЕ (А) И ДВОЙНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ (В) МАЛЕНЬКОЙ ЯЗВЫ ПРЕПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА

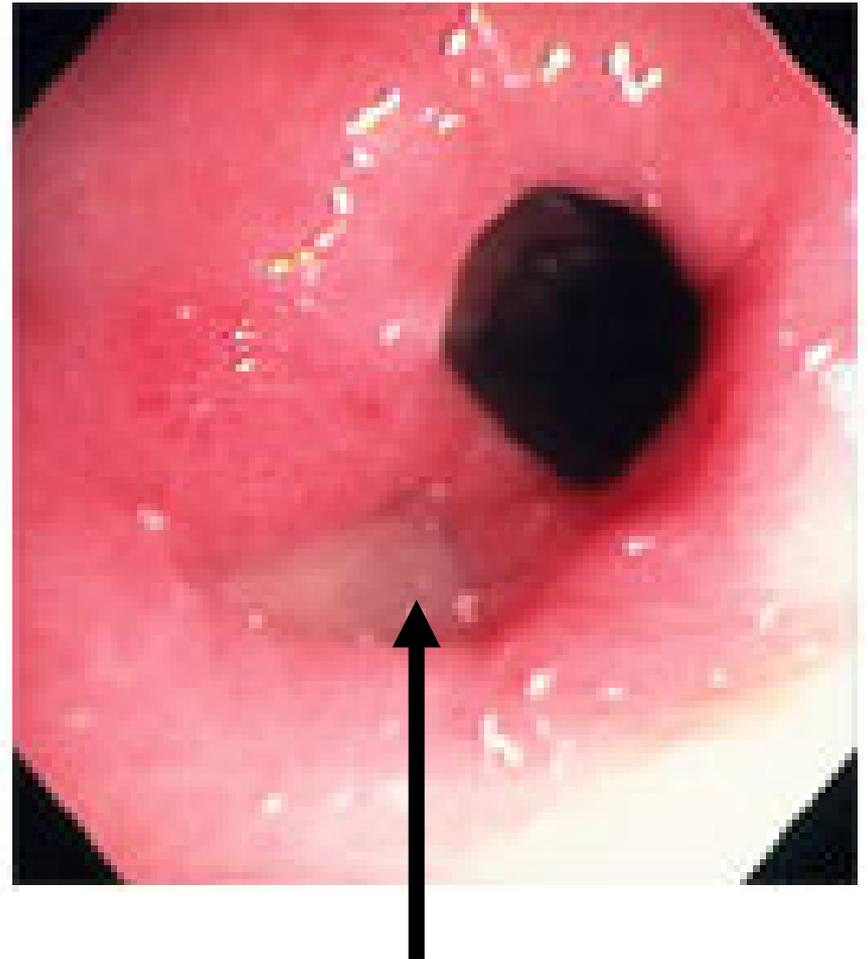
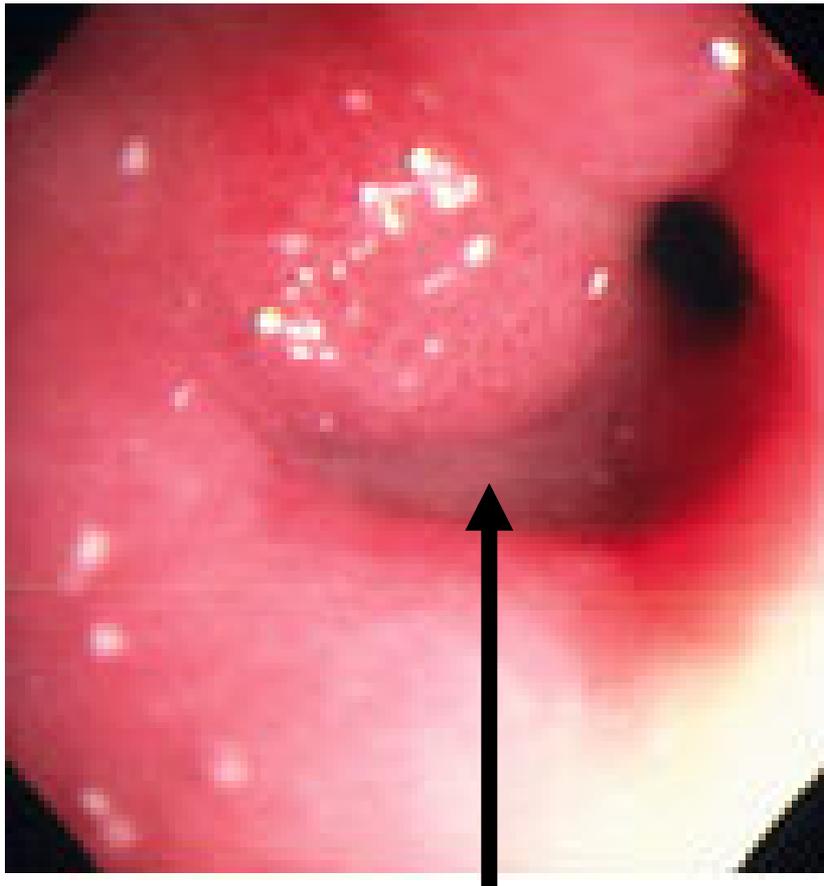
*Язва кардиального отдела желудка*



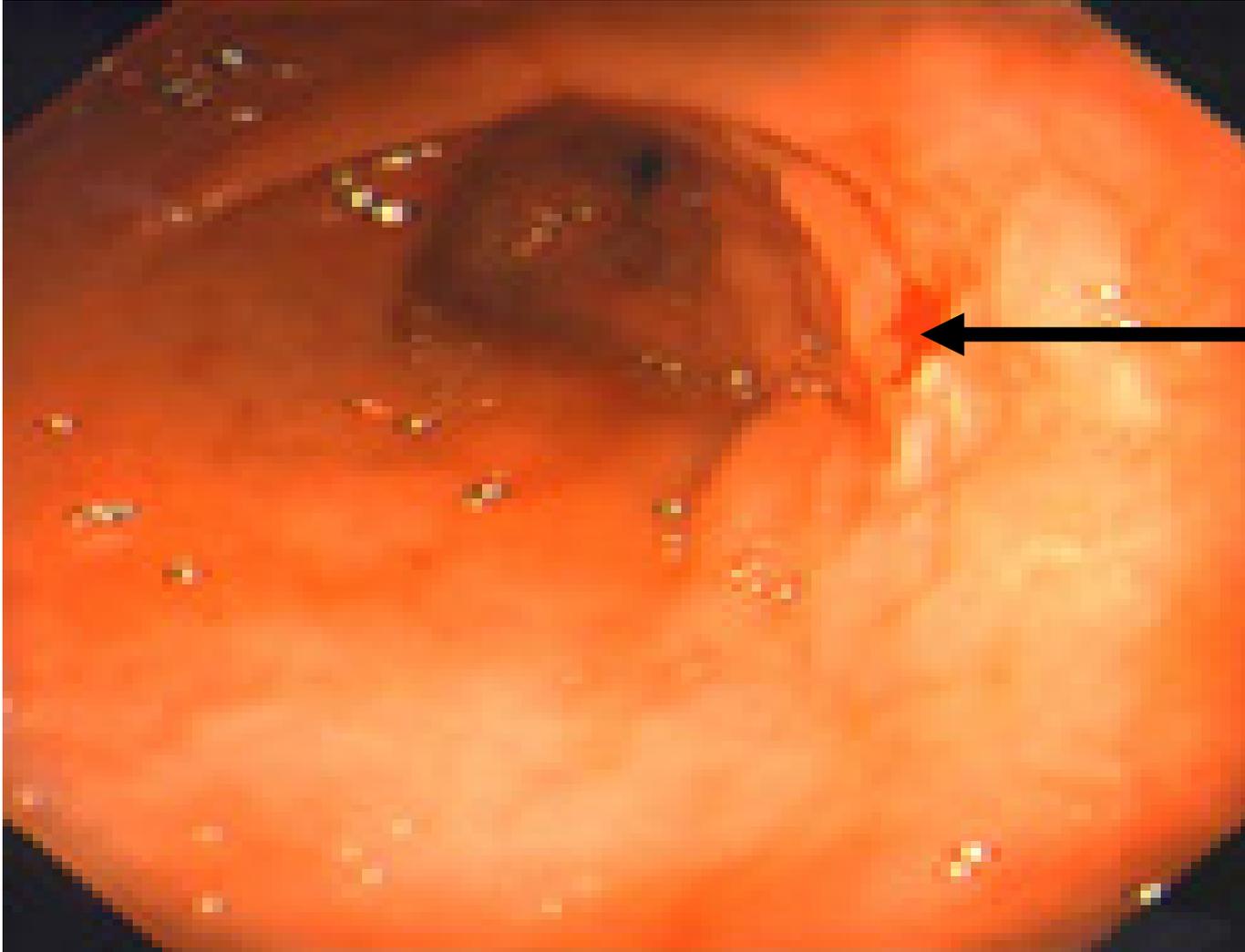
# Язва антрального отдела



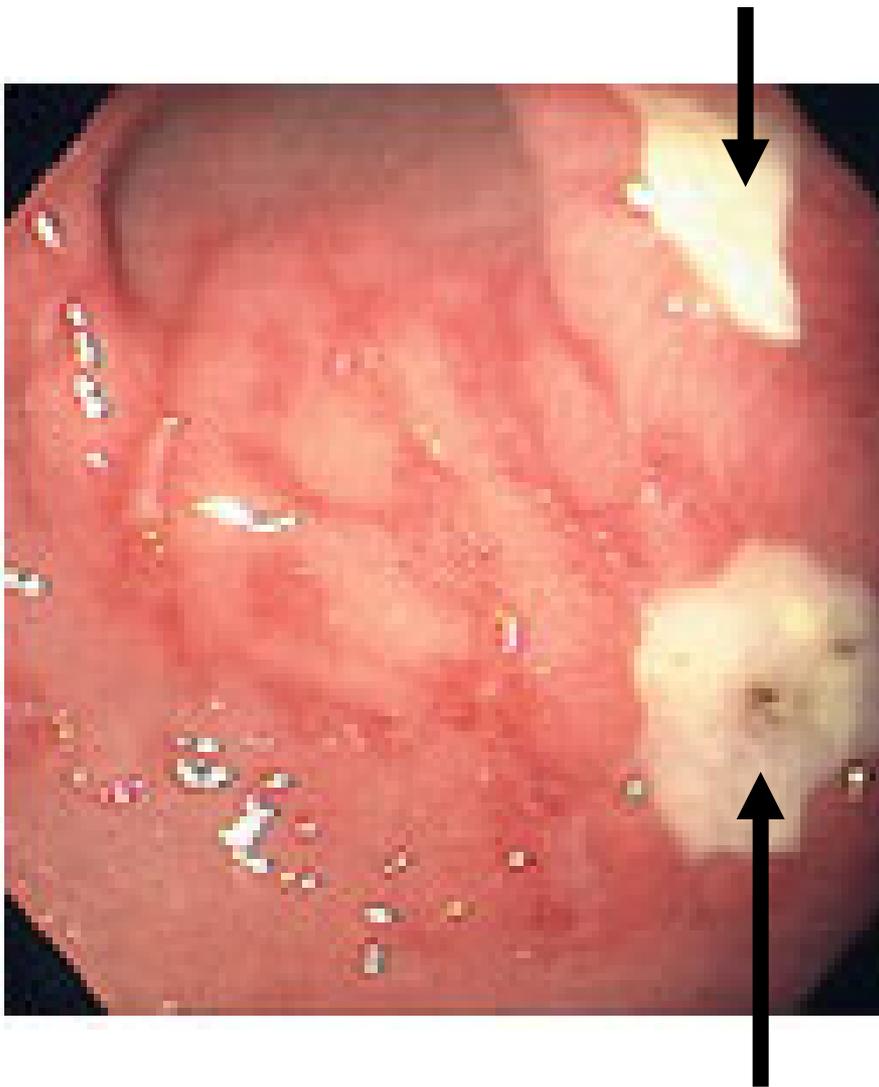
# Язва пилорического канала



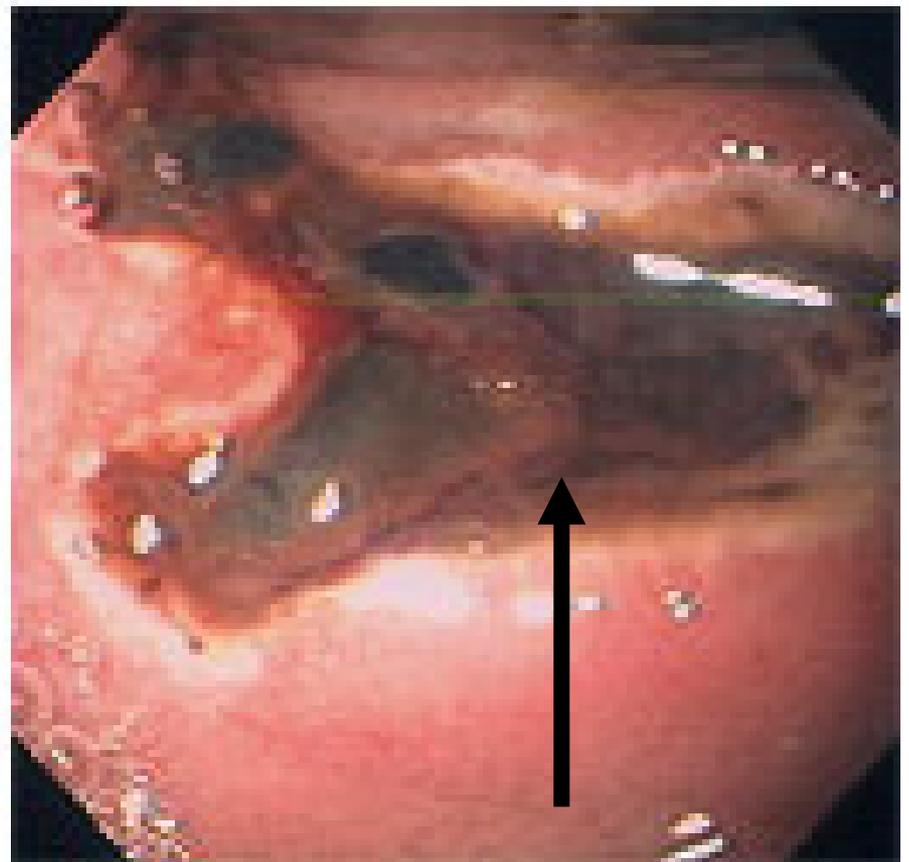
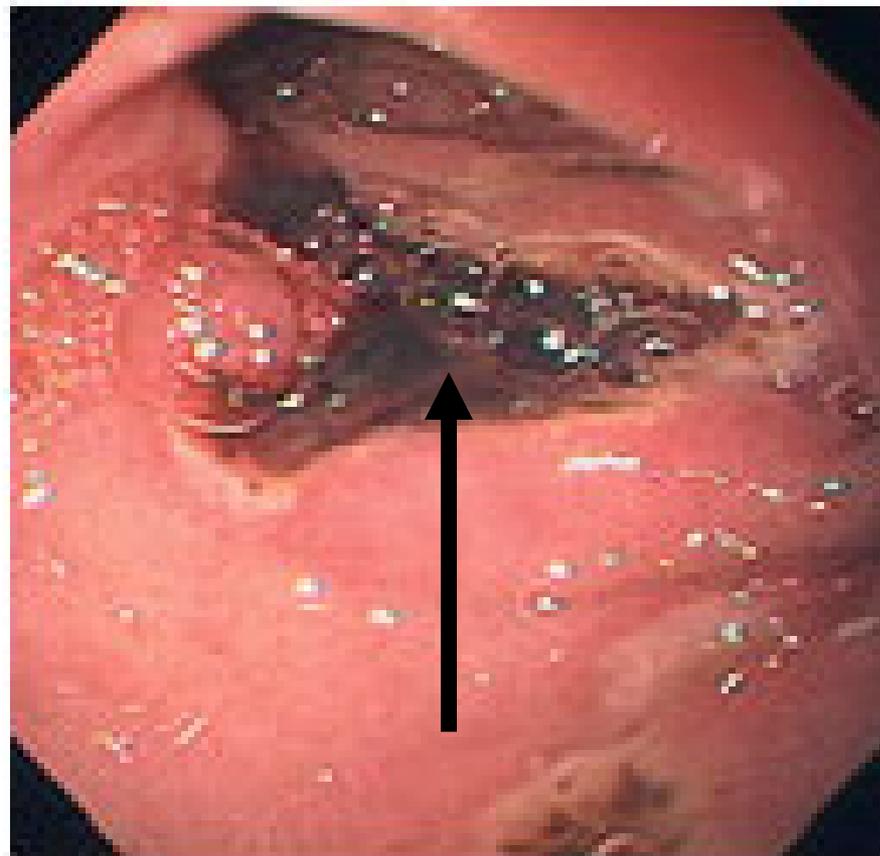
# Кровоточащая язва желудка



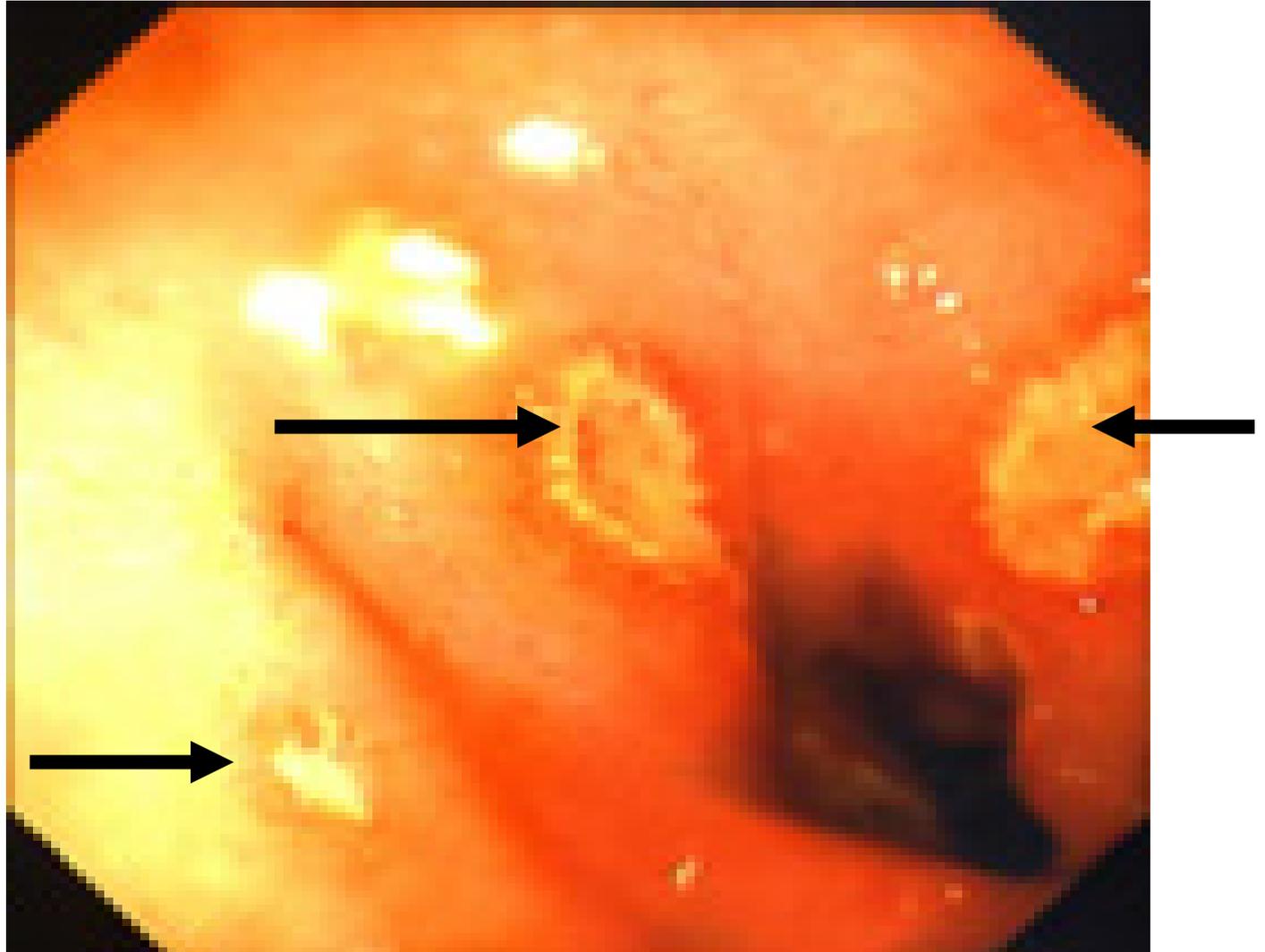
# Множественные язвы желудка



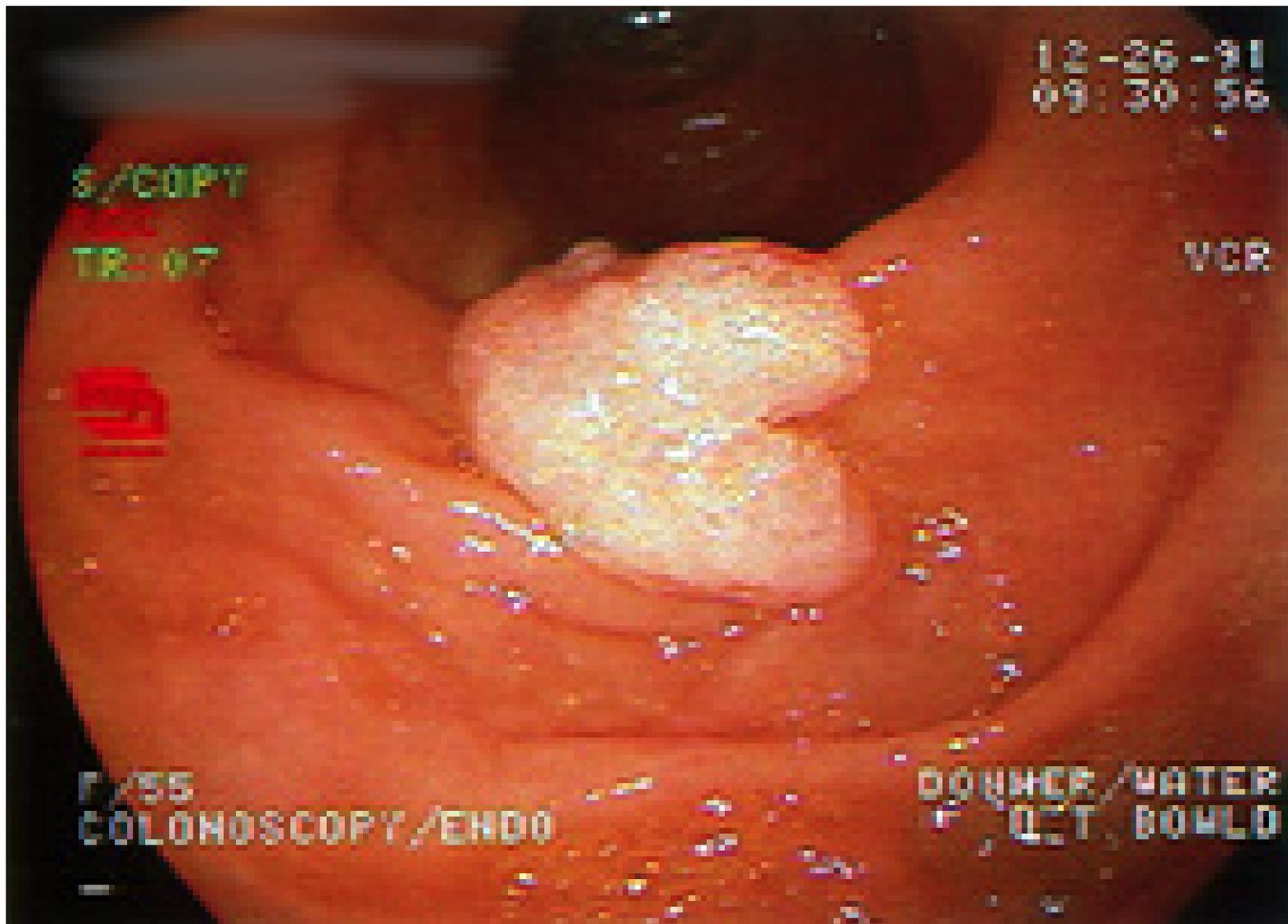
# Язва двенадцатиперстной кишки



# Острые язвы двенадцатиперстной кишки



# Аденома желудка



# Язвенная болезнь

## ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Эрадикация *H. Pylori*

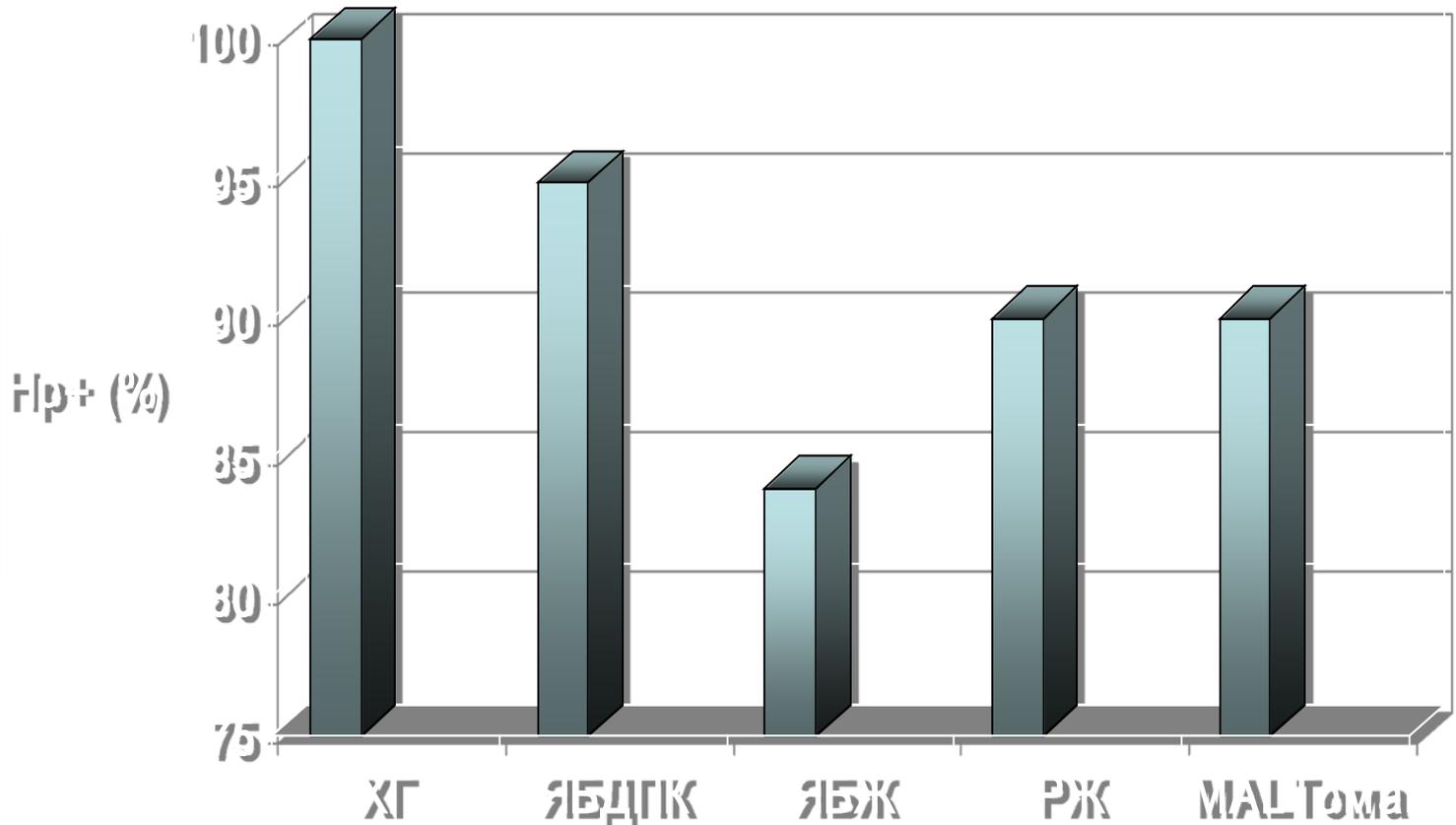
Быстрая ликвидация симптомов заболевания

Достижение стойкой ремиссии

Предупреждение развития осложнений



# Частота выявления *H.pylori* при различных заболеваниях гастродуоденальной зоны



# Противоязвенные средства

СРЕДСТВА, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ И УСТРАНЯЮЩИЕ КИСЛОТНО-ПЕПТИЧЕСКУЮ АГРЕССИЮ

## . АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ СРЕДСТВА

антагонисты H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (фамотидин)

**ингибиторы «протонной помпы» (омепразол, лансопразол, Пантопразол, эзомепразол, рабепразол и др.)**

антихолинергические (метацин, гастрозепин)

## АНТАЦИДНЫЕ СРЕДСТВА

гидрокарбонат натрия, кальция карбонат, окись магния (альмагель, фосфалугель)

**СРЕДСТВА, УВЕЛИЧИВАЮЩИЕ ЗАЩИТНЫЕ СВОЙСТВА СЛИЗИСТОЙ**

Средства, стимулирующие регенерацию (защитные свойства слизистой **ДОСТОВЕРНО НЕ ДОКАЗАНЫ**), метилурацил, солкосерил.

**Средства, образующие искусственное протективное покрытие на слизистой («пленкообразующие») СУКРАЛЬФАТ -**

**андапсин, веннтер; Висмута трикалия дицитрат (де-нол)**

**СРЕДСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ДЕКОЛОНИЗАЦИЮ H. PYLORI.**



# Препараты, используемые для эрадикации *H.pylori*

*F.Di Mario, C.Scarpignato,2006. 14<sup>th</sup> United European Gastroenterology Week*

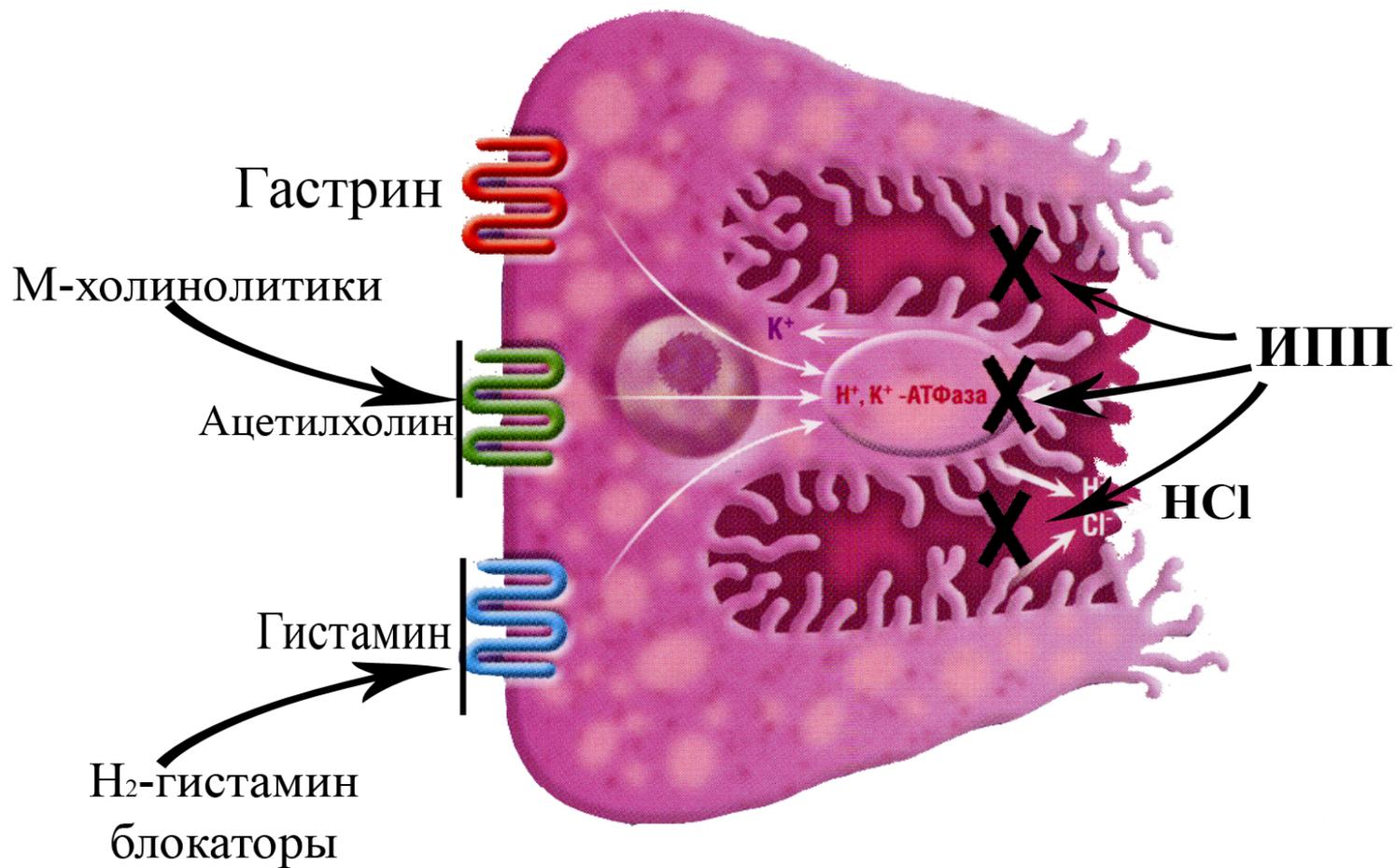
<b>Ингибиторы протонной помпы</b>	
• Омепразол	20 мг × 2 раза
• Эзомепразол	40 мг × 1 раз или 20 мг × 2 раза
• Лансопразол	30 мг × 1 или 2 раза
• Рабепразол	20 мг × 1 или 2 раза
• Пантопразол	40 мг × 1 или 2 раза
<b>Препараты висмута</b>	
• Субцитрат висмута	120 мг × 4 раза
• Субсалицилат висмута	524 мг × 4 раза
• Ранитидин цитрат висмута	400 мг × 2 раза
<b>Антибактериальные препараты</b>	
• Амоксициллин	1000 мг × 2 раза
• Кларитромицин	250 или 500 мг × 2 раза
• Метронидазол	500 мг × 2 раза или 250 мг × 4 раза
• Тинидазол	500 мг × 2 раза
• Тетрациклин	500 мг × 4 раза
• Рифабутин	300 мг × 1 раз или 150 мг × 2 раза
• Левофлоксацин	250 или 500 мг × 1 или 2 раза
• Фуразолидон	200 мг × 2 раза

# Обоснование антисекреторной + антибиотикотерапии для уничтожения НР - инфекции

- Антибактериальные средства наиболее эффективно действуют на размножающиеся бактерии
- Идеальные условия для размножения геликобактера – рН 4 – 6 и температура 37,5 гр

Механизм действия антисекреторных препаратов на париетальную клетку

## ПАРИЕТАЛЬНАЯ КЛЕТКА



## *Сочетание ИПП и антибиотиков наиболее эффективно для уничтожения H.pylori*

- \* При увеличении рН от 2 до 7 ед период полураспада амоксициллина увеличивается в 11 раз, кларитромицина - в 200 раз
- \* Увеличивают стабильность и продолжительность действия антибиотиков
- \* При рН 7 , уменьшается минимальная ингибирующая концентрация антибиотиков, активных в отношении H.pylori (например, амоксициллина и кларитромицина), а H.pylori становится восприимчивым к их действию

# **Российская гастроэнтерологическая ассоциация**

## **Рекомендации по лечению инфекции *Helikobakter pylori* в России**

Самыми эффективными схемами лечения в России являются

### **1.Тройная схема эррадикации 14 дней:**

**РАБЕПРАЗОЛ (ПАРИЕТ) 20 мг/2 раза + КЛАРИТРОМИЦИН 500мг/2 раза + АМОКСИЦИЛЛИН 1000 мг/2 раза в сутки**

### **2.Схема квадротерапии 14 дней:**

**РАБЕПРАЗОЛ (ПАРИЕТ) 20 мг/2 раза + Де-Нол 120 мг/4 раза + МЕТРОНИДОЗОЛ 500 мг/3 раза + ТЕТРАЦИКЛИН 500 мг/4 раза в сутки.**

**Тетрациклин можно заменить Кларитромицином 500 мг/2 раза.**

**Можно использовать ОМЕПРАЗОЛ по 20 мг 2 раза в сутки но антибиотики назначать со вторых суток.**

**По окончании антибиотикотерапии ИПП продолжать 8 недель**

**При угрозе антибиотико-ассоциированной диареи можно одновременно назначать «Энтерол» 1 капсула 2 – 3 раз/сутки, не зависимо от еды.**

**Возможные варианты эрадикационной терапии впервые или при неэффективности предыдущей, или при индивидуальной непереносимости антибиотика (по литературным данным)**

- **Рабепразол** 40 мг 1 р/сутки + Амоксициллин 1,0 2 р/сутки 7 дней далее 7 дней Кларитромицин 0,5 + Тинидозол 0,5 - 2 р/сутки (Япония)
- **Рабепразол** 40 мг/сутки + Де-нол 480 мг/сутки 4 недели + Амоксициллин 1,0 2 р/сутки + Фуразолидон 0,2 2 р/сутки = 14 дней
- **Рабепразол** 40 мг/сутки + Амоксициллин 1,0 2 р/сутки + Левофлоксацин 0,25 2 р/сутки = 14 дней
- **Рабепразол** 40 мг/сутки, + Левофлоксацин 0,5 + Фуразолидон 0,15 (0,3) - 1 раз в сутки = 14 дней (Бразилия)
- **Пантопразол** 40 мг/сутки + Амоксициллин 1,0 2 р/сутки + Рифабутин (микобутин) 150 мг 2 р/сутки = 14 дней
- **Омепразол** 40 мг/сутки + азитромицин 500 мг 3 дня далее амоксициллин 1,0 2 раза + фуразолидон 200 мг 2 раза в сутки или вместо фуразолидона Де – нол 480 мг/сутки = 14 дней  
Возможно: СУМАМЕД 500 мг 3дня, далее фуразолидон 200мг 2 раза 7 дней (МОНИКИ), всего = 10 дней.
- **Эзомепразол** 40 мг/сутки, Левофлоксацин 500мг + азитромицин 500 мг - 1 р/сутки - 7 дней. (Италия)

**Имеет ли значение, какой из ИПП использовать при лечении язвенной болезни?**

**«При эрадикации *H.pylori* , если ИПП используются в стандартных дозах 2 раза в день в составе тройной терапии (эзомепразол 20 мг 2 раза, рабепразол 20 мг 2 раза, лансопразол 30 мг 2 раза, омепразол 20 мг 2 раза), достоверных различий ни в частоте эрадикации, ни в скорости рубцевания язв обнаружить не удалось.»**

**В.А.Исаков, МОНИКИ, 2006г.**

**АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ  
«МААСТРИХ -3 » СОГЛАШЕНИЕ(2005)  
НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОКАЗАНИЯ К  
ПРОВЕДЕНИЮ ЭРАДИКАЦИИ *H.pylori***

**Консенсус принял заключение, что эрадикация НР может  
снизить риск развития рака желудка.**

**Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки в  
фазе обострения или ремиссии, включая осложнения.**

**Атрофический гастрит.**

**Резекция желудка по поводу рака.**

**Пациенты, являющиеся ближайшими родственниками (1-й  
линии) больных раком желудка.**

**Желание пациента (после полноценной консультации с  
врачом).**

**ДОПОЛНЕНИЕ: стратегия «диагностируй НР и лечи» для  
больных функциональной желудочной диспепсией (когда  
эндоскопически нет органических поражений верхних  
отделов пищеварительного тракта)**

# Ошибки лечения инфекции *H. pylori*

**7-дневные схемы вместо 10-14-дневных.**

**Эффективность 7-дневных схем (кроме схем с рабепразолом) - 70,3%**

**Эффективность 10-дневных схем - 92,8%**

*В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин, Д.Р.Хакимова, 2003*

## **Не адекватный выбор пациентов**

- Не проводится при осложнениях ЯБ
- Не проводится после резекции желудка по поводу рака
- Не проводится ближайшим родственникам больных раком желудка

## **НЕ АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ**

- Двойные схемы
- Не назначение а/б
- Назначение одного а/б, (Метронидазола)
- Редко применяются ИПП, чаще H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов

# О контрольной эзофагогастродуоденоскопии

**МЗиСР РФ. Приказ №241 от 22.11.2004 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», фаза обострения, без осложнений, в части 1.1 «Дигностика» и «Лечение из расчета 1 месяц» предусматривает: КОД А03 16.001 – 002 «ЭФГДС» - частота предоставления -1, среднее количество – 2 исследования. Исследование геликобактериоза 1 раз.**

**Т.е., предусматривается контрольная ФГДС через 25 – 28 дней после начала лечения. Особенно это важно для больных язвой желудка, т.к.хронические рецидивирующие язвы желудка в 2,5 – 11 % случаях претерпевают злокачественное превращение (Б.Е.Петерсон, 1974 г). Тем боле, что у 70 – 80 % больных при развитии рака из язвы наблюдается кратковременное улучшение общего самочувствия, в результате стихания гастритических явлений и может эпителизироваться небольших размеров раковая язва.**

**При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке ФГДС и определение НР необходимы , если после проведенной эрадикации НР симптомы желудочной диспепсии сохраняются.**

**Рецидив «язвы желудка» спустя 3 – 6 месяцев – повод для повторной ФГДС. Наличие «язвы» на месте прежней «язвы» является поводом для множественных биопсий из разных точек пораженной слизистой и направления пациента на консультацию к онкологу.**

**Как правило, клиническая картина меняется: исчезает цикличность течения, боли менее интенсивны но принимают постоянный характер, не зависят от приема пищи, снижается аппетит, нарастает похудание.**

# **ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО) ПРОТИВОЯЗВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

- **ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ БЕЗ ИНВАЗИИ H.PYLORI (5% - 15 % больных с дуоденальными язвами и 10-20% больных с медиогастральными язвами)**
- **ПАЦИЕНТЫ, У КОТОРЫХ ИМЕЛИ МЕСТО, ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ДВЕ ПОПЫТКИ НЕУДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**
- **ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (кровотечения, перфорации, стенозирование, социальные и характерологические особенности пациента)**
- **Поддерживающая терапия ИПП, проводимая пациентам с язвенной болезнью и/или кровотечениями, развившимися вследствие долгосрочного приема НПВС, более надежно предупреждает рецидив язвенной болезни и/или кровотечения, чем эрадикация H.pylori**

# **H. Pylori и нестероидные противовоспалительные средства**

- **Эрадикация H.P. является ценным методом профилактики изъязвления слизистой желудка в случае хронического (длительного) использования НПВС ;однако ее применение является недостаточным для предупреждения повреждения слизистой.**
- **Пациенты, впервые использующие НПВС, должны тестироваться на обнаружение H.P.,и, если тест положителен, должны получать эрадикационную терапию.**
- **Пациенты с кровотечением, развившимся вследствие длительного приема аспирина или др. НПВС, должны тестироваться на H.P.**
- **Поддерживающая терапия ИПП, проводимая пациентам с язвенной болезнью и/или кровотечением, развившимся вследствие долгосрочного приема НПВС, более надежно предупреждает рецидив язвы или кровотечения, чем эрадикация H. pylori**

# К чему приводит бесконтрольная антисекреторная терапия Н2-гистаминоблокаторами или ИПП ?

Даже кратковременный приём антисекреторных препаратов вне курса эрадикационной антибиотикотерапии приводит к уменьшению бациллярных форм НР, в результате **бациллярно-кокковой трансформации**.

Последнее:

- 1. Затрудняет выявление НР с использованием уреазного и гистологического методов.
- 2. Расширяет ареал распространения НР выше антрального отдела (тело желудка).
- 3. Сопровождается усилением морфологических иммунологических проявлений воспаления СОЖ от 2 до 5 лет, даже после кратковременных курсов лечения Н2-гистаминоблокаторами или ИПП.
- 4. Формирование атрофического гастрита многократно повышает риск развития рака желудка.
- **По мнению японских исследователей, кокковые формы НР значительно чаще и в большем количестве встречаются при раке желудка (Chan WY et al., 1994)**

2001г.

С.Г.Хомерики, И.А.Морозов,

# Антисекреторная терапия и *Helicobacter pylori* infection

(Хомерики Н.М., Хомерики С.Г., 2008)

- Наличие НР-инфекции должно служить противопоказанием к длительной терапии антисекреторными средствами, о чем обязательно следует информировать пациентов для пресечения практики самолечения.
- Антисекреторные препараты необходимо отменять за 4 недели до проведения диагностики НР-инфекции. Контроль эрадикации не менее чем через 4 недели после отмены антисекреторных препаратов.

Маастрих-4, 2011г., утверждение 19.

# Осложнения язвенной болезни

**КРОВОТЕЧЕНИЕ** (у 10-15 больных из 100). Проявляется: рвотой свежей кровью типа “кофейной гущи”, “мелена” при эвакуации в кишку более 200 мл крови.

Слабость, тахикардия, снижение АД, синкопе, жажда, холодный пот при кровопотере более 500 мл., при кровопотере > 1500 мл – коллапс, гиповолемический шок.

**ЛЕЧЕНИЕ:** Экстренная транспортировка в стационар лежа. Холод на подложечную область. Промывание желудка ледяной водой. Гемостатическая терапия: кислота аминокaproновая в/в, дицинон 250 мг в/в, викасол 1% - 3 мл в/м, кальция хлорид или глюконат в/в, фибриноген 2 г на физ. р-ре в/в, соматостатин или октреотид 25 мкг/час в/в непрерывно до остановки кровотечения, ИПП или H<sub>2</sub>-гистамино-блокаторы в/в

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ:**

**(Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в сокращенном виде)**

- Инъекционный эндоскопический гемостаз или термокоагуляция достаточно эффективны, однако сочетание этих методик обеспечивает лучшие результаты.**
- При высоком риске рецидива кровотечения перспективным методом эндоскопической профилактики и гемостаза является клипирование сосудов.**
- В случае рецидива кровотечения рекомендуется повторная попытка эндоскопического гемостаза.**
- При неудаче эндоскопического гемостаза необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве .**

**ПЕНЕТРАЦИЯ** (малый сальник, поджелудочная железа, печень, толстая кишка):  
субфебрилитет, лейкоцитоз, ↑СОЭ,  
болезненность при пальпации.

Клиническая картина заболевания того органа, куда произошла пенетрация (чаще панкреатит).

## **ПЕРФОРАЦИЯ**

Внезапная интенсивная («кинжальная») боль, «поза эмбриона».

Ригидность мышц живота («доскообразный» живот),  
исчезновение кишечных шумов и печеночной тупости  
- положительные перитонеальные симптомы.

Рентгнологически определяется  
воздух под диафрагмой и в перитонеальной полости.

**СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ** проявляется симптомами:

- \* **ТЯЖЕСТЬ В ЭПИГАСТРИИ**
- \* **ОТРЫЖКА КИСЛЫМ, ЭПИЗОДИЧЕСКИ РВОТА, ПРИНОСЯЩАЯ ОБЛЕГЧЕНИЕ**
- \* **БОЛИ, ОЩУЩЕНИЕ РАСПИРАНИЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА НЕБОЛЬШИХ ПОРЦИЙ ПИЩИ.**
- \* **ОТРЫЖКА ТУХЛЫМ, ПОСТОЯННАЯ РВОТА ПИЩЕЙ, СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ.**
- \* **«ШУМ ПЛЕСКА» ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА НАТОЩАК И ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ**

# Постгастрорезекционные расстройства

- Резекция антрального отдела и ваготомия приводят к нарушению физиологии пищеварения. Быстрое поступление гиперосмолярного содержимого из культи желудка в тонкую кишку, минуя двенадцатиперстную, приводит к нарушению нервной и гуморальной регуляции пищеварения, которая проявляется быстрым транзитом содержимого по кишечнику. Это проявляется вегетативной реакцией, диареей, гипогликемией через 2-3 часа после еды. Гипогликемия развивается как следствие гиперинсулинемии в ответ на гипергликемию сразу после еды.

Пациенту следует объяснить суть его состояния, вновь создавшиеся особенности пищеварения и особенности питания.

Отсутствие антрального отдела может быть причиной повышенного бактериального роста (дисбиоза), диареи – мальдигестии, В12 гиповитаминоза.

**Анастомозит- проявление рефлюкс-гастрита. Язвы анастомоза и культы желудка свидетельствуют или о секреции HCl и персистенции HP – инфекции. В таких случаях следует лечить по полной программе язвенного поражения , включая эрадикацию.**

**Но возможно это результат токсического действия желчных кислот, забрасываемых из приводящей петли тонкой кишки.**

**В таких случаях показано назначение урсодеоксихолиевой кислоты (урсофальк, урсосан) – 10 -15 мг/кг, длительно)**

# **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ:**

**\* ОСЛОЖНЕНИЕ (в ургентных ситуациях – в хирургический стационар)**

**\* ОБОСТРЕНИЕ МЕДИОГАСТРАЛЬНОЙ ЯЗВЫ (исключение злокачественной природы)**

**\* ОСЛОЖНЕНИЯ НЕ ТРЕБУЮЩЕЕ  
СРОЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО**

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА (субкомпенсированный пилородуоденальный стеноз, подозрение на пенетрацию и т.п.)**

**\* СОЦИАЛЬНО НЕУСТРОЕННЫЕ БОЛЬНЫЕ.**