

МКБ 10: K25/K26

Возрастная группа: взрослые

Язвенная болезнь

Выполнила врач терапевт участковый Липина М.А.

План

- Определение заболевания или состояния
- Этиология и патогенез заболевания или состояния
- Эпидемиология заболевания или состояния
- Классификация заболевания или состояния
- Клиническая картина заболевания или состояния
- Диагностика заболевания или состояния
- Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
- Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- 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 заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Ульцерогенные факторы:

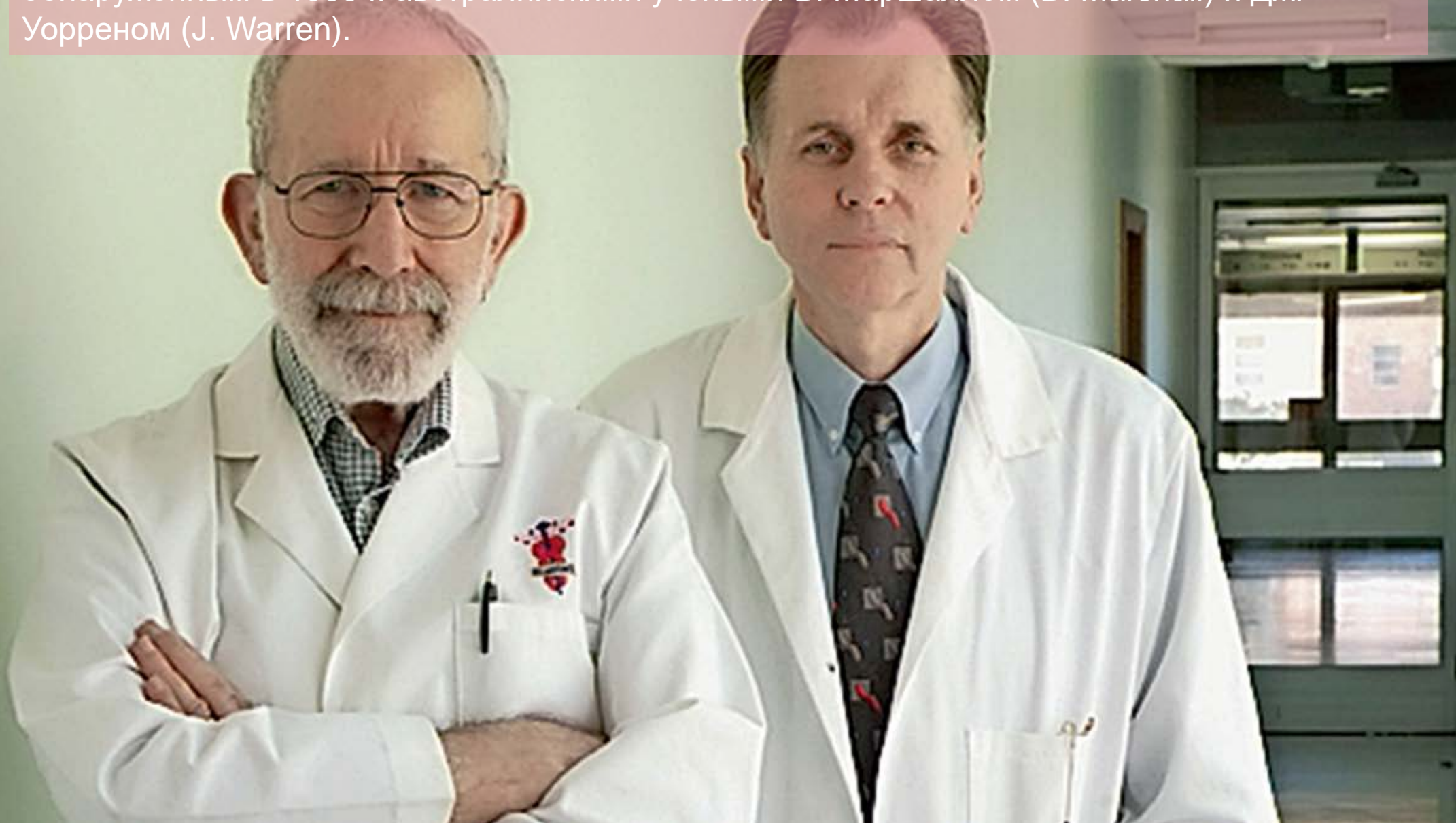
- Увеличение массы обкладочных клеток
- Гиперпродукция гастрина
- Нарушение нервной и гуморальной функции
- Повышение выработки пепсина и пепсиногена
- Нарушение гастродуоденальной моторики
- *Helicobacter Pylori*

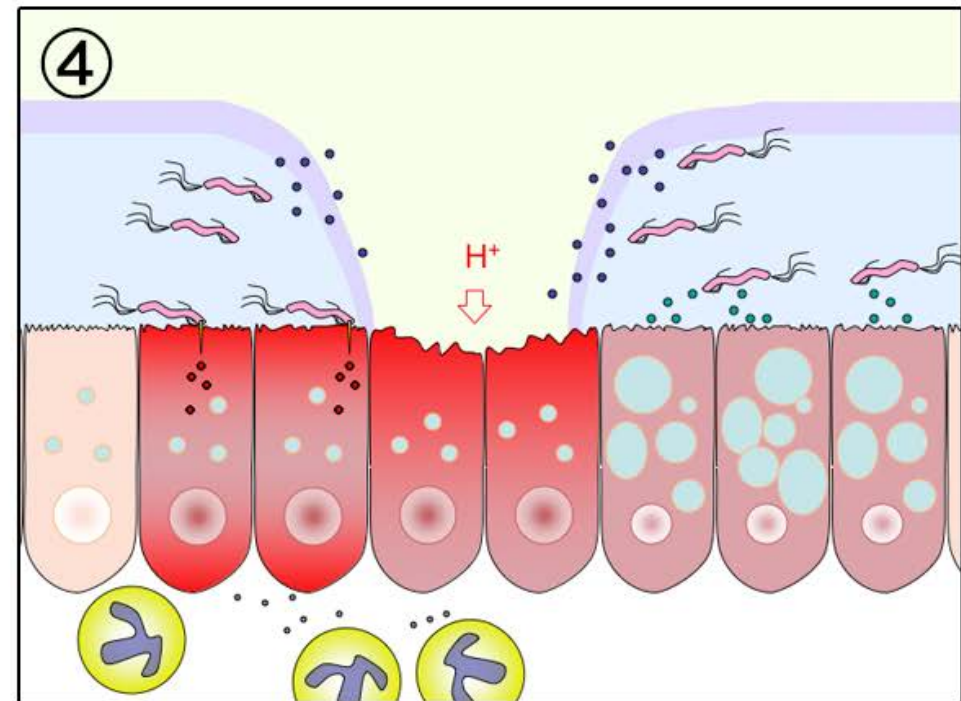
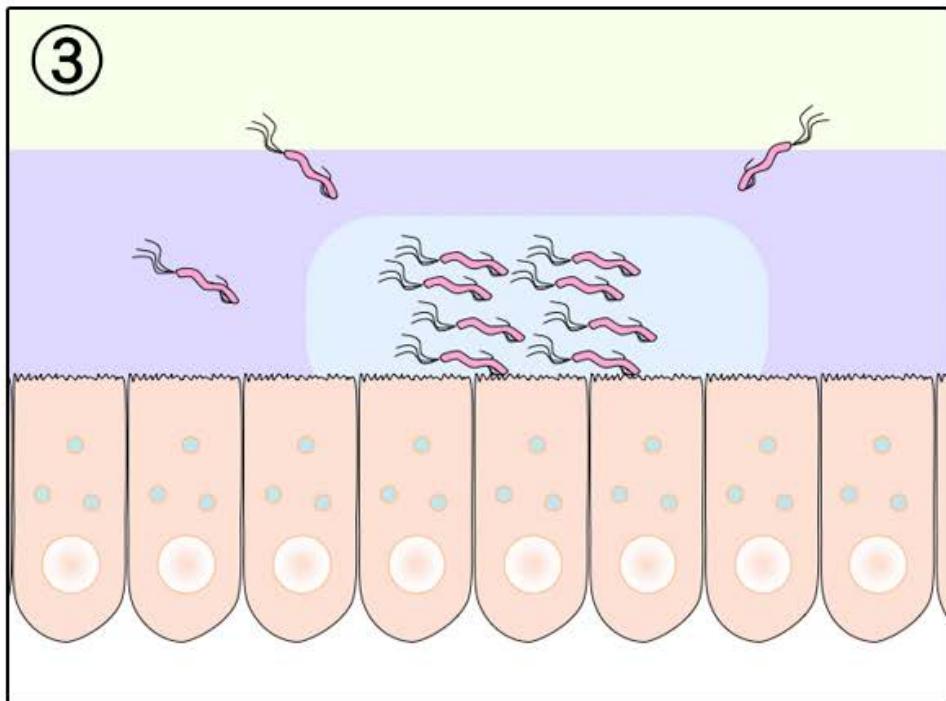
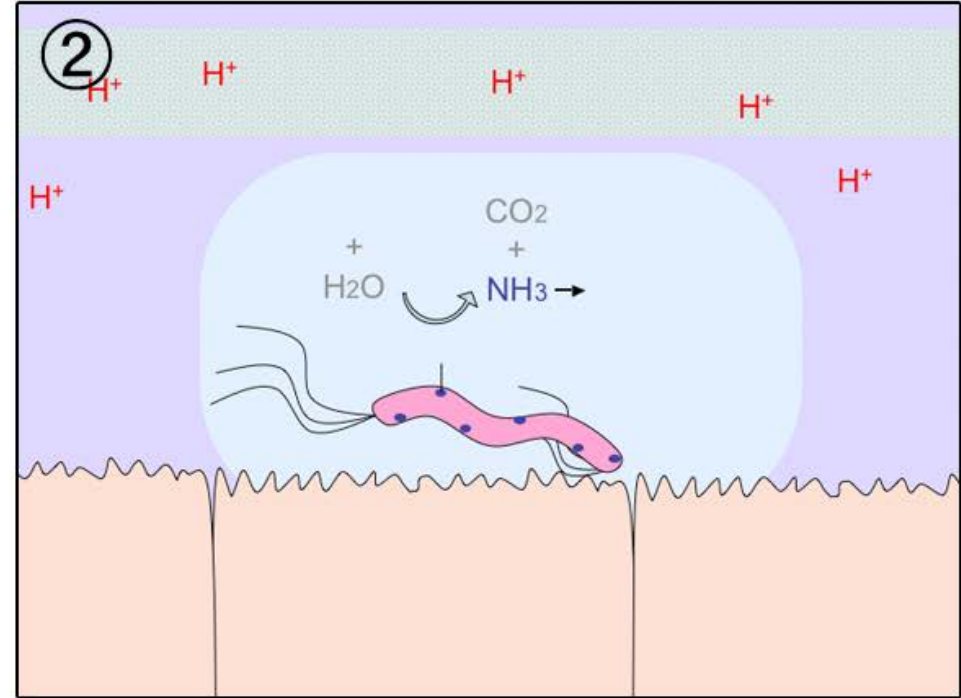
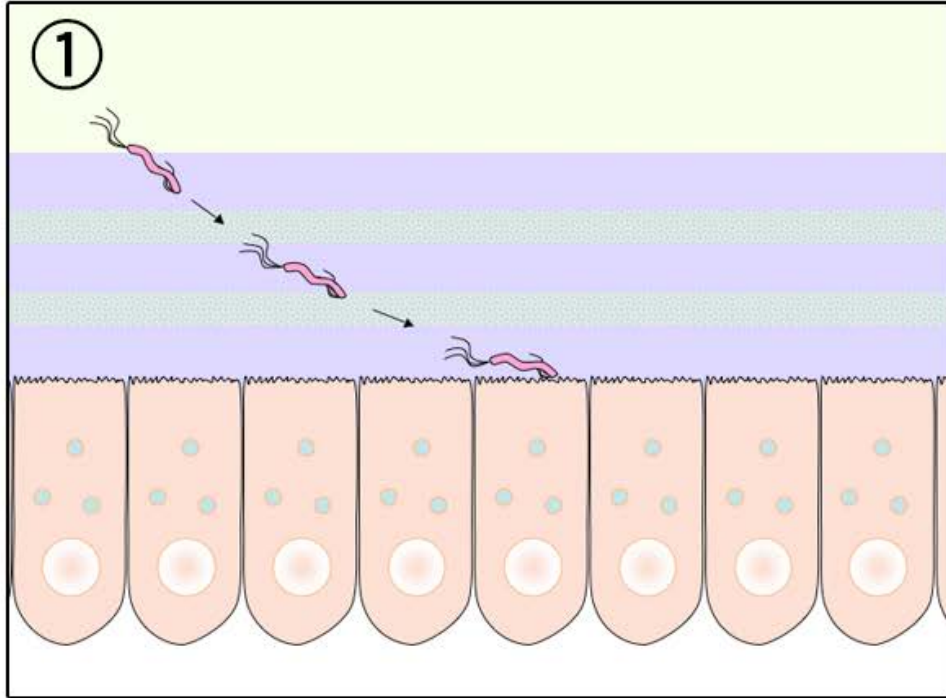
Защитные факторы:

- Бикарбонат
- Простагландины
- Продукция слизи
- Резистентность слизистой
- Приток крови к СОЖ
- Иммунная защита
- Регенерация эпителия

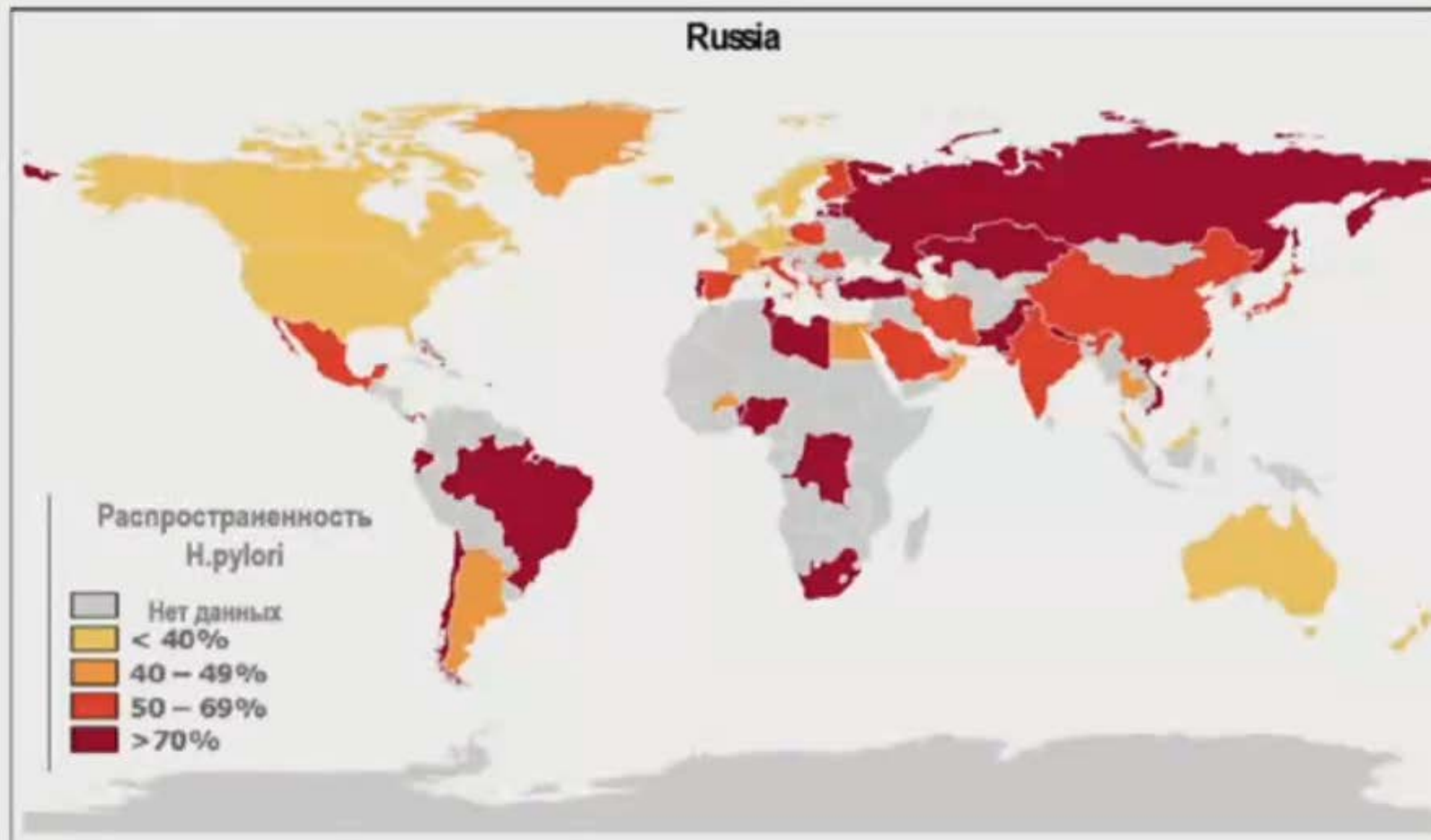


Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B. Marshall) и Дж. Уорреном (J. Warren).





H. Pylori является одной из наиболее распространенных инфекций в России и достигает 60-95%^{1,2}



Систематический обзор и метаанализ Нооi JKY et al. сообщает (ссылаясь на исследования В.В. Цуканова и О.В. Решетникова) о том, что распространенность инфекции в России составляет 78,5 (67,1-89,9) %



Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

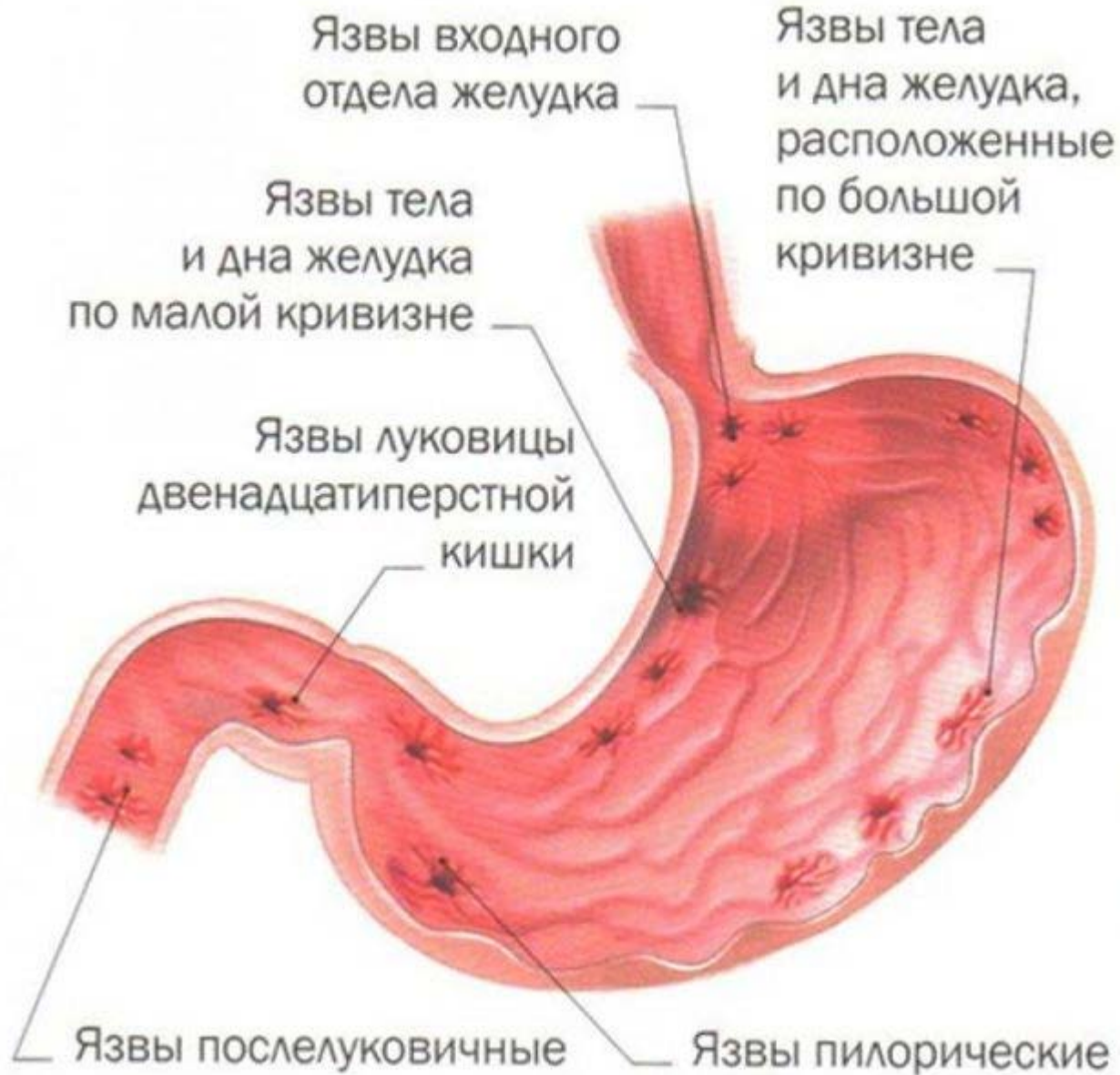
- Показано, что 11 - 14% мужчин и 8 - 11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ
- ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке.
- В настоящее время во всем мире наметилась тенденция к снижению числа пациентов с осложненными формами течения язвенной болезни, во многом благодаря эффективности современных схем противоязвенной терапии, повышению доступности эндоскопической диагностики и активному использованию скрининговых тестов для уточнения наличия *H. pylori*.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- Язва желудка (K25)
- K25.0 - острая с кровотечением
- K25.1 – острая с прободением
- K25.2 – острая с кровотечением и прободением
- K25.3 – острая без кровотечения и прободения
- K25.4 - хроническая или неуточненная с кровотечением
- K25.5 – хроническая или неуточненная с прободением
- K25.6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- K25.7 – хроническая без кровотечения и прободения
- K25.9. – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

- Язва двенадцатиперстной кишки (K26)
- K26.0 – острая с кровотечением
- K26.1 – острая с прободением
- K26.2– острая с кровотечением и прободением
- K26.3 – острая без кровотечения и прободения
- K26.4 - хроническая или неуточненная с кровотечением
- K26.5 – хроническая или неуточненная с прободением
- K26.6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- K26.7 – хроническая без кровотечения и прободения
- 8
- K26.9. – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ЯЗВ



ация заболевания или группы заболеваний или состояний)

шки, постбульбарная, пилорическая, кардиальный отдел желудка

инфекции *H.pylori*: ассоциированная и

я (лекарственные, «стрессовые», при ческих заболеваниях внутренних

одиночные и множественные язвы

ректа – язвы малых (до 0,5 см в ре) размеров, большие (2,0 - 3,0 см в диаметре) язвы.

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Болевой синдром – зависит от локализации язвы:

- Язва субкардиального отдела: боли локализуются за грудиной и могут иррадиировать в левое плечо, левую руку, пища- ранние боли (15-30 минут после приема пищи – рвота – облегчение
- Язва средней и нижней трети желудка: боль локализуется в подложечной области, пища-облегчение (30-60 минут до полной эвакуации пищи) – облегчение
- Язва пилорического отдела: боли локализуются в подложечной области справа от средней линии на 5-7 см выше пупка, иррадиируют в правое подреберье, в спину, голодные боли –прием пищи- облегчение (1,0-1,5 ч до полной эвакуации пищи) – поздние боли.

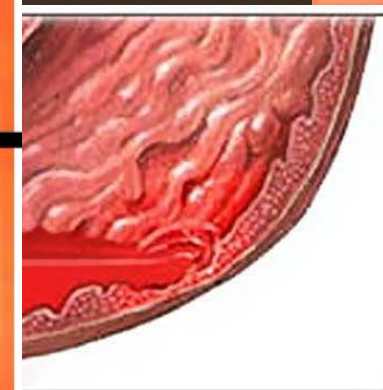
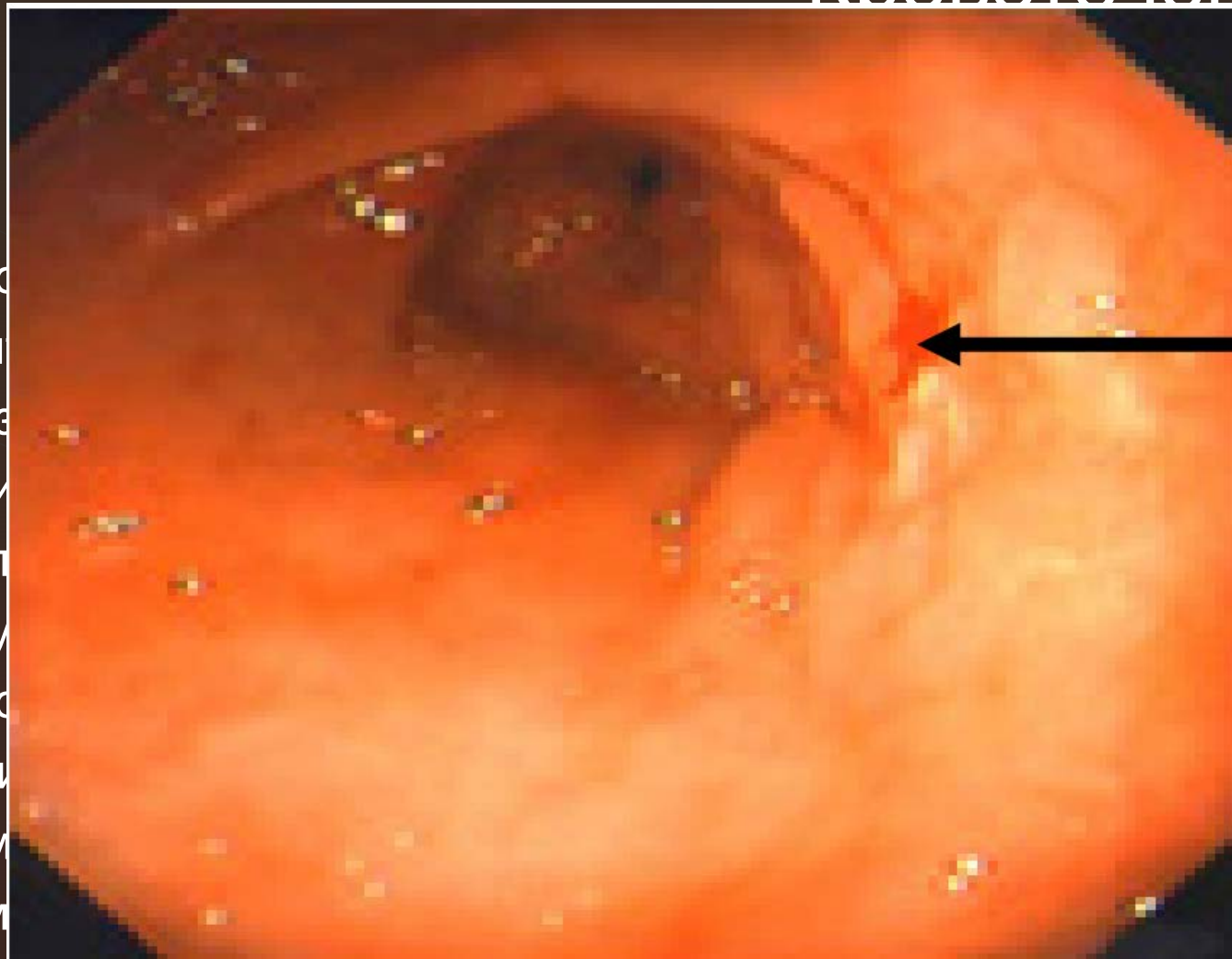
Симптомы вторичного синдрома раздраженной кишки - вздутие живота, спазмы, неустойчивый стул, непереносимость некоторых видов пищи.

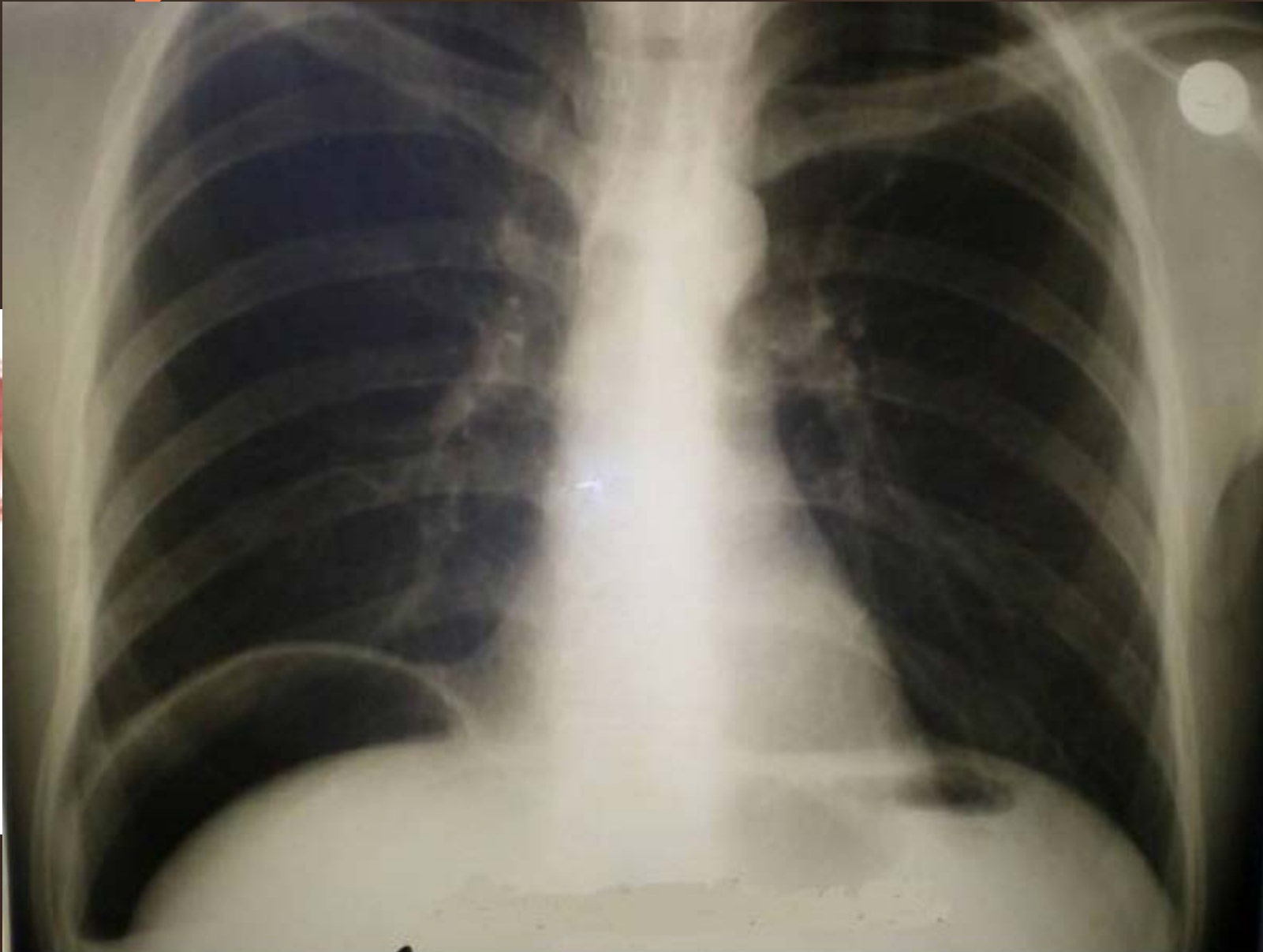
Осложнения

- Кровотечение
- Перфорация язвы
- Пенетрация язвы
- Формирование рубцово-язвенного стеноза привратника
- Малигнизация язвы

Кровотечение

- Язвенное кровоотечение
15-20% пациентов
локализации язв
риска его возникн
ацетилсалицил
инфекция H. pylori
Язвенное кровоот
рвотой содержи
гущи» (гематем
дегтеобразным





Я ЯЗВЫ

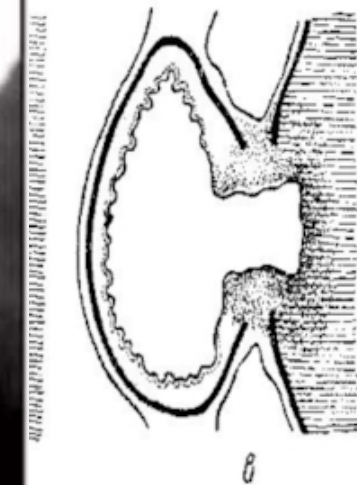
) ЯЗВЫ
ментов с ЯБ,
тию
кое
ткоголя,
орация
не
) течения ЯБ.
ески
ими
в подложечной
птоидного

Под пер
понима
язвы же
двенад
кишки в
ткани: п
железу,
желчны
желчны



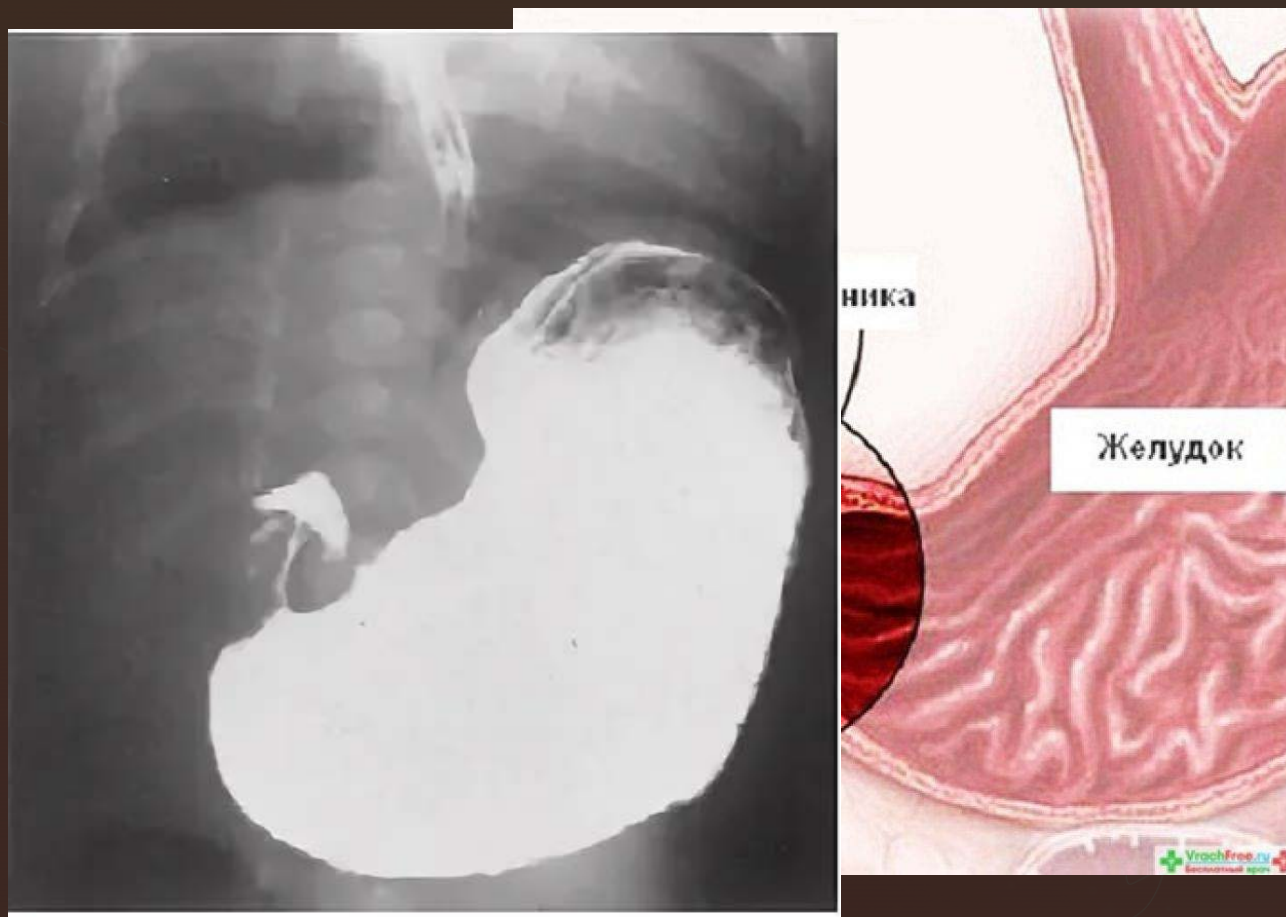
етрация

овение) язвы в
поджел. железу)



Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки.

Стеноз привратника



Малигнизация

- За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи инфильтративно-язвенного рака желудка. Клинически иногда удается отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений.

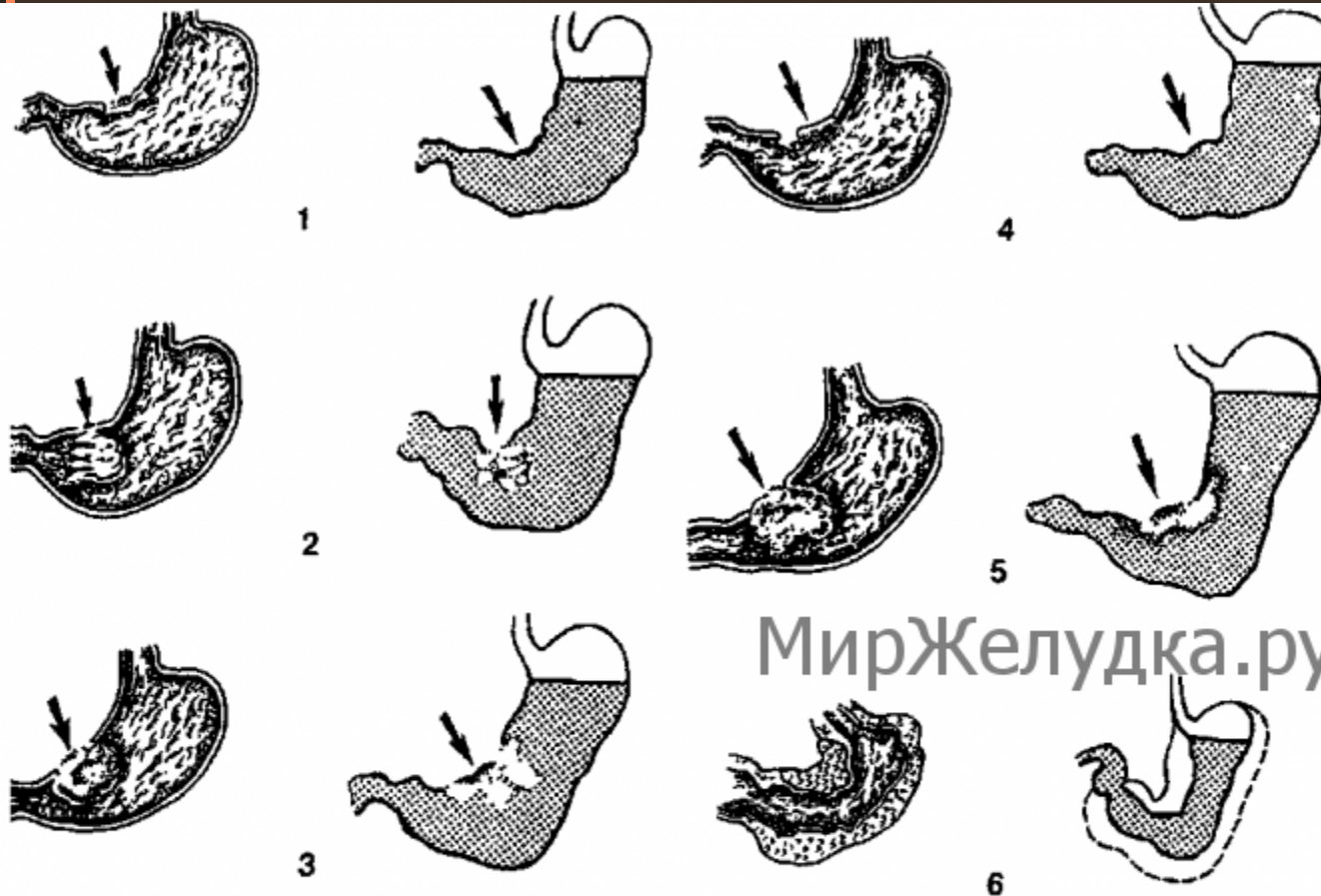


Рис. 67. Основные формы рака желудка (схема по Серову).

1 — бляшковидный; 2 — полипозный (грибовидный); 3 — изъязвленный; 4 — первично-язвенный; 5 — инфильтративно-язвенный; 6 — диффузный. Левый ряд — анатомическая картина, правый — рентгеновское изображение.

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

- Критерии установления диагноза заболевания/состояния:

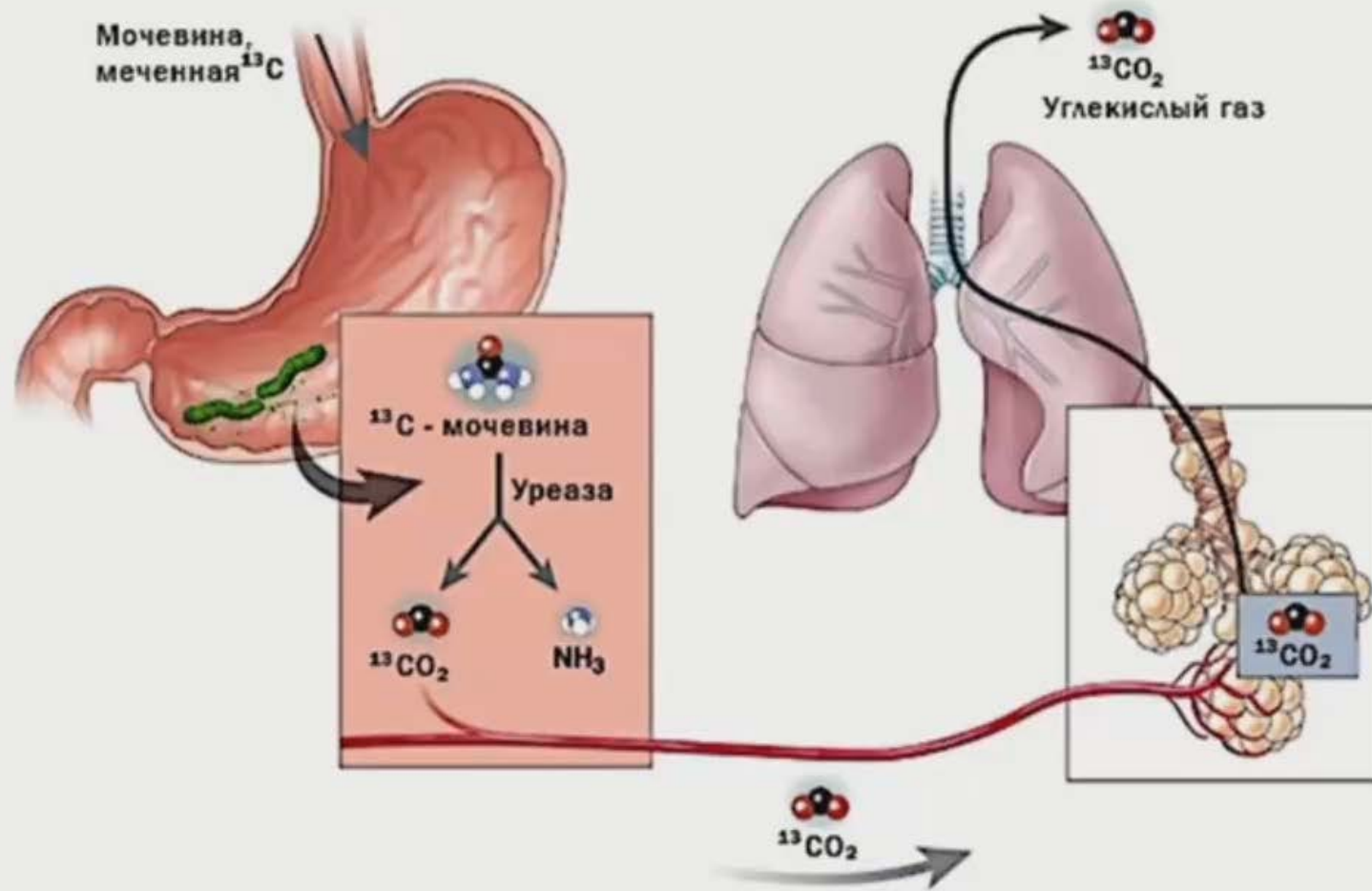
Диагноз язвенной болезни устанавливается на основании

1) анамнестических данных (характерные жалобы, выявление язвенной болезни прежде)

2) физикального обследования (обнаружение болезненности и резистентности мышц брюшной стенки при пальпации)

3) инструментального обследования (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки)

Лабораторные диагностические исследования



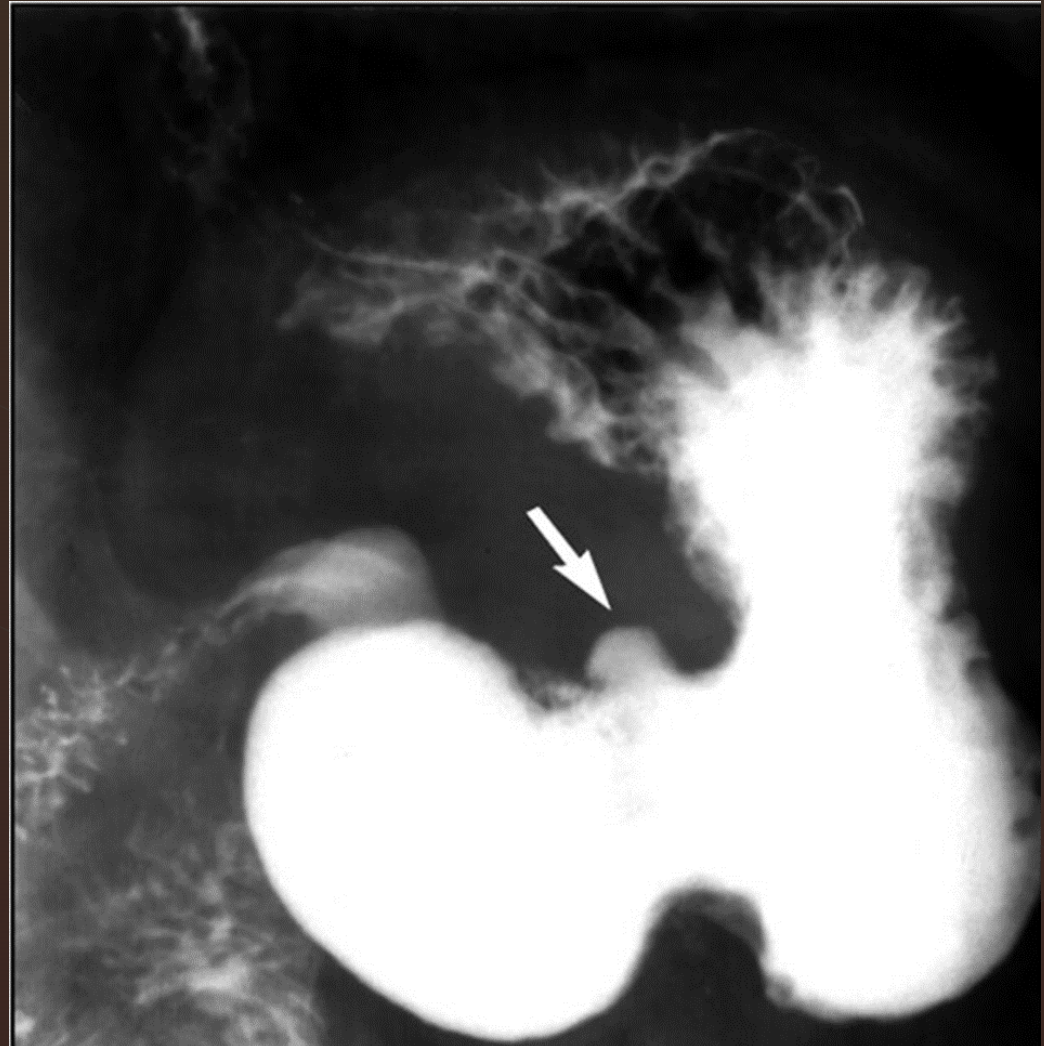
методом

эндоскопического

Чувствительность и специфичность > 95%
А/Б (-50%), ИПП (-30%): отмена за 4-2 недели

Инструментальные диагностические исследования

- Эзофагогастродуоденоскопия (+ быстрый уреазный тест)
- Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки
- КТ
- УЗИ



Стадии заживления язвы по классификации Sakita и Miwa

Active (обострение)

Healing (заживление)

Scarring (рубцевание)



Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

- Диетотерапия
- Консервативное лечение

Средства, предупреждающие и устраняющие кислотнопептическую агрессию .
антисекреторные средства антагонисты H₂-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.

ДИЕТИЧЕСКОЕ МЕНЮ ПРИ ЯЗВЕ

ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ №1А для людей с сильными болями в желудке на 7-11 дней	ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ №1Б при бессимптомной язве на 10-12 дней	ДИЕТИЧЕСКИЙ СТОЛ №1Б переходное питание на 1 год
ЗАВТРАК овсяный слизистый суп йогурт негазированная вода	ЗАВТРАК омлет на пару подсушенный хлеб кисель из фруктов	ЗАВТРАК омлет на пару овсянка на молоке некрепкий чай
ПЕРЕКУС протертая рисовая каша фруктовое пюре омлет на пару молоко	ПЕРЕКУС отварная говядина с гречкой, подсушенный хлеб некрепкий чай без сахара	ПЕРЕКУС запеченное яблоко
ОБЕД слизистый суп из перловки мясные паровые кнели подсушенный хлеб яблочное пюре размоченные сухофрукты молоко	ОБЕД молочный суп тушеные овощи/крупа речная рыба на пару картофельное пюре подсушенный хлеб сливы компот из фруктов	ОБЕД молочный суп с добавлением овсянки речная отварная рыба пюре из картофеля фруктовое желе
ПЕРЕКУС яйцо всмятку фруктовый кисель	ПЕРЕКУС запеченные яблоки отвар из шиповника	ПЕРЕКУС сухарики отвар шиповника
УЖИН пудинг из нежирного творога	УЖИН котлеты на пару протертый рис желе на основе фруктов некрепкий чай	УЖИН молочная каша (например, из овсянки, риса) чай с молоком
ПЕРЕКУС молоко	ПЕРЕКУС молоко	ПЕРЕКУС молоко

Диета

Алкогол

Жареные

Сладости

продукты

Свежие
сыры

Оливковое
масло

Соевое
молоко

Российская гастроэнтерологическая ассоциация Рекомендации по лечению инфекции *Helicobacter pylori* в России Самыми эффективными схемами лечения в России являются

1.Тройная схема эрадикации 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.

Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний

Первая линия

1. ИПП + амоксициллин + кларитромицин (или джозамицин или нифурател) – 10-14 дней
2. ИПП + амоксициллин + кларитромицин (или джозамицин или нифурател) + висмута трикалия дицитрата (ВТД) – 10-14 дней
3. При наличии атрофии с ахлоргидрией:
амоксициллин + кларитромицин (или джозамицин, или нифурател) + **ВТД** – 10-14 дней

Пожилым пациентам, когда полноценная терапия невозможна:

- ИПП + амоксициллин + **ВТД** – 14 дней
- **ВТД** в течение 28 дней, при наличии болей – короткий курс ИПП

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*

К чему приводит бесконтрольная антисекреторная терапия H2-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 H2-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)

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.



Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Пациентам с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии с целью ее сохранения рекомендуется санаторно-курортное лечение в санаторно-курортных организациях климатической зоны проживания пациента

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Всем лицам с наличием инфекции *H. pylori* при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики ЯБ и ее обострений
- Диспансерное наблюдение пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения

Спасибо за внимание