



Дифференциальная диагностика и дифференцированная терапия гастродуоденальных язв

РУСТАМОВ МИРЗАБЕК НАДИРОВИЧ

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ И ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Актуальность

Язвенная болезнь занимает одно из первых мест среди заболеваний органов пищеварения. Она широко распространена во всех странах мира. В странах западной Европы и Японии до 2–6% взрослого населения страдает язвенной болезнью. Эти цифры не полностью отражают истинную частоту заболевания, поскольку главным образом основываются на обращаемости больных за медицинской помощью. Наиболее часто язвенная болезнь встречается в высокоразвитых странах. Так, в США язвенной болезнью страдает 25 млн. человек, из которых более 100 тыс. больных ежегодно подвергаются оперативному лечению, а 6500 человек умирают от различных осложнений.

Определение

Язвенная болезнь (ЯБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в гастродуоденальной зоне образуются язвы в связи с нарушением физиологического равновесия между агрессивными и защитными факторами.

Эпидемиология

Это одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения, 50% пациентов гастроэнтерологического отделения в городском стационаре составляют больные с язвенными поражениями желудка или 12-перстной кишки.

По статистике США ежегодно 25 млн пациентов жалуются на боль в эпигастральной области, снижение качества жизни из-за язвенной болезни, 5-10% болеют всю жизнь, у 27-38% возникают эпизоды опасных кровотечений в течение первого года после обострения, фиксируется 6500 смертельных исходов.

Эпидемиология

В последнюю четверть XX века была кардинально изменена врачебная тактика при язвенной болезни благодаря изучению молекулярных механизмов кислотной продукции и ее регуляции, разработке новых классов лекарственных препаратов, в первую очередь антисекреторных, открытию *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), что позволило улучшить качество жизни больного язвенной болезнью.

Язвенная болезнь занимает 2 место после хронического гастрита в гастроэнтерологической практике. Мужчины страдают в 2 раза чаще, чем женщины. В 80% случаев страдают люди до 40 лет, что имеет большое социальное значение. За последние годы характерная ранее сезонность стала смазанной.

Этиология и патогенез

ЯБ является мультифакториальным заболеванием. Наследуется не само заболевание, а только предрасположенность к нему (наследственные факторы), которая реализуется при неблагоприятных воздействиях (средовые факторы). Роль наследственной предрасположенности несомненна, особенно при пилородуоденальной локализации. Язвы 12-перстной кишки возникают преимущественно в молодом возрасте. Язвы желудка - в более старшем.

Факторы риска

1. наследственно обусловленное увеличение массы обкладочных клеток, их гиперчувствительность к гастрину, повышение образования пепсиногена-1 (дефицит α 1-антитрипсина) и расстройство гастродуоденальной моторики могут приводить к повреждению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;
2. врожденный дефицит мукопротеидов слизи, недостаточность выработки секретируемого IgA и простагландинов снижают резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. группа крови 0 (I), положительный резус-фактор, наличие HLA-антигенов B5, B 15, B35 и др. увеличивают вероятность заболевания язвенной болезнью.

Экзогенные факторы

1. Психоэмоциональные стрессы, грубые погрешности в питании, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем).

Повреждающим действием на слизистую оболочку желудка может обладать пища, стимулирующая активную секрецию желудочного сока. Это острые, пряные, копченые продукты, свежая сдоба (пироги, блины), большой объем пищи, скорее всего, горячая и холодная пища, нерегулярное питание, еда всухомятку, рафинированные продукты, избыточное потребление кофе.

2. Инфекция *H. pylori* и НПВС. В настоящее время именно этим факторам отводят ведущую роль в реализации наследственной предрасположенности к ЯБ.

При сочетании наследственных и средовых факторов риска развивается дисбаланс между факторами "агрессии" и факторами "защиты" слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, что является решающим звеном в патогенезе ЯБ.

Факторы агрессии

1. нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка, дуоденогастральный рефлюкс);

2. усиление воздействия ацидо-пептического фактора, связанное с увеличением продукции соляной кислоты и пепсина;

В связи с большой ролью кислотно-пептического фактора классическая формула начала XX века "нет кислоты - нет язвы" не утратила своей актуальности.

Повреждающие факторы *H. pylori*

1. Высокая проникающая способность – изогнутая форма, наличие жгутиков, наличие фосфолипазы А и С, способность к адгезии к клеткам эпителия;
2. Ферментативная активность – уреаза (гипергастринемия, гиперхлоргидрия), образование цитотоксичных продуктов (гидроксиамина, монохлорамина); муциназа (снижение вязкости слизи), каталаза – снижение бактерицидного эффекта нейтрофилов;
3. Цитотоксичность – появление, возможно под влиянием антибиотиков, цитотоксичных штаммов, антитела к Hp, цитокины, интерлейкины – медиаторы воспаления.

Таким образом, можно выделить основные этиопатогенетические факторы язвенной болезни:

- *Helicobacter pylori*;
- рецидивирующее нервно-эмоциональное напряжение;
- нарушение питания;
- наследственная предрасположенность.

Факторы защиты

- резистентность слизистой оболочки к агрессивному воздействию;
- желудочное слизеобразование;
- адекватная продукция бикарбонатов;
- активная регенерация поверхностного эпителия слизистой оболочки;
- достаточное кровоснабжение слизистой;
- нормальное содержание простагландинов в стенке слизистой оболочки;
- иммунная защита

Клиническая картина

Клиническая картина ЯБ характеризуется значительным полиморфизмом. Ее проявления во многом зависят от пола и возраста больного, времени года, локализации и периода болезни, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений. ЯБ является хроническим циклическим заболеванием, при котором ремиссии сменяются обострениями.

Клиническая картина

Основным симптомом ЯБ является **боль**. Появление боли при ЯБ обусловлено несколькими факторами, среди которых наибольшее значение придается нарушению двигательной функции желудка, усилению секреции и повышению кислотности желудочного сока, а также создаваемой за счет спазма сосудов вокруг язвы или их сдавления при спастическом сокращении гладкой мускулатуры ишемии, снижению порога болевой чувствительности при воспалительных изменениях слизистой оболочки. Боли при ЯБ имеют четко выраженную ритмичность (время возникновения и связь с приемом пищи), периодичность (чередование болезненных ощущений с периодом их отсутствия) и сезонность обострений.

Клиническая картина

По времени возникновения и связи их с приемом пищи различают боли ранние и поздние, ночные и “голодные”. Ранние боли возникают спустя 0,5-1 ч после приема пищи, длятся 1,5-2 ч и уменьшаются по мере эвакуации желудочного содержимого. Такие боли характерны для язвенной болезни желудка в верхнем его отделе.

Поздние боли появляются через 1,5-2 ч после приема пищи, ночные — ночью, а “голодные” — через 6-7 ч после еды и прекращаются после приема пищи. Поздние, ночные и “голодные” боли характерны для локализации язвы в антральном отделе желудка или язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

“Голодные” боли не наблюдаются ни при каком другом заболевании желудочного тракта, а поздние могут возникать и при хроническом панкреатите или энтерите, ночные — при раке поджелудочной железы.

Клиническая картина

Характер и интенсивность болей могут варьироваться (тупые, ноющие, жгучие, режущие, сверлящие, схваткообразные); примерно в 30 % случаев боли весьма интенсивные. Иногда возможны режущие боли, сопровождающиеся кислой рвотой, что создает клинику “острого” живота. Локализация болей при ЯБ различна и зависит от расположения язвы: при локализации язвы на малой кривизне желудка боли чаще возникают в подложечной области, при пилорических и дуоденальных язвах — в подложечной области справа от срединной линии.

При язвах кардиального отдела желудка часто наблюдается атипичная локализация болей за грудиной или слева от нее (в прекардиальной области или области верхушки сердца), при постбульбарных язвах боль ощущается в спине или правой подложечной области. В этом случае важно дифференцировать ЯБ со стенокардией или инфарктом миокарда.

Клиническая картина

Изжога — один из ранних и частых симптомов, характерных для ЯБ.

Изжога может возникать в те же сроки после приема пищи, что и боли. Она нередко предшествует появлению боли, а в последующем часто сочетается с болевым синдромом. Иногда диспептические явления начинаются с изжоги, которая затем сменяется жгучей болью — изжога как бы перерастает в боль. Эти два симптома имеют тесную взаимосвязь, и некоторые больные с трудом их дифференцируют. В более поздние сроки заболевания изжога может исчезнуть. Но иногда она может быть единственным субъективным проявлением ЯБ.

Механизм возникновения изжоги сложен и связан с желудочно-пищеводным рефлюксом и раздражением слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым, богатым соляной кислотой и пепсином.

Изжога может возникать не только при ЯБ, но и при калькулезном холецистите, хроническом панкреатите, гастродуодените, диафрагмальной грыже и недостаточности кардиального сфинктера. Упорная изжога может быть также при стенозе привратника в связи с повышением желудочного давления и появлением ГЭР.

Клиническая картина

Отрыжка — довольно частый, но не совсем специфический симптом ЯБ. Наиболее характерна отрыжка кислым, отрыжка тухлым может сопровождаться саливацией и срыгиванием.

Появление отрыжки связано с нарушением эвакуации содержимого желудка вследствие длительного спазма и выраженного воспалительного отека привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки. Сокращение отрыжки в фазе ремиссии заболевания свидетельствует о рубцовом стенозе привратника. Следует также помнить, что отрыжка характерна при диафрагмальной грыже.

Клиническая картина

Тошнота и рвота — это диспептические симптомы, характерные для обострения ЯБ. Тошнота часто сочетается с рвотой, хотя рвота может возникать и без предшествующей тошноты. Рвота у больных ЯБ часто отличается некоторыми специфическими особенностями: во-первых, она возникает на высоте болей, являясь как бы кульминацией боли; во-вторых, она приносит значительное облегчение. Рвотные массы, как правило, имеют кислую реакцию с примесью недавно съеденной пищи. При нарушении эвакуаторно-моторной функции при различных спаечных и рубцовых процессах рвотные массы обильны. Рвота может наблюдаться и натощак. При субкардиальной язве возможна упорная рвота.

У некоторых больных эквивалентом рвоты является тошнота с выделением пищи. Рвота связана с повышением тонуса блуждающего нерва, усилением моторики желудка и желудочной гиперсекреции.

Тошнота характерна для медиогастральных язв (но чаще связана с сопутствующим гастритом), а также наблюдается при постбульбарных язвах и совершенно нехарактерна для язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина

Аппетит при ЯБ обычно сохранен или даже повышен (так называемое болезненное чувство голода).

Снижение аппетита возможно при выраженном болезненном синдроме, может возникать так называемая ситофобия, то есть страх перед приемом пищи из-за возможности возникновения или усиления боли. Снижение аппетита и ситофобия могут привести к значительному похудению больного.

Клиническая картина

Запоры наблюдаются у половины больных ЯБ, особенно в период обострения. Они бывают очень упорными и беспокоят больного даже больше, чем болевые ощущения при неосложненной форме ЯБ. Запоры при ЯБ обусловлены рядом причин:

1. спастическим сокращением толстой кишки вагусного происхождения;
2. щадящей диетой, бедной грубоволокнистой клетчаткой и отсутствием вследствие этого стимуляции кишечника;
3. ограничением физической активности;
4. применением антацидов (гидроокись алюминия, карбонат кальция и т.д.).

Поносы для ЯБ не свойственны, хотя при длительных запорах присоединяются раздражение и воспаление толстой кишки, а также заболевания других органов пищеварительной системы (холецистит, панкреатит, дисбактериоз), что приводит к клинической картине чередования запоров и поносов.

Результаты объективного исследования при ЯБ

1. **при внешнем осмотре** больные имеют астенический (чаще) или нормостенический тип телосложения. Гиперстенический тип и избыточная масса тела не характерны для больных язвенной болезнью;
2. мраморность кожи дистальных отделов конечностей;
3. холодные и влажные руки;
4. язык чистый (только при сопутствующем гастрите и запорах он может быть обложен).

Результаты объективного исследования при ЯБ

При пальпации и перкуссии выявляются следующие симптомы:

1. умеренная, а в период обострения выраженная болезненность в эпигастрии, как правило, локализованная;
2. симптом Менделя — перкуторная болезненность, которая выявляется путем отрывистой перкуссии согнутым под прямым углом пальцем по симметричным участкам эпигастральной области. Соответственно локализации язвы при такой перкуссии появляется локальная ограниченная болезненность, ярче всего выраженная на выдохе. Симптом Менделя указывает на то, что язвенный дефект не ограничен только слизистой оболочкой, а локализуется в пределах стенки с развитием перипроцесса как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке;
3. локальное защитное напряжение передней брюшной стенки (наиболее характерно при обострении язвы двенадцатиперстной кишки).

Классификация язв

По форме:

- Острая, впервые возникшая;
- Хроническая, впервые выявленная, рецидивирующая.

По фазе течения:

- Обострение;
- Начальная ремиссия (от красного рубца до 3мес.);
- Ремиссия: от 3мес до 1 года;
- Стойкая ремиссия более 1 года.

По степени тяжести:

- Легкая: рецидив 1 раз в год;
- Средняя: 2 рецидива в год;
- Тяжелая: более 3 рецидивов в год, длительно незаживающие язвы, осложнения.

По локализации:

- В желудке: кардиальная; субкардиальная, медиокардиальная, антральная, пилорического канала;
- Дуоденальная: луковичная, постбульбарная.

Язвы малой кривизны желудка

Самая частая локализация желудочных язв. Их клиническими особенностями являются:

1. возраст больных старше 40 лет (нередко эти язвы бывают у пожилых и стариков);
2. боли локализуются в подложечной области левее срединной линии, возникают через 1-1,5 ч после приема пищи и прекращаются после эвакуации пищи из желудка;
3. боли носят ноющий характер и отличаются умеренной интенсивностью;
4. помимо болевого синдрома, выражены диспептические явления (изжога, отрыжка, тошнота, реже рвота);
5. желудочная секреция чаще всего нормальная (в некоторых случаях возможно повышение или понижение кислотности желудочного сока);
6. осложнения этих язв чаще сопровождаются кровотечением, реже — перфорацией.

Язвы большой кривизны желудка

1. встречаются редко;
2. страдают ими мужчины старших возрастных групп;
3. в 50 % случаев подвергаются малигнизации (перерождению в злокачественное новообразование).

Язвы антрального отдела желудка составляют 10-15 % всех случаев язвенной болезни. Они отличаются следующими клиническими особенностями:

1. встречаются преимущественно в молодом возрасте;
2. осложняются в 15-20 % случаев желудочным кровотечением;
3. имеют сходную с дуоденальными язвами симптоматику (поздние, ночные, “голодные” боли, рвота кислым содержимым, изжога, высокая кислотность желудочного сока, положительный симптом Менделя справа в эпигастрии);
4. обязательно необходима дифференциальная диагностика с раком желудка, так как антрум — излюбленная локализация рака желудка.

Язвы пилорического канала

Язвы привратника имеют свои характерные особенности:

1. течение заболевания продолжительное и упорное;
2. болевой синдром выражен, носит приступообразный характер, приступ длится 30-40 мин, часто бывают поздние, ночными, “голодные” боли;
3. боли часто сопровождаются рвотой кислым содержимым;
4. характерны упорная изжога с обильной саливацией, отрыжкой тухлым яйцом, чувство распирания и быстрая насыщаемость небольшим количеством пищи;
5. при глубокой пальпации определяются локальная болезненность в пилородуоденальной зоне, поздний шум, плеск;
6. часто осложняются стенозом привратника, кровотечением, перфорацией, пенетрацией в поджелудочную железу.

Язвы луковицы 12-перстной кишки

Локализуются чаще на передней стенке, встречаются в молодом возрасте и составляют 30-50 % всех гастродуоденальных язв. Клинически протекают с рядом особенностей:

1. боли поздние — через 1,5—3 ч после еды, часто бывают ночные и “голодные” боли, успокаивающиеся после приема пищи и антацидов;
 2. боли локализуются в подложечной области, около пупка и в правом верхнем квадранте живота, нередко иррадиируют в спину и за грудину;
 3. рвота бывает на высоте обострения, после рвоты, как правило, отмечается уменьшение боли;
 4. характерна сезонность обострений (весной и осенью);
 5. наиболее частым осложнением этих язв является перфорация, которая может возникнуть внезапно как первое проявление болезни.
- При расположении язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки часто возникает спазм сфинктера Одди, дискинезия желчного пузыря по гипотоническому типу, а язва может пенетрировать в поджелудочную железу или печеночно-дуоденальную связку.

Внеульцерозные (постбульбарные) язвы

Располагаются дистальнее луковицы двенадцатиперстной кишки и имеют характерные черты:

1. чаще выявляются у мужчин старше 40 лет;
2. симптоматика очень сходна с симптоматикой холецистита, панкреатита, энтероколита;
3. болевой синдром возникает через 2—3, нередко 3—4 ч после принятия пищи, носит приступообразный характер (по типу ночной или печеночной колики);
4. болевой синдром не всегда удается снять приемом молока или антацидов, а только курсовым лечением;
5. характеризуются упорным течением с частыми и длительными обострениями;
6. часто осложняются кишечным кровотечением, развитием перивисцеритов, перигастритов, пенетрацией и стенозом двенадцатиперстной кишки;
7. возможно развитие механической желтухи за счет периульцерозного инфильтративного воспаления, распространяющегося на сфинктер Одди.

Сочетанные язвы

Сочетанные и множественные гастродуоденальные язвы встречаются в 5-14 % случаев у больных ЯБ. Под сочетанными язвами понимаются не только одновременное язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, но и сочетанные язвы одной локализации с рубцовой деформацией другой локализации. В клиническом течении сочетанных язв выделяют два периода: период с типичной клинической симптоматикой, характерной для той или иной локализации язвы, и период изменения симптоматики в связи с возникновением язвы другой локализации. Клиническая картина ЯБ при наличии множественных язв характеризуется разнообразием клинических проявлений: от бессимптомного течения до выраженного и стойкого болевого синдрома. Множественные гастродуоденальные язвы отличаются склонностью к медленному рубцеванию и частому рецидивированию.

Гигантские язвы желудка и 12-перстной кишки

Характеризуются следующими особенностями:

1. располагаются в основном по малой кривизне желудка;
2. болевой синдром более выражен;
3. характерно быстрое истощение больного;
4. осложнения отличаются или массивными кровотечениями, или перфорацией и пенетрацией в другие отделы пищеварительного тракта;
5. при гигантских язвах необходимо тщательное дифференцирование с первично-язвенной формой рака желудка.

Язвенная болезнь у женщин

Особенности течения ЯБ у женщин заключаются в том, что при нарушении менструального цикла и в климактерическом периоде течение язвенной болезни становится более тяжелым. Болевой синдром у женщин менее выражен, чем у мужчин, и осложнения наступают редко. Язвенный процесс чаще локализуется в луковице двенадцатиперстной кишки, имеет четкое чередование периодов обострений и ремиссий.

Беременность обычно вызывает ремиссию или способствует скорейшему ее наступлению, искусственное прерывание беременности, наоборот, приводит к рецидиву заболевания.

ЯБ у женщин скорее всего можно отнести к симптоматическим язвам, особенно в связи с патологией эндокринной системы.

Язвенная болезнь в разных возрастных группах

В детском возрасте язвенный процесс чаще локализуется в двенадцатиперстной кишке, а в подростковом возрасте — в желудке. В детском возрасте одинаково часто болеют и мальчики и девочки, а в подростковом возрасте преобладают лица мужского пола.

Часто единственным симптомом являются изжога и ощущение полноты и тяжести в подложечной области, возникающей через определенный временной промежуток. Болевой синдром слабо выражен и возникает после острой и грубой пищи, после физической нагрузки или в связи с эмоциональным стрессом. Он часто может маскироваться вегетативными проявлениями (потливость, артериальная гипотензия, повышенная раздражительность). Может сопровождаться диспептическими расстройствами. Заживление язв наступает сравнительно быстро. Осложнения у детей и подростков развиваются реже.

Язва в пожилом и старческом возрасте

ЯБ в пожилом и старческом возрасте имеет три вида:

1. длительно протекающая ЯБ, возникшая в молодом и среднем возрасте и сохранившая характерную периодичность течения;
2. ЯБ, начавшаяся в пожилом и старческом возрасте (“поздняя” язвенная болезнь);
3. так называемая старческая язва, которую в связи с особенностями ульцерогенеза можно рассматривать как симптоматическую.

ЯБ в пожилом и старческом возрасте ввиду особенностей нейроэндокринного дисбаланса этого возрастного периода необходимо рассматривать обязательно в сочетании с другими заболеваниями, оказывающими взаимообуславливающие влияния на течение болезни. Особенности клинического течения ЯБ в этом возрасте являются:

1. увеличение числа и тяжести осложнений, в первую очередь кровотечений;
2. заживление язв идет медленнее;
3. болевой синдром выражен более умеренно; преобладает диспептический синдром;
4. язвы локализуются преимущественно в желудке;
5. возникновение острых язв со стертой клинической картиной но с частыми осложнениями (кровотечения, пенетрация);
6. необходимость дифференциальной диагностики с раком желудка.

Осложнения язвенной болезни

Кровотечение. При этом возникает рвота цвета кофейной гущи, но может быть и без примеси крови. Дегтеобразный стул (мелена), часто сопровождается гемодинамическими расстройствами, может наблюдаться острая постгеморрагическая анемия. Кровотечение может являться первым проявлением ЯБ, которая часто протекает без болевого синдрома. Лечение консервативное (гемостатическое, восполнение объема жидкости и эритроцитарной массы), эндоскопическое, при необходимости - хирургическое.

Пенетрация язвы чаще всего происходит в поджелудочную железу. В этом случае наблюдается резкое усиление болей, теряется цикличность болевого синдрома. Боли носят опоясывающий характер, отдают в спину, усиливаются при приеме пищи.

Осложнения язвенной болезни

Перфорация характеризуется развитием кинжальных болей, рвотой, резким ухудшением состояния. Развиваются симптомы перитонита. Перфорация может протекать подостро, если сальник прикрывает перфорационное отверстие. Необходимо экстренное хирургическое вмешательство. Клинические признаки – положительные перитонеальные симптомы, печеночная тупость не определяется, лабораторно – положительные острофазовые показатели, рентгенографически – определяется скопление газа в поддиафрагмальном пространстве.

Стеноз привратника – функциональный (устраняется приемом холинолитиков) и органический наблюдается в 1% случаев. Требует хирургического лечения. Преобладает синдром высокой кишечной непроходимости, а не болевой. Характерна желудочная диспепсия (рвота съеденной пищей, частота зависит от стадии стеноза, постоянное чувство тяжести в эпигастральной области, задержка стула, появление рвотных масс с гнилостным запахом в поздних стадиях).

Осложнения язвенной болезни

Малигнизация – перерождение язвы в рак.

Язва 12-перстной кишки в рак не перерождается практически никогда. Малигнизируются язвы малой кривизны желудка, язвы антрального и субкардиального отделов. Исчезает периодичность в течение язвенного процесса. Боли нерезкие, постоянного характера, сохраняются по ночам, не зависят от приема пищи. Потеря аппетита, снижение массы тела, общая слабость. Развивается анемия. В испражнениях скрытая кровь. Общая кислотность желудочного сока сохраняется, уменьшается количество свободной соляной кислоты. Рентгенологически выявляется увеличение размеров ниши до 2,5 см и больше, изъеденность ее контуров.

Перидуоденит, перигастрит, перивисцерит характеризуются изменением характера болевого синдрома, ритмичность болей исчезает, боли становятся постоянными, интенсивными, особенно при физической нагрузке, меняется характер иррадиации.

Диагностика

1. исследование желудочной секреции (фракционное исследование, рН-метрия) ;
2. рентгенологическая диагностика;
3. эндоскопическая диагностика;
4. Общеклинические исследования

Дифференциальная диагностика

Многообразие клинических проявлений язвенной болезни, анатомо-топографические соотношения органов пищеварения, общность нервной регуляции, их функциональные связи создают закономерные предпосылки для возникновения сходных клинических симптомокомплексов при заболевании различных органов брюшной полости. Это создает определенные трудности при дифференциальной диагностике.

Язвенную болезнь чаще приходится дифференцировать от других заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, желчных путей и поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика хронического гастрита

Хронический гастрит в отличие от ЯБ характеризуется большей выраженностью диспептических явлений. Часто наблюдаются чувство тяжести в верхнем отделе живота и ощущение быстрого насыщения после приема даже небольшого количества пищи, изжога, отрыжка кислым содержимым, расстройства стула. Отмечаются монотонность течения, короткие периоды обострения с менее выраженным болевым синдромом, чем при язвенной болезни. Свойственно отсутствие сезонной периодичности и нарастания болей в течении заболевания. Общее состояние больных особенно не нарушается. Однако исключить гастрит, руководствуясь только жалобами больного, невозможно. Необходимы повторные рентгенологические и эндоскопические исследования, при которых, кроме отсутствия ниши, выявляются характерная ригидность складок слизистой оболочки желудка, изменение рельефа его.

Дифференциальная диагностика хронический гастроэнтерит

Хронический гастроэнтерит, так же как и ЯБ, может проявляться болями в эпигастральной области после еды. Но эти боли сопровождаются урчанием кишечника, а выраженная болезненность при пальпации определяется в околопупочной области и ниже. В кале определяется большое количество продуктов неполного переваривания пищи (мышечных волокон, нейтрального жира, крахмала). Из рентгенологических признаков важны изменения слизистой желудка, быстрая эвакуация контраста из тонкой кишки, раннее заполнение (через 2-3 часа) слепой кишки.

Дифференциальная диагностика дуоденит и пилородуоденит

Дуоденит и пилородуоденит нередко весьма напоминают клинику ЯБ.

В отличие от последней для них характерно:

1) выраженность постоянных голодных и ночных болей, купирующихся приемом пищи, и поздних диспепсических явлений;

2) интермиттирующее течение с короткими периодами обострения, сменяющихся короткими ремиссиями. При рентгенологическом исследовании признаки язвы отсутствуют, определяются гипертрофированные и атипично переплетающиеся складки слизистой оболочки с зернистым рельефом. Повторные исследования, гастродуоденоскопия позволяют поставить правильный диагноз.

Дифференциальная диагностика неязвенные перидуодениты

Обычно они являются следствием язвы двенадцатиперстной кишки, проявляясь пилорическим синдромом со клиникой ЯБ. После заживления язвы при остающемся перидуодените интенсивность болей уменьшается, они становятся постоянными, исчезает сезонность явления.

Неязвенные перидуодениты могут быть вызваны холециститом, дивертикулом двенадцатиперстной кишки, осложненным воспалением или изъязвлением, хроническим аппендицитом. В отличие от язвенной болезни такие перидуодениты проявляются постоянными болями в подложечной области и правом подреберье, усиливающимися после приема пищи и иррадирующими в спину. Наблюдаются также отрыжка, тошнота, чувство тяжести в эпигастрии. В диагностике их большую помощь оказывает рентгенологическое исследование, при котором обнаруживаются деформация луковицы, двенадцатиперстной кишки, быстрая опорожняемость ее, отсутствие прямых рентгенологических признаков язвенной болезни.

Дифференциальная диагностика рак желудка

В начальной стадии, может проявляться разнообразием клинических симптомов и напоминать клинику ЯБ. При опухоли в пилорическом отделе могут наблюдаться интенсивные боли, сохраняется желудочная секреция. Особенно трудна дифференциальная диагностика язвенно-инфильтративной и первично-язвенной форм рака, которые могут сопровождаться типичными признаками ЯБ. В некоторых случаях и язва желудка по клиническому течению может напоминать рак желудка, например при длительно существующей каллезной язве с постоянными болями, снижением желудочной секреции и образованием большого воспалительного инфильтрата, определяемого при пальпации живота. Для рака желудка наиболее характерными являются: короткий анамнез, более пожилой возраст больных, жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, постоянные ноющие боли, малозависящие от приема пищи. У многих выявляются анемия, увеличенная СОЭ, стойкие скрытые кровотечения. Для язвенно-инфильтративных форм характерны стойкость клинических симптомов, отсутствие эффекта от применяемого лечения. При рентгеноскопии, кроме ниши, выявляются инфильтрация и ригидность стенки желудка, обрыв складок слизистой, отсутствие перистальтики в пораженной зоне, окружающей нишу. Решающее значение в дифференциальной диагностике рака и язвы желудка имеют изучение динамики заболевания, рентгенологическое, цитологическое исследования и гастроскопия с прицельной биопсией.

Дифференциальная диагностика желчнокаменная болезнь

ЖКБ чаще встречается у женщин, у лиц с гипертонической конституцией и ожирением, отсутствуют периодичность обострений и суточный ритм болей. Возникновение болей после еды связано в основном с характером пищи (жирная пища, мясо, яйца, острые блюда, маринады, грибы). Появляются боли в разные сроки после еды и отличаются полиморфизмом — разной интенсивностью и продолжительностью. Часто они носят схваткообразный характер по типу приступов (колик) и более интенсивны, чем при ЯБ. Локализуются боли в правом подреберье и иррадиируют в правое плечо и лопатку. Периодически может появляться, желтуха.

При хроническом холецистите продолжительность обострений короче, обычно определяется днями, в то время как при ЯБ — неделями, месяцами, с постепенным уменьшением их интенсивности.

Отмечаются увеличение печени, пальпаторная и перкуторная болезненность в правом подреберье и холедохо-панкреатической зоне. Выявляются положительные симптомы Ортнера, Мерфи, френикус-симптом. При обострении холецистита наблюдаются лихорадка, патологические изменения желчи, в крови некоторое увеличение билирубина, в моче — уробилина. Часто отмечается снижение желудочной секреции.

Дифференциальная диагностика хронического панкреатита

Хронический панкреатит по своему течению может напоминать язвенную болезнь. При нем, так же как и при ЯБ, наблюдаются боли в верхнем отделе живота после еды на высоте пищеварения. Однако возникают они чаще после жирной пищи, носят неопределенный характер, в случае образования камней в панкреатических протоках становятся схваткообразными. Боли, как правило, локализируются слева от средней линии в верхнем отделе живота, часто бывают опоясывающими, иррадиируют в левое плечо и лопатку. При сравнительной или глубокой пальпации выявляется болезненность слева от средней линии. У части больных наблюдается увеличение количества диастазы в моче, иногда глюкозурия. Диагноз хронического панкреатита при отсутствии рентгенологических и эндоскопических признаков ЯБ подтверждается панкреатографией, сканированием поджелудочной железы, ангиографией.

Дифференциальная диагностика хронический аппендицит

Хронический, аппендицит в некоторых случаях может иметь некоторое сходство с ЯБ. Это связано с тем, что и при хроническом аппендиците нередко наблюдаются боли в подложечной области после приема пищи, которые объясняются наличием рефлекторного спазма привратника или перидуоденита, развившегося в результате распространения инфекции по лимфатическим путям из илеоцекальной области. В отличие от ЯБ при хроническом аппендиците в анамнезе отмечают наличие приступа острого аппендицита, периодичность обострений с кратковременными болевыми явлениями, усиление их при ходьбе и физическом напряжении. При пальпации и перкуссии определяется зона выраженной болезненности на ограниченном участке илеоцекальной области. В трудных для диагностики случаях помогает рентгенологическое исследование гастродуоденальной системы и илеоцекального угла.

Дифференциальная диагностика дивертикулы желудка и 12-перстной кишки

Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки часто протекают бессимптомно. При достижении больших размеров дивертикула появляются боли и чувство тяжести в эпигастральной области, рвота. При осложнении его воспалением или изъязвлением клиническая картина может быть весьма сходной с таковой при ЯБ. Наблюдаются боли после приема пищи, периодичность обострения. Диагностика в этих случаях бывает трудной и решающим здесь являются рентгенологическое исследование и гастродуоденоскопия.

Дифференциальная диагностика туберкулез желудка

Туберкулез желудка — одна из редких локализаций туберкулезного процесса. Патологические изменения могут проявляться в виде солитарных или милиарных туберкул, диффузной гиперпластической формы, а чаще (до 80 %) в виде плоских поверхностных либо небольших глубоких кратерообразных язв. Локализуются такие язвы чаще в пилорическом и антральном отделах, нередко вызывают сужение привратника или деформацию желудка. Клинически заболевание проявляется болями в подложечной области, но менее выраженными, чем при язве желудка. Наблюдаются поносы, снижение желудочной секреции. У больных нередко туберкулезные поражения легких и других органов. Отсутствие характерных клинических симптомов, нетипичность рентгенологической картины вызывают нередко большие трудности в диагностике заболевания и только гистологическое исследование биоптатов или операционного материала позволяет поставить правильный диагноз.

Дифференциальная диагностика сифилис желудка

Сифилис желудка встречается редко. Поражение желудка наблюдается в третичном периоде и проявляется образованием гумм в стенке желудка, которые могут изъязвляться. Клиническая картина может напоминать хронический гастрит, язву желудка или опухоль. У больных наблюдаются изжога, тошнота и рвота, боли в подложечной области, однако они не достигают такой интенсивности, как при ЯБ, и часто не связаны с приемом пищи. При рентгенологическом исследовании гумма симулирует опухоль или язву желудка, что и вызывает трудности в распознавании заболевания.

Диагноз ставится на основании наличия сведений о заболевании сифилисом в анамнезе, положительных серологических реакций, результатов пробного специфического лечения либо гистологического исследования биопсийного материала или удаленного препарата желудка.

Дифференциальная диагностика лимфогранулематоз желудка

Лимфогранулематоз желудка относится к редким заболеваниям. Поражение желудка чаще наблюдается при системном заболевании и редко как изолированная форма. Лимфогранулематозные образования в стенке желудка характеризуются формированием опухолевидных узлов, выстоящих в просвет желудка, либо поверхностных или глубоких изъязвлений. Клиническая картина изолированного поражения весьма сходна с клиникой рака или каллезной язвы. Язвенные формы проявляются болями в эпигастрии, скрытыми или профузными кровотечениями. Из общих симптомов наблюдаются повышение температуры, слабость, похудание, потливость и кожный зуд. В крови выявляются лейкопения с нейтрофилезом, эозинофилией и лимфопенией. В связи с редкостью изолированного лимфогранулематоза желудка, своеобразием клиники и морфологических изменений в стенке желудка, сходных с язвой желудка, диагностика представляет исключительные трудности. Диагноз ставится при микроскопическом исследовании биоптатов, взятых при фиброгастроскопии либо из резецированного желудка.

Дифференциальная диагностика дуоденостаз

Дуоденостаз — это нарушение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. Может развиваться при заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы, перидуоденитах или являться самостоятельным заболеванием неврогенного происхождения. Проявляется он периодическими приступами болей в подложечной области, напоминающими боли при ЯБ. Отличительными особенностями его являются: возникновение изолированного вздутия в правом подреберье во время приступа болей, рвота желудочным содержимым с примесью значительного количества желчи.

Диагноз устанавливают рентгенологическим исследованием, при котором выявляются застой в двенадцатиперстной кишке и расширение ее, стенозирующая перистальтика и антиперистальтика, ретроградный застой бария в желудке и замедленное опорожнение его.

Дифференциальная диагностика табетические кризы

Табетические кризы развиваются у больных с *tabes dorsalis*. Характеризуются они приступами сильных болей в подложечной области с различной их иррадиацией, внезапным началом и быстрым исчезновением, отсутствием облегчения болей после рвоты, что обычно наблюдается у больных ЯБ, тяжелым общим состоянием больных; наблюдаются апатия, потеря сил. Приступы могут быть различной продолжительности. Вне приступов больной не страдает. Выявляются характерные симптомы со стороны нервной системы (анизокория, отсутствие коленных рефлексов, нарушения равновесия и др.), возможны изменения аорты и аортальных клапанов, положительная реакция Вассермана в крови или спинномозговой жидкости.

Дифференциальная диагностика диафрагмальные грыжи

При диафрагмальных грыжах, так же как и при ЯБ, больные жалуются на боли в эпигастральной области во время или после приема пищи, ночные боли, чувство тяжести в эпигастрии и диспептические расстройства. В некоторых случаях наблюдаются явные или скрытые пищеводно-желудочные кровотечения. Жалобы эти связаны с развитием язвенного эзофагита, локализованного гастрита.

В отличие от ЯБ при диафрагмальных грыжах боли локализуются высоко в эпигастрии, в области мечевидного отростка и за грудиной. Не отмечается строгой периодичности их, различна интенсивность и продолжительность. Боли часто иррадиируют вверх и кзади — в спину, в левое плечо. Характерно ощущение жжения за грудиной или вдоль пищевода во время или после еды. Решающее значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний имеет целенаправленное рентгенологическое исследование органов грудной клетки и гастродуоденальной системы.

Дифференциальная диагностика грыжа белой линии

Грыжа белой линии живота в некоторых случаях может вызывать резкие боли в подложечной области и диспептические расстройства, как и ЯБ. У других больных эпигастральная грыжа может сопутствовать ЯБ и основное заболевание при этом не диагностируется. Дифференциальная диагностика этих двух заболеваний при внимательном осмотре больного не вызывает затруднений, однако наличие эпигастральной грыжи обязывает врача провести рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, дабы не допустить диагностической и тактической ошибок при решении вопроса об операции.

Дифференциальная диагностика синдром раздраженного кишечника

При СРК клинические проявления могут быть сходными с клиникой ЯБ. Больные жалуются на боли в подложечной области или другой локализации, диспептические расстройства. Отличительными признаками СРК, являются: длительные запоры в анамнезе, периодическая смена запоров “ложными” поносами, чувство неполного опорожнения кишечника. Часто боли не зависят от характера принятой пищи, отмечается облегчение состояния после стула и отхождения газов. При объективном исследовании определяется болезненность по ходу ободочной кишки, чаще поперечной, нисходящей и сигмовидной.

При рентгенологическом исследовании отмечается выраженный спазм этих отделов ободочной кишки или тотальный колоспазм. СРК может сопутствовать язвенной болезни, но отсутствие признаков ЯБ при рентгеноскопии или фиброгастродуоденоскопии говорит в пользу СРК.

Дифференциальная диагностика симптоматические язвы

Язва при гиперпаратиреозе

ГДЯ у больных первичным гиперпаратиреозом встречаются в 10 раз чаще, чем ЯБ среди остального населения. Язвы обычно бывают хроническими, локализуются в луковице двенадцатиперстной кишки, отличаются упорством течения.

Язвообразование при гиперпаратиреозе объясняется увеличением продукции НС1 и повышением моторной функции желудка в ответ на гиперкальциемию; отрицательное действие на слизистую оболочку оказывает и сам паратгормон. Гиперпаратиреоз как причина образования ГДЯ нередко длительно остается нераспознанным. При частом рецидивировании ГДЯ у больных мочекаменной болезнью следует думать о возможности гиперпаратиреоза и целенаправленно осматривать область паращитовидных желез, исследовать обмен кальция и фосфора, уровень паратгормона, проводить рентгенографию костей.

Гиперкальциемия и гипокальциурия, снижение уровня фосфора в крови и усиление его экскреции с мочой, повышение уровня паратгормона, обнаружение остеопороза и кист на рентгенограммах костей позволяют диагностировать гиперпаратиреоз. Опухоль паращитовидной железы удается пальпировать примерно в 20% случаев. Помогает диагностике опухоли ультразвуковое исследование.

Дифференциальная диагностика язва желудка при заболеваниях ССС

ГДЯ у больных с заболеваниями ССС могут образовываться при декомпенсации кровообращения, на фоне АГ и атеросклеротического поражения брюшной аорты и ее висцеральных ветвей.

Трофические язвы, развившиеся у больных с декомпенсацией кровообращения, чаще локализуются в желудке, бывают множественными, нередко наблюдаются гигантские язвы диаметром более 3 см. Пенетрация и перфорация язв встречаются редко, характерны кровотечения. Именно желудочно-кишечное кровотечение обычно оказывается ведущим симптомом язвенного поражения у больных с кардиальной декомпенсацией.

Образование ГДЯ у больных АГ связывают с поражением сосудов слизистой оболочки по типу гипертонической микроангиопатии. В этих случаях развиваются хронические язвы. Острые язвы обычно образуются на фоне тяжелых гипертонических кризов.

Крупные язвы желудка, возникшие у лиц старше 60 лет на фоне атеросклеротического поражения брюшной аорты и ее висцеральных ветвей, принято относить к "старческим" язвам. "Старческие" язвы характеризуются коротким анамнезом, стертой клинической картиной и большой площадью изъязвления, иногда до 6-8 см. Несмотря на большие размеры, заживление язв происходит относительно быстро без грубой деформации стенки. Однако часто наблюдаются рецидивы язв.

Дифференциальная диагностика язвы при заболеваниях легких

Сочетание ГДЯ с хроническими неспецифическими заболеваниями легких отмечается у 9,2-30% больных. ГДЯ у пациентов с заболеваниями легких могут быть острыми и хроническими. Ведущая роль в их возникновении принадлежит гипоксии и циркуляторным расстройствам. Язвы чаще локализируются в желудке, отличаются слабой выраженностью болевого синдрома, нередко осложняются кровотечением.

Дифференциальная диагностика язвы при заболеваниях печени

Частота гепатогенных ГДЯ у больных циррозом печени в 2-6 раз превышает распространенность ЯБ среди остального населения. Язвенные поражения преимущественно развиваются на фоне активного процесса в печени и нарушения ее функции, особенно после операции портокавального шунтирования.

Образование гепатогенных язв объясняется снижением инактивации эндогенных стимуляторов желудочной секреции, в первую очередь гастрина и гистамина, а также расстройством трофики слизистой оболочки гастродуоденальной зоны вследствие нарушения кровотока в портальной системе.

Клиническая картина ГДЯ у больных хроническими заболеваниями печени часто бывает атипичной, малосимптомной, что затрудняет их выявление. Первым признаком особенно острых поражений может быть массивное кровотечение, причем оно нередко возникает из небольших дефектов слизистой оболочки.

Для хронических гепатогенных язв характерно вялое, торпидное течение, язвы одинаково часто встречаются в желудке и двенадцатиперстной кишке, плохо поддаются консервативному лечению и могут осложняться кровотечением. Среди причин желудочно-кишечных кровотечений у больных циррозом печени на долю язвенных поражений приходится 6-16%.

Дифференциальная диагностика язвы при панкреатите

При хроническом панкреатите ГДЯ наблюдаются у 8-24% больных. Развитие панкреатогенных язв связано с уменьшением интрадуоденального поступления бикарбонатов при далеко зашедшей внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Язвы при хроническом панкреатите чаще располагаются в двенадцатиперстной кишке, характерна постбульбарная их локализация.

Дифференциальная диагностика язвы при ХПН

При ХПН ГДЯ появляются у 3,5-12% больных. Особенно высокая частота язв регистрируется при применении программного гемодиализа и после пересадки почки (20-30%).

Риск развития ГДЯ повышается при кризах отторжения трансплантата, сепсисе, гепатите, которые часто встречаются у этой категории больных.

Причиной язвообразования служат уремическая интоксикация, гипергастринемия, связанная с уменьшением разрушения гастрина в почках, а также лекарств (в первую очередь стероидные гормоны), применяемых в больших дозах после трансплантации почки.

ГДЯ у больных хроническими заболеваниями почек одинаково часто встречаются в желудке и двенадцатиперстной кишке. Обычно отмечают бессимптомное и стертое их течение.

*Лечебное питание - обязательная часть
комплексной терапии.*

«Питание больного является тем основным фоном, на котором следует применять другие терапевтические факторы. Там, где нет **лечебного питания**, нет рационального лечения».

М.И.Певзнер

«...неспособность врача обеспечить питание больного должно расцениваться как решение умышленно уморить его голодом. Решение, для которого в большинстве случаев, было бы трудно подобрать оправдание...»

Арвид Вретлинд

Лечение гастродуоденальных язв

диета

Главный принцип диеты – уменьшение порции и увеличение кратности приема пищи (желательно не менее 6 раз в сутки), так как пища обладает антацидными и буферными свойствами, особенно белковая пища. Больным с повышенной кислотностью - диета №1 (при обострениях - №1а), тормозящая секреторную функцию желудка.

Диета № 1

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при умеренном обострении и в период выздоровления, острый гастрит в период выздоровления, умеренное обострение хронического гастрита с сохраненной секреторной функцией желудка.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с ограничением сильных возбудителей секреции желудка, раздражителей его слизистой оболочки, долго задерживающихся и трудно перевариваемых продуктов и блюд.

Химический состав и энергоценность (имеется в виду суточный рацион): белки - 90-100 г (60% животного происхождения), жиры - 100 г (30% растительного происхождения), углеводы - 400- 420 г, энергоценность - 2800-3000 ккал.

Лечение гастродуоденальных язв

диета №1

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб пшеничный вчерашней выпечки или подсушенный, сухое печенье, бисквит; супы из протертых овощей, молочные супы из протертых круп; нежирное мясо, птица, рыба, паровые или отварные блюда из них; молоко, сливки, ряженка, простокваша, творог; картофель, морковь, свекла, цветная капуста; крупы: манная, рисовая, гречневая, овсяная; сладкие ягоды и фрукты в протертом, вареном и печеном виде.

Лечение гастродуоденальных язв

диета №1

Исключаемые продукты и блюда

Ржаной и любой свежий хлеб, изделия из сдобного теста; мясные и рыбные бульоны, щи, борщи, крепкие овощные отвары; жирные сорта мяса, птицы, рыбы, соленая рыба, консервы; молочные продукты с высокой кислотностью; пшено, перловая, ячневая и кукурузные крупы, бобовые; белокочанная капуста, редька, щавель, лук, огурцы; соленые, квашеные и маринованные овощи, грибы; кислые и богатые клетчаткой фрукты и ягоды.

Лечение гастродуоденальных язв

Целью противоязвенного лечения является восстановление целостности слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки (рубцевание язвы) и сохранение длительного без рецидивного течения болезни.

Для достижения этой цели необходимо решить несколько задач:

- снизить уровень кислотного-пептического фактора при условии интенсивного кислотообразования в желудке по данным рН-метрического исследования;
- восстановить моторику гастродуоденальной зоны;
- провести эрадикационную терапию *Helicobacter pylori*, наличие которой доказано двумя методами исследования;
- определить индивидуальный объем терапии после проведения антихеликобактерной терапии (период лечения до заживления язвенного дефекта и проведения контрольной гастродуоденоскопии);
- повысить резистентность слизистой оболочки гастродуоденальной зоны;
- провести психоэмоциональную коррекцию пациента;
- включить в комплексную терапию средства с учетом сопутствующих заболеваний;
- наметить пути превентивной терапии обострения язвенной болезни.

Лечение гастродуоденальных язв

Большинство больных лечится амбулаторно.

Успех лечения язвенной болезни определяется прежде всего обязательным выполнением пациентом общих рекомендаций, к которым относятся следующие:

- исключение приема ульцерогенных препаратов;
- предупреждение или устранение стрессовых обстоятельств;
- прекращение курения и злоупотребление алкоголем.

Лечение гастродуоденальных язв

медикаментозное лечение

Принципы терапии язвенной болезни:

- Подавление агрессивных факторов;
- Стимуляция факторов защиты;
- Антихеликобактерная терапия.

Основные группы противоязвенных препаратов:

1. Препараты, ингибирующие секрецию HCl:

- Блокаторы протонного насоса;
- H₂-блокаторы гистамина;
- М-холинолитики;
- Простагландины.

2. Препараты, нейтрализующие HCl:

- Всасывающиеся антациды;
- Невсасывающиеся антациды.

3. Препараты, образующие защитную пленку над язвой:

- Сукральфат;
- Де-нол.

4. Препараты, стимулирующие факторы защиты:

- Простагландины;
- Карбеноксолон;
- Алюминий содержащие антациды.

Лечение гастродуоденальных язв антихеликобактерная терапия Илнии

Продолжительность лечения: 10 – 14 дней.

Ингибиторы протонного насоса:

- Омепразол по 20 мг 2 раза в день, или
- Лансопразол по 30 мг 2 раза в день, или
- Пантопразол по 40мг 2 раза в день, или
- Рабепразол 20 мг 2 раза в день, или
- Эзомепразол 40 мг в день.

Антибиотики:

- Кларитромицин 500 мг 2 раза в день, или
- Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, или
- Метронидазол 500 мг 2 раза в день.

*Лечение гастродуоденальных язв
антихеликобактерная терапия II линии*

Продолжительность лечения: 10-14 дней.

Ингибиторы протонного насоса;

Препараты солей висмута;

Антибиотики:

- тетрациклин 500 мг 4 раза в день и
- метронидазол 500 мг 3 раза в день

Правила применения антихеликобактерной терапии

1. Если использование схемы лечения не приводит к наступлению эрадикации, повторять ее не следует;
 2. Если использованная схема не привела к эрадикации, это означает, что бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы лечения (производным нитроимидазола, макролидам);
 3. Если использование одной, а затем другой схем лечения не приводит к наступлению эрадикации, то следует определить чувствительность штамма *H. pylori* ко всему спектру используемых антибиотиков;
 4. Появление бактерии в организме больного спустя год после лечения следует расценивать как рецидив инфекции, а не реинфекцию. При рецидиве инфекции необходимо применять более эффективные схемы лечения.
- Ни одна из приведенных схем лечения не привела к 100% эрадикации за длительный период изучения.

*Перспективы
антихеликобактерной терапии*

Медикаментозная блокада уреазы
Helicobacter pylori;

- Использование препаратов, препятствующих адгезии *Helicobacter pylori* (ребамипид, экабет);
- Создание вакцины против инфекции *Helicobacter pylori*.

Спасибо за внимание!

