

ПОПУЛЯРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЗДАЕТСЯ С МАРТА 1996 ГОДА

7/2016

# Здоровья и счастья

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ** Гончарик И.И. с. 4-5.

**ВАРИКОЗ:  
РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**ПОГОДА И САМОЧУВСТВИЕ**

**ПОЧЕМУ РЕБЕНОК ВРЕТ?**

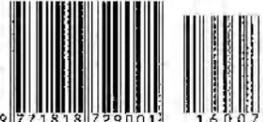
**«ЖЕНСКИЙ СИНДРОМ»**

**ТРАВМЫ ГЛАЗ**

**СМЕТАНА  
И СМЕТАННЫЙ  
ПРОДУКТ**



ISSN 1818-7293

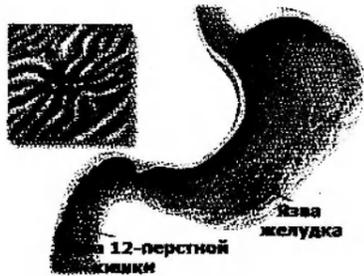


9 1818 7293 16007

# Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

## КИШКИ

Язвенная болезнь – это хроническое заболевание пищеварительного тракта, при котором в периоды обострения происходит изъязвление слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки. Клиническое течение язвенной болезни характеризуется ритмичностью: периоды обострения сменяются периодами ремиссии.



### КТО И СКОЛЬКО?

По данным мировой статистики, 8–10% взрослого населения страдают язвенной болезнью. Она по-прежнему весьма распространена в большинстве европейских стран и США, хотя в последние годы наметилась тенденция к снижению заболеваемости.

Язва двенадцатиперстной кишки встречается в 4 раза чаще, чем язва желудка, причем в молодом и среднем возрасте женщин с этой патологией в 2–5 раз меньше, чем мужчин, а в старшем возрасте женщины, наоборот, преобладают. Считается, что у них язвенная болезнь отличается более легким течением.

В последние годы врачи отмечают снижение заболеваемости неосложненной язвенной болезнью, что можно объяснить появлением новых фармакологических препаратов, уменьшением числа курящих, снижением инфицированности населения развитых стран пилорическим хеликобактером. И в то же время отмечается увели-

чение количества осложнений язвенной болезни, что связано с широким и неконтролируемым применением аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств.

### ПРИЧИНЫ

Для возникновения язвенной болезни необходимы «пусковые» факторы.

#### К ним относятся:

- инфекция: пилорический хеликобактер (*Helikobakter pylori*, HP) – одна из основных причин;
- эмоциональный стресс, физическое перенапряжение, особенности профессиональной деятельности;
- влияние внешних социально-экономических и экологических условий;
- гуморальные факторы: изменение характера и режима питания, передание, индивидуальные пищевые предпочтения, поздний прием пищи, большие перерывы между приемами пищи, неизбежно способствующие перегрузкам пищеварительной системы, а также дуодено-гастральный рефлюкс желчи, курение, алкоголь, лекарственные препараты, особенно нестероидные противовоспалительные средства;
- низкое качество жизни;
- O(1) группа крови.

### МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ

В качестве основного «агрессора» для развития язвы выступает *кислотно-пептический фактор*, который включает повышение кислотопродукции и рост протеолитической активности желудочного содержимого. (протеолитический – растворяющий белки. – Ред.)

В основе формирования язвенного дефекта лежит процесс деструкции тканей слизистой оболочки в местах с нарушенной трофикой под действием измененного желудочного сока. Среди причин его изменения называют избыточную стимуляцию и увеличение количества париетальных клеток, вырабатывающих соляную кислоту и пепсин.

Сформулированное в 1903 г. положение Шварца «без кислоты нет язвы» остается правильным, но уже с небольшой поправкой: без кислоты и *Helikobakter pylori* нет язвы.

#### К факторам защиты слизистой оболочки относятся:

- ее резистентность;
- секреция слизи и бикарбонатов;
- клеточная регенерация (обновление);
- состояние кровотока;
- синтез простагландинов, минералокортикоидов, половых гормонов, глюкагона, мотилина, соматостатина.

Нарушение равновесия между агрессивными свойствами и защитными возможностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки («весы Шейя») приводит к развитию язвенной болезни.

### ВАРИАНТЫ

#### В зависимости от локализации язвенных дефектов выделяют:

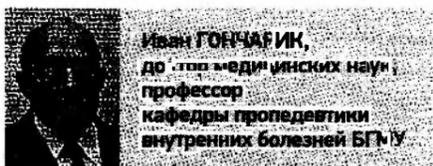
- язвы кардии и субкардии;
- язвы тела и угла желудка;
- антрального отдела и пилорического канала;
- луковицы двенадцатиперстной кишки;
- залуковичные (постбульбарные);
- сочетанные и множественные язвы.

#### Отмечают стадии течения заболевания:

- обострение;
- рубцевание (этапы «красного» и «белого» рубца);
- ремиссия.

### ЯЗВЫ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ

Так врачи называют вторичные язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, которые, в отличие от язвенной болезни, связаны с другим (основным) заболеванием или воздействием



определенного провоцирующего фактора.  
**К симптоматическим язвам относят:**

- «стрессовые», возникающие при обширных ожогах, операциях, инфаркте миокарда;
- лекарственные, вызываемые в первую очередь аспирином, другими НПВС, кортикостероидами;
- эндокринные (синдром Золлингера-Элаксона, гиперпаратиреоз);
- характерные для пациентов с некоторыми заболеваниями внутренних органов (ХОБЛ, хронический гепатит и цирроз печени, хронический панкреатит).

При симптоматических язвах болевой синдром может отсутствовать («немая язва») и заболевание внезапно проявляется кровотечением или прободением.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**Для гастродуоденальных язв характерны:**

- боли в эпигастрии слева (при язвах тела желудка) или справа (при язвах пилорического канала и 12-перстной кишки);
- боли нередко отдают в левую половину грудной клетки, грудной или поясничный отдел позвоночника;
- при язвах субкардии боли возникают сразу после приема пищи, при язвах тела желудка – через 30–60 минут после еды, при язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки – через 2–3 часа после еды, – голодные и ночные боли;
- боли уменьшаются после приема антацидов, антисекреторных препаратов;
- у многих пациентов на высоте болей возникает рвота кислым содержимым, приносящая облегчение;
- при обострении язвы нередко наблюдается потеря массы тела.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагноз основывается на учете клинической картины и подтверждается инструментальными методами исследования. Рентгеноскопия с применением контрастного вещества имеет вероятность ошибки примерно 30%.

Эндоскопическое исследование – самый надежный метод диагностики язвенной болезни. Оно дает возможность выявить язвенный дефект, обеспечить контроль за его заживанием, а цитологическое и гистологическое изучение биоптата позволяет оценить состояние слизистой оболочки и гарантирует чность на морфологическом уровне.

**ТЕЧЕНИЕ**

Периоды обострения язвенной болезни длятся от 3 до 6 недель. Чередуются с периодами ремиссии. При соблюдении диеты и рекомендаций врача ремиссия может быть длительной.

**ОСЛОЖНЕНИЯ**

- 10% язв осложняются перфорацией (прободением).
- 25% язв осложняются кровотечением.
- 50% язв рецидивируют, если не проведена терапия, направленная на эрадикацию (истребление) *Helikobakter pylori*, и если пациент продолжает курить.

Малигнизация (озлокачествление) часто наблюдается при язвах большой кривизны (особенно антрального отдела), задней стенки кардии и субкардии.

→ Обструкция (стенозирование) выходного отдела желудка наблюдается примерно у 5% пациентов и обусловлена чаще всего рецидивами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

В некоторых случаях фиброз (соединительнотканый рубец) может приводить к деформации желудка.

**ЛЕЧЕНИЕ**

В период обострения желательна госпитализация, но если нет осложнений, лечение можно проводить дома. Диета в этот период химически щадящая. Увеличивают содержание белка, особенно молочного.

Необходим отказ от курения и приема ulcerогенных (вызывающих язву) лекарств.

В соответствии с консенсусом Маастрихт 4 (2010 г.) в качестве этиологической терапии 1 линии регламентируется тройная терапия, включающая ингибиторы протонной помпы (ИПП – омепразол, пантопрозол, омез и др.), кларитромицин (0,5 г 2 раза в сутки) и амоксицилин (0,5 г 4 раза в сутки).

В регионах с высокой резистентностью (устойчивостью) *Helikobakter pylori* к кларитромицину рекомендуется квадруплетная терапия с препаратами висмута (ИПП + метронидазол + тетрациклин + висмута трикалия дицитрат). В качестве альтернативы 2-й линии выдвигается тройная

терапия с левофлоксацином (ИПП + амоксицилин+ левофлоксацин).

Эрадикация *Helikobakter pylori* с помощью адекватных комбинаций антибактериальных средств способствует восстановлению защитных свойств слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, существенному снижению рецидивов язвенной болезни.

По окончании 1-, 2-недельной эрадикационной терапии продолжается прием антисекреторного препарата (омепразол, лансопрозол, пантопрозол и др.) в течение 8–12 недель.

**Для предупреждения рецидивов язвенной болезни используют два вида профилактического лечения:**

1. Непрерывную поддерживающую терапию антисекреторными средствами в половинной дозе в течение месяцев и даже лет.
2. Профилактическую терапию «по требованию», которая предусматривает при появлении симптомов, характерных для язвенной болезни, прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2–3 дней, а затем в половинной – в течение 2 недель. Если симптомы обострения исчезают, то лечение прекращают, если же нет, рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Первичная: придерживаться рационального питания, избегать нарушения его ритма, обеспечивать высокое качество принимаемой пищи, не курить.

Вторичная: эрадикация НР как фактора, играющего существенную роль в возникновении язвы, соблюдение личной гигиены, постоянная поддерживающая терапия или терапия «по требованию».

