Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра восстановительной медицины.

кафедрой:

д.м.н. профессор Кулишова Т. В

Реферат

на тему:

Язвенная болезнь.

Выполнил: студент

Леч. фак., 413 гр.

Ткаченко Е. В.

Проверила:

Крахмелец Т.В.

Барнаул 2008 г.

**Определение**

**Язвенная болезнь желудка (по МКБ – 10 шифр К 25), двенадцатиперстной кишки (шифр К 26), а так же желудка и 12-перстной кишки (шифр К 28)** – хроническое, циклически протекающее заболевание, в основе которого лежит изъявление слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки, в период обострения.

Изъявление слизистой имеет пептическое происхождение, т.е. локальное разрушение, некроз ткани желудочной стенки вследствие агрессивного, пищеварительного действия желудочного сока с образованием пептической язвы.

Пептическая язва определяется как дефект слизистой оболочки, захватывающий все слои слизистой до tunica muscularis mucosae включительно и даже глубже, заживающей путем эпителиальной и фиброэластической пролиферации с развитием соединительной ткани и образованием рубца.

Язвенная болезнь является хроническим заболеванием с момента его возникновения, и характеризуется рецидивирующим (периодически возобновляющимся язвообразованием) течением.

Язвенная болезнь условно подразделяется на две клинико-патогенетические формы: с локализацией язвы в 12-перстной кишке и локализацией язвы в желудке. Каждая из форм имеет особенности в патогенезе, клинике, прогнозе и лечении. Возможно сочетание той и другой локализации язвы.

При обострение язвенной болезни обычно обнаруживаются рецидивирующие язвы. Хронически активный гастрит, чаще активный гастродуоденит, ассоциированные с пилорическим гелиобакториозом.

Язвенной болезнью преимущественно болеют мужчины (в 4-7 раз чаще женщин). Максимальный возраст больных с язвенной болезнью с локализацией язвы в 12-перстной кишке – 30-40 лет, с локализацией в желудке – 50-60 лет. На 1 случай язвы желудка приходится 4-5 случаев язвенной болезни в 12-перстной кишки.

За последние 15 лет число больных с впервые выявленной язвенной болезнью имеет выраженную тенденцию к росту, с расширением возрастных рамок заболевания: язвенная болезнь "помолодела" и "постарела" одновременно, т.е. увеличилось число "молодых", так и "старческих" язв, причем количество язв в возрасте от 20-60 лет так же возросло.

## Этиология

Вызывающие факторы:

1. Психоэмоциональное напряжение
2. Отрицательные длительные эмоции
3. Лекарственные воздействия
4. Вредные привычки (алкоголь, курение)
5. Инфекции Helicobacter pillory
6. Нарушение дуоденальной проходимости
7. Местное воздействие механических, физических и термических раздражителей.

Способствующие:

Нарушение характера и ритма питания.

Предрасполагающие:

1. Наследственная предрасположенность
2. Увеличение массы обкладочных клеток
3. Повышенное высвобождение гастрита в ответ на прием пищи
4. Дефицит ингибиторов трипсина
5. Расстройство моторики гастродуоденальной зоны
6. Группа крови 0 (I)
7. Положительный резус-фактор (Rh+)
8. Статус несекреторов (неспособность секретировать со слюной антигены АВН)
9. Дефицит фукомукопртеидов
10. Генотип HLA: В5, В15, В35
11. Нарушение выработки иммуноглобулина А.

**Патогенез**

В патогенезе язвенной болезни первичное значение принадлежит расстройству механизма нейрогуморальной регуляции желудочной секреции.

1. На первом этапе происходит дезинтеграция процессов возбуждения и торможения в коре больших полушарий головного мозга.
2. На втором этапе присоединяются дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы.
3. На третьем этапе происходит нарушение функции нервной вегетативной системы.

Ведущим является преобладание тонуса нервной парасимпатической системы (ваготония), которая обуславливает следующие эффекты:

а) повышение тонуса гладкой мускулатуры желудка и усиление перистальтики

б) увеличение секреции соляной кислоты и гастрина

в) подавление активности антродуоденального торможения желудочной секреции с забросом кислого желудочного содержимого в 12-перстную кишку, где оно не успевает ощелачиваться.

г) развитие воспалительных и дистрофических процессов в 12-перстной кишке.

д) снижение секреции энтерогастрина, секретина, панкреозимина (уменьшение секреции бикарбонатов панкреатического сока), нарушение торможения продукции соляной кислоты.

Отмеченные нарушения усугубляются увеличенным в два раза количеством обкладочных клеток и снижением защитных свойств слизистой (хронический гастрит типа В).

1. На четвертом этапе присоединяется дисфункция эндокринной системы, особенно местной, гастроинтестинальной эндокринной системы ЖКТ, приводящая к дезинтеграции функций различных отделов пищеварительной системы.

Повышается продукция гормонов и биологически активных веществ, стимулирующих продукцию кислотно-пептического фактора (кортизол, тироксин и трийодтиронин, инсулин, паратгормон, гастрин, нейропептид, гастроинтестинальный полипептид). Снижается активность местных гормонов ингибирующих желудочную секрецию (соматостатин, глюкагон, половые гормоны, кальцитонин, эндорфины, энкефалины).

В результате, при преобладании факторов агрессии развивается язва 12-перстной кишки или желудка. В последнем случае, в патогенезе большее значение имеет симпатикотония. На фоне повышенного тонуса нервной симпатической системы происходит:

1. понижение тонуса гладкой мускулатуры желудка, замедление эвакуации,
2. Развивается антральный стаз, который рефлекторно, за счет растяжения стенок пилорического отдела, вызывает увеличение продукции гастрина, и, следовательно, – соляной кислоты,
3. нарушается замыкательная функция привратника, приводящая к рефлюксу дуоденального содержимого, которое оказывает повреждающее действие на слизистую желудка с формированием пептической язвы.

Агрессивные факторы:

* соляная кислота
* Helicobacter pylory
* пепсин
* желчные кислоты
* увеличение числа обкладочных клеток
* накопление гистамина в стенке желудка
* нарушение регуляции желудочной секреции
* глюкокортикоиды коры надпочечников

Защитные факторы:

* секреция слизи
* простагландины
* обновление эпителия (хорошая регенерация)
* кровоснабжение слизистой оболочки желудка
* нормальный механизм торможения желудочной секреции
* минералокортикоиды коры надпочечников

**Патогенез язвы желудка**

* попадая в желудок, Helicobacter pylory размножается и колонизируется на слизистой оболочке;
* возрастает проницаемость эпителиального барьера вследствие альтерации эпителия факторами микробной агрессии (аммиак, цитотоксины, протеазы, продукты разрушенных лейкоцитов;
* Helicobacter pylory нарушает состав структуру геля, непосредственно повреждая эпителий слизистой оболочки;
* эпителиоциты утрачивают контакт с базальной мембраной и слущиваются, образуя микродефекты на поверхности слизистой оболочки желудка, а агрессивная среда формирует образование эрозивного и (или) язвенного дефекта;
* уреаза, продуцируемая Helicobacter pylory, является сильным фактором хемотаксиса, привлечённые ею моноциты и лейкоциты выделяют цитокины продуцируют свободные радикалы, повреждая эпителий;
* в слизистой оболочке, поражённой Helicobacter pylory, повышается образование лейкотриена, который вызывает резкий вазоспазм, в результате чего нарушается трофика;
* через повреждённые участки слизистой усиливается обратный ток ионов водороды и образуется изъязвление, образуется язва.

**Патогенез язвы двенадцатиперстной кишки**

* повышение тонуса блуждающего нерва, как во время приёма пищи, так и вне его, а торможение желудочной секреции недостаточно активно;
* постоянное повышение тонуса блуждающего нерва обуславливает желудочную секрецию с высокой пептической активностью;
* под влиянием закисления слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки подвергается метаплазии;
* из антрального отдела желудка Helicobacter pylory перемещаются в двенадцатиперстную кишку, колонизируют метаплазированный эпителий, а затем повреждают его также как в желудке.

Редкие причины гастродуоденальных изъязвлений:

* язвы, вызванные лекарственными препаратами (ацетилсалициловая кислота и другие НПВП);
* язвы, возникающие в результате резко выраженной желудочной гиперсекреции НСl (синдром Золлингера-Эллисона при гастрономе, гиперпаратиреоидизме, системном мастоцитозе);
* язва желудка, представляющая собой изъязвленный рак или лимфому.

ЯБ следует также разграничивать с другими симптоматическими гастродуоденальными изъязвлениями, острыми и хроническими, возникающими вторично на фоне определенных заболеваний и внешних воздействий. Острые язвы желудка, обычно поверхностные, клинически проявляются кровотечением и низкой частотой рецидивов после заживления и могут возникать у больных с обширными ожогами, при поражении ЦНС, стрессе.

###### Классификация язвенной болезни

#### По этиологии

* ассоциированные с Helicobacter pylory
* не ассоциированные с Helicobacter pylory

#### По локализации

### Язвы желудка:

- кардиального и субкардиального отделов

- тела

- антрального отдела

- пилорического канала

* Язвы двенадцатиперстной кишки

- луковицы

- заднелуковичного отдела

* Сочетание язвы желудка и язвы двенадцатиперстной кишки (гастроеюнальная язва).

##### По типу язв

* одиночные
* множественные

По размеру (диаметру язв)

* малые, диаметр до 0,5 см
* средние, диаметр 0,5-1 см
* большие, диаметр 1,1-2,9 см
* гигантские, диаметр 3 см и более для язв желудка, более 2 см для язв двенадцатиперстной кишки

По клиническому течению:

* типичные
* атипичные:
* 1) с атипичным болевым синдромом,
* 2) безболевые (но с другими клиническими проявлениями),
* 3) бессимптомные.

#### По характеру течения

Впервые выявленная язвенная болезнь (острая).

Рецидивирующее течение (хроническая):

* с редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже)
* с ежегодными обострениями
* с частыми обострениями (2 раза в год и чаще)

#### По стадии заболевания

* обострение
* ремиссия
* неполная ремиссия (затухающее обострение)

Характеристика функции гастродуоденальной системы:

* повышенная секреция
* нормальная секреция
* пониженная секреция

### **Клинические проявления**

Болевой синдром:

* Боль в эпигастрии – наиболее важный и постоянный симптом язвенной болезни. Болевые ощущения появляются в патологически измененной слизистой. Характеристика болевого синдрома зависит от локализации язвы. Боль почти всегда связана с приемом пищи, чем позднее после приема пищи боль, тем дистальнее локализация язвы: ранее ощущения боли (непосредственно после приема пищи) – при язве желудка, поздние (через 2-3 часа) и голодные (утром, натощак) – при язве 12-перстной кишки. Для язвы 12-перстной кишки характерен сезонный ритм болевого синдрома.
* Боли снимаются (облегчаются) приемом холинолитиков. Причиной возникновения болей следует считать двигательные нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка ощущения боли, ее выраженность зависит от особенностей личности и психической настроенности больного. Выявленный анамнестически болевой синдром подтверждается данными пальпации, при котором отмечается локальная болезненность в эпигастрии (положительный симптом Менделя).
* боли могут иррадиировать в правое подреберье, за грудину, в спину;
* возможна безболевая форма язвенной болезни.

Диспепсический синдром:

* изжога, иногда мучительная. Изжога – связана с забросом кислого содержимого из желудка в пищевод. Она также может быть, в результате спазма патологически измененного нижнего отрезка пищевода, является эквивалентом боли,
* отрыжка кислым, воздухом;
* анорексия;
* дисфагия;
* рвота – сложнорефлекторный акт, бывает обычно содержимым желудка, реже с примесью крови (свежей или типа ''кофейной гущи''), возникает преимущественно на высоте боли, после нее наступает обычно облегчение болевого и диспептического симптомокомплексов

Синдром кишечной диспепсии:

* склонность к запорам.

Физикальный статус: локальная пальпаторная и перкуторная болезненность в эпигастральной области, однако клинические симптомы иногда отсутствуют.

**Астеноневротический симптомокомплекс**

* У больных, страдающих язвенной болезнью, может наблюдаться угнетение настроения с повышенной возбудимостью и беспокойством.
* Иногда теряется способность сосредоточиться на каком-либо занятии.
* Отмечается, как правило, плохой сон.
* У больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обнаруживаются признаки дистонии вегетативной нервной системы, повышенное слюноотделение – утром влажная подушка у угла рта, днем отмечаются часто глотательные движения, отмечается усиленное потоотделение, резкая влажность ладоней, выраженный красный, реже белый, дермографизм (''сосудистая игра''). Нередко при объективном исследовании отмечается тахикардия, лабильность пульса, пониженное АД.

**Клинические формы язвенной болезни и особенности их течения**

Клинические формы язвенной болезни и особенности их течения характеризуются значительным разнообразием и зависят от многих факторов: от локализации язвы, возраста, пола больного, характера осложнений и прочих.

* для язв двенадцатиперстной кишки и язв привратника характерно:

- поздние, "голодные" и ночные боли,

- повышение кислотности желудочного содержимого,

- гиперсекреция.

* при язвах пилорического канала:

- наблюдаются интенсивные боли, обусловленные, вовлечением в процесс нервно-мышечного аппарата привратника с длительным его спазмом и повышением внутрижелудочного давления;

- тошнота и рвота, которые у ряда больных могут быть единственным признаком заболевания;

- похудание.

* постбульбарные язвы (внелуковичные):

- чаще располагаются в области верхнего изгиба или в начальном отрезке нисходящей части двенадцатиперстной кишки,

- они преобладают у мужчин;

- типичная клиника язвы двенадцатиперстной кишки, но может наблюдаться некоторое своеобразие в характере болей: возникают чаще в конце дня, не всегда сохраняется периодичность, связь с приемом пищи, у некоторых больных боль приобретает приступообразный характер; боль может быть очень упорной и не купироваться обычными лекарственными средствами и теплом;

- локализуются боли в правом верхнем квадранте живота, иногда в спине и вокруг пупка;

- особенность язв - наклонность к частым кровотечениям, к пенетрации язвы в поджелудочную железу с развитием реактивного панкреатита;

- может быть желтуха, обусловленная воспалением, распространившемся на сфинктер большого дуоденального сосочка, сдавлением общего желчного протока и нарушением оттока желчи из билиарной системы;

- спайки с желчным пузырем и другими органами.

* встречаются "немые" язвы, при которых отсутствует главный симптом язвы – боли, заболевание может проявляться внезапным кровотечением, прободением.
* в юношеском возрасте течение язвенной болезни имеет ряд особенностей:
	+ по локализации чаще дуоденальные;
	+ сопровождаются резким болевым синдромом, торпидным течением;
	+ выраженными диспепсическими расстройствами;
	+ высоким уровнем желудочной секреции;
	+ чаще наступают повторные профузные кровотечения;
	+ может наблюдаться неустойчивость желудочной секреции - гетерохилия, т. е. смена высоких показателей кислотности на более низкие и наоборот;
	+ нарушение моторной функции желудка проявляется в усилении перистальтики, спазме привратника.

**Осложнения язвенной болезни**

* + - кровотечение
		- перфорация
		- пенетрация
		- перивисцерит
		- обтурация выходного отдела желудка в результате отека и рубцово-язвенной деформации стенок пораженного органа
		- стеноз привратника
		- раковое перерождение.

Характерными признаками обильного кровотечения служат кровавая рвота цвета кофейной гущи (hematemeses) и дегтеобразный стул (melena):

* кровавая рвота чаще наблюдается при локализации язвы в желудке, но может быть и при дуоденальной язве
* коричневый цвет рвотных масс зависит от примеси хлоргемина.
* дегтеобразный стул обычно наблюдается при язве двенадцатиперстной кишки, но он может быть и при язве любой другой локализации. Черная окраска кала зависит от примеси сернистого железа и свидетельствует о высокой локализации кровотечения.
* первыми симптомами обильной внутренней кровопотери являются внезапно наступающая слабость, жажда, головокружение, тошнота, чувство нехватки воздуха.
* при возникновении кровотечения отмечается исчезновение или уменьшение болевого синдрома.

Прободение язвы - одно из самых тяжелых осложнений, оно наблюдается в 5-15% случаев. Различают перфорацию в свободную брюшную полость, сопровождающуюся развитием острого перитонита, прикрытую перфорацию и перфорацию в забрюшинную клетчатку и в толщу малого сальника.

Перивисцериты - наиболее частые осложнения язвеенной болезни. Воспалительные спайки с соседними органами являются последствием рубцевания язвы и реактивного воспаления. У части больных наличие перидуоденита или перигастрита не проявляется клинически.

Стеноз привратника - пилоростеноз (stenosis pylori) как осложнение язвенной болезни обычно возникает при длительно протекающих язвах, при нем наступает рубцовое сужение пилорического канала и луковицы. Пилородуоденальные стенозы развиваются постепенно и на первых этапах компенсируются усиленной работой мышцы желудка.

Переход язвы в рак. Диагноз язвы желудка, перерождающейся в рак, часто представляет значительные трудности. Подозрительными на малигнизацию язвы являются следующие изменения в клинической картине заболевания: боли теряют свою периодичность и становятся постоянными, может снижаться секреторная функция желудка, постоянно определяется скрытая кровь в кале, появляется гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз и нарастание количества тромбоцитов, отмечается падение массы тела и ухудшение общего состояния, лечение неэффективно. Наиболее надежным диагностическим методом в доказательстве перерождения является фиброгастроскопия с прицельной биопсией.

**Лечение**

Общие принципы:

* больные с впервые выявленной язвой, а также с обострением язвенной болезни, независимо от возраста, локализации и характера язвенного процесса подлежат госпитализации в терапевтическое отделение; если по каким-то причинам госпитализация невозможна и лечение проводится на дому, оно должно приближаться к стационарному;
* не курить и не употреблять крепкие спиртные напитки.

В комплексной терапии важное значение имеет лечебное питание. Диета больного язвенной болезнью должна предусматривать:

* минимальное стимулирующее влияние пищевых продуктов на главные железы желудка, уменьшение моторной активности,
* предпочтение продуктам, обладающим хорошими буферными свойствами: белки животного происхождения: отварное мясо и рыба, молоко, сливки, яйцо всмятку или паровые омлеты, творог, сливочное масло. Разрешается также черствый белый хлеб, сухой бисквит и печенье, молочные и вегетарианские супы. В пищевой рацион включаются овощи (тушеные или в виде пюре), различные каши, кисели и фруктовые соки, печеные яблоки;
* в период обострения больной должен принимать пищу не менее 6 раз в день, в промежутках между приемами пищи рекомендуется пить по полстакана теплого молока или смеси молока и сливок с целью связывания соляной кислоты, выделенной после эвакуации пищи из желудка;
* при резко выраженном обострении язвенной болезни с наличием болевого и диспепсического синдромов назначается стол № 1а (пища дается только жидкой или в виде желе, пюре, количество соли ограничивается до 4-5 г. Исключаются хлеб и сухари. Мясо и рыба даются в виде суфле один раз в день в небольшом количестве);
* стол № 1а малокалорийный (2100-2200 ккал) и физиологически неполноценный. Длительное назначение стола № 1а может сопровождаться чувством голода, потерей массы тела, поэтому он назначается только при необходимости и на короткий срок (несколько дней);
* в фазе ремиссии стол № 5, несколько обогащенный белковыми продуктами.

Принципы фармакотерапии язвенной болезни:

* одинаковый подход к лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки;
* обязательное проведение базисной антисекреторной терапии;
* выбор антисекреторного препарата, поддерживающего внутрижелудочную рН>3 около 18 часов в сутки;
* назначение антисекреторного препарата в строго определенной дозе;
* эндоскопический контроль с 2–х недельным интервалом;
* длительность антисекреторной терапии в зависимости от сроков заживления язвы;
* эрадикационная антихеликобактерная терапия у НР–положительных больных;
* обязательный контроль эффективности антихеликобактериной терапии через 4–6 недель;
* повторные курсы антихеликобактерной терапии при ее неэффективности;
* поддерживающая противорецидивная терапия антисекреторным препаратом у НР–негативных больных;
* влияние на факторы риска плохого ответа на терапию (замена НПВП парацетамолом, селективными ингибиторами ЦОГ–2, сочетание НПВП с мизопростолом, обеспечение комплаентности больных и др.).

**Лекарственная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Учитывая патогенез развития язвенной болезни, на первом месте стоит эрадикационная терапия. У каждого больного язвенной болезнью, у которого в слизистой оболочке желудка обнаруживается НР, тем или иным методом (быстрым уреазным тестом, морфологическим методом, с помощью определения ДНК НР методом полимеразной цепной реакции и т.д.), проводится эрадикационная терапия.

Лекарственные схемы для эрадикации НР включают ингибитор протонной помпы или блокатор Н2-рецепторов (ранитидин, фамотидин), а также препараты висмута в сочетании с двумя или тремя антибактериальными препаратами.

Согласно Маастрихтскому (Европейскому) консенсусу 2000 г. эрадикационная терапия «первой линии» включает: ингибитор протонной помпы или ранитидин (блокатор Н2 рецепторов гистамина), висмута трикалия дицитрат в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день, как минимум 7 дней.

1. Психотропные: Седативные и транквилизаторы – диазепам, седуксен, элениум, беллатаминал, отвар корня валерианы, настой травы пустырника.
2. Антациды : Альмагель, альмагель А по 15-30 мл Х 3-4 раза в сутки: препараты, содержащие висмут – викалин (викаир), смесь Бурже (гидрокарбоат натрия, фосфат натрия, сульфат натрия), растворить в стакане воды по 1ст.л. х 3-4 раза в день.
3. Средства, воздействующие на различные уровни нервной регуляции:
4. М-холинолитики – атропин 0,1% - 1.0. платифиллин 0,2% - 1 мл. и др. по 1-2 раза в сутки, в течение 10 дней до 4-6 недель с перерывами на 2-3 дня, через каждые 10 дней.
5. ганглиоблокаторы: бензогексоний 0,1% - 1,0 по 2 раза, квамерон 0,03 х 3 раза; пирилен 0,005х 3 раза при упорном болевом синдроме, в сочетании с гипертонической болезнью.
6. центральные холинолитики (дифацил, метилдиазил, апренал 2% - 1,0х 2 раза в сутки).
7. блокаторы центральных дофаминовых рецепторов: метоклопрамид (церукал, реглан, прилеперан) и сульпирид (эглонил, догматил) – препараты избирательно воздействуют на моторику гастродуоденальной системы.
8. Средства, воздействующие на кислотно-пептический фактор интрагастрально:
9. блокаторы Н2 – рецепторов гистамина – циметидин (цинамет, тагамет, беламет) по 400 мг х2 раза в день с переходом на поддерживающую терапию по 400 мг на ночь не менее 1 месяца, ранитидин 150 мг – 2 раза в день, фамотидин 20 мг – 2 раза в день.
10. селективные блокаторы Н-холинорецепторов – гастроцепин (пирензепин) по 50 мг – 300 мг в сутки в течение 4-6 недель: поддерживающая терапия по 50 мг на ночь длительно.
11. ингибиторы натрий-калиевой АТФазы (протонной помпы) – омепразол по 30 мг утром или вечером.
12. Средства, улучшающие репаративные процессы: анаболические стероиды, метилурацил,оротат калия, пентоксил, оксиферрискарбон, аллонтон, солкасерил в дозе 8мл/сутки, в течение 2 недель с переходом на перроралбный пием препарата (по 100 мг х 3 раза в день в течение 1-2 недель).
13. Средства, влияющие на образование слизи (ликвиритон, флакарбон, биогастрон).
14. Средства, оказывающие защитное действие на слизистые (цитопротекторы): сукралфат (Вентер) по 0,5 –1,0 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4 раз перед сном.
15. В случаях, когда предполагается или выявлена причастность НР к возникновению и реецидивированию язвенной болезни используется:
16. де-нол ( 1т.х 3 раза за 30 мин. до еды на 2-4 недели);
17. метронидазол (1т.х4 раза в день);
18. омепразол
19. оксациллин (2г в сутки) и др. ( кларитромицин).

Терапия "второй линии" (для повторного лечения) включает ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день 7 дней.

Используется одна из семидневных схем, обеспечивающих эрадикацию НР более чем в 80 % случаев:

**1.** Рабепразол или омепразол 20 мг 2 раза в день или лансопразол 30 мг 2 раза в день. Препараты принимать с интервалом 12 часов

+ кларитромицин 500 мг 2 раза в день в конце еды

+ метронидазол или тинидазол 500 мг 2 раза в день в конце еды.

**2**. Ингибитор протонной помпы 2 раза в день (в стандартной дозе)

+ азитромицин 1000 мг 1 раз в день 3 дня

+ амоксиллицин 1 г 2 раза в день в конце еды

**3.** Ранитидин висмут цитрат 400 мг 2 раза в день с едой

+ кларитромицин 250-500 мг или тетрациклин 1000 мг, или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

+ метронидазол 500 мг 2 раза в день с едой.

**4.** Квадро-терапия:

Ингибитор протонной помпы 2 раза в день (в стандартной дозе)

+ висмута трикалия дицитрат 120 мг 3 раза за 30 минут до еды и 4-й раз спустя 2 часа после еды перед сном

+ метронидазол 250 мг 4 раза в день в конце еды или тинидазол 500 мг 2 раза в день в конце еды

+ тетрациклин или амоксициллин по 500 мг 4 раза в день в конце еды.

Во всех схемах метронидазол можно заменять фуразолидоном (0,1 г 4 раза или 0,2 г 2 раза в день). Оправдано применение пилобакта, в состав которого входят омепразол, кларитромицин, тинидазол. В комбинации имеется полный набор лекарств для 7-дневной эрадикационной терапии (1-я неделя), а если включить в схему препарат висмута на 7-10 дней, то по эффективности она будет соответствовать резервному варианту (2-я линия).

После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение еще в течение 5 недель при дуоденальной и 7 недель при желудочной локализации язв однократным назначением (в 14-16 часов) того ингибитора протонной помпы, который использовался в эрадикационных схемах, или одного из следующих препаратов: ранитидин 300 мг 1 раз в 19-20 часов; фамотидин 40 мг 1 раз в 19-20 часов; или висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день. При неосложненной ЯБ пролонгированное лечение после окончания эрадикационного курса может не проводиться. Если в терапии этих больных используются только антисекреторные препараты, особенно блокаторы протонной помпы, то отмечается транслокация НР из антрума в тело желудка с развитием пангастрита, что существенно снижает эффективность последующей эрадикационной терапии и является фактором риска развития рака желудка.

**Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, не ассоциированных с НР**

Цель лечения - купировать симптомы болезни и обеспечить рубцевание язвы. Лекарственные комбинации и схемы включают антисекреторный препарат в сочетании с цитопротектором, главным образом, сукральфатом. Используется одна из следующих схем:

1. Ранитидин 300 мг в сутки преимущественно однократно вечером (19-20 часов) и антацидный препарат (альмагель, фосфалюгель) внутрь по 1-2 дозы в межпищеварительный период 3-4 раза в день и вечером перед сном в качестве симптоматического средства для быстрого купирования болей и диспептических расстройств.

2. Фамотидин 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером (в 19-20 ч) и антацидный препарат в качестве симптоматического средства.

3. Омепразол 20 мг в 14-15 часов и антацидный препарат в качестве симптоматического средства. Вместо омепразола может быть использован рабепразол 20 мг/сут, или лансопразол 30 мг/сут, или пантопразол 40 мг/сут.

Сукральфат (0,5-1 г 3 раза в день за 30 минут до еды и вечером перед сном натощак) назначается одновременно с антисекреторными препаратами в течение 4 недель, далее в половинной дозе в течение месяца.

Факторами, определяющими часторецидивирующее течение язвенной болезни, являются:

* обсемененность слизистой оболочки желудка НР;
* прием НПВП;
* наличие в анамнезе язвенных кровотечений и перфорации язвы;
* низкий «комплайенс» (compliance), т.е. отсутствие готовности больного к сотрудничеству с врачом, проявляющееся в отказе больных прекратить курение и употребление алкоголя, нерегулярном приеме лекарственных препаратов.

Эффективность лечения при язве желудка и гастроеюнальной язве контролируется эндоскопически через 8 недель, а при дуоденальной язве - через 4 недели.

Показания к хирургическому лечения язвенной болезни:

* Стриктуры в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.
* Пенетрирующие и перфорирующие процессы при отсутствии регрессии патологического процесса под влиянием медикаментозной терапии.
* Продолжающиеся или рецидивирующие кровотечения, несмотря на использование эндоскопических и медикаментозных методов гемостаза.

Для профилактики обострений ЯБЖ и особенно ЯБДК, а следовательно, и их осложнений, рекомендуются два вида терапии:

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например по 150 мг ранитидина ежедневно вечером или по 20 мг фамотидина. Показаниями к проведению данной терапии являются: неэффективность проведенной эрадикациенной терапии; осложнения ЯБ (язвенное кровотечение или перфорация); наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов; сопутствующий ЯБ эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит; возраст больного старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением ЯБ, несмотря на адекватную курсовую терапию.

2. Терапия "по требованию", предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов: рабепразол, ранитидин, фамотидин, омепразол, лансопразол в полной суточной дозе в течение 3 дней, а затем в половинной - в течение 3 недель. Если после такой терапии полностью исчезают симптомы обострения, то терапию следует прекратить, но если симптомы не купируются или рецидивируют, то необходимо провести эзофагогастродуоденоскопию и другие исследования. Показанием к проведению данной терапии является появление симптомов ЯБ после успешной эрадикации НР.

Профилактика рецидивов. Сезонная профилактика – курсы приема антацидов, М-холинолитиков, седативных, анаболиков в осенне-весенний периоды. Пролонгированное применение не менее 3-4 лет поддерживающих доз блокаторов Н2 – гистаминовых рецепторов (циметидин 400 мг на ночь) или гастроцепина (50 мг на ночь) – блокатора холинорецепторов.

Физиолечение.

Стадия обострения:

* 1. Электросон на область глаз и сосцевидных отростков, поперечно-диагонально: частота 3,5 -5Гц, сила тока 6-8 мА, продолжительность 10-15 мин ежедневно; на курс лечения 8-10 процедур.

Для снятия функционального расстройствами центральной нервной системы, нарушения сна.

* 1. Электрофорез новокаина, платифиллина, кальция, цинка на надчревную область, второй электрод на спине, плотность тока 0,02-0,04 мА/см, продолжительность процедур, проводимых через день, 12-15 мин; на курс лечения 10-15 процедур.

Используется для купирования болевого синдрома.

* 1. Электрофорез даларгина в область проекции пилорической части желудка и луковицы ДПК, сила тока 10-20 мА, длительность процедуры от 15 до 30 мин, ежедневно, на курс 15-20 процедур.

Обладает выраженным цитопротективным действием, обеспечивающим эффективное рубцевание дуоденальных язв.

* 1. УВЧ в нетепловой интенсивности на область желудка и двенадцаитперстной кишки по 8-10 мин; на курс 7-8 процедур.

Обладает противовосполительным, улучшающим кровообращение, болеутоляющим, улучшающим функцию нервной системы, десенсибилизирующим действием.

* 1. ДМВ на область эпигастрия, мощность 40 Вт,продолжительность процедур, проводимых через день, 10-15 мин; на курс лечения 12-15 процедур.

Оказывает противовосполительное, десенсибилизирующее, иммуномоделирующее действие, улучшает кровообращения.

6. Франклинизация на область эпигастрия, на расстояние 5 см от поверхности, напряжение 10-20 кВ. прдолжительность процедур 10-15 мин, курс лечения 10-15 процедур.

Усиливает обменные тканевые процессы в области язвенной поверхности.

7. Ультразвук на 3 поля: область эпигастрия – в непрерывном режиме, ППМ 0,4-0,6 Вт/см в течение 4-5 мин и паравертебрально с обеих сторон на уровне ТVI-TXI в импульсном режиме по 2 мин, ППМ 0,2 Вт/см. Первые 5 процедур проводят через день, а затем ежедневно; на курс 10-15 процедур.

Активирует обмен веществ, по всей толще мягких тканей, в области воздействия расширяются кровеносные сосуды и в них усиливает кровоток, возбуждается нервные структуры, проявляется болеутоляющим действием, активируется репаративные процессы.

Стадия ремиссии:

1. Индуктотермия на область желудка и ДПК, частота магнитного поля 13,56 МГц, продолжительность процедур, проводимых через день, 1-20 мин; на курс лечения 12-15 процедур.

Увеличивает кровообращения, интенсивность обменных процессов, синтез глюкокортикоидов и освобождение их из связанного с белками состояния, рассасываются воспалительные очаги, понижается тонус поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, в том числе сосудистых стенок, снижается артериальное давление, проявляется обще седативное действие, понижается возбудимость центральной и периферической нервной систем, болеутоляющее действием.

9. ПеМП НЧ на эпигастральную область. МП пульсирующее, режим прерывистый.

Интенсивность 10 мин, ежедневно, 6 процедур. Улучшает обменнные процессы, усиливает кровообращения.

1. Аппликация озокерита в область эпигастрия и сегментарно; температура 45-50С, продолжительность 10-20 мин; на курс 8-12 процедур. Способствуют улучшению крово- и лимфообращения, процессов репарации, моторики.
2. Пелоидотерапия на область эпигастрия, температура грязи 38-39С, продолжительность процедур проводимых через день, от 10 до 15 мин; на курс лечения 6-10 процедур.

Улучшает крово- и лимфообращения, процессов репарации, моторики.

1. Бальнеотерапия. Радоновые ванны с концентрацией радона 20-40 нКи/л, температура воды 36-37С, продолжительность ванны от 5 до 10-12 мин, на курс лечения 8-10 ванн, проводимых через день.

Для улучшения функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ, улучшения кровоснабжения желудка. Других органов брюшной полости, уменьшения спастических явлений, дискинезии, повышения общей иммунобологической резистентности.

1. Воздушно-радоновые ванны, при концентрации о,15-0,35кБк/л, температура воды 36-37С, продолжительность ванны от 5 до 10-12 мин, через день; курс лечения включает 10-15 процедур.

Для улучшения функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ, улучшения кровоснабжения желудка. Других органов брюшной полости, уменьшения спастических явлений, дискинезии, повышения общей иммунобологической резистентности.

1. Хлоридные натриевые ванны, концентрация 20 г\л, температура воды 36-37С, продолжительность ванны от 5 до 10-12 мин, на курс лечения 8-10 ванн, проводимых через день.

Для улучшения функционального состояния нервной, сердечно-сосудистой систем, обмена веществ, улучшения кровоснабжения желудка. Других органов брюшной полости, уменьшения спастических явлений, дискинезии, повышения общей иммунобиологической резистентности.

1. Питьевые минеральные воды (углекислые гидрокарбонатные, сульфатные, гидрокарбонатно-сульфатные или сложного состава). Воду температурой 38С принимают за 60-90 мин до еды 3 раза в день по ½-3/4 стакана в день в течение 21-24 дней.

Оказывает антацидное действие, улучшает функциональное состояние желудка ДПК, уменьшает воспалительный процесс в зоне язвенного дефекта, усиливает процессы регенерации, рубцевания язвы.

Противопоказания для назначения физических факторов – резкое обострение язвенной болезни, двигательная недостаточность желудка, вызванная стенозом выходной части желудка, пенетрация язвы в другие органы, склонность к кровотечению из язвы (однократное кровотечение по прошествии года и более не является противопоказанием к физиотерапии), подозрение на злокачественное перерождение язвы желудка, общие противопоказания, исключающие применение физических факторов.

**Литература**

1. Внутренние болезни: Учебник для ВУЗов. В 2-х томах / под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2002.
2. В.Г. Ясногородский. Справочник по физиотерапии. – М.: Медицина, 1992.- 512с., ил.
3. Лычёв В.Г., Набиулин М.С., Архипов А.Г и соавт. Гастроэнтерология. Учеб. метод. пособие. / Барнаул. - 1998. - 159 с.
4. Вело Салупене. Клиническая гастроэнтерология. // Таллин, 1988. – С. 99-112.
5. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология. // Минск, 2002. – С. 116-149.
6. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А. и соавт. Неотложная гастроэнтерология. // Спб., - 1997. – 216-226.-
7. Язвенная болезнь. // [7-ц3](http://ogmastudents.narod.ru/terapya/03003.htm)
8. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Лядов К.В. // Кислотозависимые и ассоциированные с H.pylori заболевания органов пищеварения. // Конспект врача. Выпуск № 38. Медицинская газета № 44-45. (20-25.06.2003).
9. Рекомендации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 1998. – №1. – С.105-107.

9. Шептулин А.А., Хакимова Д.Р. Алгоритм лечения больных язвенной болезнью // РМЖ. – 2003. – Т.11.№2. – С. 59-65