



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ
И РЕАБИЛИТАЦИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Кемерово
КемГМА
2009

Татьяна Помыткина

**Рекомендации по диагностике,
лечению и реабилитации
язвенной болезни**

«БИБКОМ»

2009

УДК [616.342-002.44-07:615.825.5](075.8)
ББК 54.1

Помыткина Т. Е.

Рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации язвенной болезни / Т. Е. Помыткина — «БИБКОМ», 2009

В учебном пособии изложены последние данные по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, освещены вопросы реабилитации и трудоспособности данной категории больных.

УДК [616.342-002.44-07:615.825.5](075.8)

ББК 54.1

© Помыткина Т. Е., 2009

© БИБКОМ, 2009

Содержание

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ОПРЕДЕЛЕНИЕ	7
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ	8
ФАКТОРЫ РИСКА	10
Конец ознакомительного фрагмента.	11

Татьяна Помыткина

Рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации язвенной болезни

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВН – временная нетрудоспособность.
ВНД – высшая нервная деятельность.
ГЭРБ – гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь.
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота.
ДПК – двенадцатиперстная кишка.
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.
IgG – иммуноглобулины класса G.
ИБС – ишемическая болезнь сердца.
ИПП – ингибиторы протонной помпы.
НСI – соляная кислота.
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.
H. pylori – хеликобактер пилори.
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.
ПЦР – полимеразноцепная реакция.
СО – слизистая оболочка.
СОЭ – скорость оседания эритроцитов.
ЦОГ – циклооксигеназа.
ХГ – хронический гастрит.
ЭФР – эпидермальный фактор роста.
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия.
ЯБ – язвенная болезнь.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика, лечение и профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта заслуживает особого внимания. Это связано с их широким распространением и высокой частотой опасных для жизни осложнений. Сохранность органов пищеварения человека является не только медицинской, но и социальной задачей.

В последнее время в гастроэнтерологии большое внимание уделяется заболеваниям желудка в связи с появившимися новыми данными по этиологии и патогенезу. Это способствует внедрению в практику новых методов диагностики и схем лечения. Язвенная болезнь по-прежнему остается одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения.

Основной своей задачей автор считает ознакомление врачей с достижениями гастроэнтерологии последних лет. В учебном пособии в сжатой форме изложены данные по этиологии, патогенезу, диагностике и лечению язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, приведены данные о важности диетического режима, применения физиотерапии, освещены вопросы реабилитации и трудоспособности больных с данной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки.

Автор надеется, что данное пособие окажется весьма полезным врачам-терапевтам, гастроэнтерологам в практической деятельности при решении вопросов, касающихся диагностики, лечения больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое, циклически протекающее заболевание, характерным признаком которого является образование в период обострения язв гастродуоденальной зоны [4]. В Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ 10) термин «язвенная болезнь» отсутствует, а выделяются язва желудка (шифр K25), язва ДПК (шифр K28) и гастроэюнальная язва (шифр K28). За рубежом чаще пользуются терминами «пептическая язва желудка», «пептическая язва ДПК». В отечественной литературе принято говорить о язвенной болезни как о заболевании всего организма со сложными этиопатогенетическими механизмами, не противопоставляя ЯБ желудка и ДПК.

Язва желудка и язва двенадцатиперстной кишки (ДПК), обозначаемые у нас в стране термином ЯБ, относятся к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Большинство исследователей рассматривают язвы желудка и ДПК как единое заболевание (нозологическую форму), хотя и признают наличие у них определенных клинико-патогенетических различий.

Термин «язвенная болезнь», которым пользуются врачи нашей страны, был предложен еще в 1922 г. выдающимся отечественным терапевтом М. П. Кончаловским. Вводя во врачебный обиход этот термин, он хотел тем самым подчеркнуть, что это заболевание представляет собой не просто локальный язвенный дефект в слизистой оболочке (СО) желудка или ДПК, а является результатом какого-то общего (системного) патологического процесса в организме человека. Мотивация этого предложения вполне оправдана и сохраняет свое значение до настоящего времени.

Однако международно-признанные термины «язва желудка» и «язва ДПК» небезупречны. Прежде всего они не позволяют разграничить первичную язву желудка или ДПК и вторичные (симптоматические) язвы этой же локализации (одиночные и множественные), которые являются осложнением ряда других (первичных) заболеваний известной этиологии. В связи с этим, по аналогии с термином «первичная (эссенциальная) артериальная гипертензия», который согласно МКБ 10, призван заменить неудачный термин «гипертоническая болезнь», можно рекомендовать пользоваться терминами «первичная ЯБ желудка или ДПК» и «вторичные (симптоматические) гастродуоденальные язвы».

Обсуждение терминологических проблем – не праздное занятие. Термины – это язык науки, необходимое условие общения и взаимопонимания между учеными разных стран и народов. Смысловое значение того или иного понятия в медицине только тогда становится всеобщим достоянием, когда оно зафиксировано точным международным термином, не допускающим различных толкований, кратким, однозначным и благозвучным, легко запоминающимся. Выдающийся клиницист и ученый нашей страны В. Х. Василенко (1985) утверждал, что «отсутствие точной терминологии не достойно науки».

Изложенные аргументы дают основание рекомендовать постепенный (в течение ряда лет) переход от устаревшего и явно неудачного термина «ЯБ» к более точным, этиологически и семантически оправданным терминам «гастрогелькоз» и «дуоденогелькоз» (первичный или вторичный) или (если угодно) использовать современные, международно-признанные (МКБ 10) термины: «язва желудка» или «язва ДПК» (первичная или вторичная – симптоматическая) [12].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Распространенность ЯБ в России – 5–10 % взрослого населения: имеется отчетливая тенденция к росту заболеваемости [4]. Болезнь встречается преимущественно у мужчин в возрасте до 50 лет, среди городского населения регистрируется в 2–3 раза чаще, чем среди сельского. В различных возрастных группах соотношение болеющих ЯБ мужчин и женщин варьирует от 4–5: 1 у молодых до 1,2: 1 у пожилых и старых людей.

Среди взрослого населения развитых стран ЯБ регистрируется (по разным данным) в 7–10 %. Распространенность ЯБ неравномерна на различных географических широтах и континентах, в разных странах и этнических группах. В высокоразвитых странах Запада за последние 10 лет наметилась определенная тенденция к уменьшению числа новых случаев ЯБ. По данным социально-экономических исследований, в нашей стране такая тенденция, к сожалению, не просматривается.

Таким образом, ЯБ по-прежнему является одним из наиболее распространенных заболеваний, принимающим в значительной части случаев неблагоприятное, «агрессивное» течение, требующим оперативного лечения, что приводит к значительным трудовым потерям, а порой – к инвалидизации больных и летальному исходу.

В целом ЯБ значительно чаще болеют в индустриально развитых странах Европы, Северной Америки и Японии, чем в развивающихся странах Африки, Азии и Латинской Америки, а в крупных промышленных центрах чаще, чем в сельской местности. Дуоденальная локализация язвы, как правило, преобладает над желудочной, особенно у людей молодого и среднего возраста (10–12: 1; после 60 лет – 2: 1). Ежегодно ЯБ возникает впервые у 0,4–0,9 % населения. В детском возрасте ЯБ встречается сравнительно редко. Отчетливый рост заболеваемости начинается с 18–25 лет и достигает максимума в 35–40 лет (62,6 %). В целом до 40 лет ЯБ развивается у 74,6 % больных. С возрастом увеличивается число больных с желудочной локализацией язвы, особенно среди женщин, и нарастает опасность осложнений. В последнее время заметно расширяются возрастные рамки заболевания, нарастает число ювенильных (ЯБ может развиваться уже с 5–6-летнего возраста) и старческих язв. Среди всех болезней органов пищеварения на долю ЯБ приходится 15–18 %. Смертность при ЯБ не превышает 0,9 % и обусловлена в основном развитием грозных осложнений и связанными с ними хирургическими вмешательствами. До недавнего времени каждый 10-й больной ЯБ нуждался в оперативном лечении. В последние годы в связи с успехами фармакотерапии (особенно в США и странах Европы) число больных ЯБ, которым необходима операция, существенно уменьшилось.

У большинства больных образуется одиночная язва С0 желудка или ДПК. «Двойные язвы» различной или одной и той же локализации встречаются не чаще, чем в 7,9–8,3 % случаев. При спонтанном течении и рутинных методах лечения рецидивы ЯБ наблюдаются ежегодно у 46–82 % больных, причем нередко два и даже три в год, преимущественно осенью и весной. Все эти особенности течения ЯБ отрицательно сказываются на качестве жизни больных.

Изучение качества жизни при ЯБ с помощью линейной аналоговой шкалы и специальных опросников с определением «индекса качества жизни» показало, что его величина зависит от давности заболевания, частоты и упорства рецидивов, развития осложнений. Снижение качества жизни у больных ЯБ проявляется ограничением физической активности и половой функции, снижением социальных контактов и интеллектуальной деятельности, а также психоэмоциональными расстройствами, в основе которых лежат недостаточная психосоциальная адаптация и психологические особенности личности [12].

Заболевания органов пищеварения по данным министерства здравоохранения и социального развития России занимают третье место в общей структуре заболеваемости населения

ния страны и в значительной мере определяют уровень временной утраты трудоспособности, инвалидности и смертности. Свыше 37 % больных из числа ежедневно обращающихся к участковому терапевту страдает заболеваниями пищеварительной системы. При этом большинство таких пациентов представлено лицами трудоспособного возраста.

Анализ статистических данных за 2004–2006 гг. свидетельствует об увеличении как общей гастроэнтерологической заболеваемости взрослого населения, так и числа вновь зарегистрированных случаев, при этом наибольший удельный вес в структуре патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают кислотозависимые и *Helicobacter pylori* ассоциированные заболевания: ЯБ желудка и хронический антральный гастрит. Патология желудочного кислотообразования является причиной многих кислотозависимых заболеваний, среди которых патология желудка и ДПК (ЯБ, эрозивно-язвенное поражение, хронический гастрит, гастродуоденит, синдром неязвенной функциональной диспепсии), а также пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ) занимает одно из первых мест. В настоящее время ЯБ и ГЭРБ относятся к наиболее распространенным заболеваниям ЖКТ. По материалам отечественных и зарубежных статистических исследований ЯБ желудка и ДПК страдает практически каждый десятый житель европейских стран, США или России, а распространенность ГЭРБ среди взрослого населения в целом составляет 40 %, причем тенденция к снижению частоты этих заболеваний прослеживается в развитых странах, но не является, к сожалению, характерной для жителей России [3]. С учетом широкой распространенности и наличия опасных осложнений крайне важно повсеместное внедрение во врачебную практику современных методов диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний.

В. Х. Василенко принадлежит известный афоризм: «Язвы заживают при лечении, без лечения и вопреки лечению». Из этого следует, что терапия язвенной болезни это не только заживление язв, но и его качество. Клиническое выражение качества заживления – наличие или отсутствие рецидивов и осложнений болезни. Об актуальности этой проблемы, помимо того, что только в США приходится оперировать почти 40 000 больных ЯБ, свидетельствует и высокая частота рецидивов у больных, которые подвергались лечению без эрадикации хеликобактера. При язвах Ж в течение первого года она достигает 70 %, а при язвах ДПК – 85 %. Эрадикация *H. pylori* снижает частоту рецидивов до 2–3,3 %, однако, если эти проценты перевести в абсолютные цифры, с учетом того, что ЯБ страдает около 10 % населения, то картина получается впечатляющей [1].

ФАКТОРЫ РИСКА

ЯБ – заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, особое значение придается инфекционному агенту – *Helicobacter pylori* (НР). Эпидемиологические данные, полученные в различных странах, свидетельствуют о том, что практически 100 % язв, локализованных в ДПК, и более 80 % язв желудочной локализации связаны с персистенцией *H. pylori* [3].

В настоящее время многочисленные экспериментальные клинические исследования убедительно доказали правомочность инфекционной теории ЯБ, и лучшим ее подтверждением стало снижение заболеваемости НР-ассоциированной ЯБ, а также тенденция к снижению распространенности рака желудка. Это стало возможным после разработки и внедрения во многих странах, главным образом Европы, в США и Австралии, так называемой эрадикационной терапии, преследующей цель искоренения паразитирования *H. pylori* в гастродуоденальной зоне. Тенденция к снижению заболеваемости настолько достоверна, что математическое моделирование процесса позволяет прогнозировать исчезновение *H. pylori* в относительно обозримом будущем (к концу нынешнего столетия).

Сегодня инфекция *H. pylori* считается важнейшим этиопатогенетическим фактором не только ЯБ, но и хронического гастрита (тип В), ассоциированного с последним в 75–92 % случаев, дуоденита (гастродуоденита), MALT-лимфомы и рака желудка (*H. pylori* отнесен в 1994 г. экспертами ВОЗ к канцерогенам I группы риска в отношении развития рака желудка).

По мнению Л. И. Аруина (2006), главным фактором при геликобактерной инфекции, приводящим к поражению ДПК с язвенным дефектом, дуоденитом или желудка с фундальным гастритом и раковым процессом, является генетическая особенность макроорганизма, в том числе определяющая уровень секреции соляной кислоты в желудке. Если уровень секреции соляной кислоты низкий, то *H. pylori* может колонизировать любой отдел желудка. При сохранной (повышенной) кислотности единственным местом, где может паразитировать микроорганизм, является антральный отдел желудка и участки желудочной метаплазии в ДПК.

Известно также, что и сам *H. pylori* способен стимулировать желудочную секрецию с обратным развитием гиперсекреции после адекватной эрадикационной терапии. Одним из механизмов, приводящих к гиперсекреции соляной кислоты, является опосредованная воспалением гиперплазия G-клеток с последующей гипергастринемией и уменьшением плотности D-клеток. Важным моментом является и увеличение плотности энтерохромаффинных клеток, возможно, вызванное длительной гипергастринемией. При этом увеличивается синтез гистамина, также потенцирующего стойкую гиперхлоридрию.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.