

4.2. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

Человек сам творит историю своей болезни.

Иван Иванюк

Хронический гастрит (ХГ) — это группа длительно протекающих рецидивирующих заболеваний желудка, характеризующихся воспалительными, дистрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка (СОЖ), нарушением физиологической регенерации и постепенным развитием атрофии желудочных желез и кишечной метаплазии. Хронический гастрит проявляется расстройствами секреторной (кислото- и пепсинообразующей), моторной и инкреторной (синтез гастроинтестинальных гормонов) функций желудка.

Хроническим гастритом страдает 40–50% людей трудоспособного возраста. Среди заболеваний желудка ХГ встречается в 60–85% случаев. Истинная распространенность хронического гастрита точно не установлена по нескольким причинам — заболевание может длительно протекать латентно, не проявляясь отчетливой клинической симптоматикой, лишь 10% больных ХГ обращаются в лечебные учреждения, или диагноз ставится исключительно на основании жалоб пациентов и результатов обследований без морфологического подтверждения. Наиболее часто встречаемый вариант хронического гастрита (80% случаев) — гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori* (НР), менее 15% случаев приходится на атрофический аутоиммунный гастрит и 5% — особые формы ХГ (химический, радиационный, лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные, гипертрофический), из которых наиболее распространен химический гастрит. Хронический гастрит выявляется у лиц разных возрастов. Отмечается

тенденция к «омоложению» пациентов, страдающих данным заболеванием. Атрофический гастрит, являющийся пребластоматозным заболеванием, обнаруживается у пациентов: моложе 30 лет — в 5% случаев, в возрасте 31–50 лет — в 30% случаев, старше 50 лет — в 50–70% случаев.

Факторы, предрасполагающие к развитию ХГ:

- *наследственно-конституциональные;*
- *социальные* — табакокурение, злоупотребление алкоголем;
- *алиментарные* — ультракороткие продукты, несбалансированность пищевого рациона, дефицит белков, витаминов и микроэлементов.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХГ

1. **Инфекционные:**

- бактерия *Helicobacter pylori* (рис. 4.1);
- гастроспириллы человека (*Gastrospillum hominis* или *Helicobacter heilmanni*);
- цитомегаловирус (ВИЧ-инфекция);

2. **Неинфекционные:**

- гастротропные медикаменты — НПВС, ГКС, антибиотики, др.;
- химические агенты (профессиональные вредности) — контакт с бензолом, никелем, хромом, парами щелочей и жирных кислот, продуктами синтетической химии, частое употребление в большом объеме соленой газированной воды (рис. 4.3);
- желчь (дуоденогастральный рефлюкс);
- лучевое поражение (воздействие радиации);
- аутоиммунные факторы — цитотоксические аутоантитела (рис. 4.2);
- аллергены;
- эндогенные интоксикации — уремия, др.;
- хронические заболевания — ДН, ХСН, эндокринные дисфункции, нарушение обмена веществ.

3. **Неизвестные факторы.**

Химический ХГ может быть обусловлен дуоденогастральным рефлюксом — регургитацией дуоденального содержимого в желудок.

Причины дуоденогастрального рефлюкса:

- резекция желудка, ваготомия;
- врожденная или приобретенная недостаточность привратника;
- дуоденальные язвы и дуоденит;
- хронический холецистит, ЖКБ, дискинезия желчевыводящих путей;
- хронический панкреатит и др.

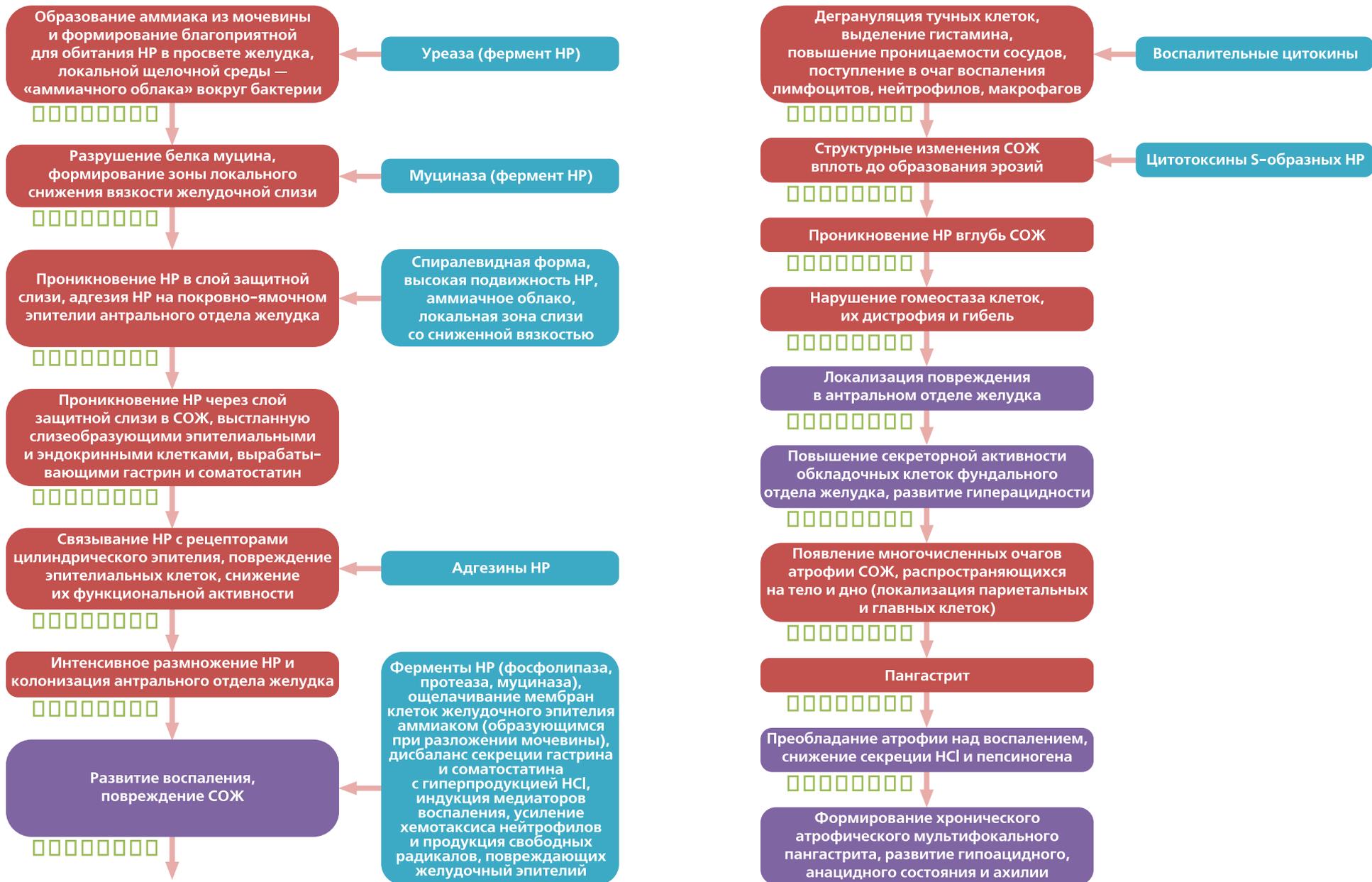


Рис. 4.1. Схема патогенеза неатрофического ХГ,

ассоциированного с инфекцией НР

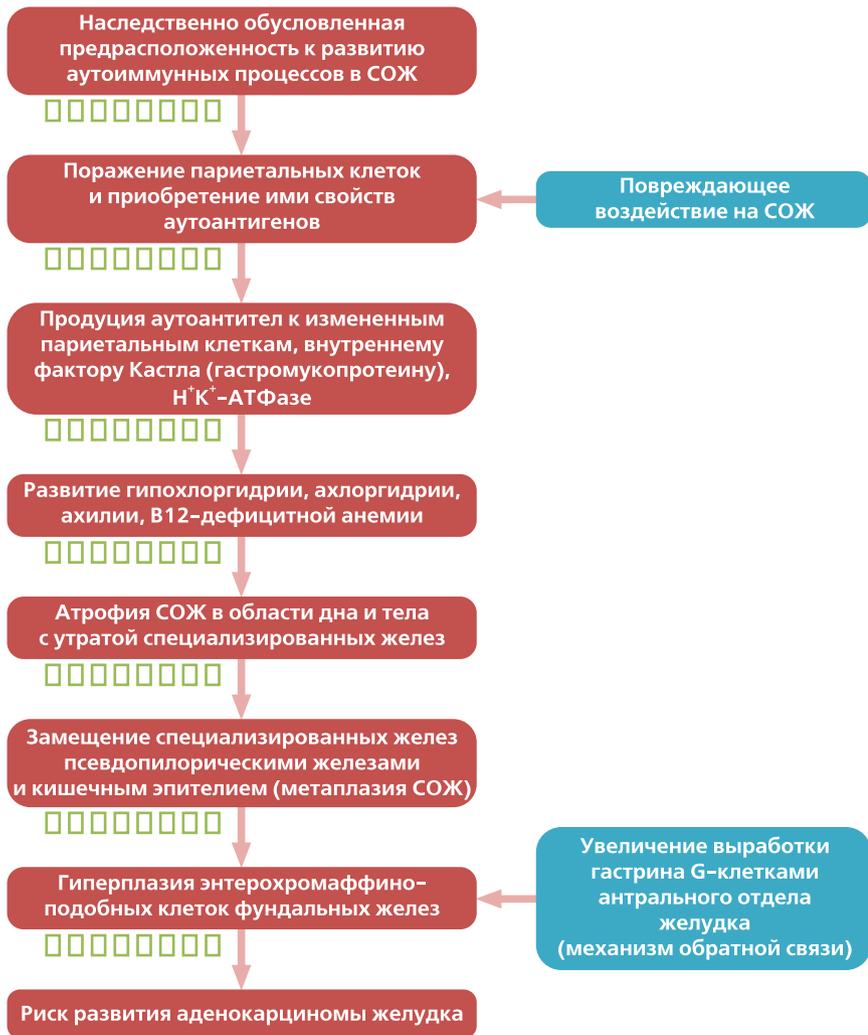


Рис. 4.2. Схема патогенеза атрофического аутоиммунного ХГ

Химический ХГ может также провоцироваться *длительным приемом НПВС* при лечении ряда хронических заболеваний. Побочные эффекты НПВС связаны с их способностью ингибировать фермент

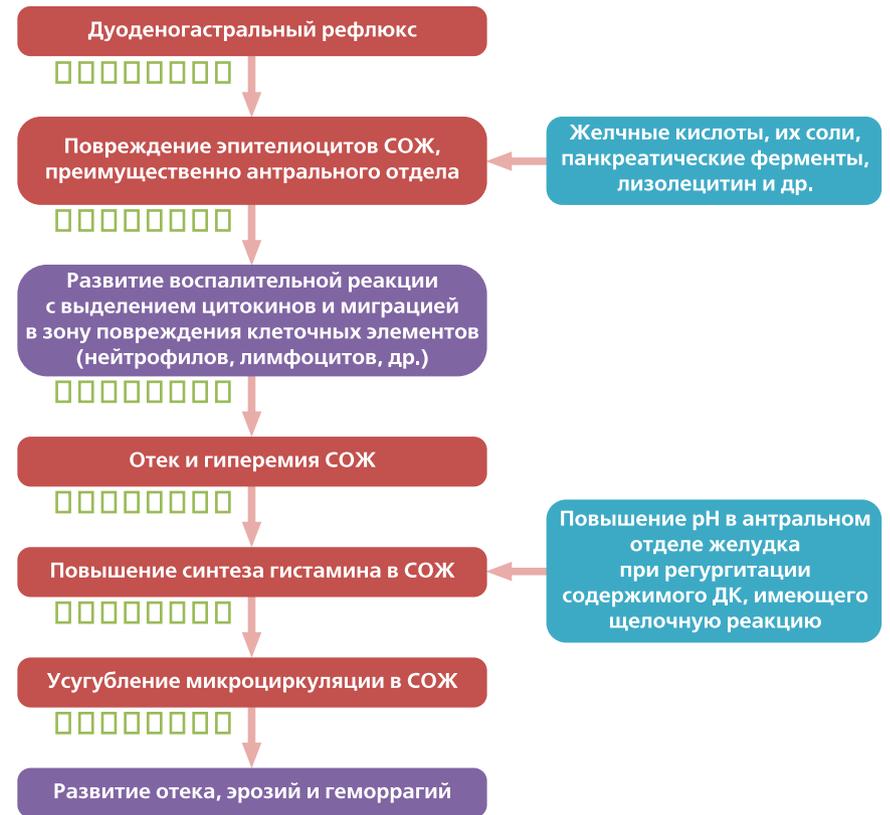


Рис. 4.3. Схема патогенеза химического ХГ

метаболизма арахидоновой кислоты — циклооксигеназу (ЦОГ), что сопровождается угнетением синтеза простагландинов, часть из которых являются медиаторами воспаления, лихорадки и боли, другие — факторами защиты слизистой оболочки желудка (улучшают микроциркуляцию в СОЖ, стимулируют репарацию слизистой оболочки и синтез защитных мукополисахаридов). Существует два изофермента ЦОГ, обладающих различными физиологическими свойствами — ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Побочные гастроинтестинальные эффекты НПВС (воспаление, геморрагии, эрозии, язвы) связаны с подавлением активности ЦОГ-1.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Разработано несколько классификаций ХГ, основанных на современных представлениях об этиологии и патогенезе данного заболевания, результатах гастродуоденоскопии и гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка — классификации Strickland R.G. и Mackay J.R. (1973), Рысса С.М. (1975), «Сиднейская система» (1990). В настоящее время широко используется Хьюстонская классификация ХГ (1994), которая является модификацией «Сиднейской системы» (табл. 4.2).



Для оценки гистологических изменений и определения топографии хронического гастрита (в соответствии с требованиями «Сиднейской системы») необходимы минимум пять биоптатов: два — из антрального отдела желудка на расстоянии 2–3 см от привратника по большой и малой кривизне, два — из тела желудка на расстоянии 8 см от кардии по большой кривизне и один — из угла желудка.

По локализации выделяют:

- *антральный гастрит*;
- *фундальный гастрит* (тела желудка);
- *пангастрит* (антральный отдел и тело желудка).

Морфологические формы хронического гастрита

Активный — в воспалительном инфильтрате содержатся:

- нейтрофилы;
- мононуклеарные клетки (лимфоциты, плазматические клетки, эозинофилы, макрофаги).

Неактивный — в воспалительном инфильтрате содержатся только мононуклеарные клетки.

Сопровождающийся метаплазией:

- кишечной;
- псевдопилорической.

Выраженность воспаления морфологически оценивают по количеству «воспалительных» клеток — мононуклеаров, инфильтрирующих СОЖ.

Гистологические признаки атрофии — истончение слизистой оболочки, преимущественно за счет укорочения ворсин вплоть до полного их исчезновения, необратимая утрата желез желудка с замещением их фиброзной тканью или метаплазированным эпителием.

Таблица 4.2

Хьюстонская классификация ХГ

Тип гастрита	Этиологические факторы	Синонимы (прежние классификации)
Неатрофический	<i>Helicobacter pylori</i> другие факторы	Гастрит типа В Поверхностный Хронический антральный Гиперсекреторный гастрит
Атрофический Аутоиммунный	Иммунные механизмы	Гастрит типа А Диффузный гастрит тела желудка Гастрит тела желудка, ассоциированный с В12-дефицитной анемией и пониженной секрецией
Мультифокальный (поздняя стадия неатрофического ХГ)	<i>Helicobacter pylori</i> нарушение питания факторы среды	Смешанный гастрит типа А и В — пангастрит

Особые формы

Химический	Химические раздражители Прием НПВС Желчь	Реактивный гастрит типа С Реактивный рефлюкс-гастрит
Радиационный	Лучевое поражение	Вариолоформный
Лимфоцитарный	Идиопатический Иммунные механизмы Глютен <i>Helicobacter pylori</i>	Гастрит, ассоциированный с целиакией
Гранулематозный	Болезнь Крона Саркоидоз Гранулематоз Вегенера Инородные тела Идиопатический	Изолированный гранулематоз
Эозинофильный	Пищевые Другие аллергены	Аллергический
Другие инфекционные	Бактерии (кроме НР) Грибы Паразиты	
Гигантский гипертрофический		Болезнь Менетрие

Тяжесть патологического процесса оценивается по результатам гистологического исследования биоптатов СОЖ с помощью специально разработанной полуколичественной визуально-аналоговой шкалы — по пяти морфологическим признакам:

- выраженность воспаления;
- активность патологического процесса;
- наличие атрофии СОЖ;
- наличие и тип кишечной метаплазии;
- степень обсеменения НР (по количеству НР, обнаруженных при гистологическом исследовании) СОЖ.

Эндоскопические категории гастритов:

- *эритематозный (экссудативный)* — «поверхностный гастрит»;
- *плоские эрозии;*
- *приподнятые эрозии;*
- *атрофический гастрит;*
- *геморрагический гастрит;*
- *гиперпластический гастрит;*
- *гастрит, сопровождающийся дуоденогастральным рефлюксом.*

Основные клинко-морфологические формы ХГ: *неатрофический, ассоциированный с инфекцией НР, атрофический аутоиммунный и мультифокальный* — поздняя стадия неатрофического ХГ (табл. 4.3).

Стадии хронического гастрита:

- 1) обострение — активная фаза;
- 2) ремиссия — неактивная фаза;
- 3) компенсация — «изолированный ХГ» без клинических признаков расстройства функции сопряженных с желудком других органов пищеварения;
- 4) декомпенсация — появление симптомов мальдигестии (нарушения пищеварения) и мальабсорбции (нарушения всасывания).

Коды по МКБ-10

K29	Гастрит и дуоденит
K29.2	Алкогольный гастрит
K29.3	Хронический поверхностный гастрит
K29.4	Хронический атрофический гастрит
K29.5	Хронический гастрит неуточненный
K29.6	Другие гастриты
K29.7	Гастрит неуточненный

Основные клинко-морфологические формы ХГ

Формы	Характеристика
Хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией НР	1. Чаще встречается у лиц молодого возраста.
1. Неатрофический — ранняя стадия	2. Воспаление предшествует атрофии СОЖ. 3. Преимущественная локализация — антральный отдел желудка. 4. Гиперсекреторный. 5. Возможно образование эрозий СОЖ.
2. Атрофический — поздняя стадия	6. Формирование хронического атрофического мультифокального ХГ — пангастрита; 7. Гипацидный / анацидный / ахилия
Хронический аутоиммунный гастрит	1. Наблюдается преимущественно в среднем и пожилом возрасте.
Атрофический	2. Атрофические изменения СОЖ первичны. 3. Преимущественная локализация — тело и дно желудка. 4. Гипацидный / анацидный / ахилия. 5. Связан с образованием антител к париетальным клеткам желудка и внутреннему фактору Кастла. 6. Ассоциирован с В12-дефицитной анемией. 7. Часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями — аутоиммунным тиреоидитом (тиреоидит Хашимото), первичным гипопаратиреозом, инсулинзависимым сахарным диабетом

Диагноз формулируется на основании оценки всех признаков ХГ («Сиднейская система», 1990):

- 1) локализация патологического процесса;
- 2) гистологические изменения СОЖ (воспаление, атрофия, кишечная метаплазия, контаминация НР);
- 3) макроскопические изменения СОЖ, выявляемые эндоскопическим методом исследования (поверхностный гастрит, наличие эрозий, атрофии, гиперпластический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс);
- 4) наиболее вероятные этиологические факторы.

Примеры формулировки диагноза

1. Хронический аутоиммунный гастрит с умеренной атрофией в фундальном отделе желудка, активная фаза. В12-дефицитная анемия.
2. Хронический неатрофический антральный гастрит умеренной активности, ассоциированный с НР.
3. Хронический химический антральный эрозивный гастрит, ассоциированный с НПВС.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

1. В большинстве случаев ХГ протекает бессимптомно или субклинически со скудными клиническими проявлениями.
2. Наличие клинических проявлений ХГ связано с сопутствующими функциональными гастродуоденальными нарушениями.
3. Точный диагноз ХГ может быть поставлен только после гистологического исследования биопсийного материала СОЖ.

Для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики ХГ необходимы: тщательный *опрос* больного с оценкой *жалоб* и данных *anamnesa*, объективный *осмотр*, лабораторное и инструментальное *обследования с обязательным морфологическим исследованием биоптатов СО из различных отделов желудка*.

Объективное клиническое исследование включает в себя:

- осмотр языка — «зеркала, визитной карточки, вывески» ЖКТ;
- оценку состояния ротовой полости — наличие глоссита, гингивита, кариозных зубов;
- осмотр миндалин и придаточных пазух носа;
- осмотр и пальпацию живота;
- выявление признаков вовлечения в патологический процесс соседних органов, дефицита витаминов и микроэлементов, вегетативных нарушений.

Клинические симптомы хронического гастрита неспецифичны и появляются обычно в активную фазу заболевания (табл. 4.4, 4.5).

Основные синдромы ХГ в стадии обострения:

- болевой;
- диспепсический;
- энтеральный (мальдигестия и мальабсорбция);
- неврозоподобный;
- астеновегетативный;
- анемический.

Клинические проявления неатрофического ХГ

Синдромы	Проявления
Болевой синдром	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боль: <ul style="list-style-type: none"> • локализуется в эпигастрии (пилородуоденальной зоне); • появляется через 1–1,5 ч после еды, редко — вскоре после еды и ночью, нередко — «голодная боль»; • часто спастического характера; • может быть острой, интенсивной, схваткообразной, тупой, давящей; • купируется приемом спазмолитиков; • не иррадирует. 2. При пальпации: <ul style="list-style-type: none"> • болезненность в эпигастрии (пилородуоденальной зоне); • отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки;
Синдром желудочной диспепсии Энтеральный синдром	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аппетит сохранен. 2. «Синдром ацидоза» (изжога, отрыжка кислым, кислый вкус во рту). 3. Иногда — дискомфорт и ощущение распирания в эпигастрии. 4. Возможны тошнота, рвота, приносящая облегчение. 5. Склонность к спастическому запору. 6. Язык чистый (слегка обложен у корня). 7. Снижение массы тела (при выраженном обострении)
Неврозоподобный синдром	Повышенная раздражительность, изменчивость настроения, утомляемость, депрессивное состояние, ипохондрия, общая слабость, парестезии
Астеновегетативный синдром	Стойкий красный дермографизм, артериальная гипотония, кардиалгия, лабильность пульса, иногда брадикардия, гипергидроз и похолодание кистей и стоп, зябкость, слюнотечение
Анемический синдром (при наличии эрозий)	Симптомы ЖДА

Таблица 4.5

Клинические проявления атрофического ХГ

Синдромы	Проявления
Болевой синдром	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боль: ноющая, распирающая, тупая (ощущение тяжести и переполнения в эпигастральной области после еды). 2. При пальпации: умеренная разлитая болезненность в эпигастрии
Синдром желудочной диспепсии Энтеральный синдром	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отрыжка воздухом, съеденной пищей, горьким. 2. При резко выраженной секреторной недостаточности — отрыжка тухлым. 3. Тошнота. 4. Ощущение металлического привкуса во рту. 5. Снижение аппетита. 6. Часто — урчание, переливание в животе, вздутие живота. 7. Склонность к диарее («ахилические поносы»). 8. Язык обложен белым налетом. 9. Снижение массы тела. 10. При перкуссии — смещение границы желудка вниз. 11. При пальпации — урчание в околопупочной области. 12. Признаки дефицита витаминов (А, С, В₂, РР, др.) и микроэлементов. 13. Снижение резистентности к инфекциям
Анемический синдром	Симптомы ЖДА, В12-дефицитной анемии
Функциональный демпинг-синдром	Резкая общая слабость, потливость, головокружение после приема богатой углеводами пищи
Неврозоподобный синдром	Общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, депрессивное состояние, ипохондрия, парестезии
Астеновегетативный синдром	Артериальная гипотония, кардиалгия, синусовая аритмия, гипергидроз конечностей, зябкость
Синдром «беспокойных ног»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проявление невроза. 2. Признак дефицита витаминов и микроэлементов

Клиническая картина химического (реактивного) ХГ характеризуется наличием болевого и диспепсического синдромов. Локализация боли — в эпигастральной и пилородуоденальной зоне. Боль нередко интенсивная, острая, возникает через 1—1,5 ч после еды или приема НПВС, купируется спазмолитиками. Характерна рвота с примесью желчи, приносящая облегчение. По утрам часто наблюдается горечь во рту. Возможно снижение массы тела больного (при длительном течении ХГ). При наличии эрозий возможны рецидивирующие кровотечения, сопровождающиеся развитием ЖДА.

Гигантский гипертрофический (гиперпластический) хронический гастрит — болезнь Менетрие протекает с выраженным диспепсическим синдромом, гипопротеинемией, гипопротеинемическими отеками и анемией. Характерны: тупая ноющая (возможна более интенсивная острая) боль и ощущение тяжести в эпигастрии после приема пищи, частая рвота (иногда с примесью крови), диарея, снижение аппетита, анорексия, значительное снижение массы тела и периферические гипопротеинемические отеки (потеря белка связана с диареей и повторной рвотой).

Методы диагностики хронического гастрита

1. Обязательные лабораторные исследования:
 - клинический анализ крови;
 - иммунологический анализ крови;
 - общий анализ мочи;
 - БАК: общий белок + фракции, глюкоза, холестерин, амилаза, билирубин, трансаминазы, ЩФ, Fe, В12;
 - анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена);
 - гистологическое и цитологическое исследование биоптата;
 - два теста на HP (см. параграф 4.3);
 - исследование секреторной функции желудка методом фракционного зондирования со стимуляцией пентагастрином (гистамином, эуфиллином, лимонтаром).
2. Обязательные инструментальные исследования:
 - ФЭГДС с прицельной биопсией;
 - Rg желудка;
 - УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы.
3. Дополнительные исследования:
 - антитела к париетальным клеткам желудка;
 - сывороточные маркеры атрофии — пепсиноген 1, гастрин.
4. Консультации специалистов:
 - онколог, гематолог по показаниям.

Лабораторные и инструментальные данные при неатрофическом ХГ:

- *ОАК, БАК* — без особенностей или признаки ЖДА;
- *общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь* — без особенностей;
- *иммунологический анализ крови* — антитела к НР;
- *исследование секреторной функции желудка методами фракционного зондирования со стимуляцией* — повышение кислотообразующей функции желудка;
- *диагностика НР* — разная степень инфицирования;
- *ФЭГДС* — на фоне гиперемии и отека слизистой оболочки антрального отдела желудка нередко выявляются подслизистые кровоизлияния и эрозии (плоские, приподнятые), гиперплазия складок, экссудация, антральный стаз, спазм привратника;
- *R-графия желудка* — рельеф слизистой оболочки антрального отдела желудка грубый, спазм привратника, сегментирующая перистальтика, беспорядочная эвакуация контрастного вещества;
- *гистологическое исследование биоптатов* — выраженный активный антральный гастрит (инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка и эпителия лимфоцитами, плазмócитами, нейтрофилами), очаги кишечной метаплазии, множество НР на поверхности и в глубине ямок.

Лабораторные и инструментальные данные при аутоиммунном атрофическом хроническом гастрите:

- *ОАК и БАК* — признаки В12-дефицитной анемии и (или) ЖДА;
- *общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь* — без особенностей;
- *исследование секреторной функции желудка методом фракционного зондирования со стимуляцией* — резкое снижение пепсино- и кислотообразующей функции желудка, вплоть до ахлоргидрии;
- *иммунологический анализ крови* — аутоантитела к париетальным клеткам, гастромукопротеину, витамину В12, гастринсвязывающим белкам, H^+K^+ -АТФазе, \downarrow Т-лимфоцитов супрессоров, \uparrow Т-лимфоцитов хелперов и иммуноглобулинов, появление ЦИК;
- *ФЭГДС* — бледность, истончение, сглаженность слизистой оболочки желудка, иногда пятнистая гиперемия, просвечивание сосудов, повышенная ранимость слизистой оболочки желудка, гипотония, гипокинезия, рефлюкс дуоденального содержимого;
- *R-графия желудка* — рельеф слизистой оболочки желудка сглажен, гипотония, вялая перистальтика, ускоренная эвакуация контрастного вещества;
- *гистологическое исследование биоптатов* — атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, незначительное количество НР в слизистой оболочки желудка, минимальная активность воспаления.

Дифференциальная диагностика. Прежде всего возникает необходимость в проведении дифференциальной диагностики наиболее часто встречающихся форм ХГ — аутоиммунного атрофического и неатрофического, ассоциированного с НР (табл. 4.6).

Таблица 4.6

Дифференциально-диагностические различия аутоиммунного атрофического и неатрофического хронических гастритов

Признаки	Аутоиммунный атрофический ХГ	Неатрофический ХГ
Преимущественная локализация	Дно, тело желудка	Антральный отдел желудка
Воспалительная реакция	Слабо выражена	Значительная
Атрофия желудочного эпителия	Первичная	Вторичная (поздняя стадия)
Наличие эрозий СОЖ	Не характерно	Очень часто
Антитела к париетальным клеткам	Есть	Нет
Антитела к гастромукопротеину	Есть	Нет
Антитела к H^+K^+ -АТФазе	Есть	Нет
Кислотообразующая функция желудка	Резко снижена, при прогрессировании заболевания — анацидное состояние (ахилия)	Ранняя стадия — повышена, поздняя стадия — снижена
В12-дефицитной анемии	Характерна	Не характерна

Кроме того, необходимо дифференцировать часто встречающиеся формы ХГ с особыми формами — гранулематозным, эозинофильным, лимфоцитарным, гипертрофическим, инфекционным, полипозным. Хронический гастрит дифференцируют с огромным количеством заболеваний, протекающими со схожими клиническими синдромами (заболевания ЖКТ, крови, функциональными расстройствами, др.). Гипертрофический ХГ дифференцируют с лимфомой желудка.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных ХГ осуществляется в большинстве случаев в амбулаторно-поликлинических условиях врачами-терапевтами совместно с гастроэнтерологами.

1. Лечение больных ХГ должно быть *строго индивидуальным и длительным*.
2. В активной фазе заболевания проводится *этиопатогенетическая и симптоматическая терапия*.
3. В период ремиссии хронического гастрита необходима *противорцидивная терапия*.
4. *Цель лечения* — предотвращение развития кишечной и псевдопилорической метаплазии слизистой оболочки желудка.
5. *Критерии оценки эффективности терапии*: эрадикация НР, уменьшение признаков активности ХГ, отсутствие прогрессирования атрофических изменений.
6. Выделяют два вида терапии: *немедикаментозную* (табл. 4.7, 4.8) и *медикаментозную* (табл. 4.9—4.12).

Таблица 4.7

Немедикаментозная терапия неатрофического ХГ в активную фазу

Виды терапии	Рекомендации
Диетотерапия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пища в полужидком, желеобразном виде. 2. Исключить: продукты, обладающие сокогонным и раздражающим действием на СОЖ, содержащие экстрактивные вещества (мясной и рыбный бульоны, овощные отвары), жареное мясо и картофель. 3. Ограничить: соль, углеводы, изделия из сдобного теста. 4. Предпочтительно: молоко, слизистые или молочные супы с гречневой, перловой, манной, овсяной крупами, добавление пшеничных отрубей, яйца всмятку, мясное суфле, кнели, котлеты из нежирных сортов мяса и рыбы, сливочное масло, творог, кефир, простоквашу, сыр, овощное рагу, свежие фрукты и ягоды. 5. При улучшении самочувствия — постепенное расширение диеты. 6. Конечная цель — рациональное питание (стол № 15) с исключением сильных раздражителей СОЖ и стимуляторов желудочной секреции (консервированных продуктов, копченостей, острых приправ, газированных и алкогольных напитков)
Фитотерапия	Лекарственные растения, обладающие противовоспалительным, вяжущим, обволакивающим, адсорбирующим действиями — ромашка, зверобой, мята, семя льна, овес, тысячелистник, лапчатка, горец птичий, корневище аира, чистотел

Таблица 4.8

Немедикаментозная терапия атрофического ХГ в активную фазу

Виды терапии	Рекомендации
Диетотерапия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пища в полужидком, желеобразном виде. 2. Ограничить употребления поваренной соли, крепкого чая, кофе. 3. Исключить: соленья, копчености, маринады, приправы, наваристые супы, жареные блюда, цельное молоко, сметану, жирное мясо (баранина, свинина, гусь, утка), виноградный сок, алкогольные напитки. 4. Предпочтительно употреблять: манную и рисовую каши, ягодные и фруктовые кисели, протертые овощи, молочные или слизистые супы, яйца всмятку, омлеты, сливочное масло, протертый творог. 5. Через 2–3 дня → расширение диеты. 6. Исключить: копчености, пряности, острые приправы, консервы, грубые сорта овощей и фруктов, продукты, обладающие раздражающим действием на СОЖ. 7. Включить: обезжиренные бульоны из мяса и птицы, уху, овощные супы. 8. Пища не должна быть очень щадящей (способствует запорам, ухудшает работу гепатобилиарной системы). 9. При улучшении самочувствия — дальнейшее расширение диеты. 10. Цель — приблизиться к рациональному питанию (стол № 15)
Фитотерапия	Лекарственные растения, оказывающие противовоспалительное, спазмолитическое, вяжущее и обволакивающее действия — тысячелистник, ромашка, мята, корень валерианы, трилистник, зверобой, листья подорожника

Показания для госпитализации:

- 1) необходимость проведения сложного обследования;
- 2) трудности дифференциальной диагностики;
- 3) выраженное и длительно продолжающееся обострение ХГ;
- 4) развитие осложнений;
- 5) особые формы хронического гастрита;
- 6) исключение злокачественного новообразования желудка.

Немедикаментозная терапия в активную фазу (период обострения) хронического гастрита

Общие рекомендации больному ХГ:

- 1) дробное (прием пищи до восьми раз в день небольшими порциями), рациональное и регулярное питание;
- 2) отказ от табакокурения и употребления алкогольных напитков;

- 3) исключение ulcerогенных лекарственных препаратов (ГКС, НПВП);
- 4) исключение психосоциальных стрессовых факторов;
- 5) устранение воздействия профессиональных вредностей;
- 6) соблюдение гигиенических норм;
- 7) лечение сопутствующих хронических заболеваний и др.

Таблица 4.9

Медикаментозная терапия неатрофического ХГ в активную фазу

Основные направления терапии	Лекарственные средства
Эрадикация НР	Антибактериальные
Коррекция желудочной секреции	Антисекреторные
Ликвидация воспаления СОЖ	Противовоспалительные
Коррекция моторных нарушений желудка	Спазмолитики, прокинетики
Стимуляция репаративных процессов СОЖ	Репаранты
Лечение анемического синдрома	Препараты железа
Коррекция неврозоподобного синдрома	Седативные, антидепрессанты, анксиолитики, др.

Немедикаментозная терапия ХГ в стадии ремиссии

1. Общие мероприятия:
 - отказ от курения и злоупотребления алкоголем, чрезмерной физической и психической нагрузок;
 - при необходимости — трудоустройство (переход на работу без ночных смен, частых командировок и т.д.);
 - ограничение использования ulcerогенных ЛС и продуктов;
 - соблюдение режима труда и отдыха, питания;
 - санация очагов хронической инфекции;
 - ЛФК, посещение бассейнов, саун.
2. Санаторно-курортное лечение.
3. Лечение минеральными водами — «Смирновская», «Славяновская», «Ижевская», «Московская», «Березовская», «Джермук» и др.:
 - неатрофический ХГ:
 - в дегазированном виде,
 - t° воды — 37–38 $^{\circ}$ С, при сопутствующих заболеваниях ЖКТ с диареей — 42–46 $^{\circ}$ С,
 - по $\frac{3}{4}$ стакана три раза в день за 1–1,5 ч до еды,
 - курс лечения 21–24 дня;

- атрофический ХГ:
 - воду пьют медленно, небольшими глотками,
 - t° воды — 30 $^{\circ}$ С,
 - по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ стакана два-три раза в день за 15–20 минут до еды,
 - курс лечения 21–24 дня.

4. Психотерапия: использование групповых и индивидуальных методов внушения, цветомузыки, звуковой имитации морского прибой и т.д.
5. Фитотерапия при атрофическом ХГ: листья подорожника, чабрец, фенхель, душица, тмин, мята, др. — стимуляция секреторной функции, полынь — стимуляция аппетита.

Таблица 4.10

Медикаментозная терапия атрофического ХГ в активную фазу

Основные направления терапии	Лекарственные средства
Ликвидация воспаления СОЖ	Вяжущие, обволакивающие, противовоспалительные (висмута нитрат основной, планта-глюцид, вентер)
Коррекция нарушений кишечного пищеварения (гастрокишечно-панкреатического синдрома)	Полиферментные (панкреатин, ораза, солизим, сомиллаза, нигедаза, панкреурмен, фестал, мезим-форте, холензим, др.)
Лечение сопутствующего дисбиоза кишечника	Антибактериальные; пребиотики (хилак форте); пробиотики бифидо-, лакто- и колисодержащие (флорин форте, флора — дофилюс + ФОС, примадофилюс, бифидобактерин, лактобактерин, колибактерин)
Лечение сопутствующей В12-дефицитной анемии	Препараты витамина В12 (см. главу «В12-дефицитная анемия»)
Лечение сопутствующей ЖДА	Препараты железа (см. параграф 7.1).
Коррекция моторных нарушений желудка	Прокинетики (церукал, реглан, метоклопрамид, эглонил, др.); спазмолитики (но-шпа, папаверин, др.)
Дуоденогастральный рефлюкс	Билигнин, хенофальк
Стимуляция репаративных процессов СОЖ	Рибоксин, масло облепихи, бифунгин, карнитин
Эрадикация НР при контаминации СОЖ (см. параграф 4.3).	Антибактериальные; антисекреторные

Таблица 4.11

Медикаментозная терапия неатрофического ХГ в стадии ремиссии

Основные направления терапии	Лекарственные средства
Симптоматическая терапия	Спазмолитики; прокинетики; седативные, анксиолитики и др.
Эрадикация НР (если не проводилась в активную фазу)	Антибактериальные; антисекреторные
Терапия «по требованию» (см. параграф 4.3)	ИПП

Экспертиза трудоспособности

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности в период обострения ХГ:

- легкое течение — 3–4 дня;
- среднетяжелое течение — 6–7 дней;
- тяжелое течение — 16–18 дней;
- эрозивный гастрит — 4–5 недель.

Диспансерному учету и наблюдению подлежат больные:

- 1) атрофическим фундальным или тотальным ХГ с выраженной секреторной недостаточностью;
- 2) полипозным хроническим гастритом;
- 3) гастритом «перестройки» по кишечному типу;
- 4) атрофическим гастритом культи желудка, перенесших резекцию желудка по поводу ЯБ 15–20 лет назад;
- 5) атрофическим хроническим гастритом, ассоциированным с мегалобластной анемией;
- 6) гигантским гипертрофическим гастритом (болезнь Менетрие);
- 7) хроническим гастритом, ассоциированным с НР-инфекцией.

Диспансерное наблюдение при атрофическом хроническом гастрите:

- 1) посещение врача не реже двух раз в год;
- 2) лабораторно-инструментальное обследование (общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование желудочной секреции, кал на яйца глистов, простейших — два-три раза подряд и скрытую кровь) — один-два раза в год;
- 3) по показаниям — консультации стоматолога (при необходимости — санация зубов и протезирование) и онколога;
- 4) ЭФГДС — во всех случаях впервые выявленного ХГ, в дальнейшем — каждые 6 мес.

Таблица 4.12

Медикаментозная терапия атрофического ХГ в стадии ремиссии

Основные направления терапии	Лекарственные средства
Коррекция желудочной секреции (при сниженной секреторной функции желудка)	Стимуляторы секреторной функции желудка (гистаглобулин, прозерин, эуфиллин, этимизол, липоевая кислота, липамид, лимонтар, калия оротат, кальция хлорид, калия хлорид, панангин, аспаркам, кальция глюконат)
Коррекция желудочной секреции (при выраженной атрофии СОЖ с гистамин (пентагастрин рефрактерной ахилией))	Средства заместительной терапии (натуральный желудочный сок, пепсидил, бетацид, ацидин-пепсин, сугаст-2, соляная кислота 3%, пепсин, ацидин-пепсин)
Стимуляция репаративных процессов СОЖ	Средства, стимулирующие трофические процессы в СОЖ (леводопа, пентагастрин)
Коррекция дефицита витаминов и микроэлементов	Витамины группы В, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота, препараты железа, фолиевая и оротовая кислоты
Антиоксидантная терапия	Природные (масло облепихи); синтетические (токоферол-ацетат, аевит, дибунол)
Иммуномоделирующая терапия	Препараты тимуса (тималин, тактивин)
Коррекция нарушений кишечного пищеварения (гастрокишечно-панкреатического синдрома)	Полиферментные препараты (креон, панцитрат, панзинорм, панкурмен, дигестал, фестал, мезим форте)
Лечение сопутствующего дисбиоза кишечника	Кишечные антисептики (энтеросептол, интестопан, нитроксилин, интетрикс); биологические препараты, полученные из бактерий — нормальных представителей кишечной микрофлоры
Купирование болевого синдрома	Миотропные спазмолитики (папаверин, но-шпа, спазмомен, дицетел, феникаберан, галидор)
Лечение сопутствующей В ₁₂ -дефицитной анемии	Препараты витамина В ₁₂
Лечение сопутствующей ЖДА	Препараты железа
Коррекция моторных нарушений желудка	Прокинетики
Терапия невротоподобного синдрома	Антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы
Эрадикация НР — при контаминации СОЖ	ИПП; антигеликобактерные средства

Диспансерное наблюдение больных неатрофическим ХГ, ассоциированным с НР:

- 1) периодичность осмотров — один раз в год;
- 2) лабораторно-инструментальные исследования (общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование желудочной секреции, рентгеноскопия желудка и ДК, ЭФГДС, по показаниям — многофракционное дуоденальное зондирование и ректороманоскопия, копрологическое исследование — скрытая кровь, яйца гельминтов, простейшие).

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические мероприятия:

- 1) отказ от курения табака и злоупотребления алкоголем, чрезмерных физической и психической нагрузок;
- 2) при необходимости (по рекомендации ВК) — трудоустройство (переход на работу без ночных смен, частых командировок и т.д.);
- 3) витаминотерапия;
- 4) ЛФК;
- 5) отказ от приема лекарственных препаратов, обладающих ulcerогенным эффектом.

Курортное лечение больных хроническим гастритом проводят вне обострения в здравницах с использованием **лечебных минеральных вод**.

При *атрофическом хроническом гастрите* применяют хлоридные натриевые минеральные воды средней минерализации, содержащие углекислоту (Ессентуки, Ижевские минеральные воды, Карачи, Нальчик, Нижние Серги, оз. Учум, Старая Русса, Усть-Качка). Для стимуляции желудочной секреции рекомендуют принимать минеральные воды комнатной температуры (20–25 °С), газированные, 1/2 — 3/4 стакана, медленными глотками перед едой или во время приема пищи, курс лечения — 20–24 дня. При наличии сопутствующих заболеваний (хронического колита, холецистита) минеральную воду рекомендуют подогреть до 37–38 °С.

При *неатрофическом хроническом гастрите* рекомендуют принимать минеральные воды малой и средней минерализации, не содержащие углекислоту (негазированные) — Ессентуки № 4, Железноводск, Дарасун, Ижевские минеральные воды, Краинка, Шмаковка и др. Их назначают в теплом виде (37–38 °С) по 3/4 стакана три раза в день за 1–1,5 ч до еды в дегазированном виде. Курс — 21–24 дня. При сопутствующих ХГ хроническом холецистите и колите, протекающих с диареей рекомендуется минеральная вода температуры 42–46 °С.

Одним из наиболее эффективных и доступных методов профилактики является оздоровление больных хроническим гастритом в **санаториях-профилакториях**, в которых без отрыва от производства, в привычных климатических условиях можно получить все виды профилактического лечения: лечебный и пищевой режим, лечебное питание, ЛФК, лечебные минеральные воды, ванны (радоновые, хвойные, кислородные), посещение бассейнов и саун, психотерапию (с использованием групповых и индивидуальных методов внушения, цветомузыки, звуковой имитации морского прибоя и т.д.).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какие клинико-морфологические формы ХГ вам известны и какие из них наиболее часто встречаются?
2. Расскажите о клинических особенностях неатрофического ХГ.
3. Назовите диагностические критерии аутоиммунного атрофического ХГ.
4. Что относится к «сывороточным маркерам» атрофии?
5. Перечислите основные направления терапии атрофического ХГ в периоды обострения и ремиссии заболевания.

ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВРАЧУ ПАЦИЕНТОМ

1. **Как следует принимать препарат «Париет» (рабепразол) — до или после еды?**

Ответ. Париет (рабепразол) принимают за 30 минут до еды (натощак), так как этот препарат является пролекарством и превращается в активную лекарственную форму только в кислом желудочном содержимом. Прием пищи после использования париета обязателен в связи с тем, что повышает эффективность проводимого лечения.

2. **К какому врачу следует обращаться при появлении признаков заболевания желудка?**

Ответ. Наблюдение и лечение пациентов с заболеваниями желудка осуществляют врачи-терапевты и врачи общей практики (семейные врачи). При нетипичном и тяжелом течении заболеваний желудка, развившихся осложнениях необходима консультация специалиста — гастроэнтеролога. При наличии признаков хирургических осложнений необходим своевременный осмотр хирурга.

3. **Возможно ли самостоятельное лечение по советам знакомых, родственников и аптечных работников?**

Ответ. Самолечением заниматься нельзя ни при каких заболеваниях, в том числе и при заболеваниях желудка. Самолечение часто приводит к поздней диагностике заболевания, тяжелому течению и развитию грозных осложнений.

4. Как бы вы коротко охарактеризовали образ жизни, который человек должен вести, чтобы не испытывать проблем с желудком?

Ответ. Необходимо придерживаться общеизвестных правил здорового образа жизни: соблюдение режима питания, полный отказ от курения и употребления алкогольных напитков, удлинение времени сна до 8–9 часов, своевременная санация полости рта (лечение кариозных зубов, протезирование), занятия физкультурой, активный отдых, пребывание на воздухе, соблюдение гигиенических норм (мытьё рук после посещения мест общего пользования, перед едой, тщательное мытьё горячей водой фруктов и овощей, использование кипячёной воды и фильтров для очистки воды), включение в рацион питания, особенно в осенне-зимний период, поливитаминов и микроэлементов.

4.3. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Причина язвы не в том, что вы едите, а в том, что гложет вас.

Вики Баум

Язвенная болезнь — гетерогенное хроническое заболевание гастродуоденальной зоны с рецидивирующим клиническим течением, чередованием периодов обострения и ремиссии, морфологически характеризующееся формированием локального язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки до подслизистой основы.

Доля язвенной болезни (ЯБ) в общей заболеваемости ЖКТ составляет 18%. Этим заболеванием страдает 10% взрослого населения земного шара, более 8% населения России, из них в Москве — 1,4% жителей. Рост заболеваемости отмечается с 18 лет, максимален — в 40 лет, в последнее время растёт число ювенильных и старческих язв. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДК) встречается в четыре раза чаще язвенной болезни желудка (ЯБЖ). У лиц моложе 40 лет меньшая частота язвенной болезни желудка по сравнению с ЯБ ДК, а в зрелом возрасте — наоборот. Язвенной болезнью страдают чаще мужчины, чем женщины (4 : 1). ЯБ ДК чаще встречается у мужчин. Среди пациентов с язвенной болезнью желудка соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое.

Факторы, предрасполагающие к развитию язвенной болезни (создают лишь условия для развития заболевания, а не его неизбежность и реализуются только в сочетании с другими неблагоприятными воздействиями):

- **наследственно-конституциональные** — увеличение массы париетальных клеток, 0 (1) группа крови, снижение активности α_1 -антитрипсина и дефицит α_2 -макроглобулина, астенический тип телосложения;
- **профессиональные** — профессиональные вредности, психоэмоциональные перегрузки, отсутствие режима труда и отдыха;
- **социальные** — курение, употребление алкоголя, скученность, антисанитария;
- **алиментарные** — употребление сокогонных продуктов;
- **хронические заболевания** — ЖКТ, легких, сердечно-сосудистой, гепатобилиарной и эндокринной систем;
- **хронический стресс**.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология язвообразования:

- бактерия *Helicobacter pylori* (HP);
- ulcerогенные лекарственные средства (нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты);
- хронические заболевания (гиперпаратиреоз, гастринома, мастоцитоз, болезнь Крона);
- критические ситуации (черепно-мозговые травмы, обширные ожоги, операции трансплантации органов и др.).



Ведущая роль в развитии язвенной болезни принадлежит G^- бактерии — *Helicobacter pylori*. HP выявляют в 95–100% случаев при ЯБ ДК и 75 – 85% — ЯБ желудка. Другие вышеперечисленные факторы способствуют формированию симптоматических (вторичных) язв.

ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время принято считать, что язвенная болезнь развивается вследствие нарушения соотношения между факторами защиты слизистой оболочки желудка (СОЖ), ДК и факторами агрессии. В норме они находятся в состоянии равновесия, которое генетически детерминировано и регулируется нейроэндокринной системой. Данная концепция была предложена Shay H. (1968) и получила название «весы Shay». Болезнь возникает тогда, когда факторы агрессии начинают преобладать над факторами защиты СОЖ и ДК (рис. 4.4).



Рис. 4.4. Схема, иллюстрирующая равновесие между факторами агрессии и защиты при язвенной болезни желудка и ДК

КЛАССИФИКАЦИЯ

В настоящее время общепринятой классификации язвенной болезни не существует. В практической деятельности возможно использование рабочей классификации, в которой отражены основные характеристики данного заболевания (табл. 4.13, 4.14).

Таблица 4.13

Классификация язвенной болезни желудка и ДК

По этиологии
1. НР-зависимая форма
2. НР-независимая форма

По локализации поражения	
Локализация язв	Отделы желудка и ДК
Язвы желудка	<ul style="list-style-type: none"> кардиального отдела; субкардиального отдела; тела желудка (медиогастральная); антрального отдела; пилорического канала
Язвы ДК	<ul style="list-style-type: none"> луковицы ДК; постбульбарного отдела
Сочетанные язвы желудка и ДК:	
<ul style="list-style-type: none"> двойные; множественные 	
Локализация язв	Проекция поражения желудка и ДК
Язвы желудка	<ul style="list-style-type: none"> малой кривизны; большой кривизны
Язвы желудка и ДК	<ul style="list-style-type: none"> передней стенки; задней стенки
По стадии заболевания:	
<ul style="list-style-type: none"> обострение; рубцевание (стихающее обострение); полная клинико-анатомическая ремиссия 	
По клиническому течению:	
<ul style="list-style-type: none"> типичное течение; атипичное течение (бессимптомное, атипичный болевой синдром, безболевая форма) 	
По уровню желудочной секреции:	
<ul style="list-style-type: none"> с повышенной секрецией; с нормальной секрецией; с пониженной секрецией 	
По характеру гастродуоденальной моторики:	
<ul style="list-style-type: none"> гиперкинетический вариант; гипокинетический вариант; дуоденогастральный рефлюкс 	

По характеру течения заболевания:	
<ul style="list-style-type: none"> • впервые выявленная ЯБ; • рецидивирующее течение с обострениями: • редкими (менее одного раза в 2–3 года); • ежегодными; • частыми (более двух раз в год) 	
По тяжести течения	
Легкое:	<ul style="list-style-type: none"> • обострения один раз в 1–3 года; • умеренный болевой синдром, купируется за 4–7 дней; • язва неглубокая; • в фазе ремиссии трудоспособность сохранена
Среднетяжелое:	<ul style="list-style-type: none"> • обострения два раза в год; • болевой синдром выражен, купируется в стационаре за 10–14 дней; • характерны диспепсические расстройства; • язва глубокая, часто кровоточит, развиваются перигастрит и перидуоденит
Тяжелое:	<ul style="list-style-type: none"> • обострения два-три раза в год и более; • болевой синдром резко выражен, купируется в стационаре более 10–14 дней; • диспепсические расстройства резко выражены, характерна потеря массы тела; • часто развиваются осложнения
По наличию послеязвенных деформаций:	
<ul style="list-style-type: none"> • рубцово-язвенная деформация желудка; • рубцово-язвенная деформация луковицы ДК 	
По наличию осложнений:	
<ul style="list-style-type: none"> • кровотечение; • перфорация; • пенетрация; • перивисцериты (перигастрит, перидуоденит); • рубцово-язвенный стеноз привратника; • малигнизация 	

Классификация язв

Локализация язв	По диаметру			
	Малые	Средние	Большие	Гигантские
Желудок	Менее 0,5 см	0,6–1,9 см	2,0–2,9 см	Более 3,0 см
ДК	Менее 0,5 см	0,6–0,9 см	1,0–1,9 см	Более 2,0 см
По глубине поражения от уровня СО				
Поверхностные язвы			Глубокие язвы	
Менее 0,5 см			Более 0,5 см	
По срокам рубцевания				
Обычные сроки рубцевания			Труднорубцующиеся язвы	

Коды по МКБ-10

K25 Язва желудка

- K25.0** Язва желудка острая с кровотечением
K25.1 Язва желудка острая с прободением
K25.2 Язва желудка острая с кровотечением и с прободением
K25.3 Язва желудка острая без кровотечения или прободения
K25.4 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением
K25.5 Язва желудка хроническая или неуточненная с прободением
K25.6 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением и с прободением
K25.7 Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения
K25.9 Язва желудка неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения

K26 Язва ДК

- K26.0** Язва ДК острая с кровотечением
K26.1 Язва ДК острая с прободением
K26.2 Язва ДК острая с кровотечением и с прободением
K26.3 Язва ДК острая без кровотечения или прободения
K26.4 Язва ДК хроническая или неуточненная с кровотечением
K26.5 Язва ДК хроническая или неуточненная с прободением
K26.6 Язва ДК хроническая или неуточненная с кровотечением и с прободением
K26.7 Язва ДК хроническая без кровотечения или прободения
K26.9 Язва ДК неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения

Примеры формулировки диагноза язвенной болезни

1. Основной. Язвенная болезнь ДК с локализацией в луковице, НР⁺, средней степени тяжести, стадия обострения.
2. Осложнение. Рубцово-язвенная деформация пилоробульбарной зоны без стенозирования.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В течение язвенной болезни выделяют две фазы: **активную** — стадия обострения и стадия стихающего обострения и **неактивную** — стадия ремиссии.

Стадия обострения характеризуется наличием:

- язвенного дефекта;
- активных воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и (или) ДК, реже — дистального отдела пищевода;
- типичных клинических проявлений заболевания.

В *стадии стихающего обострения*:

- клинические проявления ЯБ отсутствуют;
- при эндоскопическом исследовании выявляются свежие «красные рубцы» (грануляционная ткань), постязвенная деформация стенки органа и активные воспалительные изменения в гастродуоденальной слизистой оболочке (СО).

Стадия ремиссии (клинико-эндоскопической) — отсутствие клинических и морфологических проявлений заболевания.

Клинические проявления неосложненной язвенной болезни

Основные синдромы в активную фазу заболевания:

- 1) болевой;
- 1) диспепсический;
- 3) функциональный;
- 4) астеноневротический.

Характеристика абдоминального болевого синдрома при неосложненной ЯБ:

- 1) суточный ритм и зависимость от приема пищи (табл. 4.15);
- 2) четкая локализация болевых ощущений (табл. 4.16);
- 3) вариабельность характера боли;
- 4) отсутствие иррадиации;
- 5) цикличность каждого болевого приступа;
- 6) сезонность рецидивов;
- 7) стереотипность болевых ощущений и суточного ритма болей при каждом рецидиве заболевания;
- 8) отсутствие тенденции к прогрессированию.

Суточный ритм боли и ее связь с приемом пищи при язвах разной локализации

Локализация язвы	Время появления боли
Кардиальный и субкардиальный отделы желудка	Через 20 минут после еды — «ранняя боль»
Антральный отдел желудка	Через 1–1,5 часа после еды — «поздняя боль»
Пилорический канал	«Поздняя», «ночная», «голодная» боль, может быть не связана с приемом пищи
Луковица ДК	Через 1,5 часа после еды («поздняя боль»), часто бывает «ночная», «ранняя утренняя», «голодная» боль
Постбульбарный отдел ДК	Через 2–3 часа после еды («голодная боль») или «ночная боль»
Малая кривизна желудка	Через 1–1,5 часа после еды — «ночная», «голодная» боль

Таблица 4.16

Локализация боли при различном расположении язв

Локализация язвы	Локализация боли
Кардиальный и субкардиальный отделы желудка	По средней линии у самого мечевидного отростка и (или) за грудиной
Антральный отдел желудка Пилорический канал Луковица ДК	В эпигастрии справа от срединной линии
Постбульбарный отдел ДК	В верхнем правом квадрате живота
Малая кривизна желудка	В подложечной области левее срединной линии

Характер боли варьирует: от легкого чувства тяжести в эпигастриальной области до давящей, жгучей, щемящей, сверлящей, режущей, схваткообразной, значительной интенсивности.

Иррадиация боли при неосложненной язвенной болезни отсутствует. Ее появление свидетельствует об осложнениях — пенетрации язвы в соседние органы, перфорации, стенозе, развитии спаячного процесса.

Для неосложненной язвенной болезни характерна *цикличность каждого болевого приступа*. Боль возникает неоднократно в течение дня

и характеризуется постепенным нарастанием ее интенсивности, достижением апогея, а затем — медленным уменьшением, вплоть до полного исчезновения. Длительность каждого цикла — до трех часов.

Абдоминальный болевой синдром возникает преимущественно в осенне-весенний период. Характерна *стереотипность* болевых ощущений и суточного ритма боли при каждом рецидиве заболевания. Прогрессирование болевого синдрома свидетельствует о развитии осложненной язвы.

Диспепсический синдром при неосложненной язвенной болезни:

- изжога (иногда мучительная), может быть эквивалентом боли;
- отрыжка воздухом, кислым, пищей, горечью;
- тошнота (предшествует рвоте);
- рвота (возникает спонтанно на высоте болевого приступа), облегчает или ликвидирует боль, может вызываться искусственно;
- «ситофобия» — боязнь приема пищи.

Функциональный синдром: запор, упорный метеоризм.

Астеноневротический синдром: потливость, чередование покраснения и побледнения кожи лица, выраженный дермографизм, похолодание конечностей, повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость.

Возможно атипичное течение язвенной болезни.



1. Отсутствие болевого синдрома — «немые язвы».
2. Наличие изжоги или чувства голода без болевого синдрома.
3. Атипичная локализация боли, появление масок — «радикулитной», «сердечной», «холециститной», «аппендицитной».

Данные объективного клинического исследования при неосложненной ЯБ

1. *Вынужденное положение больных* — лежат на боку с приведенными к животу коленями или сидят, скорчившись, оказывая давление на подложечную область сжатой в кулак рукой.
2. *Осмотр языка* — при ЯБ ДК язык чистый и влажный, сосочки хорошо выражены, при медиогастральной язве язык покрыт серовато-желтым налетом.
3. *Состояние зубов* — наличие кариеса, пародонтоза, периодонтита, отсутствие части из них, наличие зубных протезов (обратить внимание).
4. *Осмотр брюшной стенки* — возможны следы ожога от горячей грелки, применявшейся для облегчения болевого синдрома.
5. *Поверхностная пальпация* — защитное мышечное напряжение, зона гиперестезии кожи, при ее собирании в складку; при локализации

язвы на задней стенке желудка или ДК — живот мягкий и напряжение мышц отсутствует, наблюдаются зоны кожной гиперестезии сзади на уровне $T_{VI}-T_X$.

6. *Глубокая пальпация живота* — локальная болезненность в зоне язвенного дефекта.
7. *Положительный симптом Менделя* — локальная болезненность при перкуссии в эпигастрии соответственно локализации язвы.



Клиническая картина ЯБ имеет особенности, связанные с локализацией язвы, возрастом и полом больного, наличием сопутствующих заболеваний и осложнений.

Язва кардиального и субкардиального отделов желудка:

- 1) чаще встречается у мужчин старше 45 лет;
- 2) характерна «ранняя» боль, высокой локализации, по средней линии у самого мечевидного отростка и за грудиной, что заставляет часто дифференцировать ее с коронарогенной болью;
- 3) болевой синдром выражен слабо;
- 4) преобладает диспепсический синдром (рвота, симптомы «ацидизма»);
- 5) часто сочетается с диафрагмальной грыжей и ГЭРБ;
- 6) наиболее характерное осложнение — кровотечение, очень редкое осложнение — перфорация язвы.

Язва антрального (препилорического) отдела желудка:

- 1) чаще встречается у молодых людей;
- 2) характерна «поздняя», «ночная», «голодная» боль;
- 3) локализация боли — справа в эпигастрии;
- 4) характерны симптомы «ацидизма»;
- 5) при осмотре — положительный симптом Менделя справа в эпигастрии;
- 6) дифференцируют с первично-язвенной формой рака;
- 7) наиболее характерное осложнение — кровотечение.

Язва пилорического канала:

- 1) отличается упорством течения;
- 2) характерен выраженный болевой синдром;
- 3) боль имеет приступообразный характер;
- 4) продолжительность болевого приступа составляет 30—40 минут;
- 5) у $\frac{1}{3}$ больных — «поздняя», «ночная», «голодная» боль, у остальных боль не связана с приемом пищи;
- 6) болевой синдром часто сопровождается рвотой кислым содержимым и упорной изжогой;

- 7) характерно приступообразное чрезмерное отделение слюны, чувство распираания и переполнения в эпигастральной области после еды;
- 8) частые осложнения — стеноз привратника, кровотечение, перфорация, пенетрация в поджелудочную железу, редкое — малигнизация.

Бульбарная язва ДК:

- 1) чаще встречается у мужчин моложе 40 лет;
- 2) при локализации язвы на передней стенке луковицы ДК:
 - боль в эпигастрии справа от срединной линии,
 - боль возникает через 1,5–2 часа после еды, «ночная», «голодная» и «ранняя утренняя»,
 - рвота бывает редко,
 - при осмотре — положительный симптом Менделя справа в эпигастрии,
 - частое осложнение — перфорация язвы;
- 3) при локализации язвы на задней стенке луковицы ДК:
 - симптомы аналогичны перечисленным выше,
 - часто наблюдаются ощущение тяжести и тупая боль в правом подреберье с иррадиацией в правую подлопаточную область (спазм сфинктера Одди, дискинезия желчевыводящих путей гипотонического типа),
 - осложнения — пенетрация язвы в поджелудочную железу и в печеночно-дуоденальную связку, развитие реактивного панкреатита.

Постбульбарная язва:

- 1) чаще встречается у мужчин 40–60 лет;
- 2) характерна интенсивная боль в правом верхнем квадрате живота;
- 3) боль может носить приступообразный характер, часто ее дифференцируют с приступом мочекаменной или желчекаменной болезней;
- 4) болевой синдром появляется через 3–4 часа после еды;
- 5) часто осложняется кровотечением, развитием перивисцерита и перигастрита, пенетрацией, стенозированием ДК, редкое осложнение — перфорация язвы, возможно развитие механической желтухи (при сдавлении общего желчного протока воспалительным периульцерозным инфильтратом или соединительной тканью).

Язва малой кривизны желудка:

- 1) возраст больных — старше 40 лет, нередко встречается у лиц пожилого и старческого возраста;
- 2) локализация боли в подложечной области левее срединной линии;
- 3) характерна «поздняя», «ночная», «голодная» боль, обычно ноющего характера, умеренной интенсивности;
- 4) часто наблюдается тошнота, изжога, реже рвота;
- 5) наиболее характерное осложнение — кровотечение, редко — перфорация, малигнизация.

Язва большой кривизны желудка:

- 1) встречается редко, чаще у мужчин старшего возраста;
- 2) характерна типичная клиническая картина язвы желудка;
- 3) малигнизация — частая.

Гигантская язва:

- 1) преимущественно располагается на малой кривизне, реже — на большой кривизне желудка и в субкардиальной области, очень редко — в ДК;
- 2) болевой синдром значительно выражен;
- 3) нередко исчезает периодичность боли, она становится почти постоянной;
- 4) редко болевой синдром слабо выражен;
- 5) характерно быстро наступающее истощение;
- 6) дифференцируют с первично-язвенной формой рака желудка;
- 7) частые осложнения — массивное желудочное кровотечение, пенетрация язвы в поджелудочную железу, реже — перфорация язвы;
- 8) малигнизация — возможна.

Сочетанные язвы:

- 1) присоединение язвы желудка к язве ДК ухудшает течение заболевания;
- 2) боль становится интенсивной;
- 3) зона локализации боли расширяется;
- 4) наряду с «поздней», «ночной», «голодной» появляется «ранняя» боль;
- 5) появляются чувство переполнения желудка после еды, выраженная изжога, часто наблюдается рвота;
- 6) осложнения — пилороспазм, рубцовый стеноз привратника, кровотечение, перфорация (чаще дуоденальной язвы).

Множественные язвы:

- 1) характеризуются медленным рубцеванием, частыми рецидивами и осложнениями;
- 2) в ряде случаев течение не отличается от течения одиночной язвы.

Особенности язвенной болезни в юношеском возрасте и подростковом периоде:

- 1) локализация язвы чаще в ДК;
- 2) течение чаще латентное или атипичное;
- 3) болевой синдром выражен слабо, возможны «нейровегетативные маски» — потливость, артериальная гипертензия, повышенная раздражительность;
- 4) осложнения развиваются редко;
- 5) заживление язвы быстрое.

Особенности язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста:

- 1) преимущественная локализация язвы — в желудке;
- 2) увеличение диаметра и глубины язвенного дефекта;
- 3) медленное рубцевание язвенного дефекта;
- 4) характерно увеличение числа и тяжести осложнений;
- 5) болевой синдром выражен слабо или умеренно;
- 6) частое осложнение — кровотечение;
- 7) дифференцируют с раком желудка.

Особенности язвенной болезни у женщин:

- 1) предрасполагающие факторы развития — наследственный и гормональный;
- 2) течение более благоприятное, чем у мужчин;
- 3) болевой синдром выражен слабее, чем у мужчин, и отчетливо выражен диспепсический синдром;
- 4) осложнения развиваются реже, чем у мужчин;
- 5) язвенная болезнь никогда не развивается и не рецидивирует во время беременности;
- 6) у женщин возможен *синдром «предменструального напряжения»* — нарастание симптомов во второй фазе менструального цикла и исчезновение их через два-три дня от начала менструации.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика язвенной болезни включает обязательные и дополнительные методы исследования.

Методы диагностики язвенной болезни

Обязательные лабораторные исследования	Обязательные инструментальные исследования
<ul style="list-style-type: none">• клинический анализ крови• (при изменениях — каждые десять дней)• общий анализ мочи• биохимический анализ крови: общий белок + фракции, аминотрансферазы, билирубин, глюкоза, Na, K, Ca, Cl, Fe• группа крови и резус-фактор• анализ кала на скрытую кровь• диагностика <i>Helicobacter Pylori</i>• исследование желудочной секреции методом фракционного зондирования	<ul style="list-style-type: none">• рентгенологическое исследование• ФЭГДС с прицельной биопсией (при локализации язвы в желудке — 4–6 биоптата из дна и краев язвы) и гистологическим исследованием
	Дополнительные исследования (по показаниям)
	<ul style="list-style-type: none">• определение уровня сывороточного гастрина;• УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы;• компьютерная томография

Методы диагностики *Helicobacter Pylori*

1. Прямые:
 - **морфологический** — «золотой стандарт» диагностики *HP* инфекции. Применяется при первичной диагностике *HP* и для контроля эрадикации;
 - **бактериологический** — *посевы с биоптатов СОЖ на кровяные питательные среды*. Степень обсеменения зависит от числа выросших микробных колоний. Возможно определение чувствительности *HP* к конкретному антибактериальному препарату. Применяется в случаях инфекции *HP*, резистентной к обычным схемам эрадикационной терапии;
 - **постановка полимеразной цепной реакции (ПЦР)** — *типирование штаммов по фрагментам генома бактерий HP в полученной чистой культуре, или в любом биологическом материале, содержащем HP*. На сегодняшний день является самым точным.
2. Косвенные:
 - **серологические (иммунологические) методы диагностики HP** — *оценка состояния гуморального иммунного ответа на антигены HP*; экспресс-серологическую диагностику *HP* широко применяют в качестве первичной диагностики инфекции при проведении эпидемиологических обследований населения и наличии, по данным анамнеза, диагноза ЯБ ДК (когда проведение эндоскопии необязательно); не применяют для контроля результатов эрадикации;
 - **уреазный дыхательный тест** — *определение % содержания изотопа ^{13}C , ^{14}C в выдыхаемом больным CO_2 , образующегося под действием уреазы HP при расщеплении в желудке меченой мочевины*; степень инфицирования *HP* определяется % меченого углерода в выдыхаемом больным воздухе; применяют при первичной диагностике *HP* и для контроля эрадикации;
 - **экспресс-уреазный (биохимический) тест** — *определение времени изменения цвета среды, содержащей мочевины и индикатор рН, от желтого к малиновому, после помещения в нее биоптата СОЖ*; основан на высокой уреазной активности бактерий *HP*, применяется при первичной диагностике *HP*, является самым дешевым из всех методов диагностики *HP*.
 - в зависимости от способа получения биологического материала: *инвазивные и неинвазивные*.
 - в зависимости от метода получения биологического материала: *эндоскопические и неэндоскопические*.
 - виды диагностики *HP*: *первичная* и *контроль эрадикации*.

Биологический материал для проведения исследований — биоптаты СОЖ или ДК, капиллярная кровь, сыворотка крови, кал, слюна, зубной налет и желудочный сок.

Контроль эрадикации НР:

- не ранее чем через месяц после окончания терапии;
- при неосложненной ЯБ ДК — можно не проводить или использовать дыхательный уреазный тест;
- при осложненной ЯБ и после ваготомии — обязательная контрольная эндоскопия с прицельной множественной биопсией, при невозможности — необходим дыхательный уреазный тест.

Эндоскопическое исследование:

- является ведущим, наиболее точным и информативным методом диагностики ЯБ;
- подтверждает наличие язвенного дефекта;
- уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры;
- проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Рентгенологический метод исследования

Признаки язвы. *Прямой признак язвы* — «ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки.

Косвенные признаки язвы — местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной по отношению к язве стенке желудка в виде «указующего перста», конвергенция складок слизистой оболочки к «нише», рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, гиперсекреция натоцак, нарушения гастродуоденальной моторики.

Осложнения ЯБ. Под влиянием неблагоприятных факторов (физическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем, бесконтрольный прием НПВП, др.) возможно развитие осложнений ЯБ: *кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, развитие перивисцерита, формирование рубцово-язвенного стеноза привратника, малигнизация.*



Следует учитывать, что у отдельных больных осложнения могут быть первыми клиническими проявлениями заболевания.

Кровотечение. Явное язвенное кровотечение возникает у 10–15% больных. Скрытое (выявляемое только с помощью реакции Грегерсена) — при обострении ЯБ. Нередко это первый признак заболевания. Для язвенного кровотечения характерно внезапное исчезновение болевого синдрома — *симптом Бергмана*. Признаки явного кровотечения

из язвы: *кровавая рвота, дегтеобразный стул, симптомы острой кровопотери.*

Перфорация язвы. Встречается у 5–15% больных ЯБ, чаще у мужчин. Предрасполагающие факторы — физическое перенапряжение, прием алкоголя, переизбыток. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немом») течения ЯБ. В клинической картине выделяют три периода: *болевого шок, мнимое благополучие, перитонит.*

Пенетрация язвы. Появляется упорная боль с иррадиацией, не связанная с приемом пищи. В проекции пенетрации определяется локальная болезненность и возможен воспалительный инфильтрат. Появляются симптомы поражения вовлеченных органов.

Стеноз привратника и ДК. Формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части ДК и оперативного лечения прободной язвы данной области. В клинической картине пилородуоденального стеноза выделяют три стадии: *компенсации, субкомпенсации, декомпенсации.*

Перивисцерит — спаечный процесс, который развивается между желудком или ДК и соседними органами (поджелудочной железой, печенью, желчным пузырем). Перивисцерит характеризуется более интенсивной болью, усиливающейся после обильной еды, при физических нагрузках и сотрясении тела, иногда повышением температуры и СОЭ.

Малигнизация является не таким частым осложнением язв желудка, как считалось ранее. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не распознанного инфильтративно-язвенного рака желудка.

Дифференциальная диагностика

Язвенную болезнь прежде всего необходимо дифференцировать с симптоматическими (вторичными) гастродуоденальными язвами: *медикаментозными, «стрессовыми», язвами при синдроме Золлингера—Эллисона, гиперпаратиреозе, других заболеваниях* (атеросклероз брюшного отдела аорты и артерий брюшной полости, цирроз печени, хронический панкреатит, ХНЗЛ, ХПН, сахарный диабет).

Медикаментозные язвы острые, чаще локализируются в желудке, могут быть множественными, часто сочетаются с эрозиями гастродуоденальной области. Частое осложнение — кровотечение, редкое — перфорация. Возможно бессимптомное течение. Характерная особенность — быстрое заживление после отмены ЛС.

«Стрессовые» язвы — при тяжелых черепно-мозговых травмах (Кушинга), обширных и глубоких ожогах (Курлинга), инфаркте миокарда и шоке, после тяжелых и обширных операций.

Синдром Золлингера—Эллисона развивается при гастринпродуцирующей опухоли — гастриноме. Характеризуется: гипергастринемией, гиперсекрецией соляной кислоты желудочного сока, множественными рецидивирующими пептическими язвами антрального отдела желудка и ДК, возможны язвы и стриктуры пищевода. Клинические проявления: интенсивная эпигастральная боль, не купирующаяся лекарственными средствами, упорная изжога и отрыжка кислым, диарея, полифекалия, стеаторея, снижение массы тела. При осмотре больного: болезненность в эпигастрии при пальпации живота, локальное мышечное напряжение, положительный симптом Менделя. Адекватная противоязвенная терапия безуспешна.

ЯБ дифференцируют с **первично-язвенной формой рака желудка**. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях определяются: язвенный дефект больших размеров неправильной формы с неровными и бугристыми краями, инфильтрированность СОЖ вокруг язвы, регидность стенки желудка в месте изъязвления. Частая локализация — на большой кривизне желудка. Окончательное заключение о характере изъязвления делается после гистологического исследования биоптатов. Характерно повышение СОЭ.

Необходима дифференциальная диагностика *язв двенадцатиперстной кишки и желудка* (табл. 4.17).

Таблица 4.17

Дифференциальная диагностика язв двенадцатиперстной кишки и желудка

Признаки	Дуоденальная язва	Язва желудка
Возраст	До 40 лет	Старше 40 лет
Пол	Преобладают мужчины	Одинаково часто мужчины и женщины
Боль	Ночная, голодная	Сразу после еды
Рвота	Не характерна	Может быть
Аппетит	Сохранен, повышен или ситофобия	Возможна анорексия
Вес	Стабилен	Может быть снижение

ЯБ также дифференцируют с *другими заболеваниями ЖКТ*, сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной системы, почек, опорно-двигательного аппарата, острым аппендицитом, функциональными гастроэнтерологическими расстройствами.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Цели терапии:

- эрадикация *H. Pylori*;
- быстрая ликвидация симптомов заболевания;
- заживление язвы в контрольные сроки;
- достижение стойкой ремиссии;
- предупреждение развития осложнений;
- профилактика обострений.

В лечении язвенной болезни выделяют три этапа.

1-й этап — *терапия в период обострения заболевания или впервые диагностированной язвенной болезни* — направлена на ликвидацию клинических проявлений и ускорение заживления язвенного дефекта.

2-й этап — *терапия в период стихания обострения или реабилитации* — направлена на ликвидацию воспалительных проявлений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

3-й этап — *терапия в период ремиссии заболевания или противорецидивная терапия* — профилактические мероприятия в период стойкой ремиссии.

Терапия язвенной болезни в активной фазе

Прежде всего необходимо решить вопрос: «Где будет лечиться пациент — дома или в стационаре?»

Абсолютные показания для госпитализации больного ЯБ в терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение стационара:

- впервые выявленная язвенная болезнь;
- часто рецидивирующее течение язвенной болезни;
- наличие в анамнезе «хирургических» осложнений;
- наличие в анамнезе тяжелой сопутствующей патологии (заболевания, злоупотребление алкоголем, курение, наркомания);
- выраженная клиническая симптоматика;
- наличие клинических симптомов, которые не были купированы проводимым лечением первые три дня;
- неэффективность двухнедельной «адекватной» терапии;
- пожилой и старческий возраст;
- наличие больших (до 3 см) и гигантских (более 3 см) язв.

Показания для госпитализации в хирургическое отделение:

- острое кровотечение из язвы или угроза его возникновения;
- пенетрация язвы;
- перфорация язвы;
- резкая деформация желудка или ДК;
- стеноз привратника.

Основные направления лечения язвенной болезни в активной фазе

1. Эрадикация НР.
2. Подавление факторов агрессии:
 - устранение кислотно-пептической агрессии желудочного сока и гастродуоденальной дисмоторики;
 - отказ от курения, употребления кофе, алкоголя, сокогонных продуктов, ulcerогенных лекарственных средств (НПВС, СПВС);
 - устранение психосоциальных стрессовых факторов.
3. Стимуляция факторов защиты:
 - восстановление микроциркуляции в СОЖ и ДК, слизисто-бикарбонатного барьера;
 - улучшение регенераторных процессов;
 - синтез защитных простагландинов.

Основные виды терапии ЯБ: немедикаментозная и медикаментозная.

При лечении ЯБ в активной фазе рекомендуется прежде всего соблюдение режима. В настоящее время подавляющее число больных ЯБ в активной фазе лечатся в амбулаторно-поликлинических условиях. Первые 7–14 дней рекомендуется домашний (полупостельный) режим с пребыванием больного максимально длительное время в положении лежа на спине («клинотерапия») для улучшения регионарного кровообращения и микроциркуляции.

Диетотерапия язвенной болезни:

- питание частое, дробное, механически и химически щадящее;
- стол № 1^а (пища в жидком и желеобразном виде) и стол № 1^б (пища в кашицеобразном и пюреобразном виде) назначают на два-три дня при выраженных симптомах, тяжелом течении и осложнениях ЯБ; затем переходят на стол № 1;
- исключают индивидуально непереносимые продукты;
- прием пищи дробный шесть раз в сутки;
- в пищевом рационе ограничивают легкоусвояемые углеводы (*стимулируют ВНС и повышают секрецию HCl*);
- животных белков — 110–125 г/сут;
- необходимо ликвидировать дефицит витаминов, микроэлементов;
- ограничивают поваренную соль (10–12 г/сут), овощи и фрукты, содержащие грубую растительную клетчатку, употребление жилистого мяса, хрящей, кожи птиц, сала, жареных блюд, острых приправ и пряностей;

- соблюдается принцип химического и термического щажения;
- необходимо исключение острых блюд, маринованных, копченых продуктов, кофе, алкоголя, газированных напитков;
- через 1–1,5 месяца после активной фазы ЯБ рекомендуются тренировочные «зигзаги» — расширение диеты за счет индивидуально хорошо переносимых продуктов;
- цель — стол № 15 (общий стол).

Прочие рекомендации: отказ от приема НПВП (в том числе анальгетиков при болевом синдроме), при невозможности отмены — уменьшение дозы, выбор НПВП с минимальным воздействием на СО ЖКТ.

Основные группы лекарственных средств, используемые в лечении ЯБ

1. Лекарственные средства, подавляющие геликобактерную инфекцию.
2. Антисекреторные препараты:
 - блокаторы H^+/K^+ АТФазы (ингибиторы протонной помпы);
 - блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов;
 - М-холинолитики;
 - антагонисты гастриновых рецепторов;
 - антациды и адсорбенты.
3. Гастроцитопротекторы:
 - цитопротективные средства, стимулирующие слизеобразование;
 - цитопротекторы, образующие защитную пленку;
 - обволакивающие и вяжущие средства.
4. Средства, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию.
5. Спазмолитики.
6. Репаранты.
7. Седативные, антидепрессивные средства, анксиолитики, др.
8. Иммуномодуляторы.

Задачи и основные направления медикаментозной терапии язвенной болезни в активной фазе:

- полная эрадикация НР — *антимикробная терапия* (табл. 4.18);
- длительное и максимальное подавление желудочной секреции — антисекреторная терапия (табл. 4.19);
- укрепление защитных возможностей слизистой оболочки желудка и ДПК — гастропротекторная терапия;
- купирование симптомов — *симптоматическая терапия*.

Таблица 4.18

Антигеликобактерные лекарственные средства

Группы лекарственных средств	Названия лекарственных препаратов
Производные 5-нитроимидазола	Метронидазол, Тинидазол
Производные нитрофурана	Фуразолидон, Нитрофурантоин, Фурадонин
Препараты коллоидного висмута (субцитрат, субсалицилат)	Де-нол, Вентрисол, Бисмофальк
Антибиотики	Амоксициллин, Кларитромицин, Азитромицин, Рокситромицин, Тетрациклин, Левофлоксацин, Рифабутин

Таблица 4.19

Антисекреторные средства

Группы лекарственных средств	Названия лекарственных препаратов
Блокаторы гастриновых рецепторов	Проглумид
М-холинолитики: неселективные селективные	Хлорозил; Гастроцепин, Телензепин
Блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов	Циметидин, Ранитидин, Фамотидин, Низатидин, Роксатидин
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол, Лансопразол, Пантопразол, Рабепразол, Эзомепразол
Антациды и адсорбенты: всасывающиеся	Натрия гидрокарбонат (сода), Магния оксид (жженая магнезия), Магния карбонат, Кальция карбонат (мел осажденный), Ренни (кальция карбонат и магния карбонат), Смесь Бурже (бикарбонат натрия, сернистый натрий, фосфорнокислый натрий), Тамс (кальция карбонат и магния карбонат)
невсасывающиеся	Алюминия гидроксид (глинозем), Альфогель (алюминия фосфат), Альмагель, Альмагель А, Фосфалюгель, Маалокс, Гастал, Компенсан, Алюгастрин, Гелюсил-лак, Пее-хоо, Глина белая
адсорбирующие	Висмута нитрат основной, Викалин, Викаир, Де-нол (Вентрисол)

Гастроцитопротекторы (способствуют активации синтеза гликопротеинов желудочной слизи, улучшая ее качественный состав, гидрофобность и повышая резистентность слизистой оболочки желудка и ДПК):

- *Мизопропрост (цитотек, сайтотек)* — синтетический аналог P_g E₁;
- *Энпростил (арбапростил, риопростил, тимопропил)* — синтетический аналог P_g E₂;
- *Натрия карбеноксолон (биогастрон)* — из корня солодки;
- *Сукральфат (вентер)* — алюминиевая соль сульфатированного дисахариды;
- *Смекта* — глина белая;
- *Препараты висмута (Де-нол, Трибимол, Вентрисол, Бизмат, Биснол, Пепто-бисмол, Бисмофальк).*

Препараты группы метоклопрамида — «прокинетики» (нормализуют моторно-эвакуаторную функцию желудка и ДК):

1. Селективные блокаторы дофаминовых рецепторов:
 - *Домперидон (Мотилиум);*
 - *Сульпирид (Эглонил).*

2. Неселективные блокаторы дофаминовых рецепторов:

Спазмолитики миотропного действия:

- *Папаверин, Но-шпа, Галидор, Феникаберан, Альверин;*
- *Метеоспазмил (Альверин + Симетикон);*
- *Спазмоаналгетики — Дюспаталин (Мебеверин), Максиган, Ревагин, Спазмалгон, Спазган, Спазмалин, Небалган.*

Репаранты (Солкосерил, масло облепихи, Калефлон, Гастрофарм)

способствуют улучшению регенераторных процессов в слизистой оболочке желудка и ДК и заживлению язвенного дефекта. В настоящее время они используются только при длительно не рубцующихся язвах с частыми рецидивами, чаще симптоматических.

Иммуномодуляторы (Тималин, Тактивин, Тимоген, Левамизол) используются в комплексной терапии язвенной болезни желудка и ДК при наличии признаков иммунодефицита, алиментарной недостаточности, дистрофии, длительно не рубцующихся медиогастральных язв.

Седативные, антидепрессивные лекарственные средства, анксиолитики и др. рекомендуются при астеноневротическом синдроме.

Эрадикационная терапия. Под «эрадикацией» *Helicobacter Pylori* (НР) понимают полное уничтожение как вегетативных (спиралевидных), так и кокковых форм этих микроорганизмов. Показания: ЯБ желудка и ДК в стадии обострения или ремиссии, осложненная ЯБ.

Эрадикационные схемы должны быть хорошо переносимыми, достаточно простыми в использовании и экономически оправданными. Для решения этих вопросов были разработаны международные рекомендации, регламентирующие действия клиницистов при лечении ЯБ — «Маастрихтский консенсус».

В **схемах эрадикационной терапии** используют препараты из двух фармакологических групп — *антибактериальные* (два-три лекарственных средства) и одно *антисекреторное* средство. В качестве *антисекреторных* препаратов предпочтительно использование ингибиторов протонной помпы (ИПП).

Общие принципы современной антигеликобактерной терапии:

- основой лечения является использование «тройной» схемы (табл. 4.20);
- курс сочетанной антибактериальной терапии ЯБ составляет 7–10–14 дней (7 дней при использовании ИПП последних поколений);
- после завершения курса эрадикационной терапии (исключение неосложненная ЯБ ДК) необходимо «долечивание» больных с использованием одного из антисекреторных средств — ИПП или блокатора H_2 -рецепторов гистамина;
- эффект эрадикации НР оценивают через четыре-шесть недель после завершения приема антибактериальных препаратов и ИПП;
- оптимальный метод контроля эрадикации — дыхательный тест.

Таблица 4.20

Терапия первой линии — «тройная» (7–14 дней)

ИПП в стандартной дозе 3 раза/день + К + А (М или Т)	К — Кларитромицин А — Амоксициллин	М — Метронидазол Т — Тинидазол
Омепразол 20 мг / Лансопразол 30 мг / Пантопразол 40 мг / Рабепразол 20 мг / Эзомепразол 20 мг 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день / Метронидазол 500 мг 2 раза в день / Тинидазол		
<ol style="list-style-type: none"> 1. ИПП принимают за 30 мин до еды. 2. Антибактериальные препараты назначают во время еды. 3. После окончания эрадикационной терапии продолжают антисекреторное лечение (кроме неосложненной ЯБ ДК): <ul style="list-style-type: none"> • ИПП в стандартной дозе 1 раз в день в 8.00 четыре недели — ЯБ ДК и шесть недель — ЯБ желудка; • H_2 — блокатор в СД 1 раз в день в 20.00 восемь недель — ЯБ ДК и 16 недель — ЯБ желудка 		

Резервная схема эрадикации:

ИПП в стандартной дозе 2 раза в день +
+ Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день +
+ Левифлоксацин 500 мг или Рифабутин 300 мг 1 раз в день.

Терапия второй линии — «квадротерапия» (десять дней) при неэффективности терапии первой линии:

ИПП в стандартной дозе 2 раза в день +
+ Тетрациклин 500 мг 4 раза в день +
+ Висмута Субсалицилат или Субцитрат 120 мг 4 раза в день +
+ Метронидазол 500 мг 3 раза в день
или Фуразолидон 50 — 150 мг 4 раза в день.

Если не удалось достичь успеха после двух адекватных курсов эрадикационной терапии, необходимо провести тесты на чувствительность к антибиотикам и терапию «третьей линии» — использование антибактериальных средств направленного действия.



«Квадротерапия» может быть использована и в качестве схемы первой линии при невозможности проведения «тройной терапии» (высокая резистентность или непереносимость антибактериальных препаратов, включенных в схему).

Терапия в период ремиссии язвенной болезни. Для профилактики обострений и осложнений ЯБ рекомендуют два вида терапии: *непрерывная поддерживающая терапия и терапия «по требованию»*.

Непрерывная поддерживающая терапия язвенной болезни проводится длительно, в течение нескольких месяцев и даже лет одним из антисекреторных препаратов (ИПП или блокатором H_2 -гистаминовых рецепторов) в половине терапевтической дозы. ИПП следует принимать до завтрака (в 8.00), а блокатор H_2 -гистаминовых рецепторов — в 20.00.

Терапия «по требованию» — при появлении первых симптомов обострения ЯБ прием одного из антисекреторных препаратов (ИПП или блокатор H_2 -гистаминовых рецепторов) в полной терапевтической дозе в течение двух-трех дней, а затем — в половине терапевтической дозы в течение двух-трех недель.

Показания для проведения «непрерывной поддерживающей медикаментозной терапии» язвенной болезни:

- неэффективность эрадикационной терапии;
- частые рецидивы язвенной болезни (более двух раз в год);

- «злостные курильщики», больные, злоупотребляющие алкоголем, наркоманы;
- сочетание язвенной болезни с заболеваниями, способствующими развитию пептической язвы (гиперпаратиреоз, цирроз печени, хронический панкреатит и др.);
- осложнения язвенной болезни (в анамнезе кровотечения, перфорация);
- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных и стероидных противовоспалительных препаратов, других лекарственных средств, обладающих ульцерогенным действием;
- сопутствующий язвенной болезни эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;
- наличие грубых рубцовых изменений в стенках пораженного органа;
- больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением язвенной болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию;
- наличие активного гастродуоденита и НР в слизистой оболочке.

Показания к применению терапии ЯБ «по требованию»:

- впервые выявленная язвенная болезнь ДК;
- неосложненное течение язвенной болезни ДК с коротким анамнезом (не более 4 лет);
- частота рецидивов дуоденальных язв не более двух раз в год;
- наличие при последнем обострении типичных болей и доброкачественного язвенного дефекта без грубой деформации стенки пораженного органа;
- согласие больного активно выполнять рекомендации врача;
- отсутствие активного гастродуоденита и НР в слизистой оболочке.

Немедикаментозная терапия в неактивную фазу язвенной болезни

Режим общий.

Стол № 15, дробное питание до 8 раз в день.

Санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний — осложнения в анамнезе, пилородуоденальный стеноз, подозрение на злокачественный характер язвы).

Лечение минеральными водами: маломинерализованные (2–5 г/л) — Смирновская, Славянская, Боржоми, Лужанская, Ессентуки № 4, t° воды 38–40 °С, в дегазированном виде за 1–1,5 часа до еды 100–200 мл 3 раза в день, курс 3–4 недели.

Фитотерапия.

Экспертиза трудоспособности

Критерии эффективности лечения ЯБ — достижение клинко-эндоскопической ремиссии заболевания: улучшение общего состояния, исчезновение клинических проявлений обострения язвенной болезни, снижение или нормализация базальной секреции желудка, исчезновение НР в слизистой оболочке, заживление язвы (формирование «белого рубца»), отсутствие рецидивов в течение 1 года и более после лечения.

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при обострении язвенной болезни: легком — 21–28 дней, среднетяжелом — 40–50 дней, тяжелом — 2–2,5 месяца. *Возможна стойкая утрата трудоспособности* (при осложнениях ЯБ).

Диспансерное наблюдение

Цель диспансерного наблюдения: обеспечить стабильную ремиссию ЯБ и предупредить развитие осложнений. Диспансерные осмотры проводятся: два раза в год при среднетяжелом течении, три-четыре раза в год при развитии осложнений, четыре раза в год при тяжелом течении. Назначаются: общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь, диагностика НР-инфекции неинвазивными методами, рентгенологическое исследование ЖКТ, по показаниям — ЭГДС, консультация специалистов (при тяжелом течении, длительно нерубцующейся язве, каллезной язве — консультация хирурга один раз в год). При проведении диспансеризации необходимо: обращать внимание больных на нормализацию образа жизни, проводить эрадикационную терапию при выявлении Н. рylogi. При отсутствии обострений язвенной болезни в течение пяти лет больного снимают с диспансерного учета.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что такое «весы Shay»?
2. Какие варианты атипичного течения ЯБ вам известны?
3. Какие методы диагностики НР инфекции можно применять для контроля эрадикации и через какой период времени после завершения терапии?
4. Какие группы лекарственных средств включены в эрадикационные схемы? Какие варианты антигеликобактерной терапии вам известны?

ВОПРОСЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВРАЧУ ПАЦИЕНТОМ

1. **Всегда ли при язвенной болезни появляется боль в животе?**

Ответ. При атипичном течении язвенной болезни эквивалентом боли могут быть изжога и чувство голода. Встречаются также случаи безболевого течения язвенной