

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Канан М.И.Т.

Канан Мохаммад И.Т. – ординатор,
кафедра факультетской хирургии,
Российский университет дружбы народов, г. Москва

Аннотация: язвенная болезнь (ЯБ) характеризуется прекращением активности внутренней оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) из-за секреции желудочной кислоты или пепсина. Боль в эпигастрии обычно возникает в течение 15-30 минут после еды у пациентов с язвой желудка; с другой стороны, боль при язве двенадцатиперстной кишки обычно возникает через 2-3 часа после еды.

ЯБ - глобальная проблема, риск развития которой составляет от 5% до 10%. В целом, во всем мире наблюдается снижение заболеваемости ЯБ благодаря улучшенным гигиеническим и санитарным условиям в сочетании с эффективным лечением и разумным использованием НПВП. Язвы двенадцатиперстной кишки в четыре раза чаще, чем язвы желудка. Также язвы двенадцатиперстной кишки чаще встречаются у мужчин, чем у женщин.

Ключевые слова: инфекция *H. Pylori*, НПВП, антисекреторные препараты, стресс, кровотечение, перфорация.

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) характеризуется прекращением активности внутренней оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) из-за секреции желудочной кислоты или пепсина. Он простирается в мышечный слой эпителия желудка. Обычно возникает в желудке и проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки. Это может быть поражение нижнего отдела пищевода, дистального отдела двенадцатиперстной кишки или тощей кишки. Боль в эпигастрии обычно возникает в течение 15-30 минут после еды у пациентов с язвой желудка; с другой стороны, боль при язве двенадцатиперстной кишки обычно возникает через 2-3 часа после еды. Сегодня тестирование на *Helicobacter pylori* рекомендуется всем пациентам с язвенной болезнью. Некоторым пациентам для подтверждения диагноза может потребоваться эндоскопия, особенно у пациентов со зловещими симптомами.

Этиология

Язвенная болезнь (ЯБ) возникает по разным причинам; однако ЯБЖ ассоциированная с *Helicobacter pylori*, и ЯБД ассоциированная с НПВП, составляет большую часть этиологии заболевания.

Причины язвенной болезни.

Общие:

- Инфекция *H. Pylori*.
- НПВП.
- Лекарства.

Редко:

- Злокачественные новообразования (рак желудка/легких, лимфомы).
- Стресс (острое заболевание, ожоги, травма головы).
- Вирусная инфекция.
- Сосудистая недостаточность.
- Лучевая терапия.
- Болезнь Крона.
- Химиотерапия.

Helicobacter Pylori- ассоциированная ЯБЖ

H. pylori - это грамотрицательная палочка, которая обнаруживается в эпителиальных клетках желудка. Эта бактерия ответственна за 90% язв двенадцатиперстной кишки и от 70% до 90% язв желудка. Инфекция *H. pylori* чаще встречается среди лиц с более низким социально-экономическим статусом и обычно передается в детстве. Организм имеет широкий спектр факторов вирулентности, позволяющих ему прилипать к слизистой оболочке желудка и вызывать воспаление. Это приводит к гипохлоргидрии или ахлоргидрии, что приводит к язве желудка.

Факторы вирулентности *Helicobacter pylori*:

1 Уреаза: секреция уреазы расщепляет мочевины до аммиака и защищает организм, нейтрализуя кислую среду желудка.

2 Токсины: *CagA* / *VacA* связаны с воспалением слизистой оболочки желудка и повреждением тканей хозяина.

3 Жгутики: обеспечивают подвижность и позволяют продвигаться к эпителию желудка.

ЯБД, ассоциированная с НПВП

Использование нестероидных противовоспалительных препаратов - вторая по частоте причина ЯБ после инфекции *H. pylori*. Секреция простагландина обычно защищает слизистую желудка. НПВП блокируют синтез простагландинов, ингибируя фермент ЦОГ-1, что приводит к уменьшению выработки желудочной слизи и бикарбонатов, а также к снижению кровотока через слизистые оболочки.

Лекарства

Помимо НПВП, в этиологию ЯБ причастны кортикостероиды, бисфосфонаты, хлорид калия, стероиды и фторурацил.

Курение также играет роль в язве двенадцатиперстной кишки, но эта корреляция не является линейной. Алкоголь может раздражать слизистую желудка и вызывать повышение кислотности.

Гиперсекреторная среда

- Системный мастоцитоз.
- Муковисцидоз.
- Гиперпаратиреоз.
- Гиперплазия антральных G-клеток.

История и физика

Признаки и симптомы язвенной болезни могут различаться в зависимости от локализации заболевания и возраста. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки можно дифференцировать по времени появления симптомов в связи с приемом пищи. Ночная боль часто встречается при язве двенадцатиперстной кишки. Пациенты с обструкцией выходного отверстия желудка обычно сообщают о вздутии живота или переполнении.

Общие признаки и симптомы включают:

- Боль в эпигастриальной области живота.
- Вздутие живота.
- Полнота живота.
- Тошнота и рвота.
- Снижение веса/увеличение веса
- Гематемезис.
- Мелена.

Предупреждающие или тревожные симптомы, которые требуют срочного направления, включают:

- Непреднамеренная потеря веса.
- Прогрессирующая дисфагия.
- Явное желудочно-кишечное кровотечение.
- Железодефицитная анемия.
- Рецидивирующая рвота.
- Семейный анамнез злокачественных новообразований верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Оценка

Диагностика ЯБ требует сбора анамнеза, физического осмотра и инвазивных/неинвазивных медицинских тестов.

История

Необходимо собрать тщательный анамнез и отметить наличие любых осложнений. Сообщения пациентов о боли в эпигастральной области живота, ранние насыщения и полноте после еды вызывают подозрение на ЯБ. Боль при язве желудка усиливается через 2–3 часа после еды и может привести к потере веса, тогда как боль при язве двенадцатиперстной кишки уменьшается после еды, что может привести к увеличению веса. Любой пациент с анемией, меленой, гематемезисом или потерей веса должен быть дополнительно обследован на предмет осложнений ЯБД, преимущественно кровотечения, перфорации или рака.

Физический осмотр

Медицинский осмотр может выявить болезненность в эпигастральной области живота и признаки анемии.

Расследования

1 Эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС): золотой стандарт и наиболее точный диагностический тест с чувствительностью и специфичностью до 90% при диагностике язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Американское общество гастроинтестинальной эндоскопии опубликовало рекомендации о роли эндоскопии у пациентов с болью в верхней части живота или диспепсическими симптомами, указывающими на ЯБД. Пациенты старше 50 лет и с впервые появившимися диспепсическими симптомами должны пройти обследование с помощью ЭГДС. Любой человек с тревожными симптомами должен пройти ЭГДС независимо от возраста.

2 Проглатывание бария: показано, когда противопоказана ЭГДС.

3 Полный анализ крови, функция печени и уровни амилазы и липазы.

4. Тест на *Helicobacter pylori*:

- Серологическое тестирование.
- Дыхательный тест на мочевины: Высокая чувствительность и специфичность. Его можно использовать для подтверждения эрадикации через 4-6 недель после прекращения лечения. В присутствии уреазы, фермента, продуцируемого *H.pylori*, радиоактивно меченый диоксид углерода, продуцируемый желудком, выдыхается легкими.

- Антитела к *H.pylori* также можно измерить.

- Анализ стула на антиген.

- ELISA на основе мочи и экспресс-анализ мочи.

- Эндоскопическая биопсия: посев обычно не рекомендуется, так как он дорог, требует много времени и инвазивен. Он показан, если лечение эрадикацией не дает результатов или есть подозрения на устойчивость к антибиотикам. Для повышения чувствительности необходимы биопсии как минимум из 4-6 участков. Язвы желудка обычно расположены на малой кривизне между антральным отделом и глазным дном. Большинство язв двенадцатиперстной кишки локализуется в первой части двенадцатиперстной кишки.

6. Компьютерная томография брюшной полости с контрастированием имеет ограниченную ценность в диагностике самой ЯБД, но полезна для диагностики ее осложнений, таких как перфорация и обструкция выходного отверстия желудка.

Лечение

Медикаментозная терапия

Антисекреторные препараты, применяемые при ЯБД, включают антагонисты H₂-рецепторов и ингибитор протонной помпы (ИПП). ИПП в значительной степени заменили блокаторы H₂-рецепторов из-за их лучшего заживления и эффективности. ИПП блокируют выработку кислоты в желудке, облегчая симптомы и способствуя заживлению. Лечение может быть включено с добавками кальция, так как длительное использование ИПП может увеличить риск переломов костей. Язвы, вызванные НПВП, можно лечить путем прекращения приема НПВП или перехода на более низкую дозу. По возможности также следует прекратить прием кортикостероидов и антикоагулянтов. Аналоги простагландина (мизопростол) иногда

используются в качестве профилактики пептических язв, вызванных приемом НПВП. Лечение первой линии для вызванной *H. pylori* PUD представляет собой тройную схему, включающую два антибиотика и ингибитор протонной помпы. Пантопразол, кларитромицин, Антибиотики и ИПП работают синергетически для уничтожения *H. pylori*. Выбранный антибиотик должен учитывать наличие устойчивости к антибиотикам в окружающей среде. Если терапия первой линии не дает результатов, применяется четырехкратная терапия висмутом и различными антибиотиками.

Рефрактерная болезнь и хирургическое лечение

Хирургическое лечение показано, если пациент не реагирует на лечение, не соблюдает его или имеет высокий риск осложнений. Рефрактерная пептическая язва - это язва диаметром более 5 мм, которая не заживает, несмотря на 8–12 недель терапии ИПП. Распространенными причинами являются стойкая инфекция *H. pylori*, продолжающееся употребление НПВП или значительные сопутствующие заболевания, ухудшающие заживление язвы, или другие состояния, такие как гастриннома или рак желудка. Если язва сохраняется, несмотря на устранение вышеуказанных факторов риска, пациенты могут быть кандидатами на хирургическое лечение. Хирургические варианты включают ваготомию или частичную гастрэктомию.

Дифференциальный диагноз

Следующие состояния могут проявляться симптомами, аналогичными язвенной болезни, и важно знать их клинические проявления, чтобы поставить правильный диагноз.

- Гастрит - воспалительный процесс слизистой оболочки желудка иммуноопосредованной или инфекционной этиологии, проявляющийся болью в верхней части живота и тошнотой. Клиническая картина очень похожа на язвенную болезнь.

- Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Пациенты обычно описывают ощущение жжения в эпигастрии и нижней за грудиной области, чрезмерное слюноотделение или периодическую регургитацию пищевого материала.

- Рак желудка - помимо боли в животе, пациенты обычно описывают тревожные симптомы, такие как потеря веса, мелена, повторяющаяся рвота или признаки злокачественности в другом месте в случае метастазов.

- Панкреатит - боль в эпигастрии или правом подреберье, более стойкая и сильная, усиливающаяся в положении лежа на спине, и пациенты обычно имеют в анамнезе алкоголизм или желчные камни. Повышенные уровни амилазы и липазы в сыворотке полезны при диагностике.

- Желчная колика - периодическая сильная глубокая боль в правом подреберье или эпигастрии, вызванная жирной пищей.

- Холецистит - боль в правом подреберье или в эпигастрии, которая обычно длится часами, усиливается от жирной пищи и сопровождается тошнотой и рвотой. Лихорадка, тахикардия, положительный симптом Мерфи, лейкоцитоз и нарушение функции печени помогают еще больше отличить это от желчной колики.

Это некоторые потенциально опасные для жизни состояния, которые также могут иметь похожие проявления.

- Инфаркт миокарда - особенно при поражении нижней стенки и правого желудочка, иногда пациенты могут проявлять боль в эпигастрии с тошнотой и рвотой. Наличие других симптомов, таких как головокружение, одышка и отклонения от нормы жизненно важных функций у пациента из группы высокого риска, должно насторожить врача, чтобы он обратил внимание на это.

- Ишемия брыжейки - острая ишемия брыжейки проявляется сильной острой болью в животе; хронический вариант обычно проявляется постоянной постпрандиальной болью в эпигастрии и может быть ошибочно принят за язвенную болезнь. Пожилой возраст, наличие факторов риска атеросклероза и потеря веса должны побуждать к обследованию.

- Мезентериальный васкулит - необъяснимые абдоминальные симптомы с кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта или без него у пациента с другими признаками основного системного васкулита должны вызывать подозрение на мезентериальный васкулит.

Осложнения

- Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- Обструкция выходного отверстия желудка
- Перфорация
- Рак желудка

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

Терапевтическая цель при перфоративной язвенной болезни заключается в восстановлении отверстия в желудочно-кишечном тракте и лечении перитонеального загрязнения. В отличие от кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки, хирургическое вмешательство является основой лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Большинство перфоративных язв происходит в двенадцатиперстной кишке и пилорическом канале; при анализе исследований перфоративной язвенной болезни перфорация чаще всего встречалась в луковице двенадцатиперстной кишки (62%), за ней следовали пилорическая область (20%) и тело желудка (18%). Хотя большинство пациентов с перфорацией язвы не имеют предшествующего анамнеза язвенной болезни, факторы риска перфорации включают предшествующий анамнез язвенной болезни или применение НПВП. У пациентов, получающих терапию НПВП, существует больший риск перфорации язвы с предшествующей язвой в анамнезе, возрастом более 60 лет, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, стероидов или антикоагулянтов 34-37.

Кровотечение

Кровоточащие язвы желудка обычно лучше всего лечат путем иссечения язвы и устранения образовавшегося дефекта желудка. Иссечение или биопсия язвы имеет важное значение, так как 4-5% доброкачественных появляющихся язв на самом деле являются злокачественными язвами. При язвах по большей кривизне желудка, антрального отдела или тела желудка клиновидное иссечение язвы и закрытие образовавшегося дефекта может быть легко достигнуто в большинстве случаев без причинения значительной деформации желудка. Язвы желудка вдоль меньшей кривизны желудка более проблематичны. Из-за богатой аркады сосудов из левой желудочной артерии клиновидное иссечение этих язв более затруднено, чем в других местах, а последующее закрытие желудочного дефекта гораздо чаще приводит к деформации желудка и эфирной просветной непроходимости или желудочному завороту образовавшегося J-образного желудка. При дистальных язвах желудка по малой кривизне дистальная гастрэктомия с реконструкцией Бильрота I или Бильрота II часто является самым простым методом иссечения язвы и восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. Особым случаем является проксимальная язва желудка вблизи гастроэзофагеального (Гэ) перехода. У большинства пациентов наиболее простым подходом является передняя гастротомия с биопсией и пересевом язвы изнутри просвета желудка. При таком подходе относительно легко избежать компрометации GE-соединения. В том случае, если необходимо иссечение язвы, дистальная гастрэктомия с язычковым расширением края резекции малой Кривой для включения язвы и последующая Эзофагогастроэнностомия Roux-Y является отличным вариантом.

Стандартный подход к кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки заключается в выполнении передней продольной дуоденотомии, проходящей через привратник к дистальному отделу желудка. Кровоточащий сосуд, часто гастродуоденальную артерию перевязывают в кратере язвы, накладывая восьмеричный шов сверху и снизу кратера язвы, чтобы контролировать артерию проксимально и дистально. Третий шов накладывается в виде U-образного шва под язвой, чтобы контролировать поперечные ветви поджелудочной железы, которые входят в GDA сзади. Поперечный разрез двенадцатиперстной кишки затем закрывают вертикально, чтобы построить Пилоропластику Гейнеке-Микулича.

В классическом варианте для уменьшения риска рецидива язвы выполняется усеченная ваготомия. Роль ваготомии в 2011 году неясна. Наше современное понимание патогенеза язвенной болезни предполагает, что лечение H. pylori и отказ от применения НПВП должны привести к излечению основного риска развития язвенной болезни. Кроме того, с появлением ИПП теперь стало возможным медикаментозно устранить выработку желудочной кислоты без побочных эффектов ваготомии. Хотя существуют данные первого уровня для перфоративной

язвы двенадцатиперстной кишки, демонстрирующие, что лечение *H. pylori* устраняет необходимость в окончательной хирургии язвы, на сегодняшний день нет ни одного исследования, которое подтвердило бы этот вывод в случае кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки.

Хотя дуоденотомия с непосредственным контролем места кровотечения с ваготомией или без нее является наиболее часто используемым подходом для лечения кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, есть некоторые данные, позволяющие предположить, что более обширная операция может быть связана с более низкой частотой повторного кровотечения. В 1993 году Миллат и его коллеги опубликовали рандомизированное контролируемое исследование, в котором сравнивали ваготомию и пилоропластику с резекцией желудка в сочетании с иссечением язвы. Установлено, что частота повторного кровотечения была выше (17% против 3%) при ваготомии и пилоропластике, но общая летальность не отличалась. Частота основных осложнений, в основном дуоденальных кровотечениях, было значительно выше после резекции желудка. Важным предостережением к этим данным является то, что данное исследование было проведено до широкого использования лечения ИПП и Н-пилори, и неясно, есть ли еще место для агрессивного хирургического лечения основного язвенного заболевания теперь, когда медикаментозная терапия заменила хирургическую терапию в качестве основы лечения язвы. У пациентов без значительных сопутствующих заболеваний, которые не находятся в шоке во время операции, более агрессивный хирургический подход может быть оправдан у пациентов с большими задними язвами двенадцатиперстной кишки. Учитывая трудности лечения трудной культуры двенадцатиперстной кишки при большой задней язве двенадцатиперстной кишки, такой подход должен применяться только хирургами, имеющими значительный опыт в хирургии язвенной болезни.

Несмотря на лучшие хирургические усилия, повторное кровотечение после ваготомии и пилоропластики происходит в 6-17% случаев, эндоскопическая терапия, как правило, не является вариантом после недавней дуоденотомии, оставляя два варианта: либо повторная операция, либо транскатертерная артериальная эмболизация (ТАЭ). Классически повторная операция была процедурой выбора для повторного кровотечения после дуоденотомии. В случае повторного вскрытия при рецидивирующем кровотечении большинство хирургов выступают за более обширную операцию, обычно дистальную гастрэктомию с ваготомией или без нее, а также иссечение или исключение язвы. Этот подход, к сожалению, чреват осложнениями и связан с высокой операционной смертностью. В последнее время несколько авторов выступают за транскатертерная артериальная эмболизация как жизнеспособную альтернативу оперативному лечению язвенных кровотечений, рефрактерных к эндоскопии. Без исследования "голова к голове" неясно, должна ли ТАЭ заменить хирургию в качестве основного подхода к контролю кровотечения, но данные двух больших серий показывают, что ТАЭ может достичь долгосрочного гемостаза примерно у 75% пациентов с рецидивирующим кровотечением после дуоденотомии и перевязки язв. Учитывая значительный риск осложнений или летальности при повторной операции по поводу рецидивирующего кровотечения, ТАЭ, когда она доступна, должна быть первой линией терапии при рецидивирующем кровотечении после дуоденотомии и перевязки язвы.

Следующие рекомендации по диете могут помочь вам справиться с вашей язвой:

- Используйте разнообразные продукты из всех 4 групп продуктов питания. Хорошее питание очень важно для заживления язв. Поговорите с диетологом, чтобы узнать, как удовлетворить ваши потребности в питании, если вы избегаете продуктов, потому что они причиняют вам боль или дискомфорт.

- Старайтесь включать хорошие источники растворимой клетчатки в каждый прием пищи. Овощи, фрукты, овсяная каша и овсяные отруби, ячмень, арахисовое масло, орехи, ореховое масло и бобовые, такие как чечевица, сушеные бобы и горох, являются хорошими источниками. Диета с высоким содержанием растворимых волокон может помочь предотвратить возвращение язв.

- Пейте напитки, содержащие кофеин, в умеренных количествах. Рекомендуется не более 400 мг кофеина в день, что соответствует примерно трем 250 мл (3 чашки) кофе.

Кофеин повышает кислотность желудка, но, похоже, не вызывает язвы и не ухудшает их симптомы. Обратитесь к дополнительным ресурсам для получения дополнительной информации о кофеине в продуктах питания и напитках.

- Если вы пьете алкоголь, делайте это в умеренных количествах. Рекомендуется ограничить потребление

Алкоголь увеличивает кислотность желудка, поэтому он может помешать лечению язвы. Если у вас есть вопросы по поводу употребления алкоголя, поговорите со своим врачом или медицинским работником.

- Острая пища не вызывает язвы, но у некоторых людей она может усугубить симптомы заболевания. Если вас беспокоит острая пища, избегайте ее или ешьте меньше. Вы можете продолжать есть острую пищу, если она не вызывает у вас дискомфорта.

- Прислушайтесь к своему телу. Если есть другие продукты или напитки, которые беспокоят вас, ограничьте или избегайте их. Обсудите это с вашим врачом или поставщиком медицинских услуг.

- Проконсультируйтесь со своим врачом или медицинским работником об использовании лекарств, содержащих кофеин, ацетилсалициловую кислоту и другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Прогноз

Прогноз ЯБД отличный после успешного лечения основной причины. Рецидив язвы можно предотвратить, соблюдая правила и избегая употребления алкоголя, курения и НПВП. К сожалению, частота рецидивов в большинстве превышает 60%. Перфорация желудка, вызванная приемом НПВП, составляет 0,3% на пациента в год.

Список литературы

1. *Narayanan M., Reddy K.M., Marsicano E.* Peptic Ulcer Disease and *Helicobacter pylori* infection. *Missouri medicine*, 2018. May-Jun.
2. *Lanas A., Chan F.K.L.* Peptic ulcer disease. *Lancet* (London, England), 2017. Aug. 5.
3. *Banerjee S., Cash B.D., Dominitz J.A., Baron T.H., Anderson M.A., Ben-Menachem T., Fisher L., Fukami N., Harrison M.E., Ikenberry S.O., Khan K., Krinsky M.L., Maple J., Fanelli R.D., Strohmeyer L.* The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointestinal endoscopy*, 2010. Apr.
4. *Chatila A.T., Bilal M., Guturu P.* Evaluation and management of acute pancreatitis. *World journal of clinical cases*, 2019. May. 6.
5. *Gomes C.A., Junior C.S., Di Saverio S., Sartelli M., Kelly M.D., Gomes C.C., Gomes F.C., Corrêa L.D., Alves C.B., Guimarães S.F.* Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. *World journal of gastrointestinal surgery*, 2017. May. 27.
6. *Morris D.L., Hawker P.C., Brearley S. et al.* Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer: prospective randomised trial. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984;288(6426):1277–1280. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
7. *Ayoub F., Khullar V., Banerjee D., Stoner P., Lambrou T., Westerveld D.R., Hanayneh W., Kamel A.Y., Estores D.* Once Versus Twice-Daily Oral Proton Pump Inhibitor Therapy for Prevention of Peptic Ulcer Rebleeding: A Propensity Score-Matched Analysis. *Gastroenterology research*, 2018. Jun.