

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Департамент охраны здоровья населения  
Администрации Кемеровской области

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

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому  
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия  
для системы послевузовского профессионального образования врачей

Кемерово  
КемГМА  
2009

УДК [616.342-002.44-07:08:615.825.5]:075.8

Помыткина Т. Е. **Рекомендации по диагностике, лечению и реабилитации язвенной болезни:** уч. пособие. – Кемерово, 2008. – 67 с.

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

Учебное пособие предназначено для врачей-интернов, клинических ординаторов высших медицинских учреждений, слушателей тематических циклов усовершенствования врачей, циклов общего усовершенствования по специальности «Терапия» и специализации по гастроэнтерологии в рамках факультета последипломного образования.

**Рецензенты:**

*Нечаева Г. И.* – д-р мед. наук, профессор, зав. Кафедрой внутренних болезней и семейной медицины, ЦПК и ППС ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

*Подхомутников В. М.* – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой кардиологии ГОУ ДПО Новокузнецкого ГИУВа Росздрава.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2009.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Список сокращений</b>	<b>4</b>
<b>Введение</b>	<b>5</b>
<b>Определение</b>	<b>6</b>
<b>Распространенность</b>	<b>7</b>
<b>Факторы риска</b>	<b>9</b>
<b>Классификация</b>	<b>14</b>
<b>Критерии диагностики</b>	<b>15</b>
<b>Особенности течения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста</b>	<b>20</b>
<b>Особенности течения ЯБ у работников производства азотистых удобрений</b>	<b>23</b>
<b>Показания для госпитализации</b>	<b>24</b>
<b>Лечение в амбулаторных условиях</b>	<b>25</b>
<b>Выбор медикаментозного лечения</b>	<b>30</b>
<b>Хирургическое лечение</b>	<b>39</b>
<b>Экспертиза трудоспособности</b>	<b>42</b>
<b>Реабилитация</b>	<b>42</b>
<b>Прогноз</b>	<b>47</b>
<b>Фармакоэкономика кислотозависимых заболеваний</b>	<b>47</b>
<b>Заключение</b>	<b>55</b>
<b>Тестовые задания</b>	<b>56</b>
<b>Ситуационные задачи</b>	<b>61</b>
<b>Ответы на тестовые вопросы</b>	<b>64</b>
<b>Ответы к ситуационным задачам</b>	<b>64</b>
<b>Литература</b>	<b>67</b>

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

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

## ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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

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

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

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

Обсуждение терминологических проблем – не праздное занятие. Термины – это язык науки, необходимое условие общения и взаимопонимания между учеными разных стран и народов. Смысловое значение того или иного понятия в медицине только тогда становится всеобщим достоянием, когда оно зафиксировано точным международным термином, не допускающим различных толкований, кратким, однозначным и благозвучным, легко запоминающимся. Выдающийся клиницист и

## КЛАССИФИКАЦИЯ

(модификация классификаций П. Я. Григорьева, 1986 г.,  
А. Я. Гребенева, 1989 г. и А. А. Шептулина, 1995 г.)

*По этиологии:*

- ассоциированная с *H. pylori*;
- не ассоциированная с *H. pylori*.

*По локализации:*

- язвы желудка – кардиального и субкардиального отделов; тела и угла желудка; антрального отдела; пилорического канала;
- язвы двенадцатиперстной кишки – луковицы; постбульбарного отдела;
- сочетанные язвы желудка и ДПК.

*По типу язв:* одиночные, множественные

*По размеру (диаметру) язв:* малые (до 0,5 см); средние (0,6–1,9 см); большие (2,0–3,0 см); гигантские (более 3,0 см).

*По клиническому течению:*

- типичные;
- атипичные (с атипичным болевым синдромом, безболевая форма, бессимптомные).

*По уровню желудочной секреции:* с гипер-, гипо- и нормосекрецией.

*По характеру течения:* впервые выявленная ЯБ; рецидивирующая форма с редкими обострениями (1 раз в 2–3 года и реже); с ежегодными обострениями, с частыми обострениями (2 раза в год и чаще).

*По стадии заболевания:* обострение, ремиссия.

*По наличию или отсутствию постязвенных деформаций:* рубцово-язвенная деформация желудка; рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК.

*По наличию осложнений:* кровотечение, пенетрация, перфорация, перигастрит, перидуоденит, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация.

*Примерные формулировки диагноза:*

1. Язвенная болезнь желудка, впервые выявленная, НР-ассоциированная, с локализацией язвы на малой кривизне желудка 1,5 см в диаметре, осложненная кровотечением с кровопотерей средней степени тяжести.

2. Язвенная болезнь желудка, НР-ассоциированная, с локализацией в антральном отделе желудка, 0,3 см в диаметре, в фазе обострения. Хронический антральный НР-ассоциированный гастрит в фазе обострения.

3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, не ассоциированная с НР, часто рецидивирующее течение, фаза ремиссии, постбульбарный субкомпенсированный стеноз.

– Задержка хирургического лечения для пожилого больного часто является смертельной.

– Пожилой возраст не может служить противопоказанием к химиотерапии и хирургическому лечению, вплоть до трансплантации органа.

Нередко применение лекарственных препаратов для лечения болезней желудка или других многочисленных заболеваний у пожилых приводит к нарушению функций ЖКТ. Так, антациды, содержащие большое количество солей, могут приводить к диарее и запорам. Гидроксид алюминия образует хелатные соединения с большим количеством лекарственных препаратов – дигоксином, квинидином, тетрациклином, – что препятствует их всасыванию. H<sub>2</sub>-блокаторы ингибируют оксидативные процессы метаболизма многих лекарственных препаратов и приводят к увеличению периода их полувыведения из организма.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯБ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА АЗОТИСТЫХ УДОБРЕНИЙ**

На данном производстве ведущим вредным производственным фактором является химический в виде загрязнения воздушной среды аммиаком, диоксидом и оксидом азота и другими веществами, концентрации которых в воздушной среде иногда превышают ПДК в несколько раз [11]. По данным Помыткиной Т. Е. (2007 г.), на одном из крупных химических предприятий Западной Сибири по производству азотистых удобрений средние концентрации соединений азота за период с 2000 по 2007 г. не превышали ПДК, но отмечены значительные колебания их содержания в воздухе. Наиболее значимые их количества были обнаружены в отношении оксида азота (19 % проб выше ПДК) и диоксида азота (12 % проб выше ПДК). Около четверти всех проб воздуха содержат трихлорэтилен, метанол, циклогексиламин, в количествах, превышающих ПДК.

Большая часть оборудования, с помощью которого изготавливается химическая продукция, является источником шума и незначительной общей вибрации. Параметры общего уровня шума примерно в половине замеров, сделанных санэпидслужбой, превышали допустимые величины, доходя иногда до 85 дБА. Работники подвергались его воздействию практически всю рабочую смену. Параметры микроклимата в 55 % измерений не соответствовали ПДУ. В некоторых цехах регистрировалась температура до 38,5 °С, а в других – 13–15 °С. Влажность воздуха в большинстве измерений соответствовала ПДУ.

Наибольшее число больных ЯБ отмечено в цехах, где азотистые соединения были в наибольшем количестве. Отмечено, что с увеличением стажа работы росло число лиц с ЯБ. Клиническая картина заболевания при стаже работы до трех лет характеризовалась интенсивной субъективной симптоматикой, повышенной секреторной и моторно-эвакуаторной

фуразолидоном (100–200 мг 2 раза в сутки). Альтернативой служит применение комбинации ИПП с амоксициллином и рифабутином (300 мг в сутки) или левовлоксацином (500 мг в сутки). Оптимальным путем преодоления резистентности остается все же подбор антибиотиков с учетом индивидуальной чувствительности данного штамма НР.

Таким образом, состоявшийся в 2005 г. Консенсус «Маастрихт-3» сделал еще один шаг вперед в направлении оптимизации диагностики и лечения инфекции НР [7]. Более полно определена связь бактерии с рядом гастроэнтерологических и негастроэнтерологических заболеваний, что дало возможность более четко сформулировать показания к проведению эрадикации. Подверглись существенному пересмотру схемы эрадикационной терапии. Все это позволяет надеяться на улучшение результатов лечения заболеваний, ассоциированных с НР.

## **ВЫБОР МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Множество лекарственных препаратов с различными механизмами действия и неоднородность самого заболевания ставят перед врачом трудную задачу выбора наиболее рациональной терапии для каждого больного.

С учетом роли, которую отводят в настоящее время геликобактерной инфекции в патогенезе ЯБ и в ее рецидивировании, было принято во всех случаях ее выявления проводить эрадикацию (Маастрихт-3, 2005 г.), однако, учитывая экономические условия, не всегда удается выполнить эрадикацию всем больным ЯБ. Противогеликобактерную терапию в обязательной порядке следует проводить больным ЯБ с высокой степенью обсемененности СО антрального отдела желудка, с часто рецидивирующей и осложненной формой ЯБ ДПК, больным, у которых гастродуоденальная язва возникла на фоне эрозивного антрального гастрита и/или эрозивного бульбита.

Для неосложненных редко рецидивирующих гастродуоденальных язв достаточно эффективной остается традиционная терапия антацидами, антихолинэргическими средствами, с добавлением физиотерапевтических процедур на эпигастральную область. Лечение общедоступно, экономически выгодно, при правильном выборе препаратов лишено нежелательных побочных эффектов. В 70–80 % случаев традиционное лечение приводит к заживлению язвенного дефекта в течение 4–6 недель.

При язвах, протекающих на фоне высокой желудочной секреции, что чаще встречается у лиц молодого возраста с пилородуоденальной локализацией язвы, показано применение блокаторов  $H_2$ -рецепторов и ингибиторов  $H^+/K^+$ -АТФазы. Больным медиогастральной язвой, в патогенезе которой можно предположить преимущественное снижение защитных свойств СО, целесообразно назначать цитопротективные препараты (сукральфат, коллоидный висмут), а при длительно незаживающих язвах – средства, усиливающие репаративные процессы

## ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Трудоспособны больные легкой и среднетяжелой формами ЯБ в стадии ремиссии, при условии отсутствия ближайших и отдаленных последствий оперативного лечения и противопоказаний к условиям труда.

*Временная нетрудоспособность (ВН):*

1. Впервые выявленная ЯБ.
2. Обострения ЯБ и ее осложнения.
3. Необходимость оперативного лечения.

*Сроки лечения:*

1. ЯБ желудка и ДПК, впервые выявленная:  
– стационар 25–29 дней; амбулаторно 3–5 дней; общий срок ВН – 23–30 дней.
2. Медиогастральные язвы:  
– стационар – 45–50 дней; амбулаторно – 4–10 дней; общий срок ВН – 50–60 дней.
3. ЯБ желудка и ДПК, хроническое течение:  
– легкое обострение: амбулаторно – 20–25 дней или стационар 18–30 дней, общий срок ВН – 18–25 дней;  
– обострение средней тяжести: стационар 30–35 дней;  
– тяжелая степень: стационар 40–45 дней.

*Критерии восстановления трудоспособности:*

1. Устранение болевого синдрома, устранение или максимальное уменьшение диспепсического синдрома.
2. Тенденция к прибавке веса.
3. При положительной реакции Греггерсена – стойкое ее исчезновение.
4. Полное рубцевание язвенного дефекта (стадия красного рубца при контрольном ЭГДС через 3 недели после первичного выявления язвенного дефекта и начала лечения).
5. Отсутствие и ликвидация послеоперационных осложнений.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация больных должна начинаться с момента выявления гастродуоденальной язвы и быть направлена на достижение стойкой ремиссии и восстановление структурно-функциональных нарушений желудка и ДПК.

Цель восстановительного лечения в период обострения ЯБ – добиться наиболее быстрого заживления язвы и максимальной нормализации морфологических и функциональных нарушений в гастродуоденальной системе. Средние сроки рубцевания язвы ДПК составляют 3–4 недели, язвы желудка – 4–6 недель. В эти сроки образуется, как правило, свежий («красный») рубец, но сохраняются признаки активного гастродуоденита.

## ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю веса, постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать об осложнении язвенной болезни:

- а) стеноз выходного отдела желудка
- б) малигнизация язвы
- в) пенетрация язвы
- г) микрокровотечение из язвы
- д) перфорация язвы

2. При рентгенографии желудка на малой кривизне тела желудка выявлена остроконечная ниша 1,0 см в диаметре, окруженная симметричным инфильтративным валом, имеющая эластичную стенку, что наиболее характерно для:

- а) язвенного дефекта при неосложненной язвенной болезни
- б) пенетрирующей язвы
- в) озлокачествленной язвы
- г) инфильтративно-язвенной формы рака
- д) эрозии желудка

3. При рентгенографии желудка выявлена плоская ниша в антральном отделе желудка, 2,5 см в диаметре, неправильной формы, с обширной зоной аперистальтики вокруг, эти изменения характерны для:

- а) неосложненной язвы антрального отдела желудка
- б) пенетрирующей язвы
- в) озлокачествленной язвы
- г) эрозивной формы рака в начальной стадии
- д) эрозии желудка

4. Показанием к плановой гастроскопии является:

- а) обострение хронического гастрита
- б) язва желудка
- в) рак желудка
- г) доброкачественная подслизистая опухоль желудка
- д) все перечисленное

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача 1

Больной С., 28 года, шахтер, обратился с жалобами на сильные боли в эпигастральной области ноющего характера, изжогу, запоры (стул один раз в 3–4 дня в виде овечьего кала).

Изжога, боли в эпигастрии беспокоят около года. По ночам часто встает от чувства голода и ест. Подобные боли бывают периодами, купируются приемом пищи, спазмолитиками, соком свежего картофеля. Последнее ухудшение – в течение недели – связывает с приемом алкоголя (прием 0,5 л водки).

Объективно: Астеник. Кожные покровы чистые. Легкие, сердце без особенностей. ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Размеры печени по Курлову  $9 \times 9 \times 7$  см. Пузырные симптомы отрицательны.

Анализ крови общий и биохимический (сахар, печеночные пробы, амилаза крови) в пределах нормы. ЭГДС: Пищевод свободно проходим, кардия смыкается ритмично, в желудке слизь, слизистая в антральном отделе с очагами яркой гиперемии, складки отечны, утолщены, рубцовая деформация луковицы ДПК, гиперемия слизистой. Рентгенография желудка и ДПК: желудок натощак пуст, складки отечны, перистальтика удовлетворительная, эвакуация своевременная, луковица ДПК деформирована.

1. Выделите синдромы. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Ваша дальнейшая тактика.

### Задача 2

Больной П., 42 года, автослесарь. Обратился в поликлинику с жалобами на «голодные» и ночные боли в эпигастрии, изжогу после еды.

С 36 лет – хронический гастрит с повышенной кислотностью. Обострения редкие (один раз в 2–3 года), лечился амбулаторно. Описанные жалобы в течение 2 недель на фоне стресса. В 35 лет проведена резекция верхней доли правого легкого по поводу туберкуломы. Курит с 20 лет 5–7 сигарет в день. Язвенная болезнь у родственников по материнской линии.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Легкие, сердце без особенностей. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в пилорoduodenальной области. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову:  $10 \times 8 \times 7$  см. Пузырные симптомы отрицательны.

Анализ крови общий и биохимический: Нб 143 г/л; лейкоциты  $4,2 \times 10^9$ /л; СОЭ 5 мм/ч, билирубин 16,3 мкмоль/л, прямой 3,6 мкмоль/л;

*Учебное издание*

*Помыткина Татьяна Евгеньевна*

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

*Корректор, технический редактор – Аносова К. М.*

*Художественный редактор – Сапова Т. А.*

*Ответственный редактор – Помыткина Т. Е.*

Подписано в печать 02.06.2009. Тираж 50 экз. Формат 21×30½.  
Условных печатных листов 4,0. Печать трафаретная.