**«ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ»**

***Автор: Перфильева Анна Владимировна,***

***студентка краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Ачинский медицинский техникум»***

***Руководитель: Масловская Елена Сергеевна, преподаватель***

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Этиология и патогенез**

Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотовыделения, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами Helicobacter pylori (H. pylori)).

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка, уменьшения содержания простагландинов в стенке желудка (например, при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)).

Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам H. pylori, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учеными Б. Маршаллом (B.Marshall) и Дж.Уорреном (J. Warren). Спектр неблагоприятного влияния Н. pylori на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреаза, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины.

Обсеменение слизистой оболочки желудка Н. pylori сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обусловливает появление в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии (перестройки эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), которые быстро заселяются Н. pylori. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, 0(I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.) в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект.

**Классификация**

1. По локализации: желудок, двенадцатиперстная кишка, сочетанная локализация.

2. По клиническому течению: фаза ремиссии, фаза обострения.

3. Характеристика местных изменений:

* простая (недавно образовавшаяся),
* хроническая,
* каллезная (с грубыми рубцовыми стенками) язва;
* рубцово-язвенная деформация;
* рубцовая деформация (язвы нет);
* рубец на месте зажившей язвы (без деформации).

4. Осложнения:

* кровотечение (в анамнезе, остановившееся, продолжающееся с указанием кровопотери: легкая, средняя, тяжелая)
* перфорация (типичная, прикрытая, забрюшинная, в малую сальниковую сумму, с подробной характеристикой вторичных осложнений)
* стеноз (формирующийся, компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный)
* пенетрация (с указанием органа, ткань которого является дном язвы)
* малигнизация

По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта – язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0 - 3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы.

В диагнозе отмечаются стадия течения заболевания: обострения, заживления, рубцевания (эндоскопически подтвержденная стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

Язва желудка (К25)

* К25.0 – острая с кровотечением
* К25.1 – острая с прободением
* К25.2 – острая с кровотечением и прободением
* К25.3 – острая без кровотечения и прободения
* К25.4 – хроническая или неуточненная с кровотечением
* К25.5 – хроническая или неуточненная с прободением
* К25.6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
* К25.7 – хроническая без кровотечения и прободения
* К25.9 – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

Язва двенадцатиперстной кишки (К26)

* К26.0 – острая с кровотечением
* К26.1 – острая с прободением
* К26.2– острая с кровотечением и прободением
* К26.3 – острая без кровотечения и прободения
* К26.4 – хроническая или неуточненная с кровотечением
* К26.5 – хроническая или неуточненная с прободением
* К26.6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
* К26.7 – хроническая без кровотечения и прободения
* К26.9 – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

**Клиническая картина язвенной болезни желудка и ДПК**

Ведущим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов.

При обострении ЯБ часто встречаются также отрыжка кислым, тошнота, запоры. Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение и потому вызываемая пациентами искусственно, всегда считалась признаком ЯБ, однако, в настоящее время она встречается сравнительно редко. При обострении заболевания нередко отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, пациенты ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

Клинические симптомы, наблюдаемые при обострении язвенной болезни, не являются патогномоничными и могут встречаться при других заболеваниях, поэтому диагноз ЯБ должен обязательно подтверждаться инструментальными методами исследования.

В период обострения ЯБ при объективном исследовании часто удается выявить болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения ЯБ.

Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов.

В неосложненных случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких, как физическое перенапряжение, прием НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений. К ним относятся кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза, малигнизация язвы.

**Лечение**

Лечение должно быть комплексным и включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих ульцерогенным действием, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Больные с неосложненным течением ЯБ подлежат консервативному лечению. В большинстве случаев оно проводится амбулаторно. Однако при выраженном болевом синдроме, высоком риске развитии осложнений (например, большие и гигантские размеры язв), необходимости дообследования с целью верификации диагноза (например, при неясном характер язвенного поражения желудка), тяжелых сопутствующих заболеваниях целесообразна госпитализация пациентов.

1. Диетотерапия

Частое (5-6 раз в сутки), дробное питание, механического, термического и химического щажения. Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соления и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые.

Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (т.е. способностью связывать и нейтрализовывать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты. Разрешаются также макаронные изделия, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные и вегетарианские супы. Овощи (картофель, морковь, кабачки, цветная капуста) можно готовить тушеными или в виде пюре и паровых суфле. В пищевой рацион можно включать каши, кисели из сладких сортов ягод, желе, сырые тертые и печеные яблоки, какао с молоком, некрепкий чай.

Необходимо принимать пищу в спокойной обстановке, не спеша, сидя, тщательно прожевывать пищу.

2. Консервативное лечение

Пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса (ИПН) течение 4-6 недель.

В качестве базисной противоязвенной терапии в настоящее время могут рассматриваться только антациды, блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов (Н -блокаторы) и ИПН (ингибиторы протонного насоса).

Лишь препараты этой группы могут выполнить после их приема условия правила продолжительности повышения рН в желудке, необходимой для заживления гастродуоденальных язв. В настоящее время ИПН являются средством базисной терапии обострения ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки.

В настоящее время существует протокол фармакотерапии ЯБ, который предусматривает назначение выбранного препарата в суточной дозе:

* омепразола – в дозе 20 мг,
* лансопразола – в дозе 30 мг,
* пантопразола – в дозе 40 мг,
* рабепразола – в дозе 20 мг,
* эзомепразола – в дозе 20 мг.

Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2-4 недели. Базисная антисекреторная терапия с применением ИПН служит основным методом лечения идиопатических гастродуоденальных язв.

При неэффективности ИПН или наличии противопоказаний к их применению пациентам с обострением ЯБ с целью достижения заживления язв рекомендуется назначение в течение 4-6 недель Н2-блокаторов (ранитидин, фамотидин). Они подавляют секрецию соляной кислоты за счет вытеснения гистамина из связи с Н2-рецепторами париетальных клеток. Эти препараты поддерживают показатели внутрижелудочного рН> 3 на протяжении суток в течение 8-10 часов.

Тем не менее, после того как в клинической практике в качестве базисной антисекреторной терапии стали широко применяться ИПН, Н2-блокаторы утратили свои позиции и в настоящее время применяются редко, главным образом, при невозможности применения ИПН или же в комбинации с ними с целью усиления антисекреторного действия.

Всем пациентам с ЯБ с положительными результатами тестирования на инфекцию H.рylori с целью профилактики последующих рецидивов ЯБ рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

Эрадикационная терапия значительно снижает риск рецидива заболевания в течение года после ушивания дефекта. Выбор той или схемы эрадикации зависит от частоты резистентности штаммов Н. pylori к кларитромицину.

Схемой первой линии является стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя:

* ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки),
* кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки),
* амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки).

В настоящее время разработаны меры, которые позволяют повысить эффективность стандартной тройной терапии:

1. Назначение дважды в день повышенной дозы ИПН (удвоенной по сравнению со стандартной).

2. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПН и кларитромицином до 14 дней.

3. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приема лекарственных средств.

Как вариант эрадикационной терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) может быть назначена классическая четырехкомпонентная схема:

* висмут трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки),
* ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки),
* тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки),
* метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней.

Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя:

* ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки),
* левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки),
* амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки).

Терапия третьей линии основывается на определении индивидуальной чувствительности Н.pylori к антибиотикам.

3. Хирургическое лечение

Пациентов с осложненными формами ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация и др.) рекомендуется госпитализировать с целью оперативного лечения в стационар хирургического профиля.

Главной задачей лечения в отделении интенсивной терапии является стабилизация состояния пациента – восполнение объема циркулирующей крови, борьба с проявлениями гиповолемического шока, адекватное обезболивание, лечение декомпенсированных сопутствующих заболеваний и синдрома системной воспалительной реакции, после чего могут быть применены хирургический и/или эндоскопический методы лечения.

**Профилактика язвенной болезни**

Диспансерное наблюдение пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения.

Всем лицам с наличием инфекции H. pylori при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики ЯБ и ее обострений.

Профилактика язвенной болезни позволяет предотвратить это распространенное и опасное своими осложнениями заболевание, а также избежать рецидивов в том случае, если человек уже болен.

Виды профилактики язвенной болезни:

* Первичная профилактика язвенной болезни. Направлена на предупреждение развития болезни и устранение факторов риска.
* Вторичная профилактика язвенной болезни. Направлена на снижение риска обострений и рецидивов уже существующего заболевания.
* Третичная профилактика язвенной болезни. Направлена на снижение вероятности развития осложнений болезни.

Методы первичной профилактики язвенной болезни:

* Соблюдение гигиены ротовой полости, своевременное лечение зубов и десен. Больные зубы – это входные ворота для инфекции, а кроме того, больные зубы не дают возможности должным образом пережевывать пищу, что приводит к повышенной нагрузке на желудок,
* Организация правильного режима и рациона питания. Рекомендуется исключить из рациона или же ограничить употребление копченостей, чрезмерно острой, пряной и соленой пищи. Кулинарная обработка блюд должна быть щадящей – без сильного зажаривания блюд. Газированные напитки, очень горячую или, наоборот, очень холодную пищу также следует исключить,
* Профилактика авитаминоза,
* Отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя),
* Профилактика и лечение гормональных нарушений,
* Дозированные физические нагрузки, организация распорядка дня,
* Отказ от частого приема лекарственных препаратов (по возможности), особенно бессистемного приема и самоназначения лекарств,
* Профилактика заражения Helicobacter pylori – использование индивидуальной посуды, полотенец.

Вторичная профилактика язвенной болезни:

* Санаторно-курортное лечение,
* Регулярные курсы противорецидивной терапии в осенний и весенний период,
* Строгое соблюдение противоязвенной диеты,
* Санация заболеваний и хронических очагов инфекции, которые могут спровоцировать рецидив,
* Регулярный контроль состояния язвы в медицинском учреждении.

Кроме того, для предотвращения язвенной болезни очень важен психологический комфорт: иногда стрессы и нервные расстройства также могут стать причиной развития заболевания.

**Список литературы**

1. Клинические рекомендации РФ 2018-2020 (Россия). Язвенная болезнь

2. Мадаминов А.М, Мадаминова М.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: учебно-методическое пособие. – Бишкек: изд-во Крсу, 2010 – 50 с.

3. Овчинников В.И. Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.– Екатеринбург,2019. –17с.

4. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии (Unsolved and Debatable Issues of Modern Gastroenterology). – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 224 с.: ил.