**Язвенная болезнь**

*1. Определение* Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой других органов системы пищеварения, развитию осложнений, угрожающих жизни больного. Заболевание возникает вследствие расстройств нейрогуморальной и эндокринной регуляции, секреторных и моторных процессов, а также нарушений защитных механизмов слизистой оболочки этих органов.  
  
*2. Этиология* Факторы:  
1) длительное и часто повторяющееся нервно-эмоциональное перенапряжение (стресс);  
2) генетическая предрасположенность, в том числе стойкое повышение кислотности желудочного сока;  
3) другие наследственно-конституциональные особенности (О(1) группа крови; HLA-В5-антиген; снижение активности -антитрипсина);  
4) наличие хронического гастрита, дуоденита, функциональных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки;  
5) нарушение режима питания;  
6) курение и употребление спиртных напитков;  
7) употребление некоторых лекарственных препаратов, обладающих ульцерогенными свойствами (аспирин, бутадион, индометацин).  
  
*3. Патология* *Патогенез***.** Под воздействием этиологических факторов происходит нарушение нейроэндокринной регуляции секреторной, моторной, инкреторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки с повышением активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.  
Ваготония обусловливает нарушение моторики и способствует усилению секреции желудочного сока, повышению активности агрессивных факторов. Также происходит увеличение уровня гастрина в связи с повышением секреции кортизола надпочечниками в результате нейроэндокринных нарушений.  
Снижается регенераторная способность слизистой оболочки: защитная функция ее муколитического барьера становится менее современной в связи с уменьшением выделения слизи, что способствует развитию повреждений слизистой оболочки.  
Существенная роль в развитии язвенной болезни отводится Нelicobacter pylori. НР, попадая в организм, расселяются преимущественно в антральном отделе желудка, что приводит к развитию активного хронического воспаления вследствие выделения ими ряда протеолитических ферментов (уреаза, каталаза, оксидаза и др.) и токсинов. Происходит разрушение защитного слоя слизистой оболочки и ее повреждение. Одновременно развивается нарушение моторики желудка, при котором происходит ранний заброс кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку, что приводит к "закислению" содержимого луковицы. Кроме того, персистенция Нelicobakter pylari способствует развитию гипергастринемии, которая при имеющейся исходно высокой кислотности усугубляет ее и ускоряет сброс содержимого в двенадцатиперстную кишку.  
*4. Классификация:* 1) по химико-морфологическим признакам:  
- язвенная болезнь желудка;  
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;  
2) по форме:  
- впервые выявленная;  
- рецидивирующая;  
3) по локализации:  
- поражение кардиальной части;  
- малой кривизны желудка;  
- препилорического отдела желудка;  
- луковицы двенадцатиперстной кишки;  
- внелуковичного отдела (постбульбарные язвы);  
4) по фазам течения: обострение, стихающее обострение, ремиссия;  
5) по тяжести течения: доброкачественное, затяжное (стабильное), прогрессирующее;  
6) по наличию осложнений:  
- осложненная;  
- неосложненная.  
  
*5. Клиника* Клинические проявления язвенной болезни отличаются многообразием и зависят от фазы течения, клинико-морфологического варианта, наличия осложнений.  
  
*6. Язвенная болезнь желудка* Встречается у людей зрелого возраста, как правило - у мужчин.  
Основные синдромы язвенной болезни желудка:  
1) болевой синдром. Боли в верхней половине живота, эпигастральной области, могут иррадиировать за грудину, в левое плечо, напоминать стенокардические боли.  
Для язв малой кривизны желудка характерен четкий ритм болей: возникают через 15-60 мин после еды, особенно при погрешности в диете. О язве антрального отдела свидетельствуют "голодные", ночные, поздние (через 2-3 ч после еды) боли. При язвах пилорической части боли интенсивные, не связанные с приемом пищи;  
2) синдром желудочной диспепсии: проявляется отрыжкой воздухом, пищей, срыгиванием; тошнота и рвота часто отмечаются при язвах привратника;  
3) синдром кишечной диспепсии: запоры, сочетающиеся с болями по ходу толстой кишки и вздутием живота;  
4) астеновегетативный синдром.  
Осложнения: наклонность к кровотечениям характерна для язвы антрального отдела желудка - у молодых, у пожилых - настороженность в отношении малигнизации язвы желудка.  
  
*7. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки* Встречается преимущественно у молодых мужчин.  
Основные синдромы:  
1) болевой синдром: боли возникают через 1,5-3 ч после еды (поздние боли), часто натощак (голодные боли) и ночные боли, проходят после приема пищи и щелочей. Отчетливо проявляется сезонность болей (обострение весной и осенью). Четкой локализации болей не отмечается: они могут быть в подложечной области, правом верхнем квадранте живота, около пупка и т. д. Иррадиация их также разнообразна;  
2) синдром желудочной диспепсии. Рвота - на высоте болей, приносит облегчение. Ранний синдром - изжога, отрыжка кислым реже, возникает чаще после приема пищи;  
3) синдром кишечной диспепсии: запоры, обусловленные нарушением моторики кишечника;  
4) астеновегетативный синдром - очень выражен.  
Осложнения: кровотечение, пенетрация язвы в близлежащие органы (pancreas), малигнизация.  
  
*8. Лечение* 1. Устранение факторов, способствующих рецидиву болезни, предусматривает организацию регулярного питания, оптимизацию условий труда и быта, категорический отказ от курения и алкоголя, применения лекарственных препаратов, обладающих ульцерогенными свойствами.  
2. Лечебное питание - соблюдаются принципы механического и термического щажения (стол № 2).  
3. Лекарственная терапия:  
1) подавление избыточной продукции соляной кислоты и пепсина (атропин, метацин, платифиллин, омез, ранитидин);  
2) восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (церукал, мотилиум);  
3) защита слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (препараты висмута - де-нол, сукралфат);  
4) лечение хеликобактериоза - антихеликобактериальные схемы:  
- Омез + Де-нол + амоксициллин;  
- Омез + Де-нол + кларитромицин;  
- Омез + Де-нол + амоксициллин + метронидазол;  
5) стимуляция процессов регенерации клеточных элементов (вентер, солкосерил, метилурацил). Аналоги простагландинов - риопростил, энпростил;  
6) физические методы лечения - вне обострения (озокерит, аппликации парафина).