

УДК 616.3  
Л64

Авторы:

*Литовский Игорь Анатольевич* — д-р мед. наук, доцент кафедры госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург;

*Гордиенко Александр Волеславович* — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Рецензент:

*Е. И. Ткаченко* — д-р мед. наук, профессор, главный гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней СПбГМА им. И. И. Мечникова

**Литовский И. А., Гордиенко А. В.**

Л64 Гастродуоденальные язвы и хронический гастрит (гастродуоденит). Дискуссионные вопросы патогенеза, диагностики, лечения. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. — 302 с.  
ISBN 978-5-299-00777-0

В настоящей монографии авторами предпринята попытка на основании анализа собственных и литературных данных критически оценить существующие представления о патогенезе, диагностике, принципах лечения таких заболеваний, как язвенная болезнь и хронический гастрит.

Работа представляет интерес для гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, слушателей факультетов усовершенствования врачей.

**УДК 616.3**

ISBN 978-5-299-00777-0

© Литовский И. А., Гордиенко А. В. (текст), 2017

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения.....	6
Введение.....	9
Раздел 1. Язвенная болезнь и симптоматические гастродуоденальные язвы .....	11
Глава 1. Обзор представлений о патогенезе язвенной болезни. Классификация язвенной болезни .....	11
Глава 2. Определение понятий «язвенная болезнь» и «симптоматические гастродуоденальные язвы».....	30
Глава 3. Дискуссионные вопросы патогенеза гастродуоденальных язв.....	33
3.1. Роль сосудистого фактора в формировании гастродуоденальных язв (экспериментальные данные).....	35
3.2. Роль сосудистого фактора в патогенезе язвенной болезни и симптоматических гастродуоденальных язв и его связь с другими факторами риска .....	43
Глава 4. Клинические проявления и диагностика язвенной болезни, симптоматических гастродуоденальных язв .....	66
Глава 5. Основные осложнения гастродуоденальных язв.....	76
5.1. Диагностические критерии основных осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки .....	76
5.1.1. Язвенное кровотечение.....	76
5.1.2. Перфорация (прободение) язвы.....	80
5.1.3. Пенетрация .....	82
5.1.4. Стеноз привратника.....	82
5.1.5. Малигнизация.....	83
Глава 6. Лабораторно-инструментальная диагностика гастродуоденальных язв .....	83
6.1. Клинический и биохимический анализы крови.....	84
6.2. Методы лучевой диагностики.....	84
6.2.1. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.....	84
6.2.2. Ангиография висцеральных артерий для выявления сосудистого генеза симптоматических гастродуоденальных язв.....	87
6.2.3. Допплерографическое исследование висцеральных артерий.....	88

6.3. Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.....	89
6.4. Методы диагностики <i>Helicobacter pylori</i> .....	92
6.5. Методы исследования кислотопродуцирующей функции желудка .....	95
Глава 7. Лечение гастродуоденальных язв .....	102
7.1. Немедикаментозная терапия гастродуоденальных язв ...	102
7.2. Медикаментозная терапия гастродуоденальных язв.....	105
7.2.1. Ингибиторы протонной помпы .....	107
7.2.2. Рекомендации «Маастрихт I—III» .....	111
7.2.3. Рекомендации «Маастрихт IV».....	113
Глава 8. Дискуссионные вопросы лечения больных с гастродуоденальными язвами .....	129
Заключение.....	145
Литература .....	147
Раздел 2. Хронический гастрит.....	171
Глава 1. Соотношение понятий «хронический гастрит» и «функциональная диспепсия» .....	171
1.1. Римские критерии I.....	173
1.2. Римские критерии II.....	174
1.3. Римские критерии III .....	175
Глава 2. Вопросы классификации и патогенеза хронического гастрита.....	182
Глава 3. Анатомо-физиологические и морфологические особенности строения и кровоснабжения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.....	195
Глава 4. Апоптоз и некроз.....	204
4.1. Апоптоз .....	204
4.1.1. Сигнальная (индукторная) стадия.....	205
4.1.2. Эффекторная стадия .....	207
4.1.3. Стадия деградации (деструкции) .....	212
4.2. Некроз .....	215
Глава 5. Теломеры, теломеразы и их роль в старении и смерти клеток .....	219
Глава 6. Вероятные механизмы формирования хронического гастрита.....	226
Глава 7. Взаимосвязь хронического гастрита и рака желудка.....	244
Глава 8. Клиника хронического гастрита, гастродуоденита.....	249

8.1. Вторичный хронический гастрит.....	249
8.1.1. Бессимптомное или малосимптомное течение заболевания.....	249
8.1.2. Хронический гастрит при заболеваниях, сопровожда- ющихся различными видами гемодинамических расстройств.....	250
8.2. Первичный хронический гастрит.....	255
<b>Глава 9. Диагностика хронического гастрита.....</b>	<b>256</b>
9.1. Гастроскопия с биопсией .....	256
9.2. Неинвазивная лабораторная и инструментальная диагнос- тика .....	257
<b>Глава 10. Лечение хронического гастрита .....</b>	<b>259</b>
10.1. Принципы лечения хронического гастрита (Пятое московское соглашение — 2013) .....	260
10.1.1. Хронический антральный гастрит, ассоциированный с <i>H. pylori</i> (тип В).....	260
10.1.2. <i>H. pylori</i> и НПВП-гастропатия.....	261
10.1.3. <i>H. pylori</i> при некоторых состояниях.....	262
10.1.4. Резолюция Совета экспертов по вопросам профилак- тики рака желудка в России (2013).....	263
<b>Глава 11. Дискуссионные вопросы лечения больных         с хроническим гастритом .....</b>	<b>264</b>
<b>Заключение.....</b>	<b>278</b>
<b>Литература .....</b>	<b>281</b>

## ВВЕДЕНИЕ

С открытием в 1980-х годах *H. pylori* удалось добиться самых больших успехов в лечении гастродуоденальных язв. Данное обстоятельство существенным образом повлияло на то, что микроб был объявлен главным этиологическим фактором язвенной болезни. Со временем он стал считаться главной причиной возникновения и ряда других заболеваний: хронического гастрита, рака, MALT-лимфомы желудка и др. Антигеликобактерную терапию стали использовать в качестве стандарта лечения указанных заболеваний. Гастроэнтерологи пришли к выводу, что хороший геликобактер - это мертвый геликобактер. Вследствие этого формулируется правило, что антигеликобактерная терапия может считаться эффективной и успешной лишь в том случае, если рубцевание язвы сопровождается полной элиминацией *H. pylori* из организма человека. Данный вариант лечения получил название «эрадикационная терапия». Требование обязательно добиваться эрадикации было распространено на все *H. pylori*-ассоциированные заболевания. Исследования, выполненные авторами монографии, позволили сформулировать альтернативную версию патогенеза гастродуоденальных язв и хронического гастрита (гастродуоденита).

По мнению авторов, главную роль в патогенезе гастродуоденальных язв играют такие немодифицируемые факторы, как наследственная предрасположенность, возраст и пол больного. Морфологическим субстратом, с помощью которого реализуется действие указанных факторов, является локальная гипоплазия сосудов в желудке или двенадцатиперстной кишке. Многочисленные модифицируемые факторы, к числу которых относятся *H. pylori*, гастродуоденальная дисмоторика и др., способствуют усилению локальной ишемии, в результате чего формируется локальный очаг некроза — язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

При хроническом гастрите (гастродуодените) ишемия также играет роль конечного разрешающего фактора. Ее отличие от ишемии при гастродуоденальных язвах заключается в том, что она является не локальной, а умеренно выраженной, диффузно неравномерной или диффузно равномерной. В результате формируется не некроз, а воспаление с последующей атрофией слизистой. В отличие от гастродуоденальных язв распространенность хронического гастрита сопоставима с численностью популяции Земли, причем рост заболеваемости пропорционален возрасту больного. Авторы показывают, что с возрастом атрофия слизистой усиливается за счет апоптоза на фоне возрастных инволютивных изменений во всем организме.

Целесообразность антигеликобактерной терапии гастродуоденальных язв доказана достаточно убедительно. При хронических

гастритах антигеликобактерная терапия считается показанной в первую очередь как мера профилактики возникновения рака желудка. Большие сомнения вызывает обоснованность двух утверждений: требование добиваться эрадикации при всех Я. ру/оп-ассоциированных заболеваниях и твердая убежденность, что Я. *pylori* является главным фактором риска возникновения рака и MALT-лимфомы желудка. Следует иметь в виду, что ареал распространения Я. *pylori* не соответствует ареалу максимальной распространенности гастродуоденальных язв и рака желудка, Я. *pylori* является не облигатным, а условно-патогенным микробом, адаптированным к человеку, и проявлять свои патогенные свойства может лишь при ослаблении контроля со стороны хозяина. Известно большое количество заболеваний, ассоциированных с условно-патогенными микробами, однако главным критерием их успешного лечения считается не эрадикация возбудителя, а достижение клинического эффекта — выздоровления или ремиссии. Требование добиваться эрадикации Я. *pylori* в этом ряду является непонятным и необоснованным исключением. Более того, сама агрессивная эрадикационная терапия, сопровождаемая наращиванием курсовой дозы, числа антибиотиков, числа людей, получающих ее, может представлять реальную угрозу не только для отдельных людей, но и для всего человечества.

Когда в какой-либо науке нет противоположных взглядов,  
нет борьбы, то эта наука идет по пути к кладбищу,  
она идет хоронить себя.  
*Я. Л. Катица*

Консенсус — это когда все вместе соглашаются с тем,  
что каждый в отдельности считает ошибочным.  
*Абба Эбан*

Величайшая трагедия науки — уничтожение  
прекрасной гипотезы уродливым фактом.  
*Томас Генри Гекели*