



Заболевания
СИСТЕМЫ
пищеварения

Цель данной лекции получение базовых знаний об этиологии и патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта, установить взаимосвязь между общепатологическими процессами и развитием заболеваний ЖКТ, изучить принципы диагностики и лечения

Задачи:

- 1. Сформировать представление об этиологии, и патогенезе заболеваний пищеварительной трубки.**
- 2. Изучить клинические аспекты проявления болезней, возможных исходов и прогнозов.**
- 3. Изучить принципы лечения.**

План лекции

***Основные симптомы и синдромы при заболеваниях ЖКТ**

***Анатомические и физиологические особенности желудка и 12-перстной кишки.**

***Хронический гастрит и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки**

-ЭТИОЛОГИЯ

-ПАТОГЕНЕЗ

-КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

-ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

-ПРОФИЛАКТИКА

Основные симптомы и синдромы

Болевой синдром

Диспепсический синдром.

Другие симптомы и синдромы

Болевой синдром.

- 1. Заболевания желудка и 12-перстной кишки.*
- 2. Заболевания печени и ЖВП.*
- 3. Заболевания кишечника.*
- 4. Заболевания поджелудочной железы.*
- 5. Заболевания селезенки.*
- 6. Заболевания сосудов брюшной полости.*
- 7. Боли со стороны почек.*
- 8. Боли из брюшины.*
- 9. Боли, иррадиирующие из грудной клетки.*
- 10. Боли передней брюшной стенки.*

Основные характеристики болевого синдрома.

Характер болей.

Локализация болей.

Периодичность болей

Суточный ритм болей.

Длительность болевого приступа.

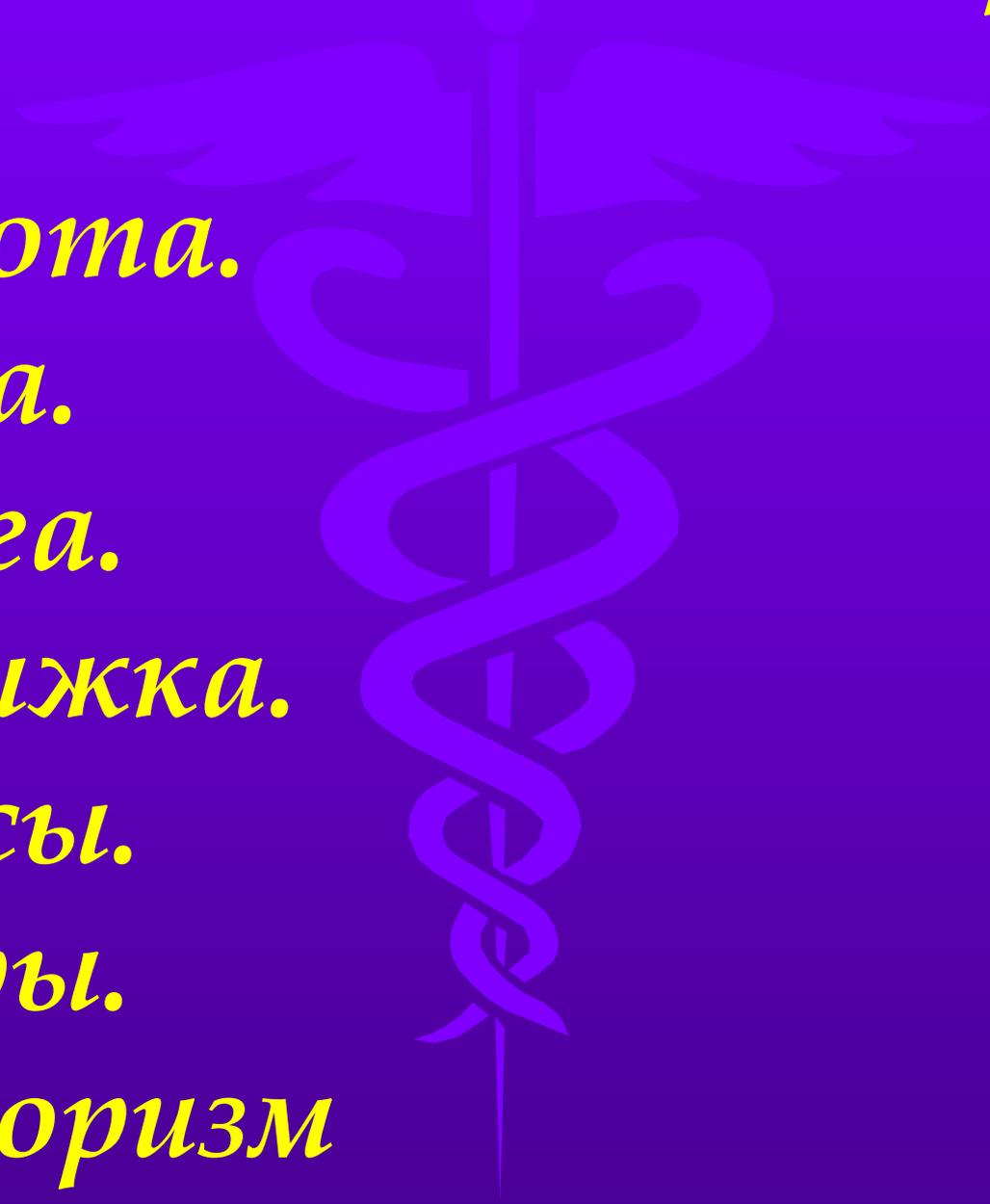
Продолжительность периода болей

Зависимость от приема пищи.

Исчезновение болей.

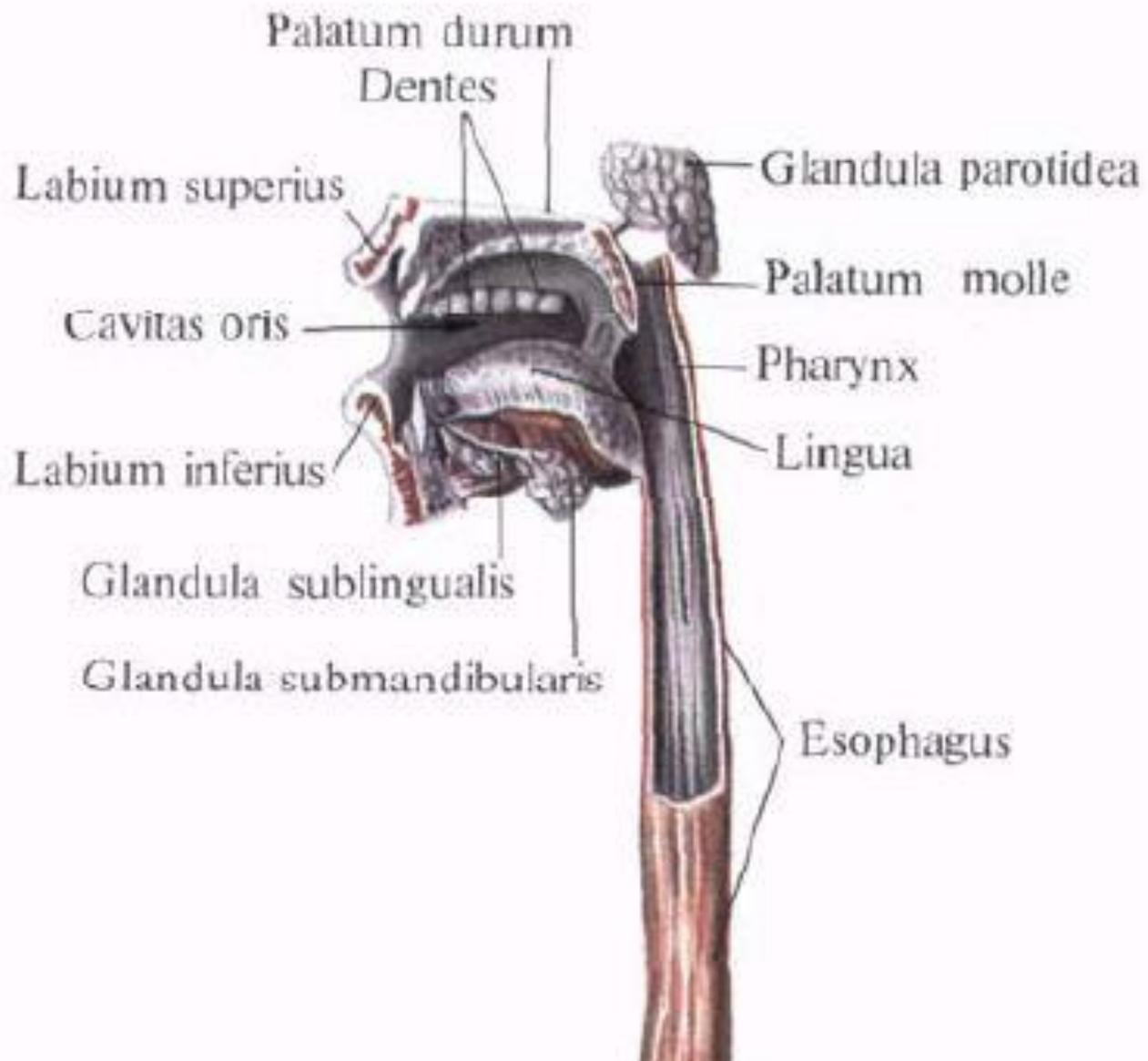
Диспепсический синдром

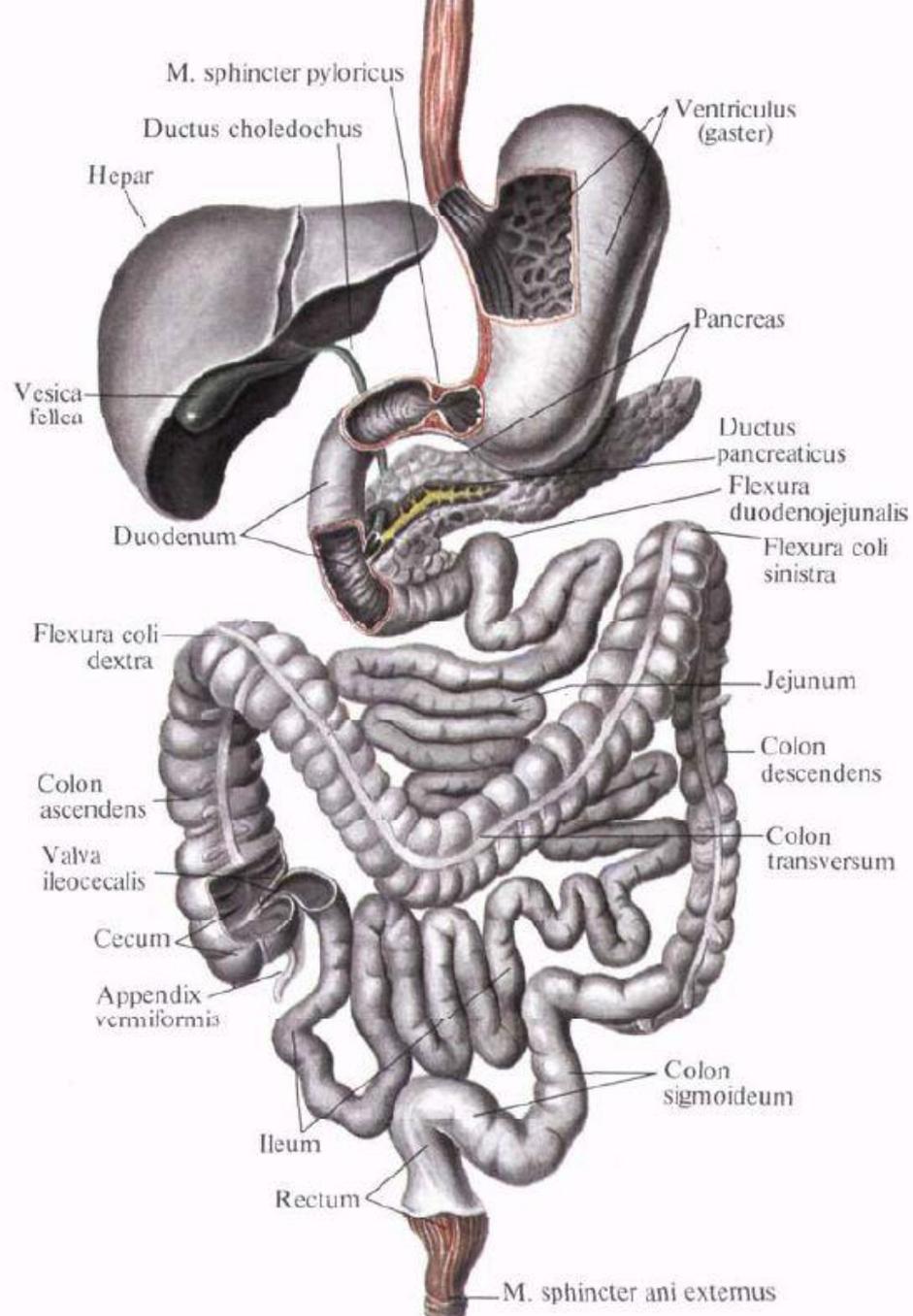
- 1. Тошнота.*
- 2. Рвота.*
- 3. Изжога.*
- 4. Отрыжка.*
- 5. Поносы.*
- 6. Запоры.*
- 7. Метеоризм*

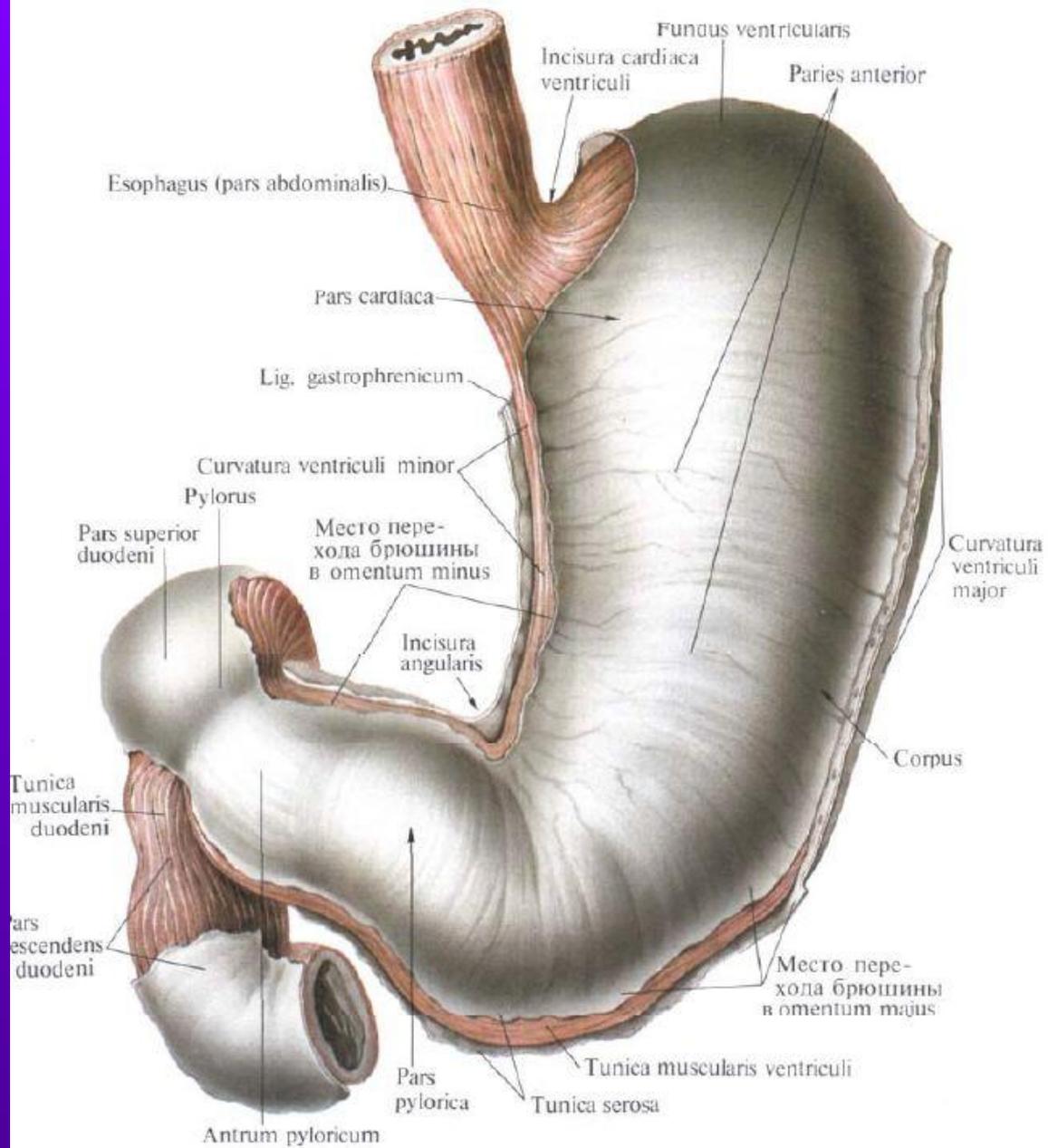


Другие симптомы и синдромы.

- 1. Кровавая рвота.*
- 2. Мелена.*
- 3. Желтуха.*
- 4. Асцит.*
- 5. Гепатоспленомегалия и гиперспленизм.*
- 6. Симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга).*
- 7. «Пузырные симптомы»*
- 8. Симптом «головой медузы»*
- 9. Лихорадка.*
- 10. Увеличение лимфоузлов.*

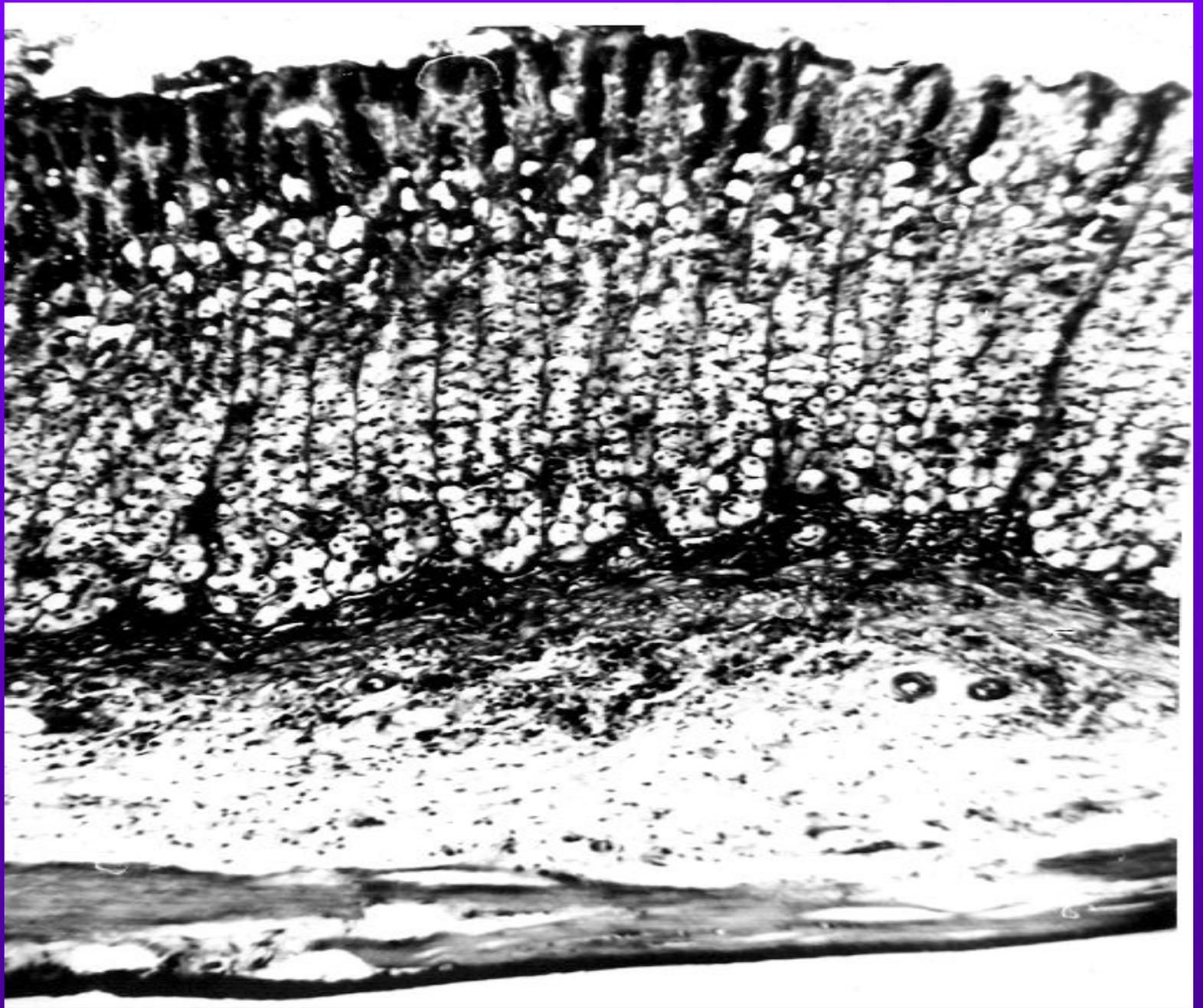






Строение стенки желудка

1. Слизистая оболочка
2. Подслизистая оболочка.
3. Мышечная оболочка.
4. Соединительнотканная основа.
5. Брюшина.



1

2

3

4,5

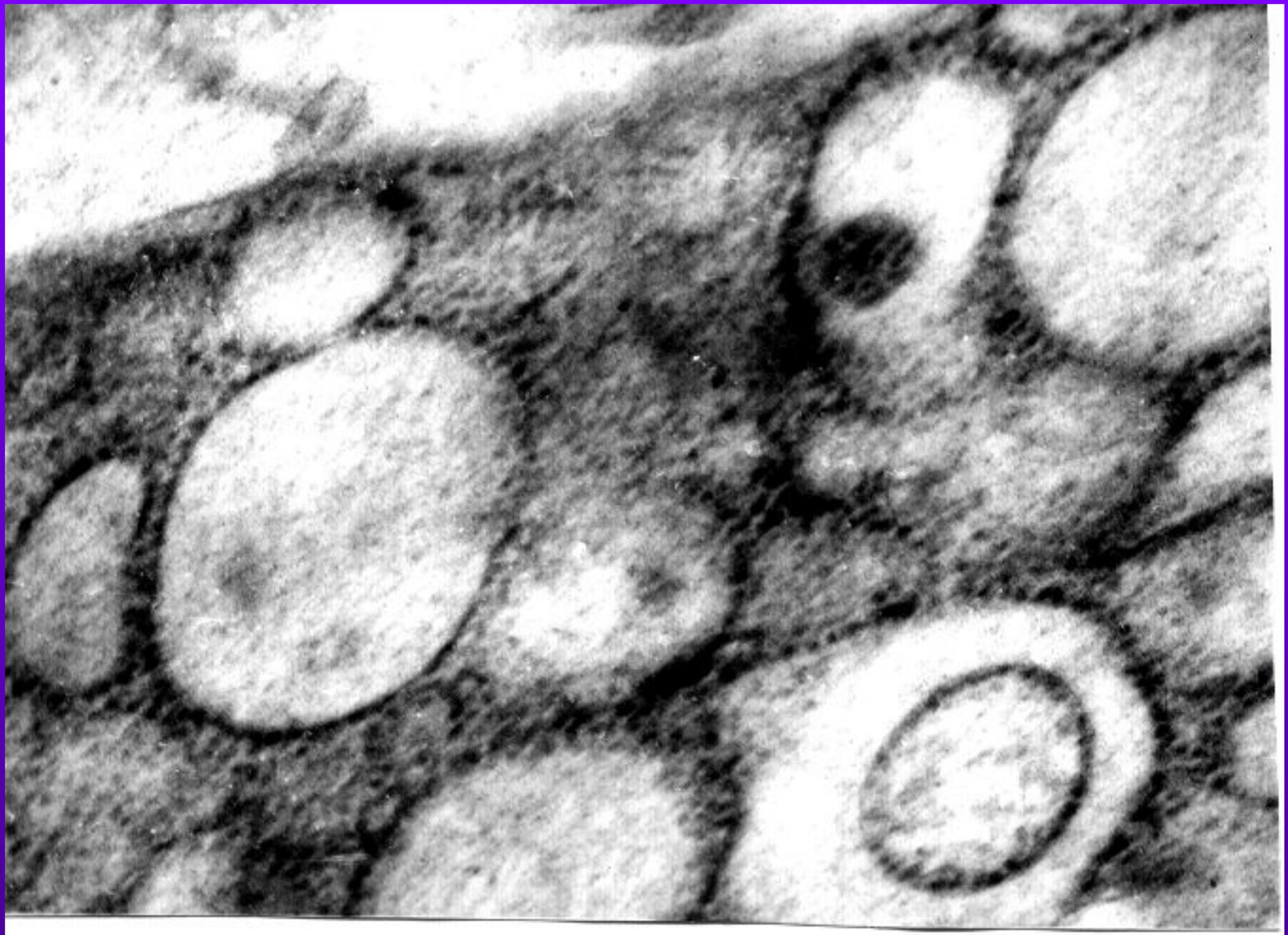
Клеточный состав слизистой оболочки желудка.

1. Слизеобразующие (добавочные) клетки.

2. Главные клетки

3. Обкладочные клетки.

4. Клетки желез внутренней секреции (G-клетки) и др.





Хронический гастрит

Хронический гастрит — хроническое дистрофически-воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка, характеризующееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия (при прогрессирующем течении), кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и инкреторной функций

Из заболеваний органов пищеварения, т. е. желудочно-кишечного тракта, печени, желчного пузыря, желчных путей, у спортсменов чаще всего встречаются хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническое воспаление кишечника, хронические заболевания желчного пузыря и желчных путей, инфекционный гепатит.

С воздействием экзогенных и эндогенных факторов, вызывающих или способствующих возникновению хронического гастрита, спортсмены сталкиваются постоянно. К ним относятся:

- 1) нарушение принципа рационального питания (употребление непривычной или однообразной пищи, нерегулярное питание, большие разрывы между приемами пищи и обильная еда, особенно на сборах, употребление пряностей, несоблюдение достаточных интервалов между приемами пищи и последующей тренировкой, еда «всухомятку» в дни переездов и соревнований, а нередко постоянно, особенно при ежедневных многоразовых тренировках или сочетании тренировок, учебы и работы);
- 2) никотин и алкоголь; 3) употребление аллергизирующих веществ, в частности медикаментов.

Следует особо подчеркнуть, что чрезмерные и нерациональные тренировочные нагрузки могут явиться одним из важных факторов в возникновении хронического гастрита, особенно если они сочетаются с нарушением режима питания. Так, еще в 1932 г. Т. Adams и соавт. рентгенологически подтвердили тормозящее влияние таких нагрузок на моторные функции желудка. В. Вугуі (1960) выявил, что переутомление и перегрузка при занятиях спортом приводят к секреторной недостаточности желудка.

Этиология хронического гастрита

Хеликобактерная инфекция – 95 %
случаев.

Аутоиммунный фактор

Другие причины -
дуоденогастральный рефлюкс, лечение
гастротропными лекарственными
средствами, пищевая аллергия,
алиментарный фактор, воздействие
эндогенных факторов

Две стороны развития патологического процесса при ХГ

Дистрофические
изменения

Воспалительные
изменения

В нормальной СОЖ

Дифференцировка
добавочных клеток
в главные и
обкладочные

Пролиферация
добавочных
клеток



Дистрофические изменения



Пролиферация
добавочных
клеток

Дифференцировка
добавочных клеток
в главные и
обкладочные

Усиленная
пролиферация
добавочных
клеток

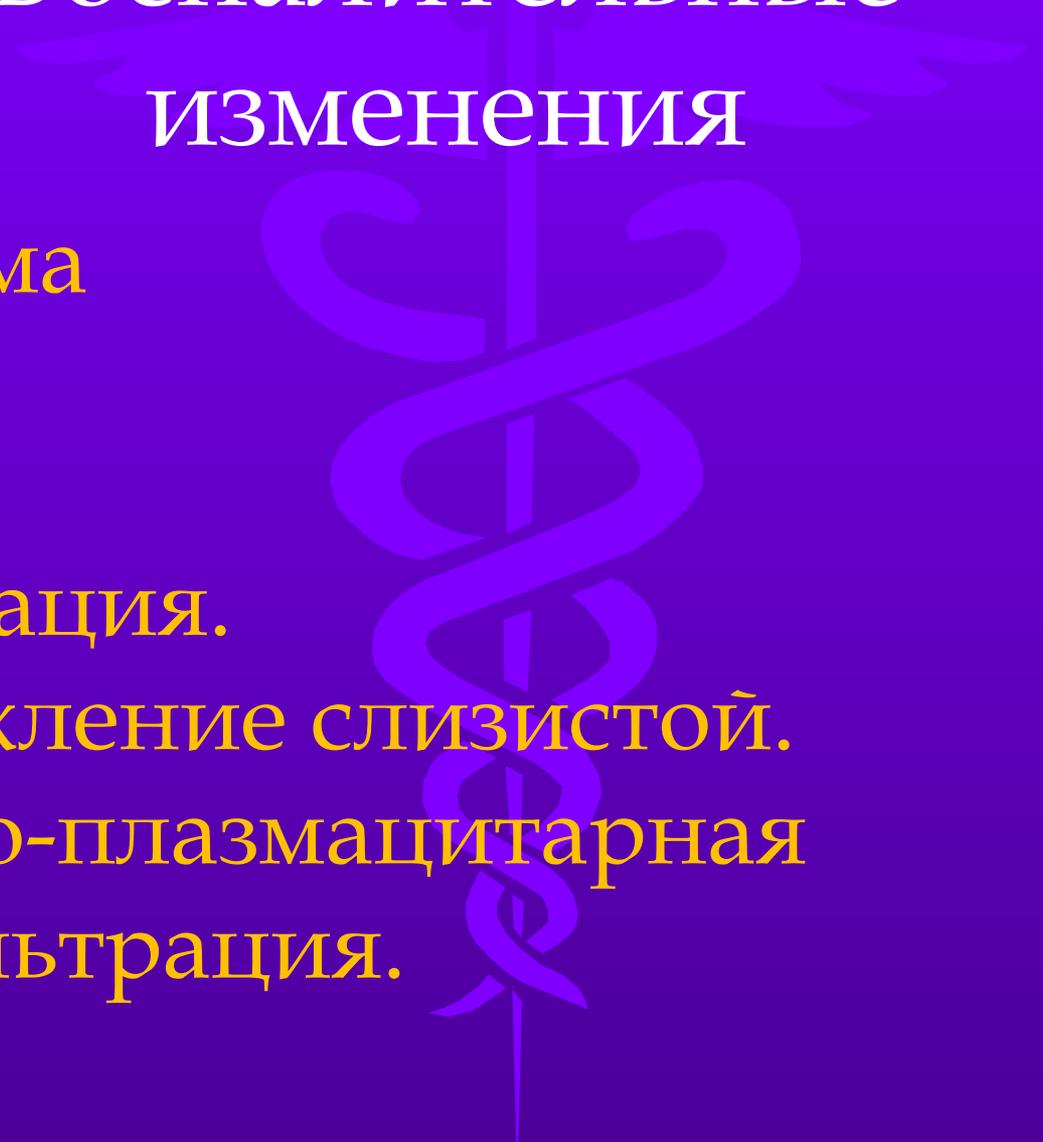
Появление
неполноценных
специализированных
клеток и микст-клеток

Кишечная
метаплазия

Рак



Воспалительные изменения



1. Эритема
2. Отек.
3. Боль.
4. Эксудация.
5. Разрыхление слизистой.
6. Лимфо-плазматитарная инфильтрация.

Патогенез хронического гастрита

Заражение НР – оральным путем

Уреаза НР + мочевина желудка = аммиак

Разрушение защитного слоя слизи и проникновение НР к glanduloцитам

Повреждение клеток и выделение медиаторов воспаления

Резкое усиление процессов регенерации

Отставание процессов дифференцировки

Первичный повреждающий фактор

Разрушение защитного слоя слизи.

Повреждение париетальных клеток и выработка аутоантител к париетальным клеткам

Образование неполноценных морфологически и функционально клеток



Признаки	Аутоиммунный гастрит	Хеликобактерный гастрит
Преимущественная локализация	Дно, тело желудка	Антральный отдел желудка
Воспалительная реакция	Слабо выражена	Выражена значительно, гастрит активный
Атрофия желудочного	Первичная (развивается изначально)	Вторичная (развивается в поздней стадии заболевания)
Наличие эрозий слизистой оболочки желудка	Не характерно	Очень часто
Helicobacter pylori	Нет	Есть
Болевой синдром	Чувство тяжести, нет локальной болезненности	Локальная болезненность, язвенно-подобная симптоматика
Диспепсический синдром	Отрыжка воздухом, изжога не характерна	Изжога, отрыжка кислым
Гипергастринемия	Выражена	Незначительна или уровень гастрин в крови нормальный
Кислотообразующая функция желудка	Резкое снижение, по — анацидное состояние	В начальной стадии заболевания — нормальная или повышенная, в поздней стадии — снижена (но не анацидное состояние)
Развитие В-12-дефицитной анемии	Характерно	Не характерно
Сочетание с язвенной болезнью	Не характерно	Очень часто
Малигнизация	Крайне редко	Часто



Язвенная болезнь

Язвенная болезнь — самостоятельное (первичное) хроническое рецидивирующее заболевание гастродуоденальной области с образованием язв желудка и 12-перстной кишки.

В индустриально развитых странах язвенной болезнью страдает 6-10% взрослого населения.

Классификация.

По клинико-морфологическим признакам:

- ЯБ желудка
- ЯБ двенадцатиперстной кишки;

По форме заболевания

- впервые выявленная
- рецидивирующая;

По локализации:

- кардиальной части;
- малой кривизны желудка;
- большой кривизны желудка;
- препилорического отдела желудка;
- луковицы двенадцатиперстной кишки;
- внелуковичного отдела (постбульбарные язвы);

Классификация.

По фазам течения:

- обострение;
- стихающее обострение;
- ремиссия;

По тяжести течения:

- доброкачественное;
- затяжное (стабильное);
- прогрессирующее.

При доброкачественном течении язвенный дефект небольшой и неглубокий, рецидивы редки, осложнений нет. Консервативное лечение дает четкий эффект приблизительно через месяц. Для затяжного течения характерны неполный эффект лечения, большие сроки его; возможны рецидивы в течение первого года. Прогрессирующее течение характеризуется минимальным эффектом лечения, развитием осложнений; рецидивы часты.

Преобладает дуоденальная язва по сравнению с желудочной.

Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин (соотношение мужчин и женщин составляет 4:1).

В молодом возрасте чаще встречается язва 12-перстной кишки, в старшем возрасте — язва желудка.

Среди жителей города язвенная болезнь встречается чаще, чем среди сельского населения.

Этиология.

- Инфицирование *Helicobacter pylori*
- Острые и хронические психоэмоциональные стрессовые ситуации
- Алиментарный фактор
- Злоупотребление алкоголем и кофе, курение
- Влияние лекарственных средств
- Заболевания, способствующие развитию язвенной болезни

Заболевания, способствующие развитию язвенной болезни

- хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких (при этих заболеваниях развивается дыхательная недостаточность, гипоксемия, ишемия слизистой оболочки желудка и снижение активности его защитных факторов);
- заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся развитием гипоксемии и ишемии органов и тканей, в том числе желудка;
- цирроз печени;
- заболевания поджелудочной железы.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является хроническим рецидивирующим заболеванием, развивающимся у спортсменов в результате расстройств центральной нервной системы и гиперфункции системы «гипофиз — кора надпочечников» под влиянием больших психоэмоциональных напряжений, связанных с соревновательной деятельностью.

ПАТОГЕНЕЗ ЯБ

Факторы агрессии

Факторы
защиты



Агрессивные факторы

Хеликобактерная инфекция

Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина

Проульцерогенные алиментарные факторы

Обратная диффузия водородных ионов

Гастродуоденальная дисмоторика, дуоденогастральный рефлюкс

Аутоиммунная агрессия

Защитные факторы

Защитный слизистый барьер

Активная регенерация поверхностного эпителия

Оптимальное кровоснабжение слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки

Антродуоденальный кислотный тормоз

Локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов и энкефалинов и других медиаторов защиты

Противоульцерогенные алиментарные факторы

Роль нейроэндокринных факторов в патогенезе язвенной болезни

В патогенезе язвенной болезни участвуют:

- парасимпатический отдел вегетативной нервной системы;
- симптоадреналовая система;
- система гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы;
- гастроинтестинальные гормоны.

Клиника язвенной болезни

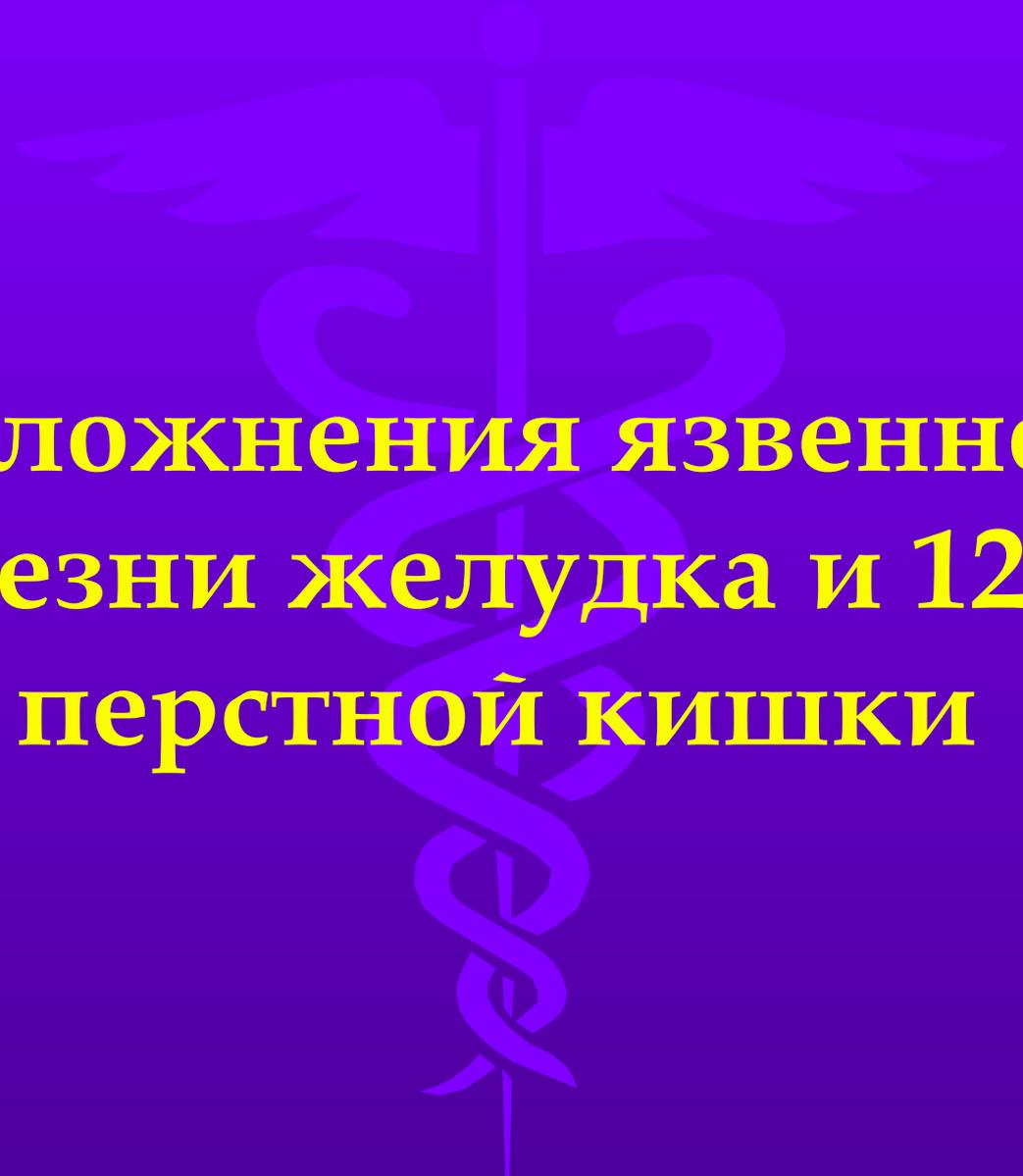
Синдром	ЯБ желудка	ЯБ 12-перстной кишки
Болевой синдром		
<i>Локализация боли</i>	в эпигастральной области, в центре эпигастрия или слева от срединной линии	в эпигастрии справа от срединной линии
	атипичная локализация боли за грудиной или слева при язвах кардиального отдела	
<i>Время появления боли</i>	<p>Ранними называются боли, возникающие через 0.5-1 ч после еды, интенсивность их постепенно нарастает; боли беспокоят больного в течение 1.5-2 ч, постепенно исчезают.</p> <p>Ранние боли характерны для язв, локализованных в верхних отделах желудка.</p>	<p>Поздние боли появляются через 1.5-2 ч после еды, ночные — ночью, голодные — через 6-7 ч после еды и прекращаются после приема пищи. Поздние, ночные, голодные боли наиболее характерны для локализации язвы в антральном отделе и 12-перстной кишке.</p>

Клиника язвенной болезни

Синдром	ЯБ желудка	ЯБ 12-перстной кишки
Болевой синдром		
<i>Характер боли</i>	Острые ноющие, сверлящие, режущие, схваткообразные	
<i>Периодичность боли</i>	Для язвенной болезни характерна периодичность появления боли. Обострение язвенной болезни продолжается от нескольких дней до 6-8 недель, затем наступает фаза ремиссии, во время которой больные чувствуют себя хорошо, боли их не беспокоят.	
<i>Купирование боли</i>	После приема антацидов, молока, антисекреторных препаратов, после рвоты.	После еды («голодные» боли).
<i>Сезонность боли.</i> Обострения язвенной болезни чаще наблюдаются весной и осенью.	Мало характерна	Особенно характерна

Клиника язвенной болезни

Синдром	ЯБ желудка	ЯБ 12-перстной кишки
Диспептический синдром		
<i>Изжога</i>	один из наиболее частых и характерных симптомов язвенной болезни. Она обусловлена желудочно-пищеводным рефлюксом и раздражением слизистой оболочки пищевода желудочным содержимым, богатым соляной кислотой и пепсином.	
<i>Отрыжка</i>	Характерна	Мало характерна
<i>Рвота и тошнота</i>	Характерна	Мало характерна
<i>Аппетит</i>	Отказываются от еды из-за боязни появления боли после приема пищи («ситофобия»)	Не нарушен
<i>Запоры и поносы</i>	В 50 % случаев	



**Осложнения язвенной
болезни желудка и 12-ти
перстной кишки**

Кровотечение

Перфорация

Пенетрация

Деформации и стенозы

Перерождение язвы в рак

Кровотечения из язвы

Язвенная болезнь осложняется кровотечением приблизительно у каждого десятого больного.

Явные кровотечения возникают у 10-15% больных язвенной болезнью

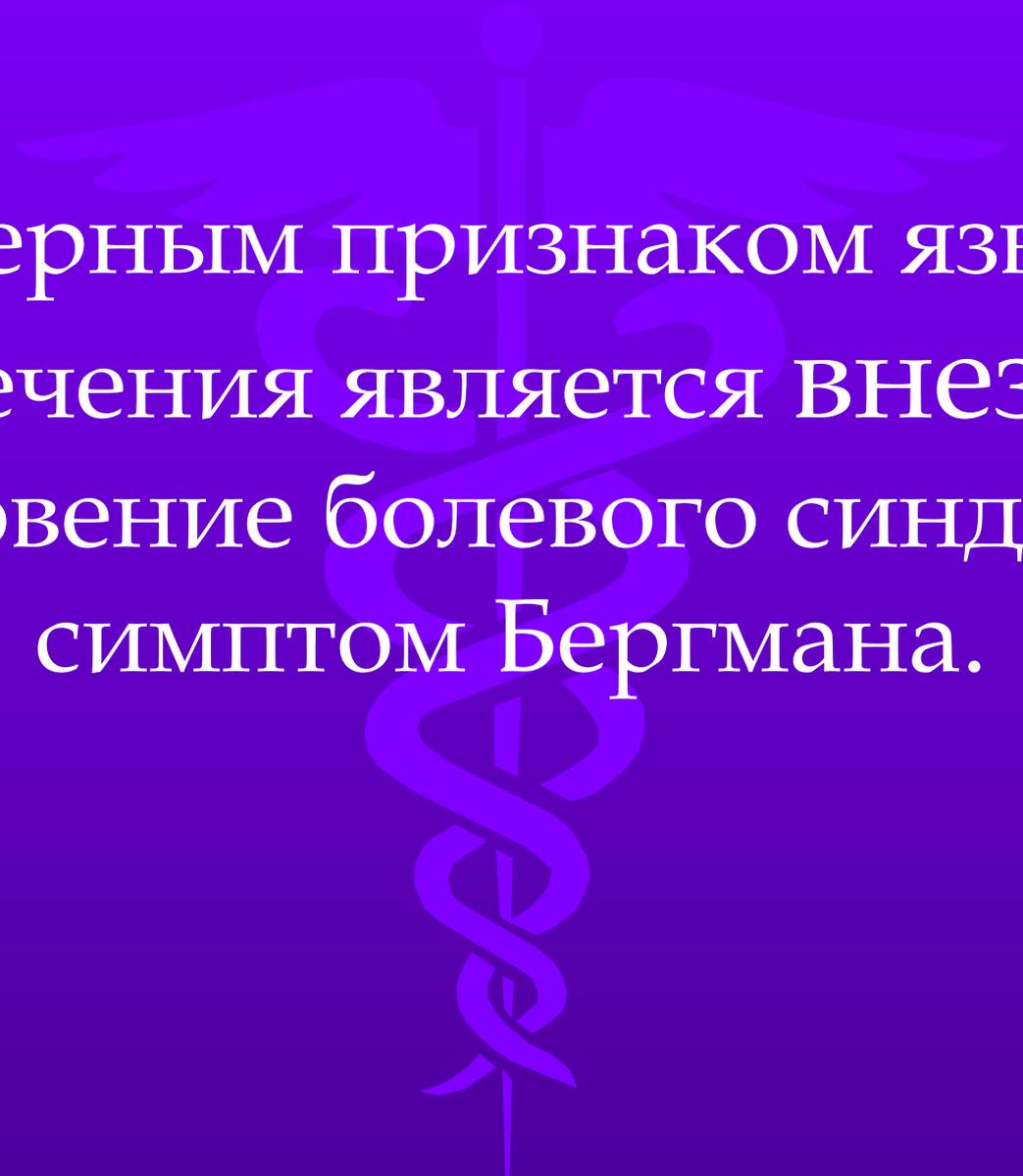
Явные кровотечения из язвы
характеризуются тремя
основными синдромами:

- ✓ кровавой рвотой;
- ✓ дегтеобразным стулом;
- ✓ симптомами острой кровопотери.

Кровавая рвота

наиболее характерна для кровотечения из язвы желудка и значительно реже наблюдается при язве 12-перстной кишки.

Желудочное содержимое при кровавой рвоте обычно имеет вид кофейной гущи



Характерным признаком язвенного кровотечения является **внезапное** исчезновение болевого синдрома — симптом Бергмана.

Дегтеобразный стул, melena (мелена)

Мелена характеризуется жидкой или кашицеобразной консистенцией кала и его черным цветом. Необходимо отличать мелену от псевдомелены, т.е. черного оформленного стула, связанного с приемом черники, висмута, черемухи, ежевики, препаратов железа. В отличие от истинной мелены при псевдомелене стул имеет нормальную консистенцию и форму.

Потеря крови около 10% ОЦК (400-500 мл) либо не вызывает общих симптомов (т.е. явлений шока, падения АД, нарушений сознания и другой симптоматики), либо общие нарушения будут слабо выражены (легкая тошнота, познабливание, сухость и соло новатый привкус во рту, общая слабость, небольшая тенденция к снижению АД).

Потеря крови около 10-15% ОЦК хорошо и быстро компенсируется организмом путем выброса в кровоток депонированной крови.

Потеря крови около 15-25% ОЦК (700-1300 мл)
вызывает развитие I стадии геморрагического шока

В этой фазе появляется следующая симптоматика:
больной в сознании, спокоен или иногда несколько возбужден
(взволнован);
кожа бледна, руки и ноги холодны;
подкожные вены на руках в спавшемся состоянии;
пульс учащен до 90-100 в 1 мин, слабого наполнения;
АД остается нормальным или имеет тенденцию к снижению;
наблюдается олигурия, количество отделяемой мочи снижается наполовину (при норме 1-1.2 мл/мин или 60-70 мл/ч).

Потеря крови около 25-45% ОДО (1300-1800 мл). При такой величине кровопотери развивается декомпенсированный обратимый геморрагический шок. При этом активация симпатoadреналовой системы и высокое периферическое сопротивление не могут компенсировать резко снизившийся вследствие кровопотери сердечный выброс, что ведет к снижению системного АД и развитию следующей симптоматики:

бледность кожи выражена значительно;

цианоз видимых слизистых (губ, носа);

одышка;

тахикардия, глухие тоны сердца;

пульс очень слабого наполнения, частота пульса до 120-140 в 1 минуту;

АД систолическое ниже 100 мм рт. ст., низкое пульсовое давление;

олигурия (диурез менее 20 мл/ч);

сознание сохранено, но больные беспокойны, возбуждены.

Кровопотеря 50% ОЦК и более (2000-2500 мл) вызывает развитие тяжелейшего геморрагического шока (некоторые авторы называют его декомпенсированным, необратимым). Последний термин в определенной степени условен, так как своевременно и правильно проведенная терапия даже в этой стадии может привести к улучшению состояния больного.

Основные клинические симптомы:

больной без сознания;

кожа очень бледна, покрыта холодным липким потом;

одышка;

пульс нитевидный, частота его больше 140 в 1 минуту;

систолическое артериальное давление иногда не определяется;

характерна олигоанурия.

Перфорация язвы

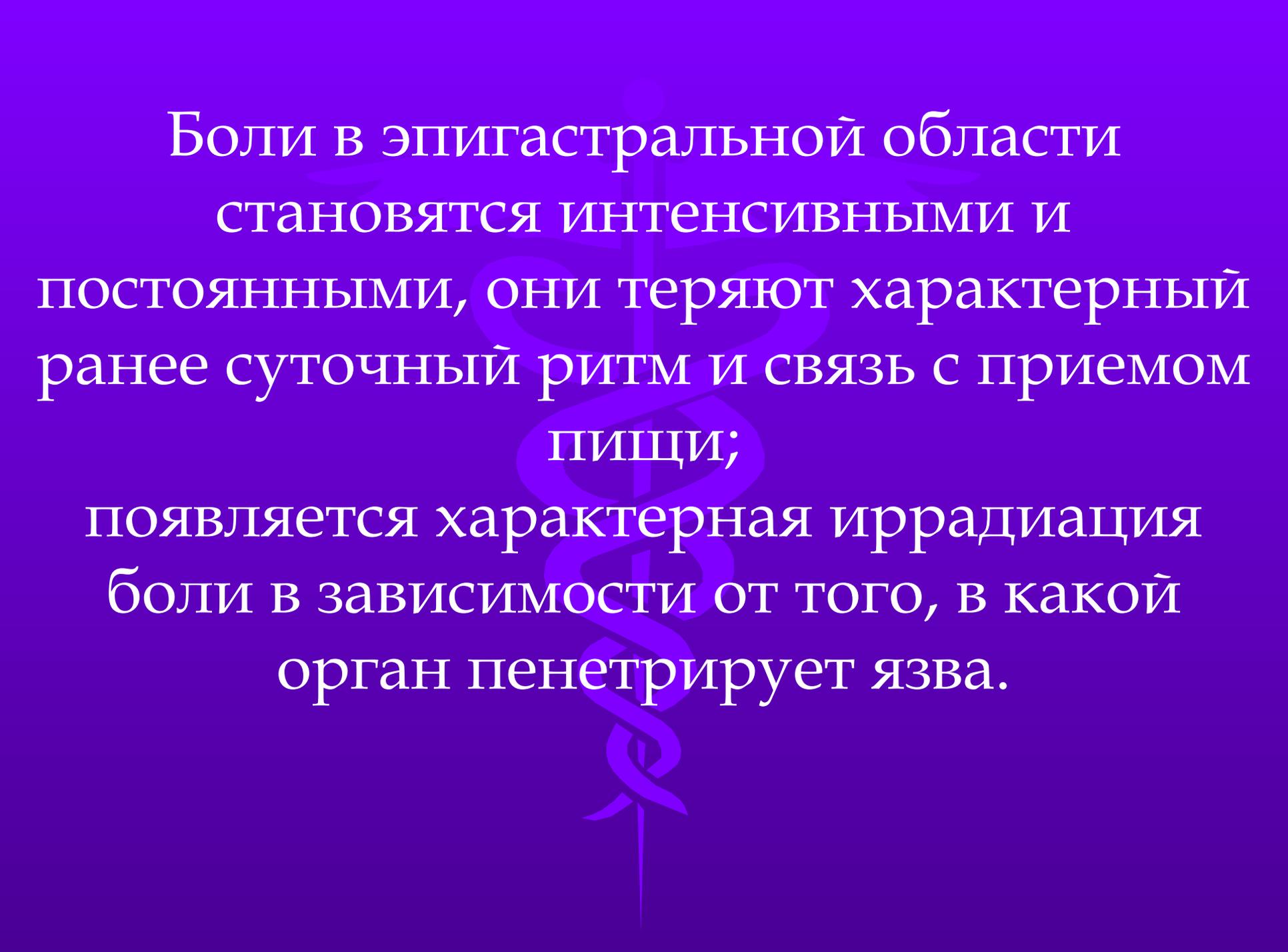
Перфорация язвы наблюдается у 3% больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. По другим данным — у 6-20% больных.

Типичная перфорация язвы
(в свободную брюшную полость)

- Период болевого шока
- Период мнимого (ложного) благополучия
- Перитонит

Пенетрация язвы

Пенетрация язвы — это проникновение язвы в смежные органы и ткани. Язвы задней стенки луковицы 12-перстной кишки и постбульбарные язвы пенетрируют преимущественно в головку поджелудочной железы; реже — в крупные желчные пути, печень, печеночно-желудочную связку, очень редко — в толстую кишку и ее брыжейку.



Боли в эпигастральной области
становятся интенсивными и
постоянными, они теряют характерный
ранее суточный ритм и связь с приемом
пищи;
появляется характерная иррадиация
боли в зависимости от того, в какой
орган пенетрирует язва.

Стеноз привратника и 12-перстной кишки

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки осложняется стенозом привратника или начального отдела 12-перстной кишки в 6-15% случаев. Различают органический и функциональный пилородуоденальный стеноз. Органический — обусловлен постязвенными рубцовыми изменениями, функциональный — отеком и спазмом пилородуоденальной зоны.

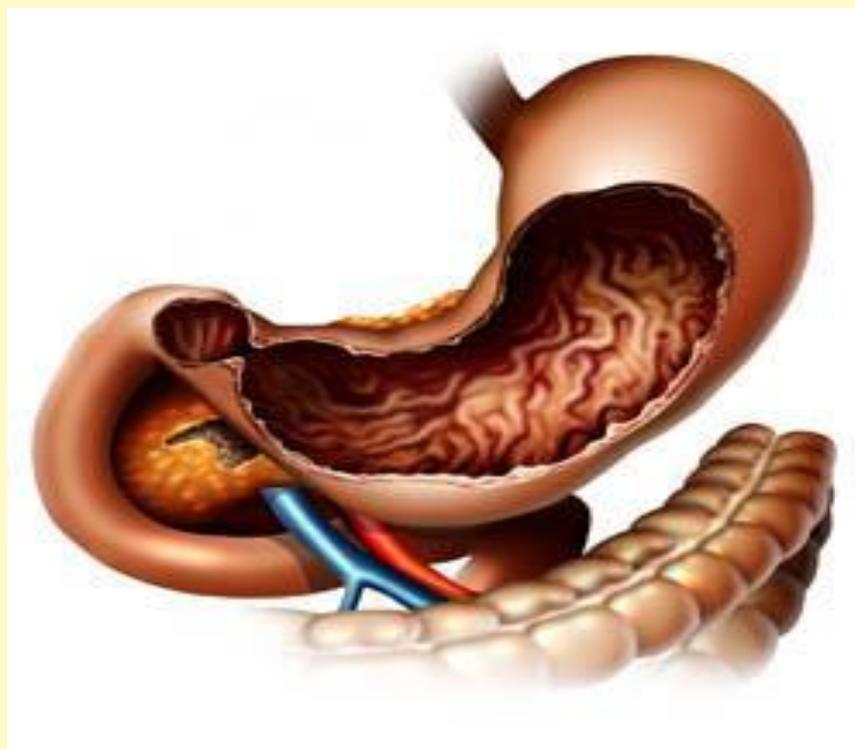
Стеноз

- *Компенсированный*
- *Субкомпенсированный*
- *Декомпенсированный*

Малигнизация

Боль в подложечной области становится постоянной, иррадирует в спину, особенно интенсивной боль бывает ночью;
исчезает симптом локальности боли при пальпации, боль в эпигастрии становится диффузной;
отмечается прогрессирующее падение массы тела больного;
исчезает аппетит;
появляется немотивированная нарастающая слабость;
характерны прогрессирующая анемия, постоянно положительная реакция Грегерсена (реакция на скрытую кровь в кале) и стойкое снижение кислотности желудочного сока, обнаружение в нем молочной кислоты; стойкое увеличение СОЭ;
при рентгеноскопии желудка выявляются признаки малигнизации язвы: широкий вход в язвенный кратер, атипичный рельеф слизистой вокруг «ниши», исчезновение складок и перистальтики в пораженном сегменте, вал инфильтрации вокруг язвы превышает диаметр кратера язвы, симптом погруженной ниши, появление дефекта наполнения;

Лечение хронического гастрита



Лечение хронического гастрита зависит от:



- **типа гастрита,**
- **секреторной функции желудка,**
- **фазы заболевания**

Лечение хронического гастрита включает



- **Диетотерапию**
- **Медикаментозное лечение**
- **Физиотерапевтическое лечение**
- **Санаторно-курортное лечение**

Диетотерапия



Диетотерапия – неотъемлемый компонент лечения любого типа хронического гастрита и предусматривает частое дробное питание (5 – 6 раз в день), пища не должна быть горячей



Диетотерапия



При наличии атрофии слизистой оболочки,
снижении секреторной функции желудка

показана диета,

предусматривающая механическое

щажение в сочетании с химической

стимуляцией секреторной

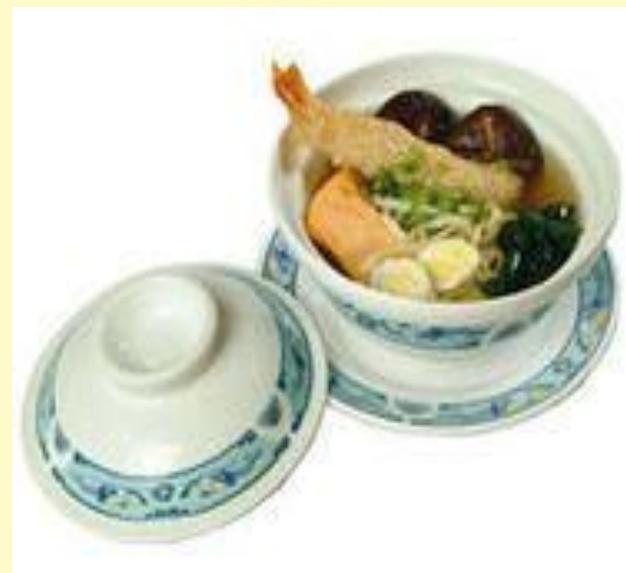
активности желудка: рацион

содержит мясные, рыбные,

овощные супы, крепкие

бульоны, нежирное мясо

и рыбу, овощи, фрукты, соки

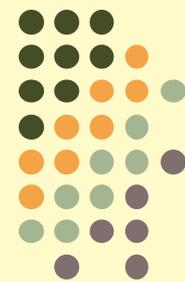


Диетотерапия



Диету назначают на период обострения болезни. После наступления ремиссии рекомендуют полноценное питание с исключением трудно перевариваемых продуктов (жира, сметаны, сливок), а также продуктов, вызывающих брожение (цельного молока, свежих изделий из теста, винограда)

Медикаментозное лечение хронического гастрита со сниженной секрецией



Стимуляция желудочной секреции



- **Сок подорожника**
по 1 ст. л. 3 раза в день до еды;



- **Плантаглюцид** (препарат из листьев подорожника)
по ½ - 1 ч.л. в ½ стакана тёплой
воды за 30 минут до еды 3 раза в день.



Заместительная терапия



- **Натуральный желудочный сок**
по 1 – 2 ст.л. во время еды;



- **Ацидин-пепсин (бетацитд, аципепсол)**
по 0,25 – 0,5 в ¼ стакана воды во время еды;



- **Абомин** по 0,2 во время еды.



Ферментные препараты



- **Фестал** по 1 др. во время еды;



- **Мезим-форте** по 1 – 2 таб. во время или перед едой;



- **Панзинорм** по 1 – 2 др. во время еды;



- **Панкреатин** по 0,5 г 3 раза в день до еды;



- **Креон** по 1 капсуле (0,15 или 0,3) 3 – 4 раза в день до еды;



- **Панцитрат** по 1 – 2 капсулы 3 раза в день во время еды.



Цитопротекторы



- **Вентер (сукральфат)**
по 1 гр. 3 раза в день до еды и на ночь;



- **Де-нол (висмута трикалия дицитрат)**
по 120 мг (1 таблетка) 4 раза в день
(3 раза за 30 минут до еды и 4-й раз
перед сном).



Коррекция моторных нарушений функции желудка



- **Церукал (метоклопрамид)**
по 0,01 за 30 минут до еды;



- **Домперидон (мотилиум)**
по 0,01 за 30 минут до еды.



- **Итоприд (итомед) 50 мг**
3 раза в сутки до еды.



Фитотерапия



- растительные средства, оказывающие противовоспалительное действие: настои

тысячелистника,

зверобоя,

цветков ромашки,

мяты,

подорожника



по ½ стакана за 30 минут до еды

- препараты, возбуждающие аппетит (горечи): настои

полыни,

корня одуванчика,

трилистника,

корневища аира



по ¼ стакана за 30 минут до еды

Витаминотерапия



- Витамины группы В (В₁, В₂), никотиновая кислота, фолиевая кислота**



SMED.RU

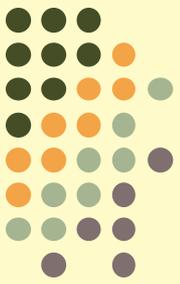
При развитии В₁₂-дефицитной анемии



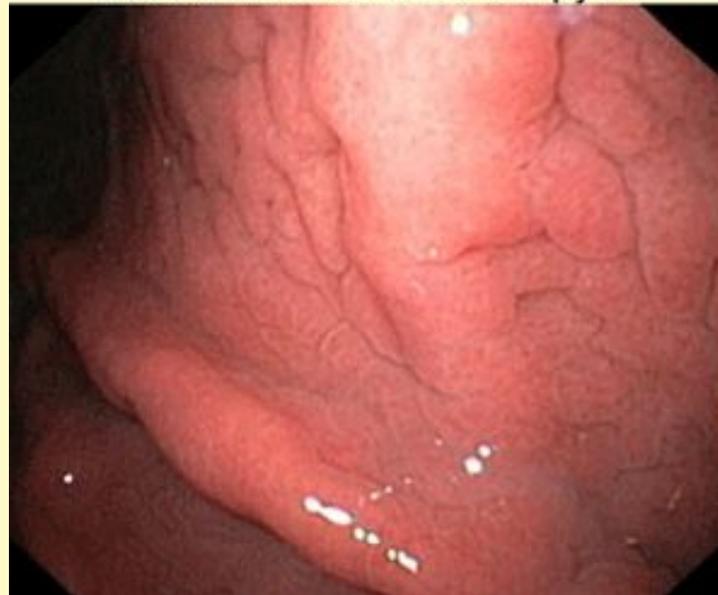
- назначают ***цианокобаламин***



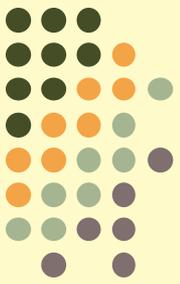
Медикаментозное лечение хронического гастрита с сохраненной и повышенной секрецией и ЯБ желудка и ДПК



Гастроскопия хронического гастрита,
вызванного *Helicobacter pylori*



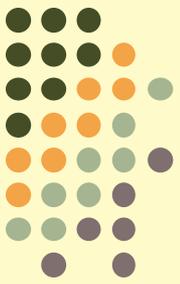
Диетотерапия



При отсутствии атрофии слизистой оболочки и повышенной секреции исключают продукты и блюда, раздражающие слизистую оболочку желудка (солёные, копчёные, жареные блюда, маринады, острые приправы, наваристые бульоны)



Эрадикационная терапия



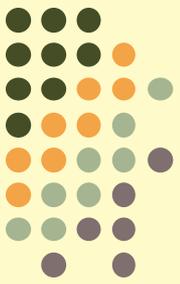
Стандарты лечения кислотозависимых и ассоциированных с Helicobacter pylori заболеваний

(IV Московское соглашение)

X съезд Научного общества
гастроэнтерологов России

5 марта 2010 года

Эрадикационная терапия



- Для лечения используются две линии антихеликобактерной терапии: начинают лечение с первой линии, при неэффективности назначают вторую линию. Контрольное исследование для оценки эрадикации проводится через 4 – 6 недель после окончания лечения (в более ранние сроки можно получить ложноотрицательные результаты)
- Выбор варианта лечения (в каждой линии есть несколько вариантов) зависит от наличия индивидуальной непереносимости больными тех или иных препаратов, от чувствительности штаммов *HP* к препаратам, индивидуальных особенностей пациента.

Пример антихеликобактерной терапии



- Один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозе **Омепразол** 20 мг 2 раза/сут (*лансопразол 30 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг*)



+

- **Амоксициллин** 1000 мг 2 раза/сут



+

- **Кларитромицин** 500 мг 2 раза/сут или **нифурател (макмирор)** 400 мг 2 раза/сут



+

- **Висмута трикалия дицитрат (де-нол)** 120 мг 4 раза/сут или 240 мг 2 раза/сут



в течение 10 – 14 дней.

Антисекреторная терапия

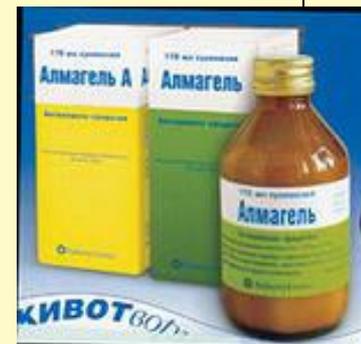


Антисекреторные препараты могут применяться в комплексной терапии хронического гастрита типа В в качестве симптоматического средства.

Антациды



- **Альмагель** 1 – 2 ч.л. (дозировочные) за 30 минут до еды или через 1,5 часа после еды и на ночь



- **Фосфалюгель** 1 – 2 пакетика через 1,5 часа после еды и на ночь



- **Маалокс** 1 – 2 таб. через 1,5 часа после еды и на ночь



- **Гастал** 1 – 2 таб. через 1 – 1,5 часа после еды и на ночь



Холинолитики



- *Атропин*
- *Метацин*
- *Платифиллин*



(действие незначительное, непродолжительное, вызывают побочные эффекты, используются редко)

- *Гастроцепин* 25 – 50 мг 2 раза в день за 30 минут до еды



Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов



- *Ранитидин* 0,15 г 2 раза в день



- *Фамотидин* 0,02 г 2 раза в день



Ингибиторы протонного насоса (помпы)



- **Омепразол** 20 мг 2 раза в сутки до еды



- **Лансопразол** 30 мг в сутки



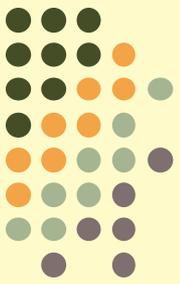
- **Рабепразол** 20 мг в сутки



- **Эзомепразол** 20 – 40 мг в сутки



Физиотерапевтическое лечение



Для купирования болевого синдрома используют электрофорез с новокаином, платифиллином, парафиновые и озокеритовые аппликации, грязелечение.

Санаторно-курортное лечение



Санаторно-курортное лечение с учётом кислотообразующей функции желудка (Ессентуки, Железноводск) показано больным в период ремиссии.

Минеральные воды



- При **хроническом гастрите с секреторной недостаточностью** назначают хлоридные и хлоридно-гидрокарбонатные натриевые воды достаточной минерализации (Ессентуки № 4, № 17 и др.) за 15 – 20 минут до приёма пищи в тёплом виде по ½ стакана.



- При **хроническом гастрите с сохранённой и повышенной секрецией** применяются воды малой минерализации (Боржоми, Славяновская, Смирновская) в подогретом виде за 1 – 1,5 часа до еды 3 раза в день по ½ - 1 стакану.



Профилактика

Питание должно быть сбалансированным и полноценным. В пище должно содержаться достаточно углеводов, жиров, клетчатки, белков, витаминов и микроэлементов

Есть надо часто и понемногу – не менее четырех раз небольшими порциями.

Утренний прием пищи обязателен. Ужинать нужно не позднее 6–7 часов, то есть за 4 часа до сна. Избегать переедания на ночь, исключить «сухомятку»

Фастфуды, недоброкачественная, трудноперевариваемая пища, а также продукты с большим количеством консервантов и красителей, не обеспечивают полноценное функционирование слизистой желудка.

Исключение слишком горячей и холодной пищи, осторожно с крепким алкоголем

Соблюдение личной гигиены поможет предотвратить заражение бактерией *Helicobacter pylori*, являющейся одной из причин появления язвы или гастрита.