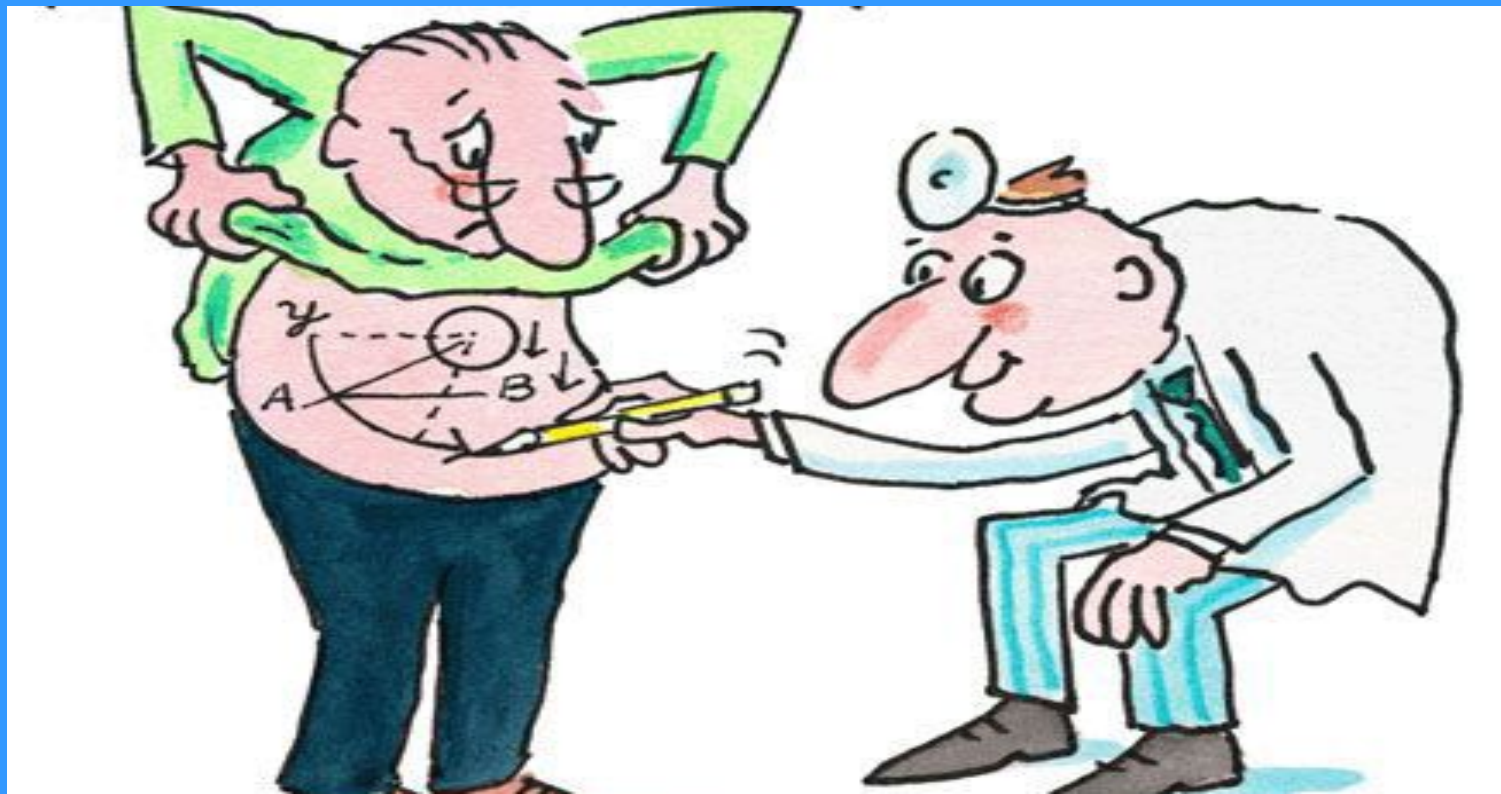


# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12 – ПЕРСТНОЙ КИШКИ

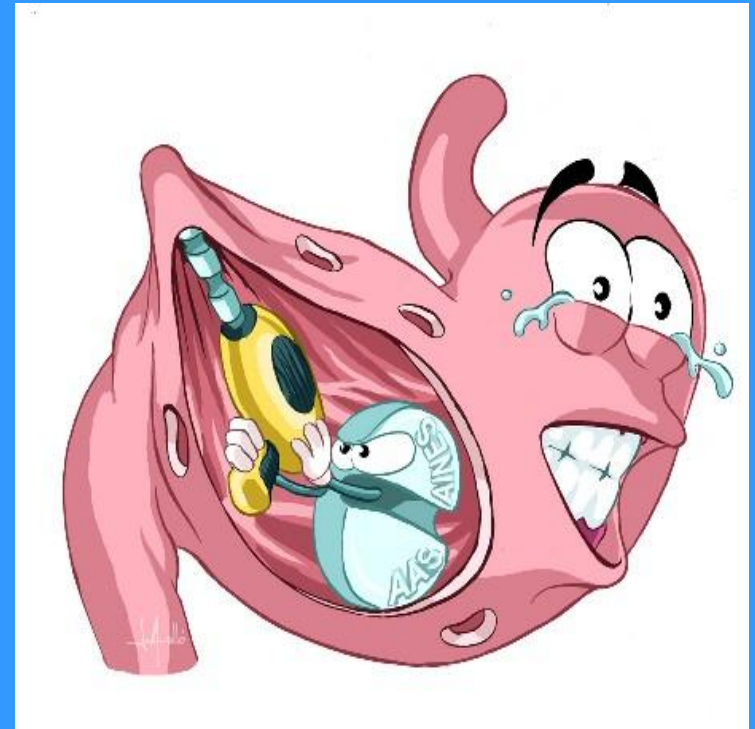


# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- это сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, в большинстве случаев инфекционного происхождения, с формированием локального повреждения слизистой оболочки верхних отделов пищевого канала как ответа на нарушение эндогенного баланса местных факторов **«агрессии»** и **«защиты»**.

# ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЯБ

- ✓ инфицирование СОЖ НР;
- ✓ повреждающее действие на СОЖ дуоденального содержимого при его рефлюксе.
- ✓ наследственность







# ЭКЗОГЕННЫЕ (ВНЕШНЕСРЕДОВЫЕ) ФАКТОРЫ:

- ✓ **Helicobacter pylori (Hp)-инфекция (колонизация СОЖ и очагов желудочной метаплазии в ДПК);**
- ✓ **психоэмоциональные стрессовые воздействия с включением психосоматических механизмов патогенеза;**
- ✓ **метеорологические факторы, особенно в переходные времена года (осень, весна);**
- ✓ **курение.**

# HELICOBACTER PYLORI



# Оказывається!

Причиною гастритов  
и язвы желудка  
является бактерия



Нобелевская  
премия по медицине  
Уоррен и Маршалл  
2005

*Helicobacter  
Pylori*

PP4WEB.ru





# HELICOBACTER PYLORI INFECTION

COMMON PRECURSOR  
OF GASTRITIS AND  
PEPTIC ULCERS

RISE FACTOR FOR  
GASTRIC CARCINOMA

CURVED  
GRAM-NEGATIVE  
ROD

ORGANISMS SYNTHESIZE  
UREASE, WHICH PRODUCES  
AMMONIA THAT DAMAGES  
THE GASTRIC MUCOSA

TREATMENT:  
AMOXICILLIN,  
METRONIDAZOLE,  
AND BISMUTH

AMMONIA ALSO  
NEUTRALIZES ACID PH,  
WHICH ALLOWS THE ORGANISM  
TO LIVE IN THE STOMACH

www.webmd.com

© 2014 Dorland

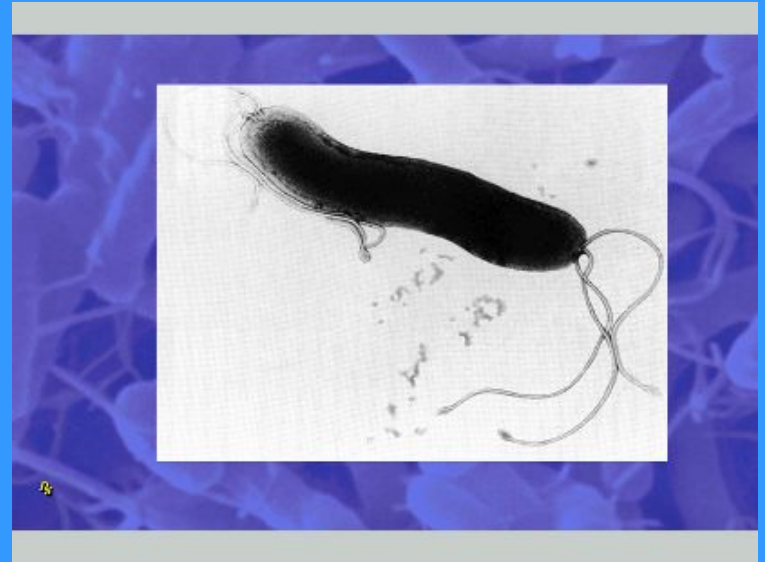




**Исследователи Б.Маршалл и Д. Уоррен в 1983 г. не подозревали, что открыли новую эру в изучении заболеваний желудка, открыв инкубатор после каникулярной недели и обнаружив рост культуры спиралевидных бактерий из биоптатов слизистой желудка, полученных от больного гастритом.**

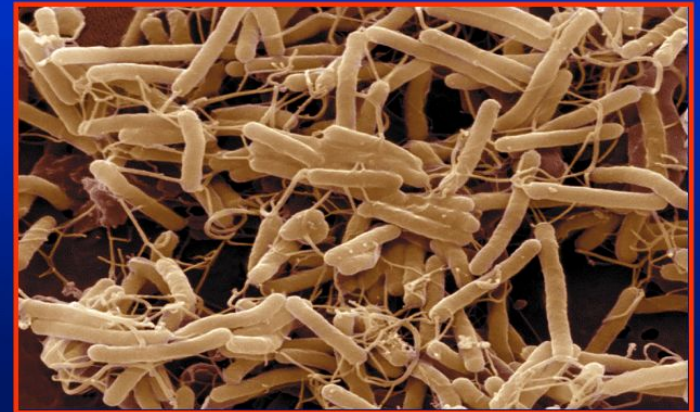
**Сегодня мы уже знаем, что этот микроорганизм вызывает гастриты более чем у половины населения земного шара, являясь также этиологическим фактором более 95% всех дуоденальных язв и почти 90% доброкачественных нелекарственных язв желудка.**

# HELICOBACTER PYLORI



*Helicobacter pylori*

- ✓ спиралевидная Грам(-)
- ✓ обладает способностью формировать «биоплёнки», защищающие ее от действия КИСЛОТЫ



# HELICOBACTER PYLORY

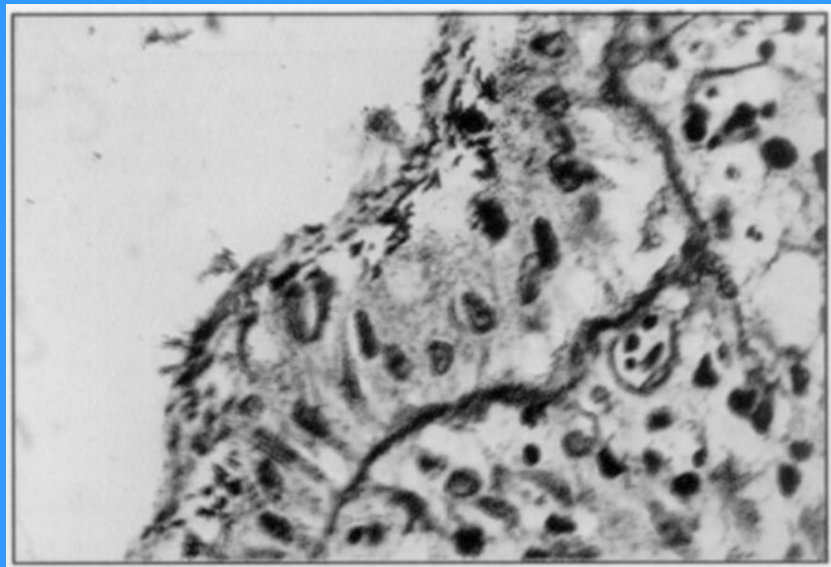
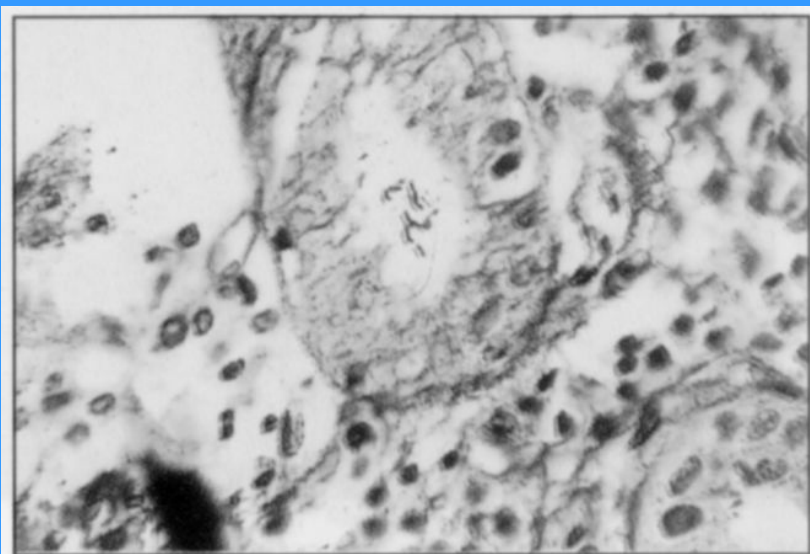




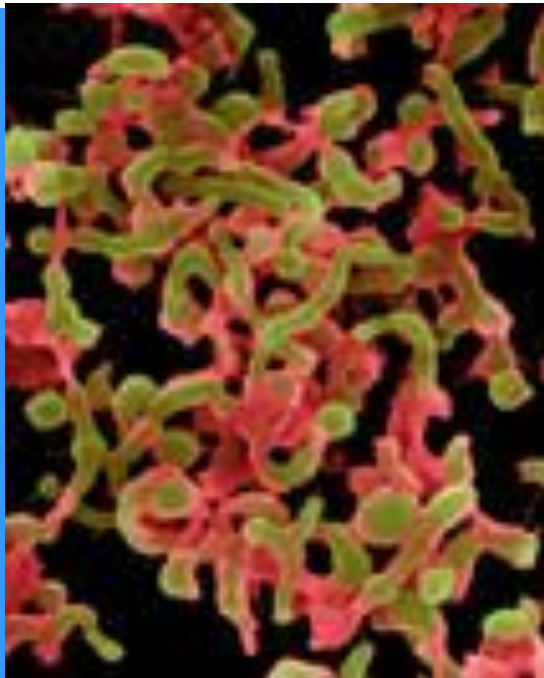
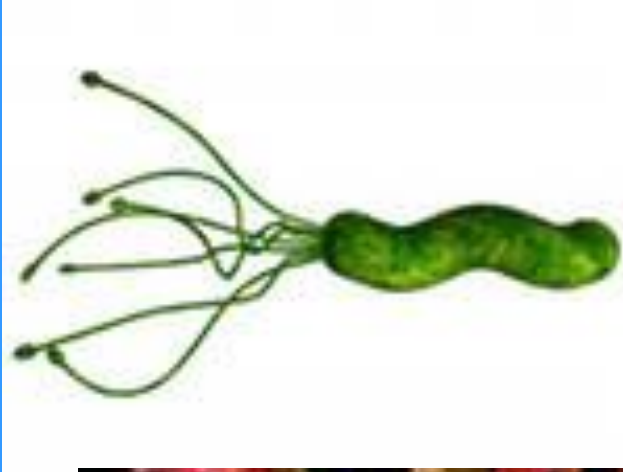
# HELICOBACTER PYLORY



# HELICOBACTER PYLORI в слизистой оболочке желудка x 500



# HELICOBACTER PYLORY





# В ЧЕМ ВИНОВАТА НР?



# В ЧЕМ ВИНОВАТА НР?

- ✓ В 75-100% случаев возникновения хронических гастритов,
- ✓ 60% - язвенной болезни желудка,
- ✓ 80-% — язвенной болезни двенадцатиперстной кишки,
- ✓ 30-90% — неязвенной диспепсии



# В ЧЕМ ВИНОВАТА НР?

- ✓ **Рак желудка**
- ✓ **Железодефицитная анемия**
- ✓ **Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура**
- ✓ **В12-дефицитная анемия**
- ✓ **MALT-лимфома**



В 1995 году Международной Ассоциацией по Изучению Рака (IARC) ***H.pylori* признан канцерогеном 1 класса.**

При назначении схем антихеликобактерной терапии доказана не только репарация язвенных дефектов, но и обратное развитие гастрита и злокачественных новообразований.

## ЖГУТИКИ

колонизация клеток хозяина после проникновения под слизистую оболочку и хемотаксис

## УРЕАЗА

- нейтрализация кислоты в желудке;
- повреждение слизистой оболочки желудка аммиаком

## ЛИПОПОЛИСАХАРИДЫ

- прикрепление к клеткам хозяина;
- воспаление

## БЕЛКИ ПОВЕРХНОСТИ

- прикрепление к клеткам хозяина;

## Экзотоксины

образующий вакуоли токсин (VacA)  
повреждение слизистой оболочки

## Экзоферменты

(протеазы, липазы, муциназы)  
повреждение слизистой оболочки

## Система секреции

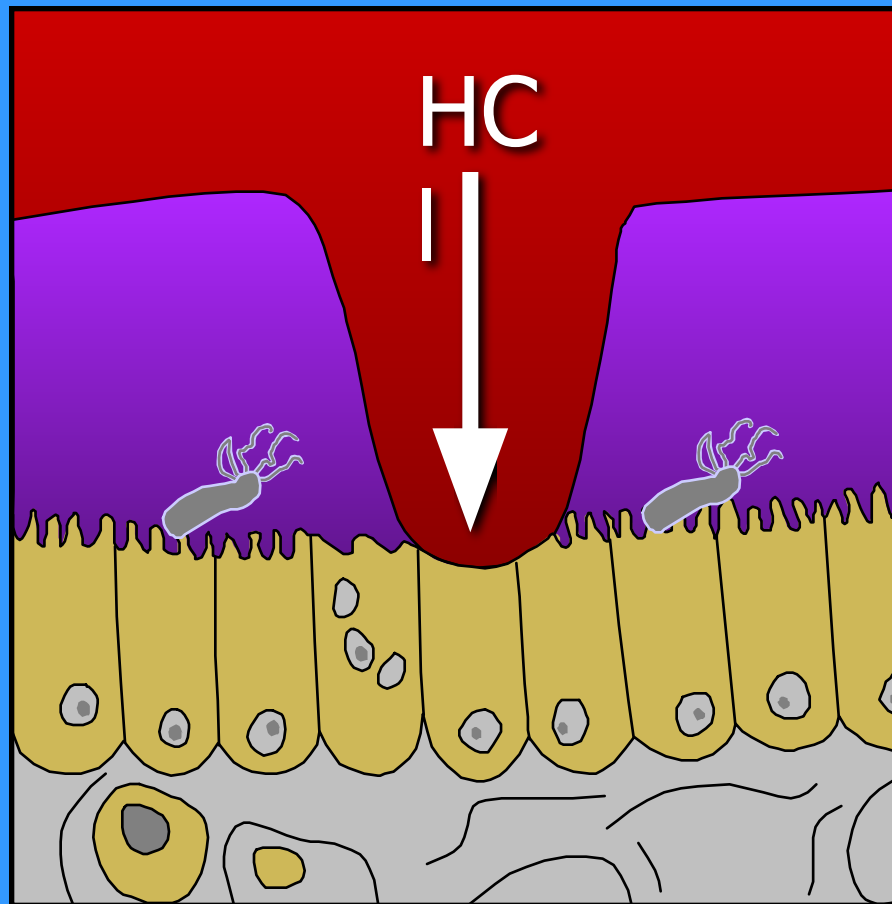
жгутикоподобная структура для введения эффекторов в клетки хозяина

## ЭФФЕКТОРЫ (CagA)

- ремоделирование актина;
- индукция интерлейкина-8;
- ингибирование роста клеток хозяина и апоптоза



# Роль инфекции *H. pylori* и соляной кислоты в патогенезе ЯБ

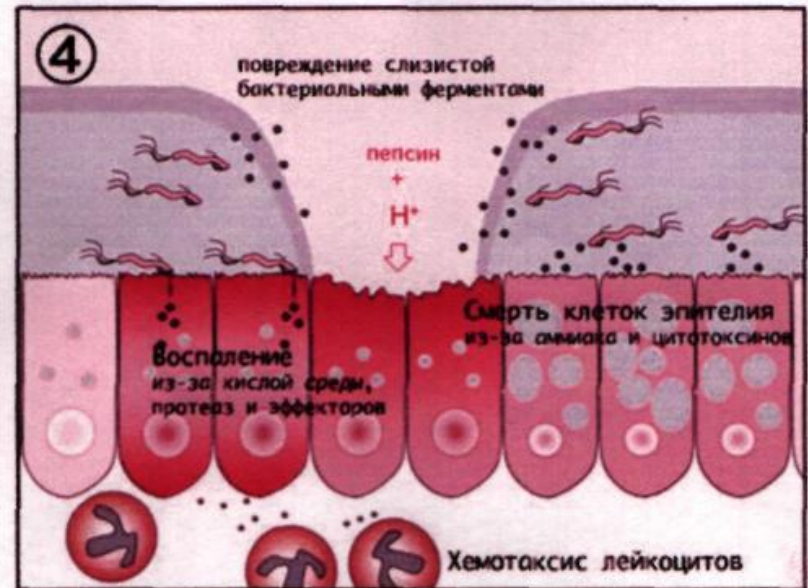
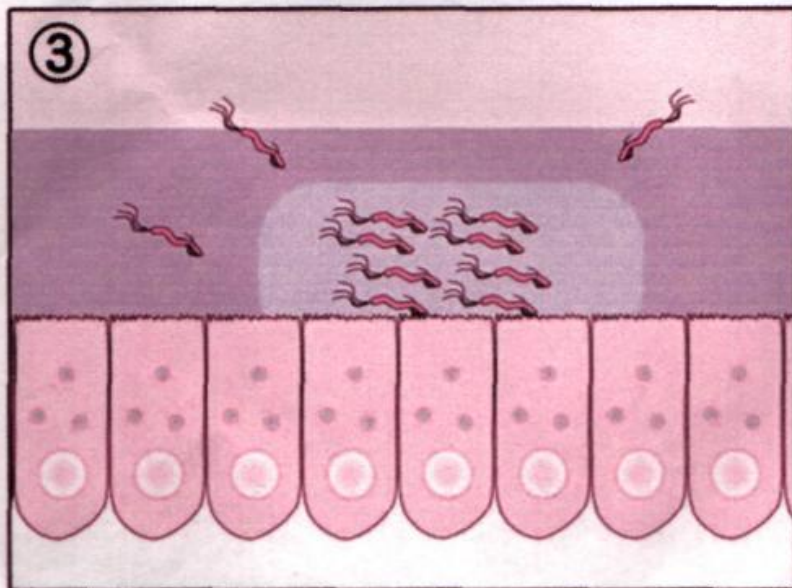
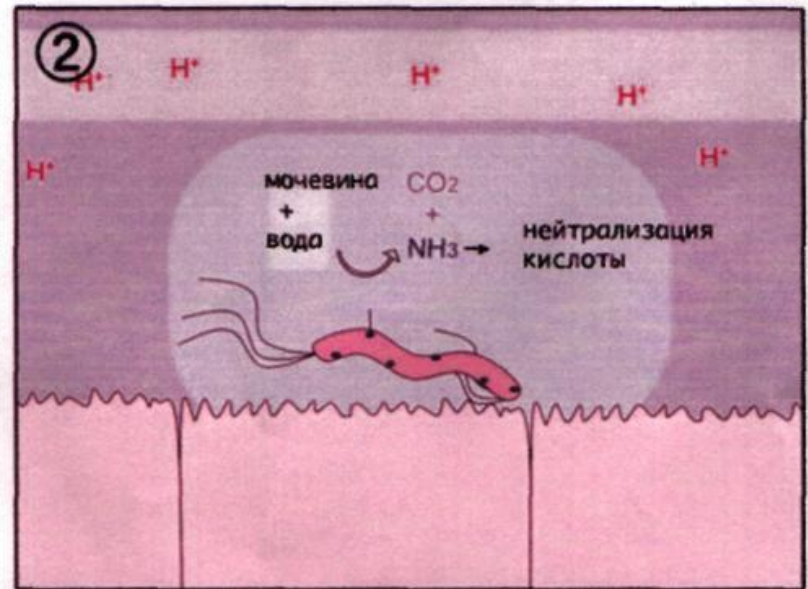
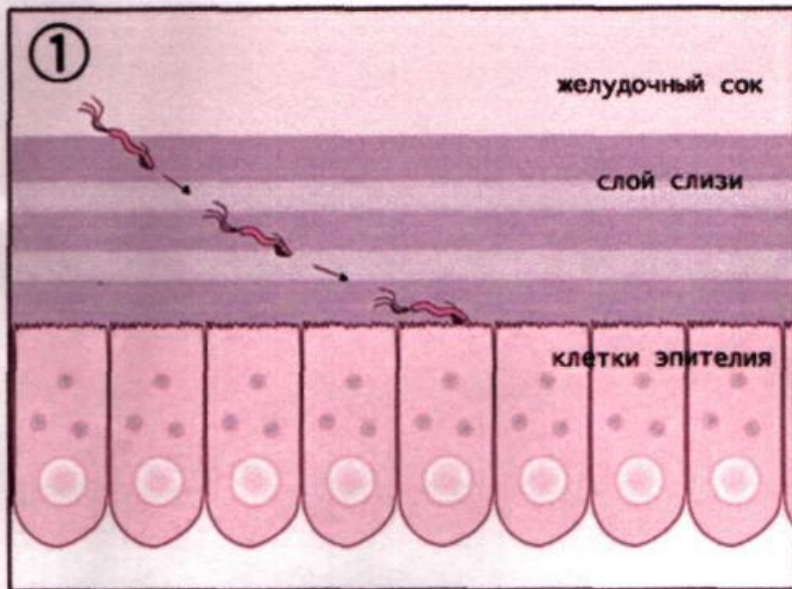


Просвет желудка

Слизь

Клетки эпителия











# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ✓ значимая психотравма, предшествующая развитию ЯБ.
- ✓ психогенные факторы: высокие эмоциональные нагрузки на рабочем месте, семейные конфликты, полиморфные психогении.
- ✓ у 56% больных ЯБ определяются дефекты воспитания в детстве (гипоопека, неполная семья и т.п.), признаки эмоциональной (у 72%) и социальной (у 46%) дезадаптации, акцентуация личности (у 50%).
- ✓ зависимость ЯБ от психического фактора - 80 %, показатель соматизации переживаний - 52%.

# **ЭНДОГЕННЫЕ (ВНУТРЕННИЕ) ФАКТОРЫ:**

-  **наследственная предрасположенность;**
-  **ацидопептический «агрессивный»  
фактор;**
-  **стойкий иммунологический дисбаланс с  
развитием вторичного иммунодефицита;**
-  **активация процессов  
свободнорадикального окисления липидов  
(СРОЛ).**

# МАРКЕРЫ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

✓ **Клинико-генеалогический анализ** (изучение родословной с выявлением больных ЯБ среди кровных родственников первой степени родства).

✓ **Определение группы крови** системы АВО, (01) резус-принадлежности, фенотипов наследственного полиморфизма (по Lewis)

✓ **Выявление «несекреторного статуса»** (неспособности выделять со слюной групповые агглютиногены крови системы АВН).

# МАРКЕРЫ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

✓ Определение генетически обусловленного увеличения массы обкладочных клеток (МОК).

✓ Наличие врожденного дефицита альфа-1-антитрипсина ( $\alpha$ -1-АТ) и альфа-2-макроглобулина ( $\alpha$ -2-МГ) – основных протекторов СОЖ и ДПК от ацидопептической агрессии.



# МАРКЕРЫ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ✓ Выявление **определенных антигенов гистосовместимости системы HLA: A10 и B5, а также перекрестно реагирующих с ними B15 и B35.**
- ✓ Врожденные нарушения в составе желудочной и дуоденальной слизи (**дефицит фукозы, гликозаминогликанов и хондроитин-сульфатов**)
- ✓ **Индивидуальные особенности дерматоглифики**

# Весы Шияйа



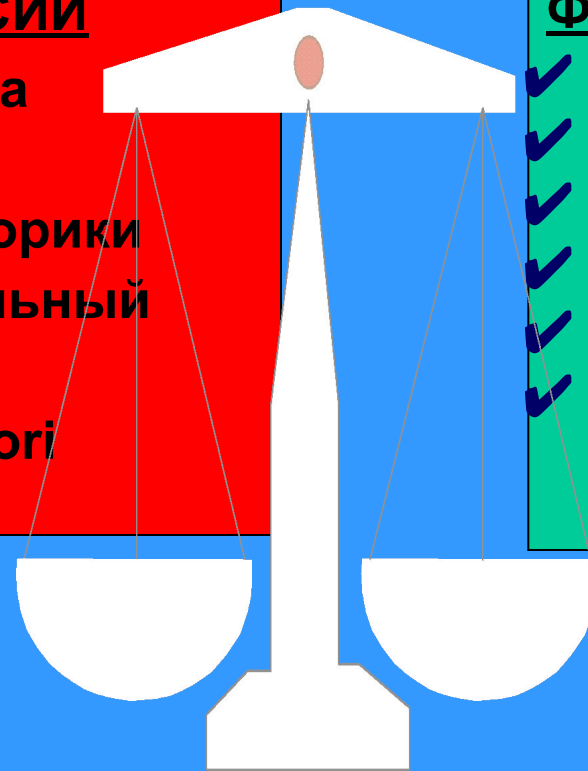
# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЯЗВООБРАЗОВАНИЯ

## ФАКТОРЫ АГРЕССИИ

- ✓ Соляная кислота
- ✓ Пепсин
- ✓ Нарушение моторики
- ✓ Дуоденогастральный рефлюкс
- ✓ *Helicobacter pylori*

## ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ

- ✓ Образование слизи
- ✓ Секреция бикарбонатов
- ✓ Регенерация эпителия
- ✓ Простагландины
- ✓ Должный кровоток
- ✓ Иммунная защита



**Нарушение  
равновесия**

**ЯЗВА**

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ** – это **не простая сумма местных поражений**, строго локальных в отдельных анатомических структурах (желудок, ДПК), а **СИСТЕМНОЕ** заболевание, в котором соматическое всегда опосредованное психическим.  
(Zander W, 1981 г.)



# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

(Я.С. Циммерман, 2000) Российская Ассоциация гастроэнтерологов (клинич.  
Рекомендации по диагностике и лечению ЯБ 2016)



# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

### ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

- ✓ кардиального и субкардиального отделов
- ✓ тела и угла желудка
- ✓ антрального отдела
- ✓ пилорического

### ЯЗВЫ 12 П/КИШКИ

- ✓ луковицы
- ✓ постбульбарного отдела  
(внедуоденальные язвы)

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## По этиологии и патогенезу

ЯБ желудка и ДПК (первичная ЯБ):

- ✓ Нр-зависимая форма ЯБ;
- ✓ Нр-независимая форма ЯБ (идиопатическая).

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## Симптоматические (вторичные) гастроудоденальные язвы:



стрессовые;



эндокринные;



дисциркуляторно-гипоксические;



токсические;



медикаментозные;





# СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ

## «Стрессовые» язвы:

- при распространенных ожогах (язвы Курлинга)
- при черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях (язвы Кушинга)
- при других заболеваниях - инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях и полостных операциях.

## Эндокринные язвы:

- синдром Золлингера – Элисона
- гастродуоденальные язвы при

# СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ

Гастродуоденальные при заболеваниях внутренних органов:

- при хронических неспецифических заболеваниях легких
- при ревматизме, гипертонической болезни и атеросклерозе
- «гепатогенные язвы», «панкреатогенные язвы»
- при ХПН, сахарном диабете, эритремии, карциноидном синдроме, болезни Крона
- при ревматоидном артрите

# СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ

## ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ЯЗВЫ

(НПВП / АСК - АССОЦИИРОВАННАЯ  
ГАСТРОПАТИЯ)

- ✓ У 20-25% пациентов, длительно принимающих НПВП, возникают острые язвы, у 50% – эрозивный гастродуоденит
- ✓ 53,5% из всех поступающих в стационар с острым желудочно-кишечным кровотечением принимали НПВП


# СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ

## ЛЕКАРСТВЕННЫЕ

 НПВП блокируют :

ЦОГ-1, участвующий в синтезе защитных PGE2 и PGI2 в СОЖ;

ЦОГ-2, участвующий в синтезе ПГ- медиаторов воспаления

 НПВП обладают собственным цитотоксическим эффектом

Селективные ингибиторы ЦОГ-2: целекоксиб (Целебрекс)

# «ФАКТОРЫ РИСКА» РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА НПВП / АСК

## Со стороны пациента

- ✓ Возраст > 60 лет
- ✓ Язвенная болезнь в анамнезе

## Обусловленное особенностями применения НПВП / АСК

- ✓ Применение относительно более токсичных НПВП (диклофенак)
- ✓ Высокие дозы НПВП (или применение 2-х и более НПВП одновременно)
- ✓ Сочетанное применение с АСК, антикоагулянтами (варфарин, клопидогрель) и/или кортикостероидами



# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## По клинико-морфологическим особенностям

- ✓ Хроническая рецидивирующая язва желудка и ДПК (преимущественно при ЯБ).
- ✓ Острые гастродуоденальные язвы (преимущественно симптоматические).
- ✓ Рубцовая послеязвенная деформация желудка и ДПК.
- ✓ ЯБ, связанная с хроническим гастритом или гастродуоденитом, ассоциированными с Нр

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## По локализации

✓ **Желудочная язва** (кардиальный и субкардиальный отделы; анtrum и пилорический канал; малая кривизна, большая кривизна; передняя стенка, задняя стенка).

✓ **Дуоденальная язва:** луковичная (передняя стенка, задняя стенка; большая кривизна, малая кривизна); внелуковичная (выше или ниже БДС).

✓ **Сочетанные язвы:** двойные (желудок, ДПК); множественные (симптоматические) язвы.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## Стадия течения заболевания



обострение



рубцевание (эндоскопически  
подтвержденная стадия «красного» и  
«белого» рубца)



ремиссия



рубцово-язвенная деформация желудка и  
двенадцатиперстной кишки

## По тяжести течения



легкое течение.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## Осложнения

(в т.ч. в анамнезе, характер оперативных вмешательств, если они проводились)

✓ Гастродуоденальное язвенное кровотечение.

✓ пенетрация язвы в соседние органы.

✓ перфорация язвы.

✓ пилородуоденальный рубцово-язвенный стеноз  
(компенсированный; субкомпенсированный;  
декомпенсированный).

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## По числу язвенных поражений

✓ **одиночные**

✓ **множественные язвы**

## В зависимости от размеров язвенного дефекта

✓ **язвы малых размеров** - до 0,5 см в диаметре

✓ **средних** - 0,6–1,9 см в диаметре



# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## По проекции поражения

- ✓ малая кривизна
- ✓ большая кривизна
- ✓ передняя стенка
- ✓ задняя стенка

# КЛАССИФИКАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

## По характеру кислотопродукции

- ✓ повышенный (гиперсекреторный)
- ✓ нормальный (нормосекреторный)
- ✓ пониженный (гипосекреторный)

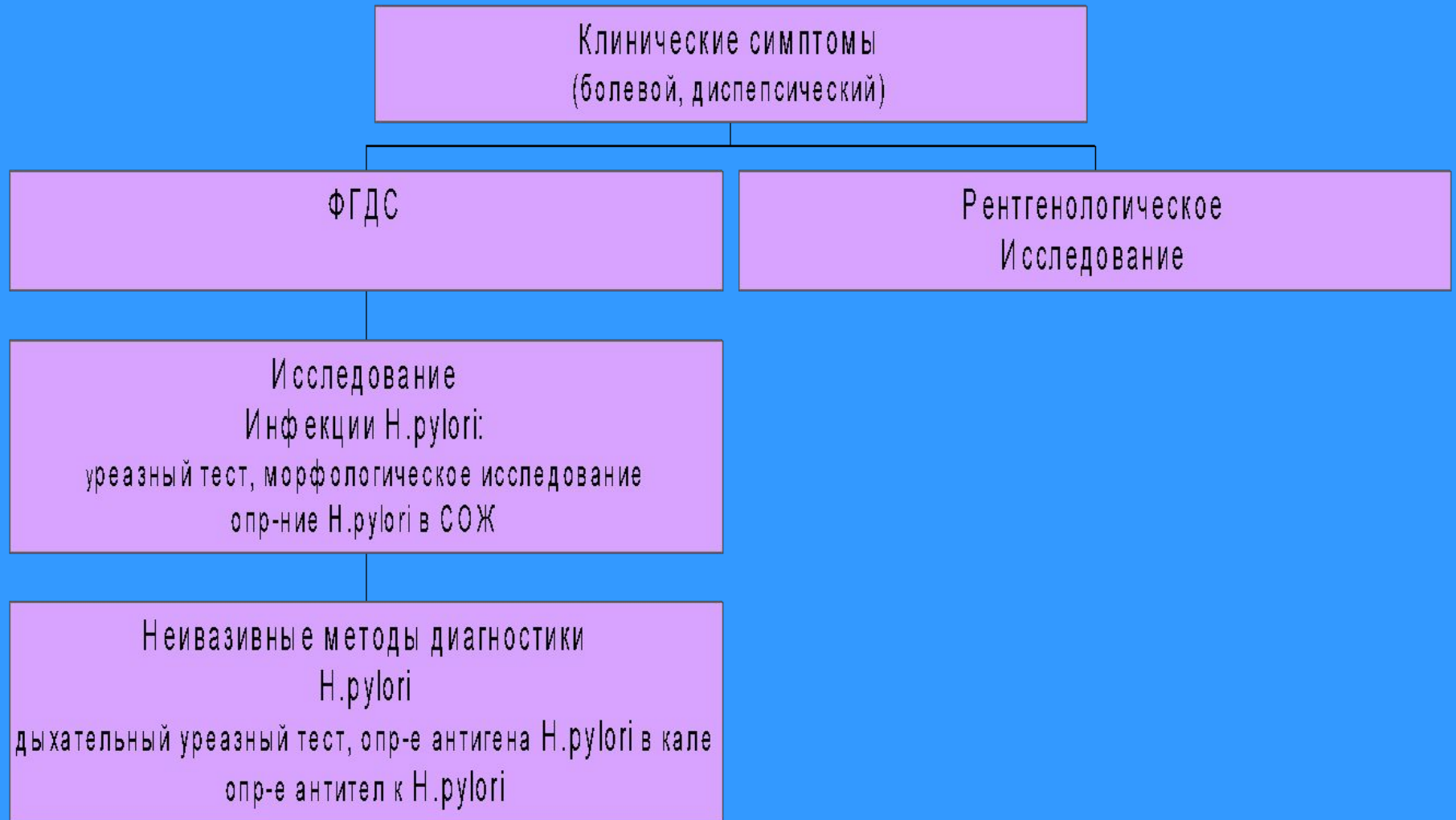
# ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ

 острое (впервые выявленная язва)


 хроническое:

- с редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже)
- с ежегодными обострениями
- с частыми обострениями (2 раза в год и чаще)

# АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЯБ



# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

 **Анамнез** (характерная структура болевого и диспепсического синдромов; суточный ритм болей; сезонность рецидивов ЯБ: осень, весна) и т.п.

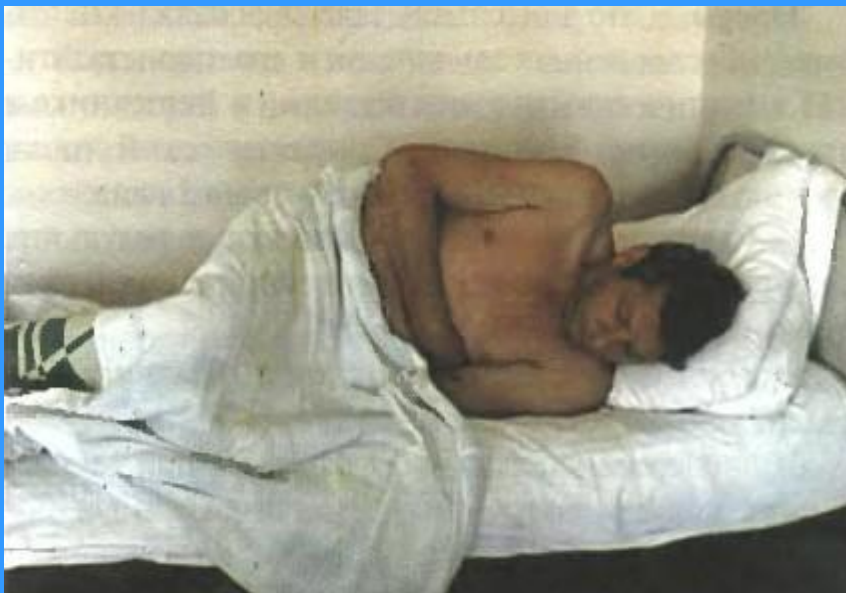
 **Объективный статус:** симптомы локальной перкуторной (**симптом Менделя**) и пальпаторной болезненности в эпигастрии.



# БОЛЕВОЙ СИНДРОМ



# БОЛЕВОЙ СИНДРОМ




# ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА ПИЩИ И ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЙ:

- ✓ **Сразу после приема пищи** – язва кардиального и субкардиального отделов;
- ✓ **Через 0,5 часа-1 час после приема пищи** - язва тела желудка;
- ✓ **Через 2,5-3 часа после приема пищи** - язва пилорического отдела или луковицы двенадцатиперстной кишки;
- ✓ **Голодные боли**, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли - язва пилорического отдела или луковицы двенадцатиперстной кишки.
- ✓ **Н.В.!** Все боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов

# **БОЛЬ МОЖЕТ ИРРАДИИРОВАТЬ:**

 в область спины и межлопаточное пространство при постбульбарных (внеукувичных) язвах;

 в область сердца, левую лопатку, грудной отдел позвоночника (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка);

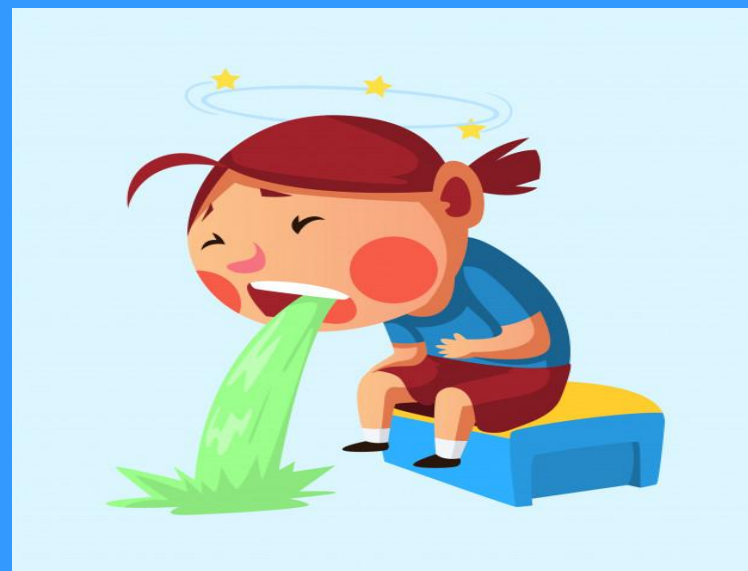
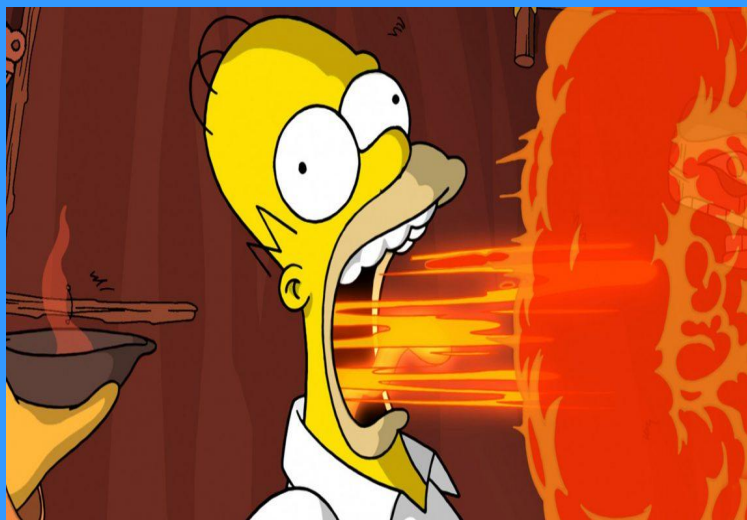
 в поясничную область, под правую лопатку, в межлопаточное пространство

# ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ И ЕЕ ИРРАДИАЦИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЫ

<b>Локализация язвы</b>	<b>Локализация боли и его иррадиация</b>
<b>Малая кривизна</b>	<b>Эпигастральная область, справа от средней линии</b>
<b>Кардиальный отдел</b>	<b>Зона мечевидного</b>
<b>Пилоробульбарная язва</b>	<b>Правее передней срединной линии и на 5-7 см выше пупка</b>
<b>Верхний отдел желудка</b>	<b>Иррадиация на высоте боли вверх и влево</b>
<b>Выходной отдел желудка и луковица 12п/к</b>	<b>Иррадиация в правое подреберье</b>



# ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ИЗЖОГА, ОТРЫЖКА, ТОШНОТА, РВОТА



# ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- ✓ **изжога**, связана с желудочно-пищеводным рефлюксом из-за недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, повышении тонуса мышц привратника;
- ✓ **отрыжка** (воздухом, пищей, кислым, горечью, тухлым);
- ✓ **тошнота**;
- ✓ **рвота** (может быть на высоте болей, при язве желудка кардиального отдела через 10-15 минут после приема пищи, при язве тела желудка через 30-40 минут, при язве пилорического отдела желудка и язве 12- перстной кишке чере 2-2,5 часа . может быть рвота кислым, съеденной ранее пищей (признак стеноза привратника), с примесью желчи (признак дуоденогастрального рефлюкса). с примесью крови (рвота цвета «кофейной

# КИШЕЧНЫЙ СИНДРОМ:

- ✓ боли по ходу толстой кишки;
- ✓ запоры;
- ✓ жидкий стул (мелена - при желудочно-кишечном кровотечении).

# АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ:

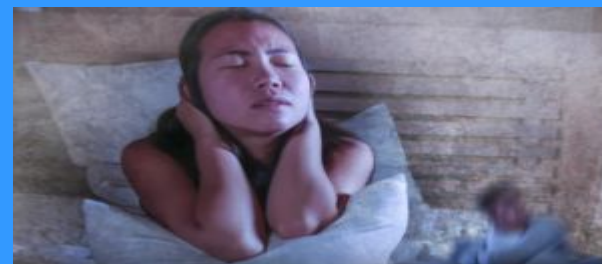
✓ снижение массы тела,

✓ снижение работоспособности,

✓ нарушение сна,

✓ повышенная раздражительность,

✓ «зацикленность» на срыве



# ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ:

✓ признаки вегетативной дисфункции (повышенная потливость, красный или белый дермографизм, дисгидроз, бледность кожных покровов);

✓ пальпаторно или перкуторно болезненность с напряжением мышц в эпигастральной области, правом верхнем квадранте живота, около пупка, пилородуоденальной зоне, положительный симптом Менделя.

# СТАНДАРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ




- ✓ общий анализ крови, мочи, кала – на скрытую кровь
- ✓ группа крови и Rh-фактор
- ✓ внутрижелудочная рН-метрия в т.ч. суточная – определение кислотообразующей функции желудка
- ✓ определение НР-инфекции



# ГАСТРОПАНЕЛЬ

**Микропланшетная иммуноферментная методика**

**Определение:**

-  пепсиноген I, II - язвенный маркер
-  гастрин 17 - биомаркер атрофического гастрита, риск рака желудка
-  антитела Ig A и IgG к Hp

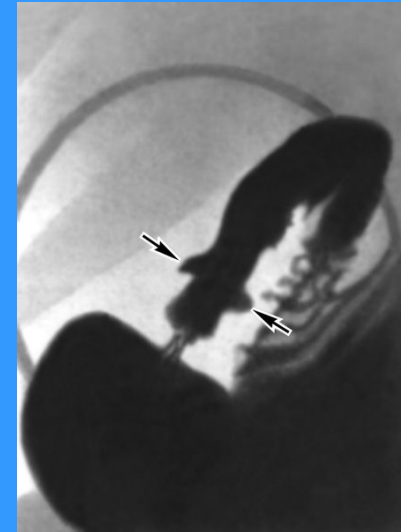
# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

## Рентгенодиагностика:

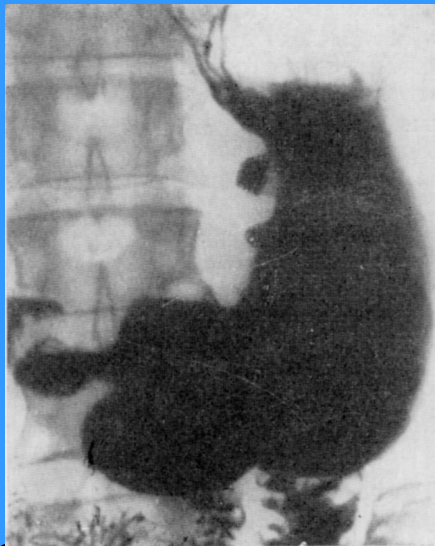
**«прямой признак» - симптом «ниши»**

(контурная «ниша», «рельеф-ниша »);

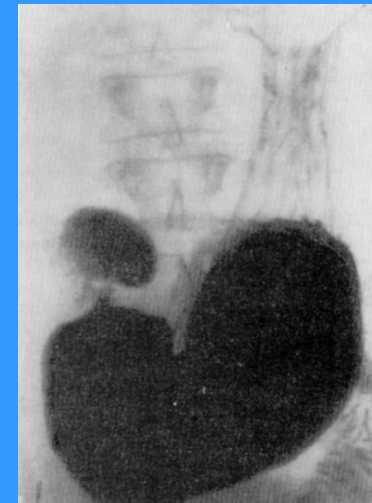
**косвенные:** «воспалительный вал» в окружности язвы; конвергенция складок к язвенному дефекту; симптом «указующего перста» (де Кервена); рубцово-язвенная деформация желудка и/или ДПК



- «Целующиеся» язвы 12 п/кишки



- Множественные язвы тела желудка.

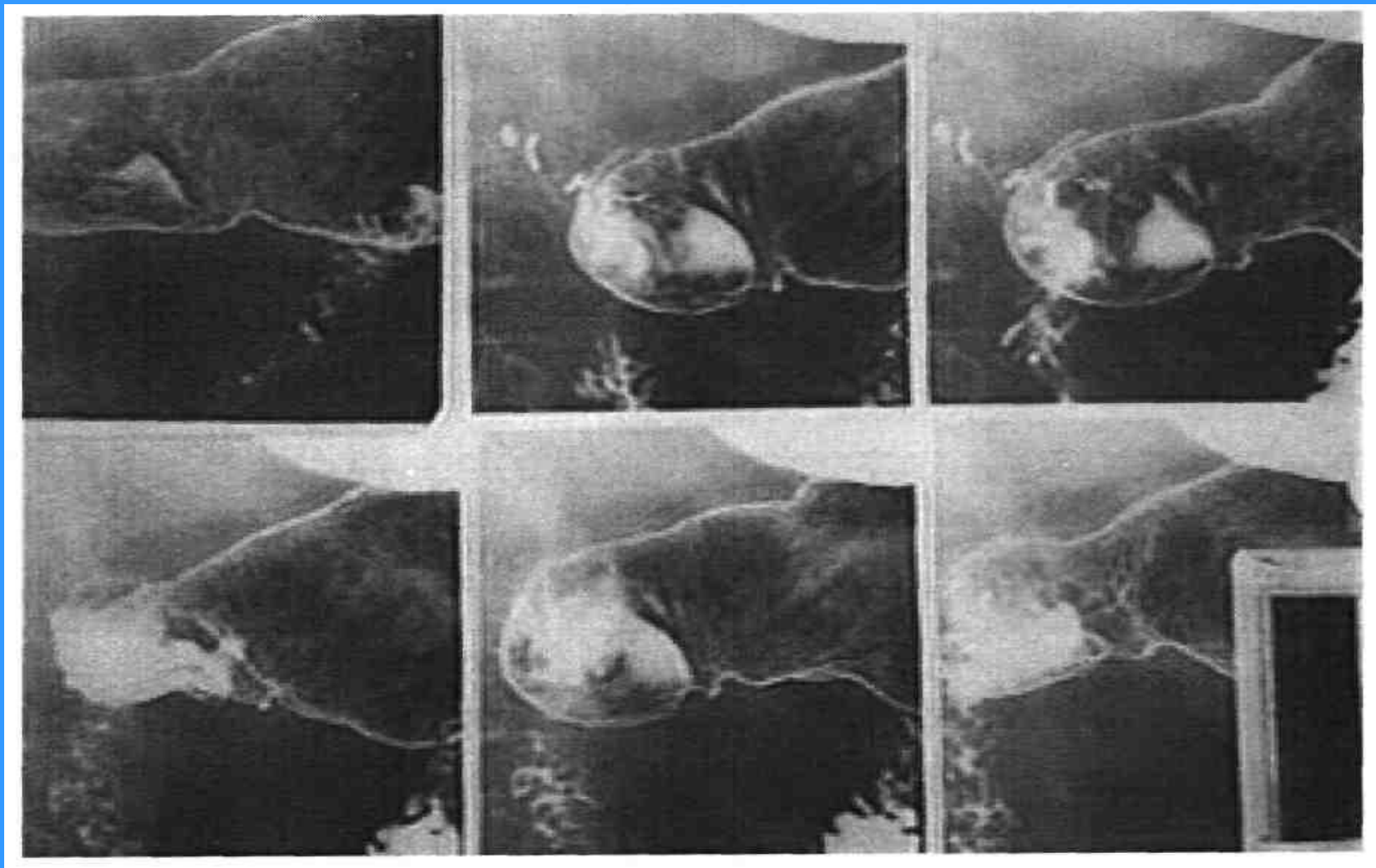


- Пилоростеноз

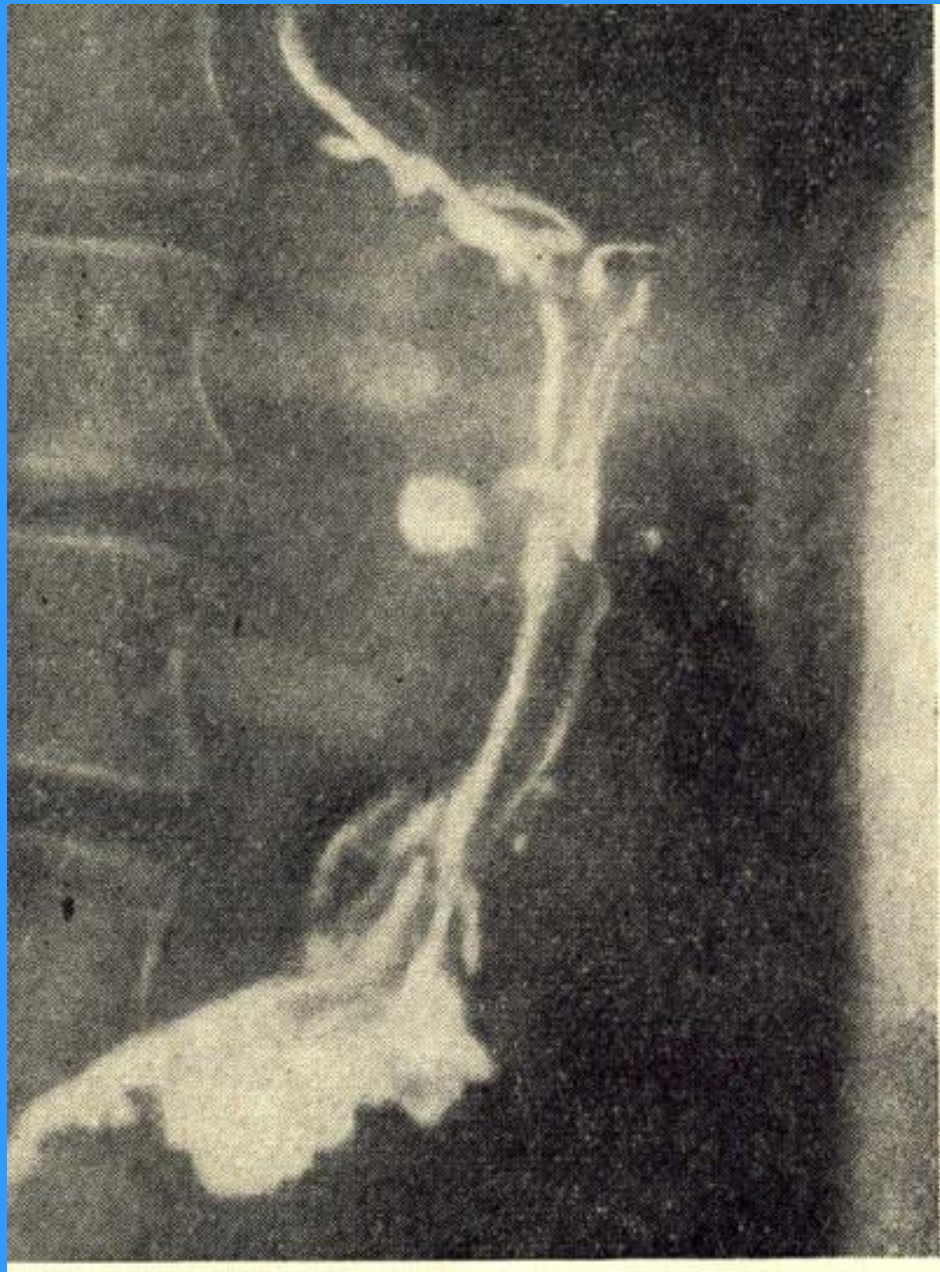
*Рентгенологическое изображение язвы  
желудка*



# *Рентгенологическое изображение язвы желудка*









# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Эндоскопия (ЭГДС):** визуальная характеристика язвы и окружающей её слизистой;

Биопсия для диагностики НР.

По показаниям - прицельная биопсия.

Повторно каждые 3-4 недели до заживления язвы (при ЯБ желудка, диф.диагнозе с раком)

# Эндоскопическая картина язвы желудка



# Эндоскопическая картина язвы



# Эндоскопическая картина язвы



# Методы диагностики *H. pylori*

<b>ИНВАЗИВНЫЕ</b> - требуют проведения эндоскопического исследования с прицельной биопсией и дальнейшим изучением биоптатов	<b>НЕИНВАЗИВНЫЕ</b> – эндоскопическое исследование не требуется
<b>ПРЯМЫЕ</b>	<b>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Гистологический</li><li>✓ Бактериологический</li><li>✓ Молекулярно-генетический – ПЦР в биоптате</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ исследование кала на наличие антигенов HP с применением моноклональных антител</li><li>✓ серологический - выявление антител IgG к HP в плазме крови</li></ul>
<b>НЕПРЯМЫЕ</b>	<b>БИОХИМИЧЕСКИЕ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Быстрый уреазный тест</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ уреазный дыхательный тест с 13С-мочевинной</li><li>✓ уреазный дыхательный тест с 14С-мочевинной</li><li>✓ Определение 15N в моче (с 15N-мочевинной)</li><li>✓ Молекулярно-генетический – ПЦР в кале, слюне, смывах желудка, зубном налете</li></ul>

# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НР

**Инвазивные** (2 биоптата из тела, 1 из антрального отдела)

- ✓ **Быстрый уреазный тест** (CLO - тест)
- ✓ **Морфологический (гистологический) метод**
- ✓ **Цитологический метод** – определение НР в слое пристеночной слизи
- ✓ **Молекулярно – генетический** - определение ДНК НР в СОЖ методом ПЦР
- ✓ **Микробиологический метод** – в т.ч.



# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НР



## быстрый уреазный тест

(CLO -тест):

Определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путем помещения его в специальную среду, содержащую мочевины, буфер и индикатор.

Результат – через 1 час.

Положительный результат только при достаточном количестве НР -  $>10^4$

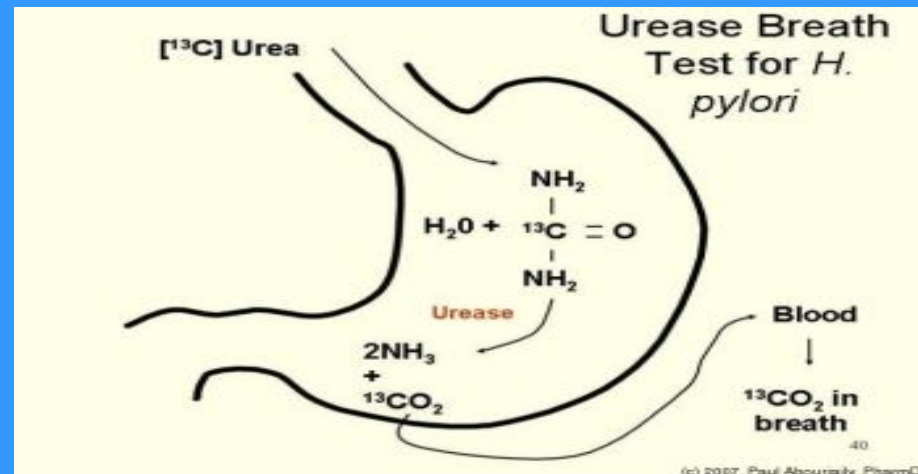
# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НР

## НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

- ✓ **уреазный дыхательный тест с использованием мочевины, меченной изотопами C13 и C14**
- ✓ **определение антигена НР в кале (иммуноферментный анализ) – stool antigen test**
- ✓ **молекулярно-генетический метод - определение ДНК НР в кале - ПЦР**
- ✓ **серологический метод – определение**

# УРЕАЗНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ $^{13}\text{C}$ -УВТ

Определение инфицированности *H. Pylori* слизистой оболочки желудка по уреазной активности микроорганизма, а именно способности уреазы разлагать мочевины до  $\text{NH}_4^+$  и  $\text{HCO}_3^-$  с последующим образованием из  $\text{HCO}_3^-$   $\text{CO}_2$ , который, попадая в кровоток, затем выделяется через легкие и может быть определен в выдыхаемом воздухе.



Радиоизотопный уреазный дыхательный тест с мочевиной, меченной радиоактивным углеродом  $\text{C}^{13}$  или  $\text{C}^{14}$ , считается наиболее точным для диагностики *H. pylori* из неинвазивных методов и известен с 1987 года

# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НР

## Серологический метод

- ✓ показан для скрининга в популяции, для первичной диагностики инфекции *H. Pylori*
- ✓ мало информативен у детей (слабый иммунный ответ) и для оценки эффективности эрадикации *H. pylori* (невозможно различить прошедшую или текущую инфекцию)
- ✓ чувствителен у больных с низкой обсемененностью НР.
- ✓ на результаты не влияют прием ИПП, препаратов

# Маастрихтский консенсус V

определил для практики два основных  
неинвазивных метода диагностики:

✓ **определение хеликобактерного антигена  
в кале** (stool antigen test) с помощью  
ПОЛИКЛОНАЛЬНЫХ ИЛИ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ  
АНТИТЕЛ

✓ **13С-UBT**, причем безоговорочное  
предпочтение было отдано последнему  
методу, т.е. UBT.

## **<sup>13</sup>C-уреазный дыхательный тест<sup>1</sup>:**

Чувствительность 96%

Специфичность 93%

## **Определение антигена *H. pylori* в кале<sup>2</sup>**

Чувствительность 92,1%

Специфичность 94,1%

1. Ferwana M et al. Accuracy of urea breath test in Helicobacter pylori infection: meta-analysis. World J Gastroenterol 2015; 21:1305-14
2. Zhou X et al. Accuracy of stool antigen test for the diagnosis of Helicobacter pylori infection in children; a meta-analysis. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2014; 38:629-38.



# ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИГЕНА *H. PYLORI* В КАЛЕ

## Определение антигена *H. pylori* в кале:

Чувствительность 92,1%

Специфичность 94,1%

## Причины ложноотрицательных результатов:

- ✓ неравномерное распределение антигена в каловых массах
- ✓ разрушение антигена при замедлении эвакуации каловых масс (запоры) антиген разрушается

# ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА НР НЕОБХОДИМО

## ОТМЕНИТЬ:

✓ прием ИПП за 2 недели до исследования

✓ препараты висмута и антибиотики за 4 недели до исследования

Отрицательный результат исследования должен быть подтвержден другим методом диагностики НР

# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Внутрижелудочная рН-метрия:** определение состояния кислотообразующей функции желудка.

**Электрогастрография:** регистрация моторики желудка,

**Динамическое сканирование желудка** после приема пищи с радиоактивной меткой.

# НОРМАТИВЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

Показатели	Секреция			
	Натошак	Базальная	Субмаксимальная	Максимальная
Объем желудочного содержимого, мл/час	50	50-100	100-140	180-220
Общая кислотность, титр.единицы	40	40-60	80-100	100-120
Свободная HCL, титр.единицы	20	20-40	65-85	90-110
Дебит свободной HCL, ммоль/ч	-	1-4	6,5-12	16-24
Дебит связанной HCL, ммоль/ч	-	1,5-5,5	8-14	18-26
Дебит пепсина, мг/ч	-	20-35	40-50	60-80

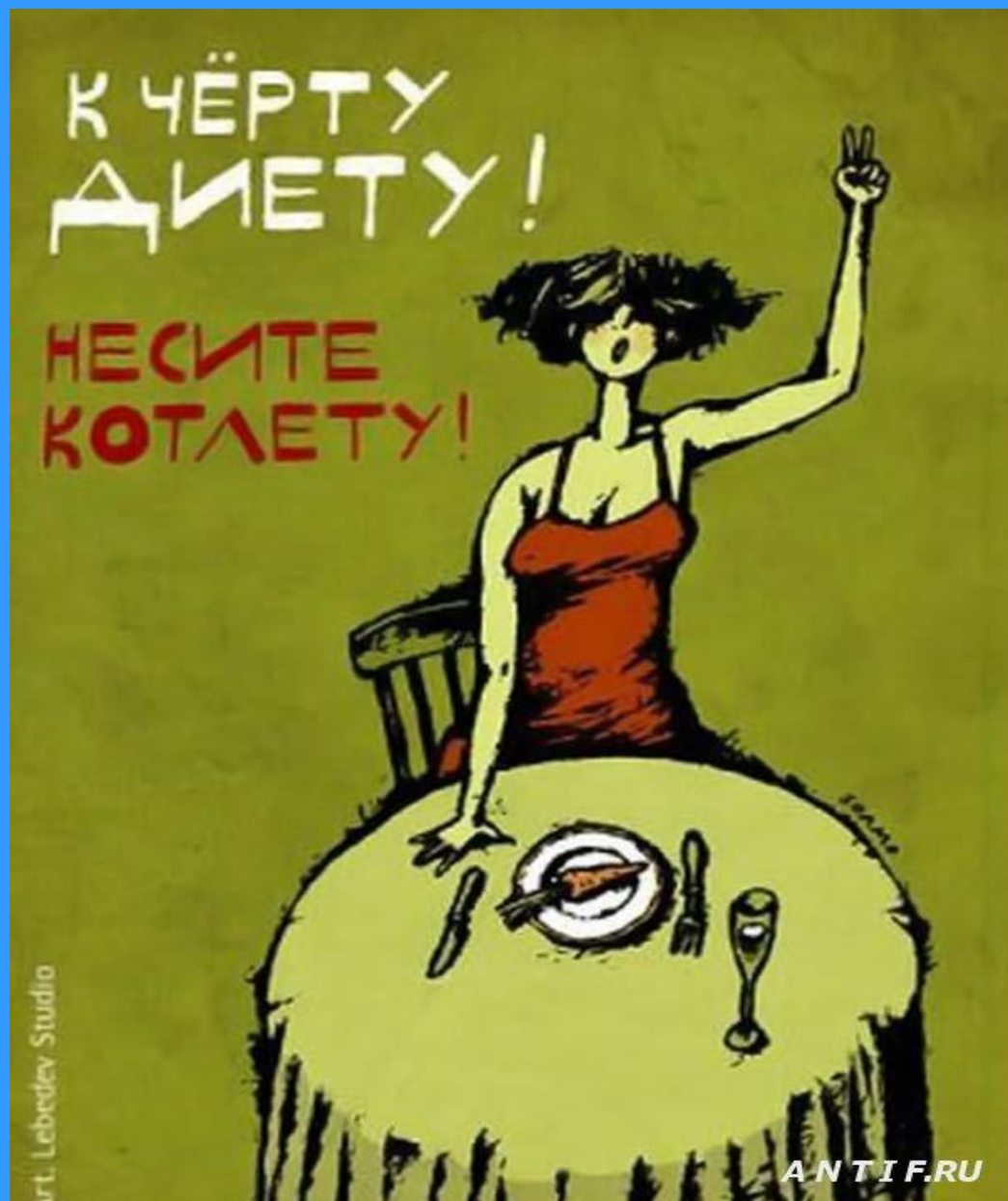
# Показатели рН желудочного содержимого в зависимости от кислотопродукции

Характер кислотопродукции	РН
Нормацидная	1,3-1,7
Гипацидная	1,7-3,0
Анацидная	>3
Гиперацидная	<1,3

# ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

- ✓ полная эрадикации НР (при ее наличии),
- ✓ раннее устранение клинических проявлений болезни,
- ✓ репарация язвы,
- ✓ сокращение продолжительности обострения,
- ✓ удлинение фазы ремиссии,

# Диета





# То, чего нельзя делать при язвенной болезни



# АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

1. **Де-нол** – по 120мг 3 раза в день внутрь за 30 минут до еды и н/ночь,
  2. **Метронидазол (трихопол)** – по 500мг 2 раза в день внутрь п/еды
  3. **Тетрациклин** – по 500мг 4 раза в день внутрь п/еды,
  4. **Амоксициллин** (флемоксин-солютаб) – по 1г 2 раза в день внутрь п/еды,
  5. **Кларитромицин** (клацид) – по 500мг 2 раза в день внутрь п/еды,
- **Гастростат**, комбинированный препарат, содержащий: 108мг калиевой соли двузамещенного цитрата висмута+250мг тетрациклина гидрохлорид+ 200мг метронидазола  
По 1тб 5 раз в день с едой.
  - **Пилобакт**, в каждом комплекте содержится суточная доза лекарств, которая принимается в 2 приема – утром и вечером (2 капсулы омепразола по 20 мг, 2 тб клацида по 250 мг, 2 тб тинидазола по 500 мг).
  - **Пилорид** 400 мг (ранитидин + висмута цитрат)  
По 1тб внутрь 2раза в день

# ОСНОВНЫЕ АНТИСЕКРЕТОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ИХ СУТОЧНЫЕ ДОЗИРОВКИ

## Ингибиторы протонной помпы - «золотой стандарт» в лечении

- ✓ Омепразол (омез, омепрол, лосек, зероцид) по 20 мг 2 раза
- ✓ Лансопразол по 30 мг 2 раза
- ✓ Пантопразол (контролок) по 40 мг 2 раза
- ✓ Рабепразол (париет) по 20 мг 2 раза
- ✓ Эзомепразол (нексиум) по 40 мг 1 раз/сутки

## H<sub>2</sub>-блокаторы

- ✓ Ранитидин (зантак, ранисан) по 150 мг 2 раза
- ✓ Фамотидин (ульфамид, гастросидин, пепсид, лецидил, квамател) по 20 и 40 мг 2 раза
- ✓ Низатидин (аксид) по 150 мг 2 раза
- ✓ Роксатидин по 150 мг 2 раза

# ВСАСЫВАЮЩИЕСЯ АНТАЦИДЫ

- ✓ **Натрия гидрокарбонат**, применяется по 0,5-1г через 1 или 3 часа после еды и н/ночь,
- ✓ **Магния окись** (жженая магнезия), применяется по 0,5-1г через 1 или 3 часа после еды и н/ночь,
- ✓ **Кальция карбонат осажденный** (мел осажденный), применяется по 0,5-1г через 1 или 3 часа после еды и н/ночь,

# АЛЮМИНИЙ-СОДЕРЖАЩИЕ АНТАЦИДЫ

- ✓ **Алмагель** по 5-10 мл суспензии после еды и на ночь,
- ✓ Алгелдрат/магния гидроксид по 1-2 таблетке, или по 5-10 мл суспензии
- ✓ **Маалокс** по 1-2 таблетке или по 1-2 пакетика после еды и на ночь
- ✓ **Фосфалюгель** по 1-2 пакетика после еды и на ночь

## ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРЫ

- ✓ **Мизопростол (сайтотек)**, по 200 мкг 3 раза в день сразу после еды и н/ночь,
- ✓ **Де-нол**, по 120 мг за 1/2-1 час до еды 3 раза в день и на ночь
- ✓ **Вентер (сукралфат)**, по 0,5-1г 3 раза в день за 1/2-1 час до еды и перед сном

## ПРОКИНЕТИКИ

- ✓ **Церукал**, внутрь по 5-10 мг 3 раза до еды
- ✓ **Мотилиум (домперидон)**, внутрь по 10 мг 3-4 раза в день до еды или по 30 мг в свечах.
- ✓ **Координакс (цизаприл)** , внутрь по 5-10 мг

# ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ АССОЦИИРОВАННОЙ С НР.

**Трехкомпонентная схема антихеликобактерной терапии**  
(терапия первой линии)



2 антихеликобактерных препарата + 1 антисекреторный препарат



**Четырехкомпонентная схема антихеликобактерной терапии**  
(терапия второй линии)



3 антихеликобактерных препарата + 1 антисекреторный препарат

**Длительность терапии**

Недельный курс

Двухнедельный курс



# Примерные комбинации ЛС для трехкомпонентной схемы лечения

- Кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)+любой АП
- Де-нол+амокксициллин+ АП
- Пилорид+кларитромицин
- Пилорид+метронидазол (или тинидазол)
- Любой АП+кларитромицин+амокксициллин
- Любой АП +кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)
- Пилобакт или пилобакт МА

# Примерные комбинации ЛС для четырёхкомпонентной схемы

## лечения

- Де-нол+тетрациклин+метронидазол (или тинидазол)+любой  $H_2$ -блокатор
- Де-нол+кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)+любой  $H_2$ -блокатор
- Пилорид+кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)
- Гастростат+любой  $H_2$ -блокатор
- Гастростат +любой ингибитор протонной помпы
- Любой ингибитор протонной помпы+де-нол+метронидазол +тетрациклин
- Пилобакт или пилобакт МА+ амоксициллин
- Пилобакт или пилобакт МА+тетрациклин

# ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ



**кровотечение**



**прободение**



**пенетрация**



**перигастрит, перидуоденит**



**рубцово-язвенный стеноз**

# ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ 15%

## Различают:

- ✓ острые,
- ✓ хронические
- ✓ явные
- ✓ скрытые

## Проявления:

- ✓ рвота «кофейной гущей» или алая - «малинового желе»
- ✓ Чёрный, дёгтеобразный стул (50мл крови)
- ✓ Мелена - большая потеря крови

# ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

## Клиника:

боль перед кровотечением ↑, а после начала кровотечения, ↓ и даже исчезает

слабость, головокружение, обморок, жажда

кровавая рвота (кофейной гущей)

дёгтеобразный стул, мелена

РС ↑, АД – N или ↓

повторная рвота – тяжёлое кровотечение

# Определение степени кровопотери по уровню гемоглобина (по Брюсову)

Легкая	Средняя	Тяжелая	Крайне тяжелая
>100г/л	70-100 г/л	50-70	<50

# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ✓ горизонтальное положение
- ✓ ХОЛОД НА ЖИВОТ
- ✓ выпить 2 мл 0,2% норадреналина в 200мл физ. р-ра
- ✓ в/в 10 мл 10% глюконата кальция
- ✓ 4мл 3% викасола
- ✓ госпитализация в стационар





У 34-летнего пациента при поступлении рвота "кофейной гущей", мелена. Анализы показали серьезную анемию. При эндоскопии выявлена кровоточащая язва луковицы 12-п. кишки



Ко дну язвы (к источнику кровотечения) подведен зонд для электрокоагуляции



Дефект на язвенном кратере представляет собой участок коагуляции. Кровотечение остановлено (фото снизу).



77-летний мужчина с острым гематомезисом. В положении на 9 часов видна язва с дном, покрытым фибрином.



У 72-летней женщины обнаружена язва с кровотечением из краев слизистой



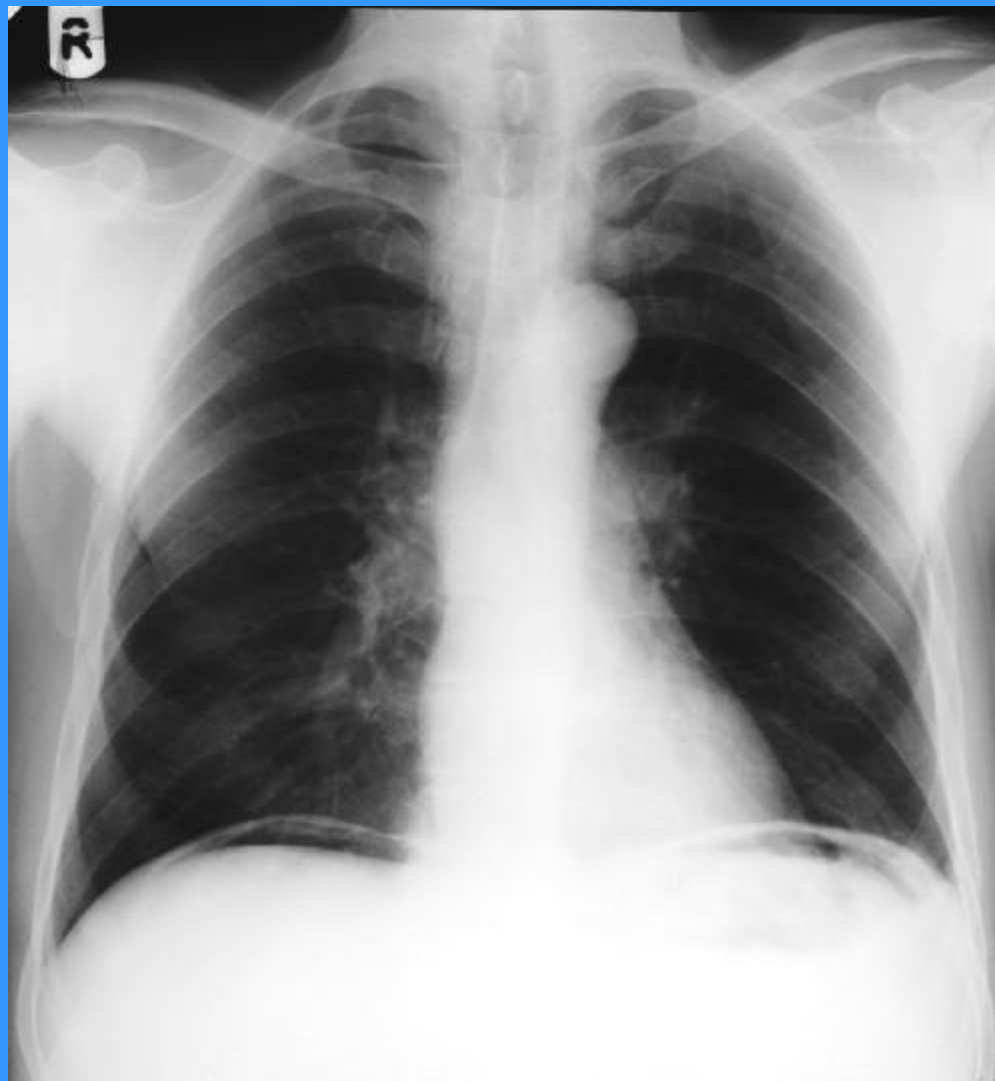
Эндоскопия у 71-летнего мужчины. Обнаружена язва до 2,0 см. с пульсирующим артериальным кровотечением. Кровотечение было остановлено введением адреналина и биполярной электрокоагуляцией.

# ПЕРФОРАЦИЯ

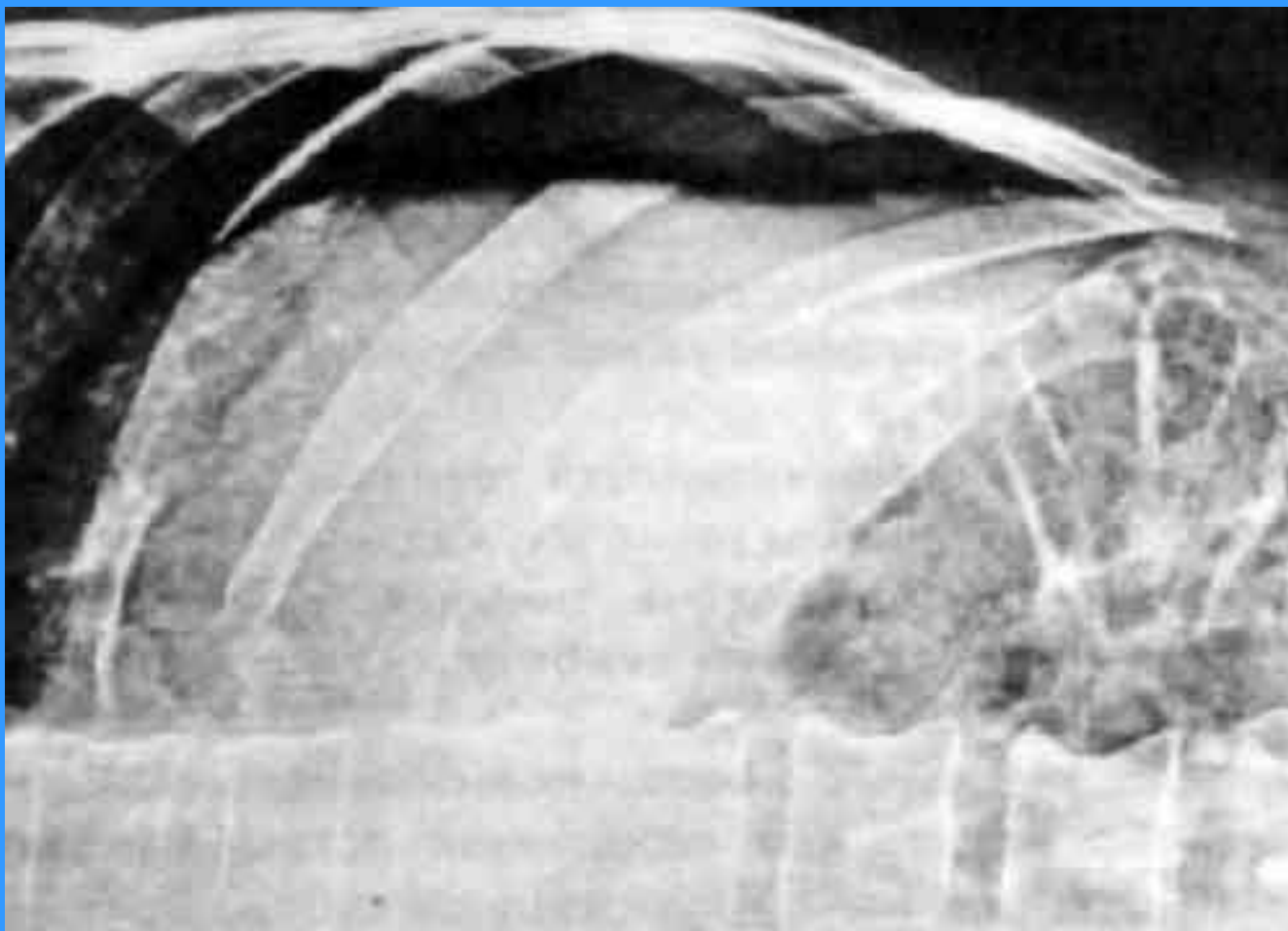
(встречается у 3-6% больных)

- ✓ внезапная острая «кинжальная» боль;
- ✓ не может двигаться
- ✓ отсутствие участия живота в акте дыхания, живот втянут – ладьевидный
- ✓ клиника перитонита, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- ✓ состояние тяжёлое
- ✓ бледный, покрыт холодным потом



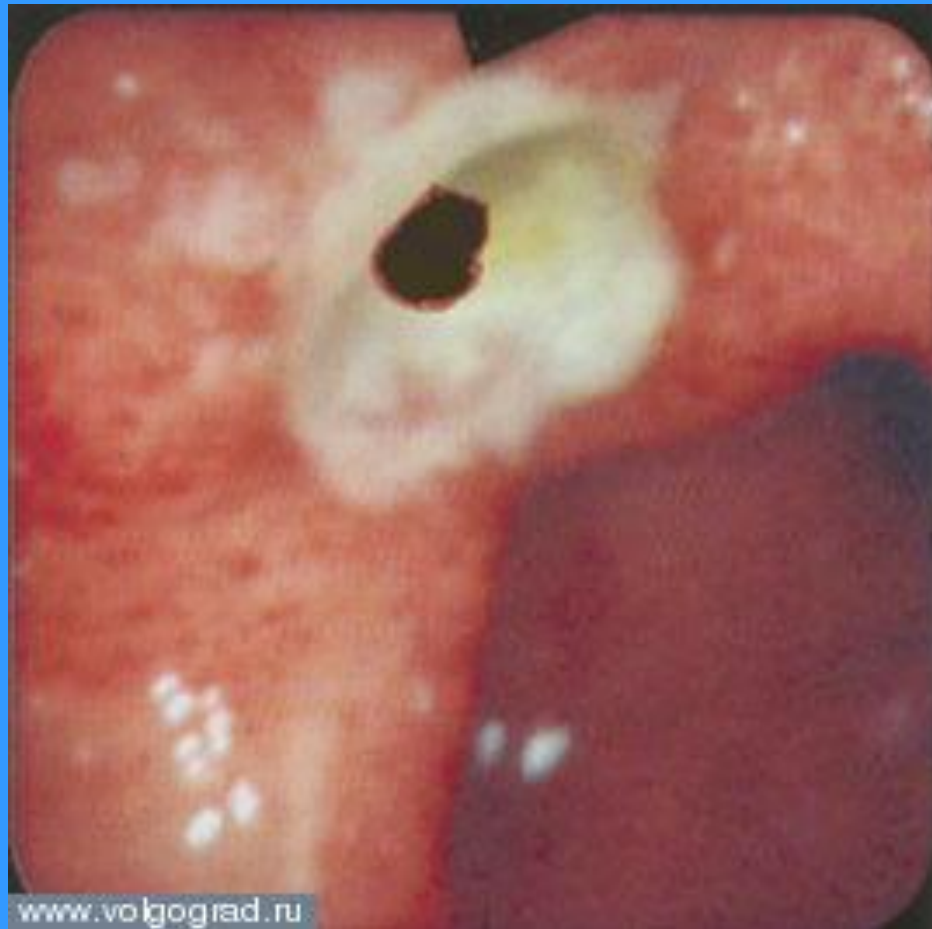


**Свободный газ в брюшной полости**



**Свободный газ в брюшной  
полости.**

**Положение на боку.**



Эндоскопически в центре язвы определяется «чёрная дыра» или сероза прилежащих органов, сальника. Просвет органа плохо расправляется из-за сброса воздуха через перфоративное отверстие в брюшную полость.



**Прободная язва  
желудка**

# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- ✓ **Зонд в желудок** (отсосать содержимое)
- ✓ **Холод** на живот
- ✓ **Транспортировка:** слегка приподнять головной конец, ноги согнуты в коленях
- ✓ **Лечение:** подготовка к операции  
Ушивание или резекция желудка

# ПЕНЕТРАЦИЯ

**Язвы задней и боковой стенок луковицы, и постбульбарные язвы пенетрируют чаще всего в головку поджелудочной железы, желчные пути, печень, печеночно-желудочную связку, дуоденальную связку, в толстую кишку и ее брыжейку.**

**Язвы желудка чаще всего пенетрируют в малый сальник и тело поджелудочной железы.**

# ПЕНЕТРАЦИЯ, ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

- ✓ изменение характера боли (боль принимает интенсивный и постоянный характер), появляется иррадиация, отсутствие связи с приемом пищи и суточного ритма, отсутствие уменьшения боли от приема антацидов.
- ✓ локальная болезненность в проекции пенетрации.
- ✓ появление признаков воспаления: субфебрильная температура, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
- ✓ рентгенологически - глубокая «ниша», малая подвижность язвенной зоны.



# ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОЕКЦИИ ПЕНЕТРАЦИИ

Проекция пенетрации	Локализация боли и ее иррадиация
Поджелудочная железа	Боль из эпигастрия распространяется в спину, в проекцию остистых позвонков, принимает упорный характер, усиливается после еды и ночью, не купируется антацидами и спазмолитиками, боль может носить опоясывающий характер
Малый сальник	Боль из эпигастрия распространяется под правую реберную дугу
Диафрагма	Боль из эпигастрия иррадирует в грудное пространство, шею, плечелопаточную область, нередко имитирует боль при стенокардии, может появляться френикус-синдром.
Брыжейка кишечника	Боль распространяется вниз к пупку, может локализоваться и в гипогастрии.
Желудочно-селезеночная связка	Вверх и влево

# ПЕРИВИСЦЕРИТ (ПЕРИГАСТРИТ, ПЕРИДУОДЕНИТ)

Воспаление достигает серозы.

**Боль.** Теряется связь с приемом пищи, боль становится постоянной, усиливается в вертикальном положении, при тряске, езде и уменьшается в горизонтальном положении.

**Пальпаторно** – локальное мышечное напряжение и + с-м Менделя. При наличии спаек 12 п/к с желчным пузырем появляется клиника холецистита.

Перивисцерит выходного отдела Ж и луковицы 12 п/к сопровождается нарушением проходимости в пилорическом отделе, а при длительном течении заболевания-спаечной деформацией этих отделов.

При локализации процесса на малой кривизне Ж отмечается пальпаторная болезненность в эпигастрии, нередко с иррадиацией в правое подреберье.


**В крови:** лейкоцитоз, увеличение СОЭ.


**Рентгенологически** могут выявляться деформации Ж и/или 12 п/к.


**Эндоскопически** наряду с язвой находят выраженную гиперемию и отек СО, деформацию стенки и нарушение подвижности в зоне перивисцерита.

# **ПИЛОРОСТЕНОЗ (5-16%).**

## **КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ**

 **чувство переполнения в животе после еды.**

 **изжога, отрыжка кислым, в редких случаях рвота.**

 **рентгенологически-усиленная перистальтика Ж, без существенного замедления его эвакуации.**

# СУБКМПЕНСИРОВАННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ

- ✓ Чувство распираания в животе после приема небольшого количества пищи.
- ✓ Интенсивные боли.
- ✓ Отрыжка тухлым, рвота приносящее облегчение
- ✓ Прогрессирующее похудание.
- ✓ Шум плеска через несколько часов после еды или натощак, при пальпации верхней половины живота.
- ✓ Расширение Ж (нижняя ее граница значительно

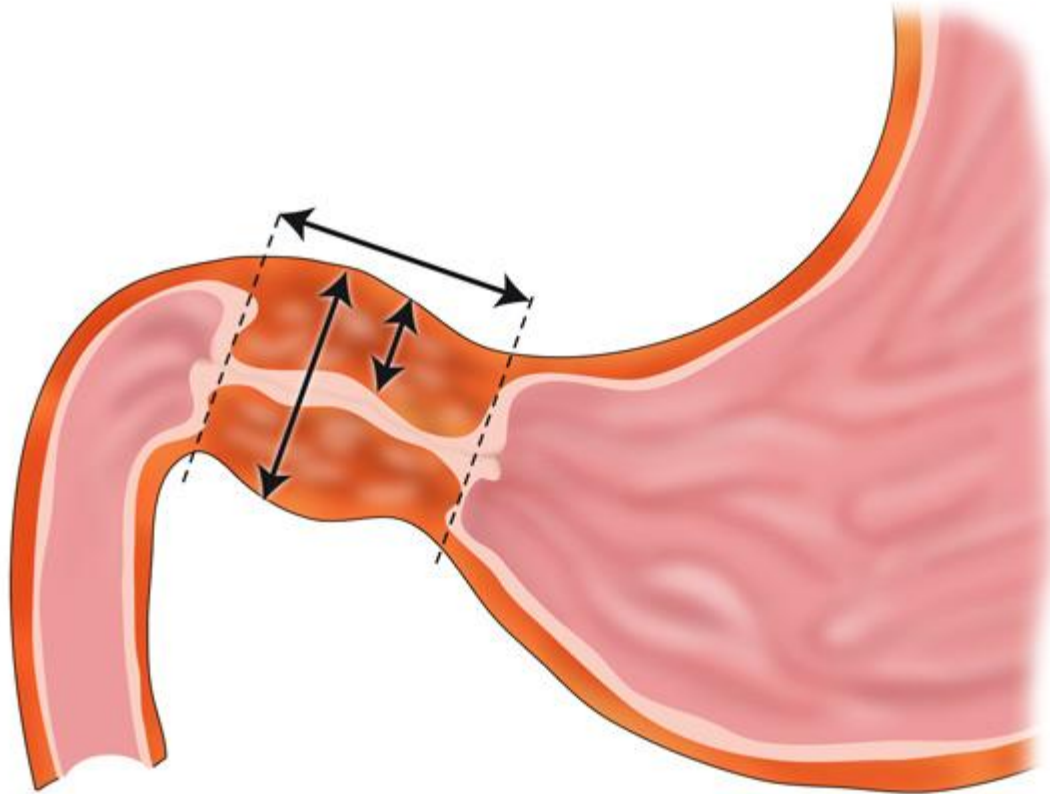
# ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ

- ✓ **Задержка эвакуации желудочного содержимого на 24 и более часов.**
- ✓ **Чувство переполнения Ж, частая рвота не приносящее облегчение, отрыжка тухлым.**
- ✓ **Мышечные подергивания и даже судорожные припадки.**
- ✓ **Прогрессирующее похудание. Жажда.**
- ✓ **Снижение тургора и эластичности кожи.**
- ✓ **Заострившиеся черты лица.**
- ✓ **Шум плеска.**
- ✓ **Резкое расширение Ж и очень низкое расположение нижней ее границы.**
- ✓ **Потребность в регулярных промываниях Ж, приносящих облегчение больному.**
- ✓ **При частой рвоте может развиваться гипохлоремическая кома.**



Рубцовый стеноз привратника

## Pyloric stenosis



### Normal values \*

Length: <15mm

Single muscle thickness: <3mm

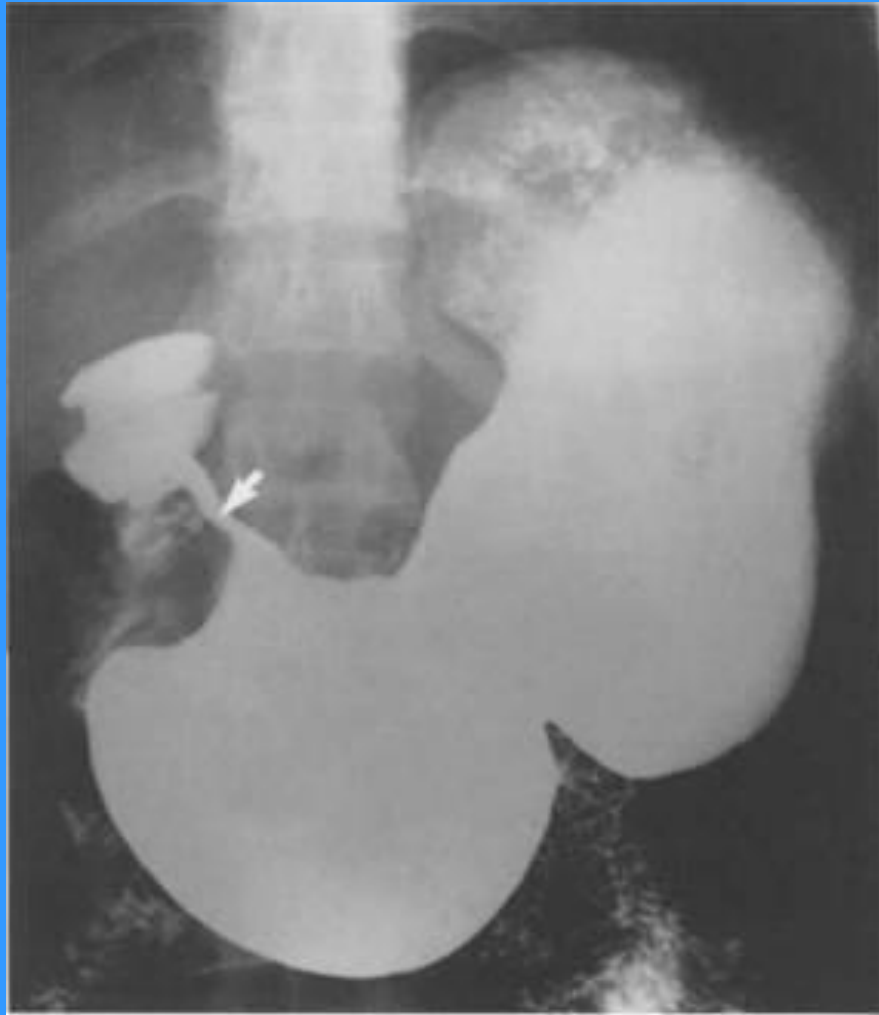
Pyloric width: <7mm

\* values vary somewhat from publication to publication

*F Gaillard*  
2010

Radiopaedia.org CC-NC-SA-BY







**Стеноз привратника. Симптом песочных часов.**

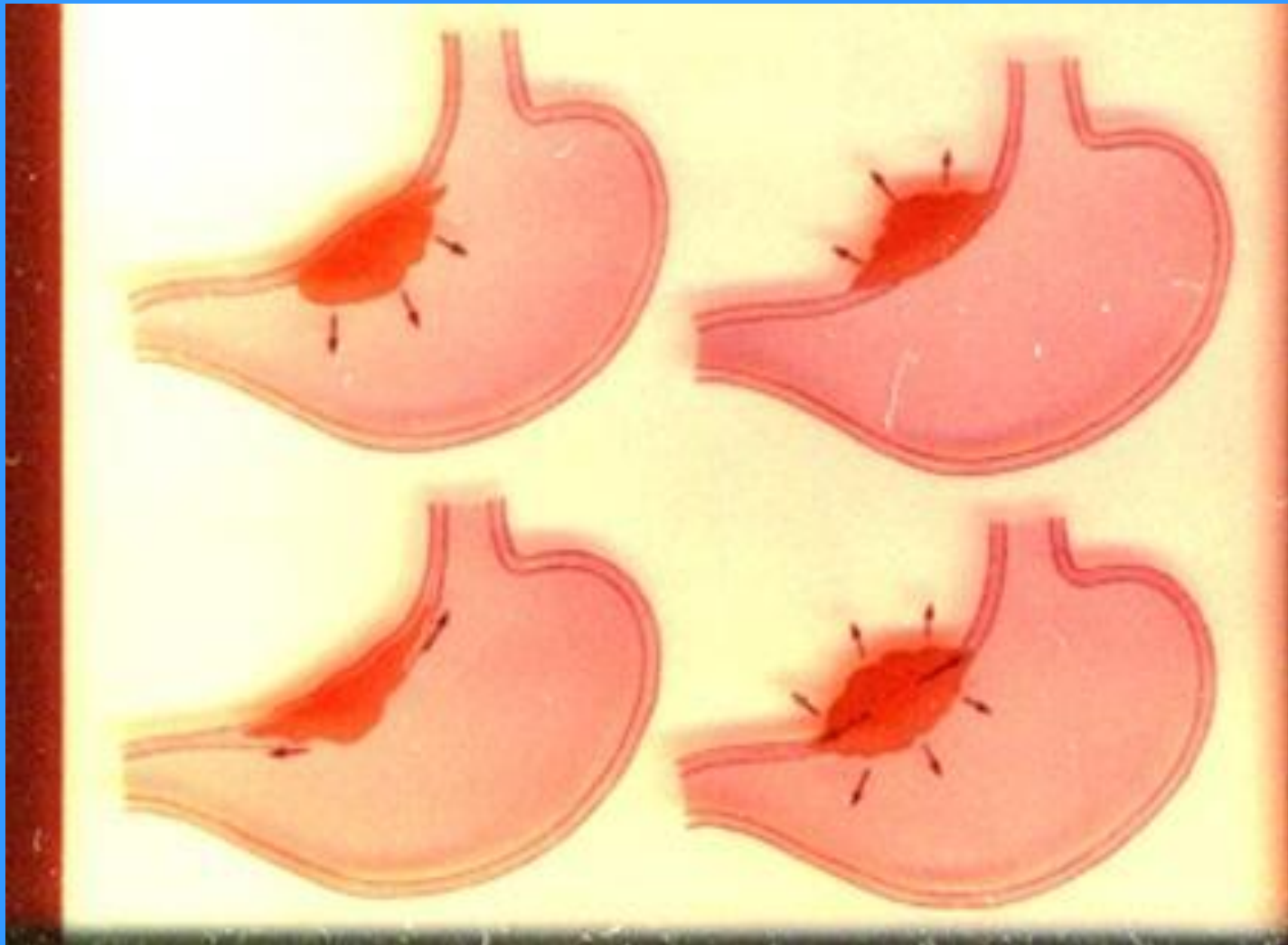




**Увеличение и асимметрия стенки  
брюшной полости увеличенным желудком.  
Симптом «песочных часов»**

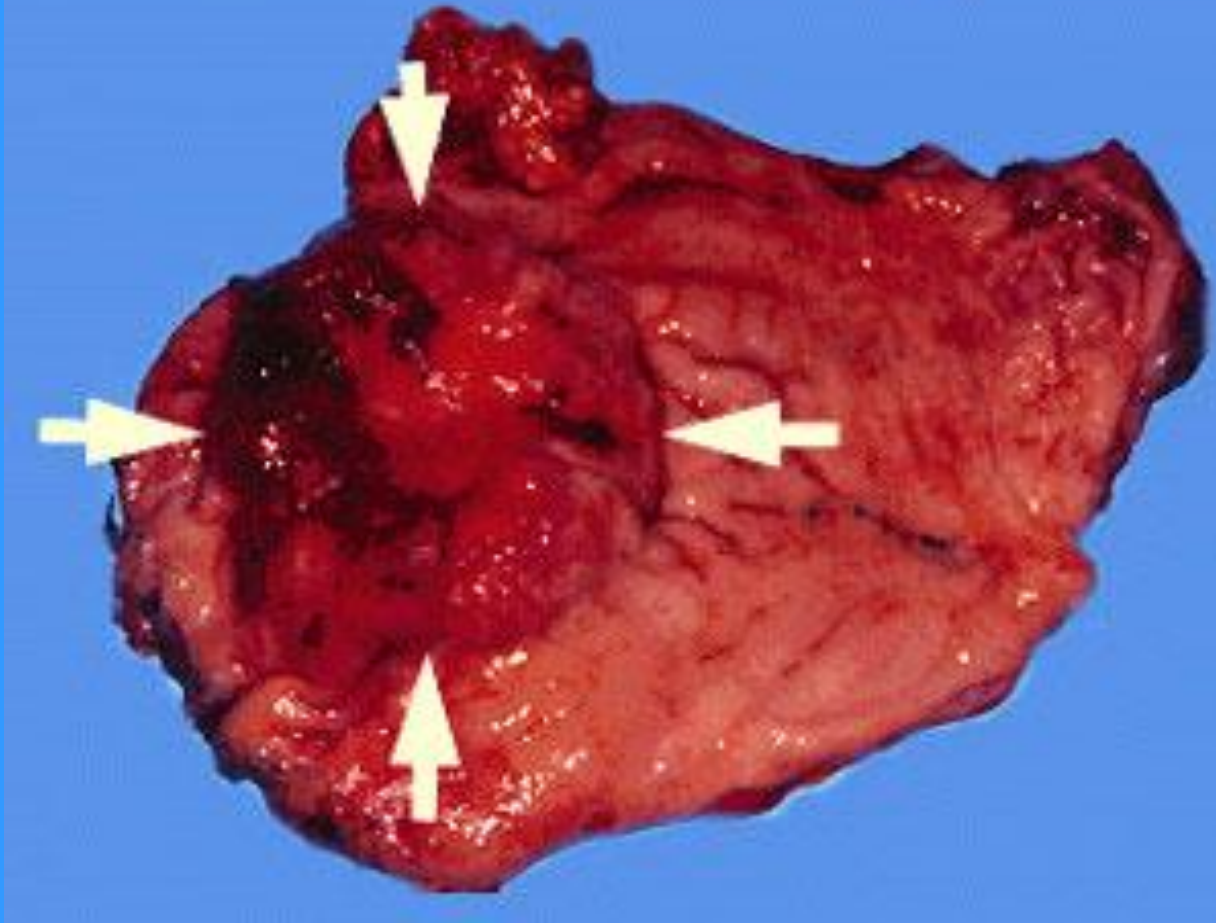
# РАК ЖЕЛУДКА

- ✓ Малигнизация язвы- это переход язвенного процесса в онкологический
- ✓ Боли становятся тупыми и постоянными нет связи с сезонными обострениями.
- ✓ Отвращение к мясной пище
- ✓ Утрачивают аппетит и худеют
- ✓ Кислотность желудочного шока



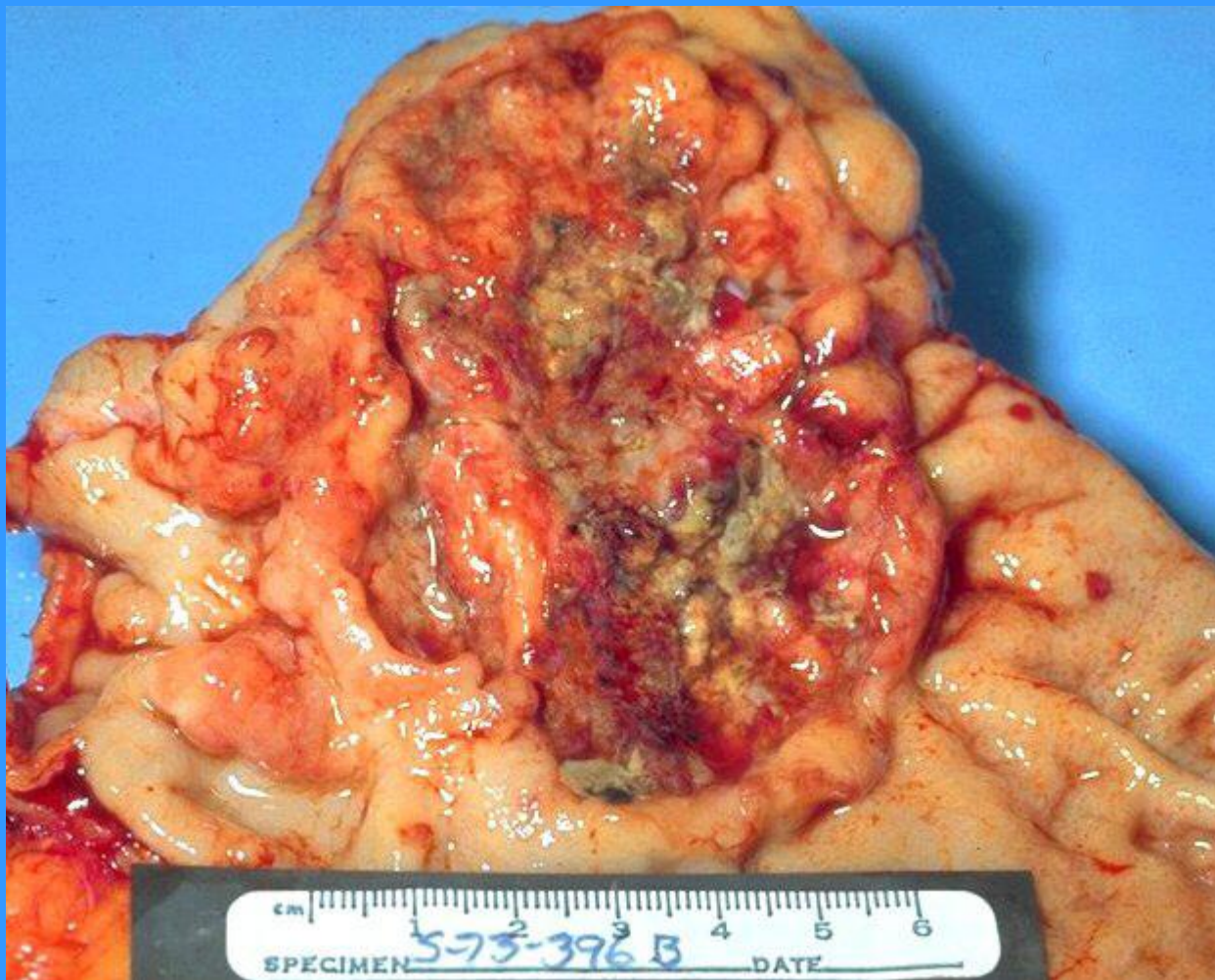
**Формы распространения рака желудка**

Аденокарцинома желудка

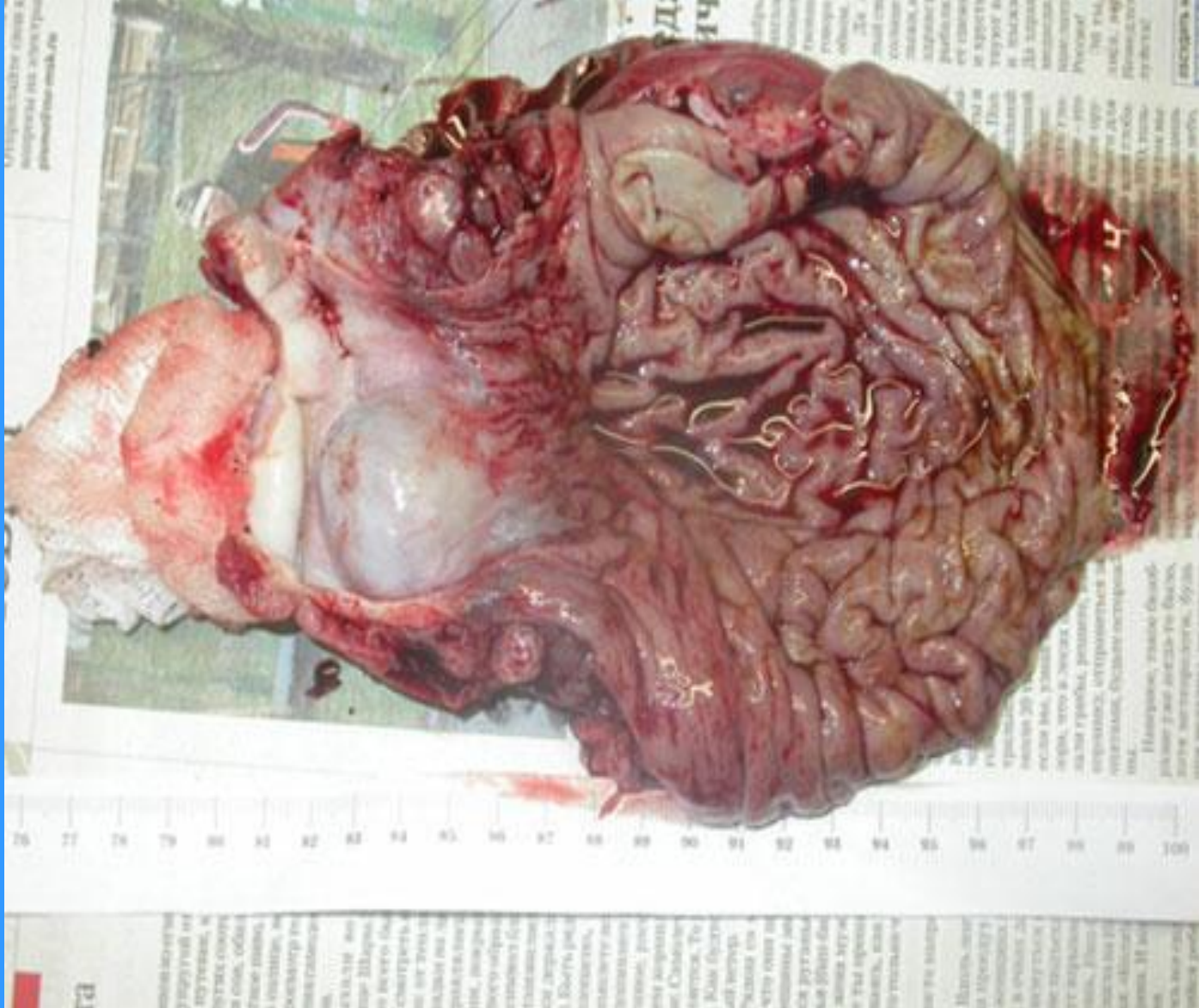


Аденокарцинома желудка





**Рак желудка на ранних стадиях**

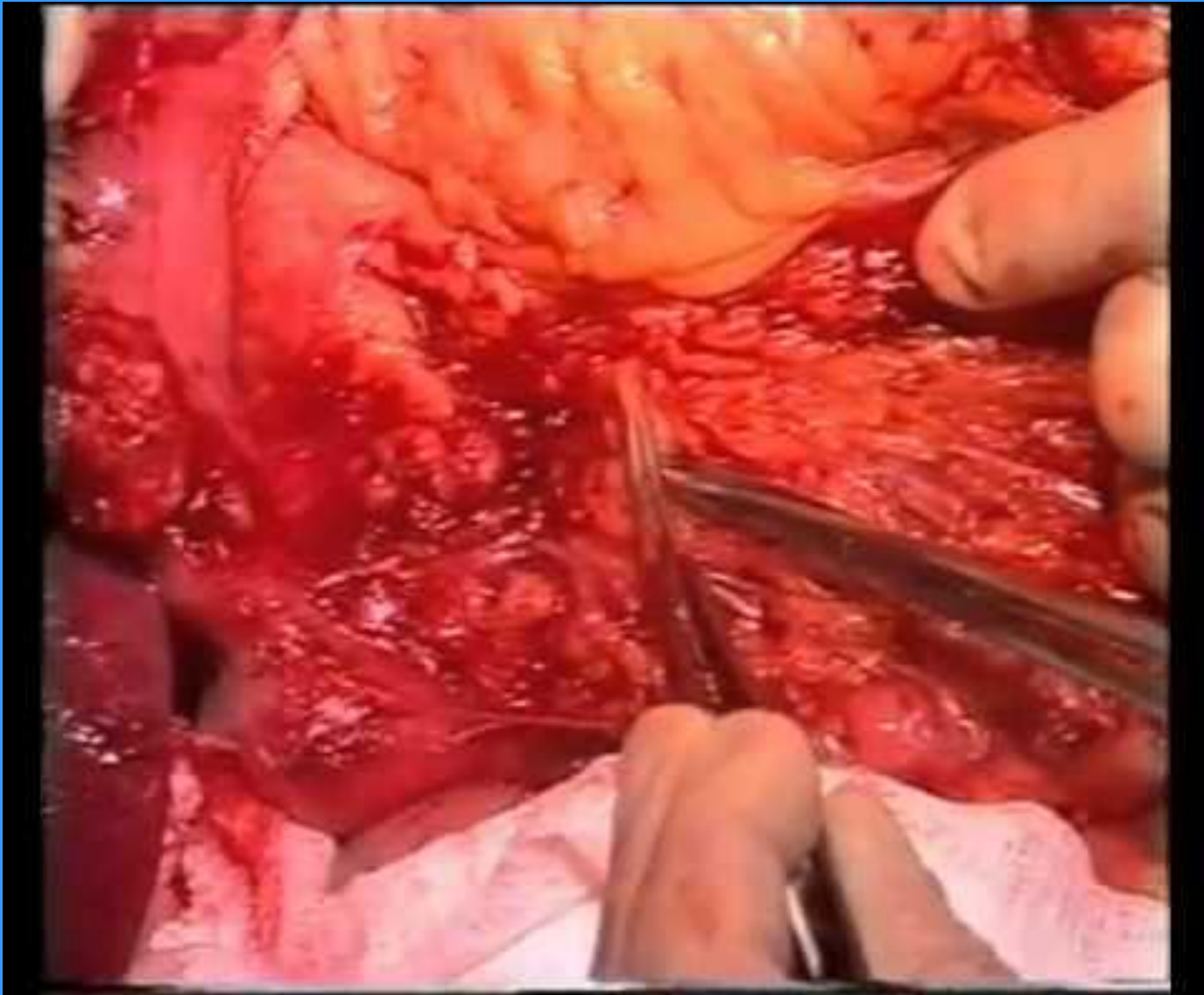


**Фото вырезанного желудка поражённого раком**



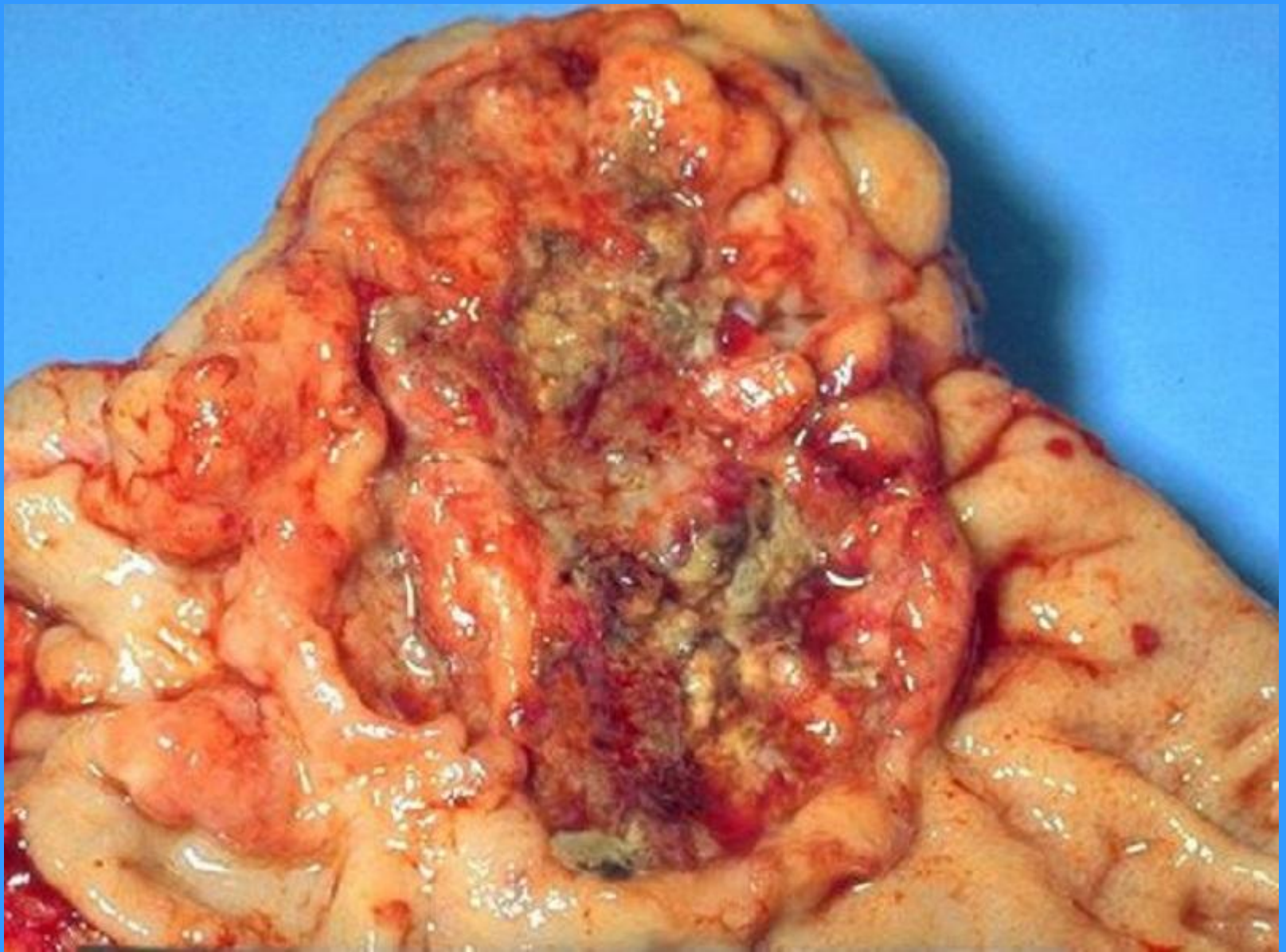


**Рак желудка**



**Гастротомия при раке желудка**





**Рак желудка**

# ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЯБ

✓ здоровый образ жизни (отказ от курения и употребления крепких алкогольных напитков),

✓ правильное и рациональное питание,

✓ по возможности исключение приема  
ульцерогенных лекарственных препаратов (НПВП, кортикостероиды и др.), а при необходимости применения – их правильный прием (после еды, с молоком или с щелочными минеральными водами) и/или одновременный прием вместе с ними  $H_2$ -блокаторов и и/или гастроцитопротекторов,

✓ своевременное лечение НР-ассоциированных

ГАСТРИТОВ И ДУОДЕНИТОВ

# НЕПРЕРЫВНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ

✓ при часто рецидивирующем течении ЯБ (3 и более раз в год),

✓ наличие в анамнезе язвенных кровотечений и прободений,

✓ при наличии осложнений ЯБ (пенетрация, субкомпенсированные стенозы и язвенные кровотечения) и отказе больного от оперативного вмешательства или невозможности его своевременного оказания,

✓ отсутствие эффекта от антихеликобактерной терапии,



# Разбор больного

Больной В., 24 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, ночные боли, изжогу, отрыжку кислым, кислый привкус во рту, тошноту, рвоту, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, запоры.

# An.morbi

Впервые подобные жалобы возникли год назад. По совету соседа начал самостоятельно принимать омез после чего в течение 1 недели боли купировались. Две недели назад после алкоголя и шашлыков появились вышеуказанные симптомы. Начал принимать омез, однако прием омеза был не достаточно эффективен, сохранялись диспепсические проявления. В связи, с чем больной обратился в поликлинику по месту жительства и был госпитализирован для обследования и лечения в портовскую больницу.

# **An. vitae.**

Работает на стройках. Нормально не питается. Еда в основном всухомятку. Курит. У отца язвенная болезнь желудка.

# Status praesens.

Состояние удовлетворительное.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

ЧДД – 18/минуту.

Сердце – тоны ясные, ритмичные.

Пuls-ЧСС – 60/минуту. АД-120/80 мм.рт.ст.

Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии и правом подреберье. Здесь же отмечается резистентность мышц брюшного пресса. Положительный симптом Менделя.

Размеры печени по Курлову: 9-8-7.

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Какие заболевания  
можно  
предположить у  
данного пациента?**

## **У больного можно предположить:**

1. Хронический неатрофический гастрит.
2. Рак желудка.
3. Язвенную болезнь.
4. Хр.холецистит
5. Хр.панкреатит.
6. Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь.

Больному дополнительно проведены исследования:

1. Внутривентрикулярная рН-метрия.
2. Рентгеноскопия желудка.
3. ЭФГДС с биопсией
4. Цитологическое исследование гистобиоптата на НР



# Внутрижелудочковая рН-метрия

Показатели рН в желудке  $< 1,3$

# Рентгеноскопия желудка и 12 п/кишки

На передней стенке луковицы 12 п/кишки, по малой кривизне определяется язвенная ниша, деформация луковицы 12 п/кишки.

# Эзофагогастродуоденоскопия

Слизистая пищевода отечна и гиперемирована в н/3, линейные сливающиеся эрозии пищевода, слизистая желудка отечна и гиперемирована, множественные эрозии желудка, на передней стенке луковицы 12 п/кишки по малой кривизне выявляется язвенный дефект размерами 1 x 1,5 см, рубцово-язвенная деформация луковицы 12 п/кишки.

Взята биопсия с антрального отдела желудка для цитологического и гистологического исследований. В мазке из гастробиоптата, выявлено высокая степень обсемененности НР (>40 микробных тел в поле зрения).

**Ваш диагноз.**

Язвенная болезнь луковицы 12 п/кишки, с локализацией язвенного дефекта, размерами 1 x 1,5 см на передней стенке луковицы, по малой кривизне, фаза обострения. НР+.

Рубцово-язвенная деформация луковицы 12 к/кишки.

Хронический эрозивный хеликобактерный гастрит, с повышенной кислотопродукцией, фаза обострения.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь II степени.

**На основании чего  
выставлен  
диагноз?**

# Диагноз выставлен на основании

**Жалоб больного на** боли в эпигастрии, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, ночные боли, изжогу, отрыжку кислым, кислый привкус во рту, тошноту, рвоту, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, запоры.

**Из an.morbi.** Болен в течение года, года впервые появились подобные жалобы. Очередной рецидив развился после шашлыков и алкоголя. Прием омеза был не достаточно эффективен.

**Из an. vitae.** Работает на стройках. Нормально не питается. Еда в основном всухомятку. Курит. У отца язвенная болезнь желудка.

**Объективно:** Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии и правом подреберье. Здесь же отмечается резистентность мышц брюшного пресса. Положительный симптом Менделя.

**Из результатов исследования:** на ФГДС слизистая пищевода гиперемирована в н/З, слизистая желудка отечна и гиперемирована.

В мазке из гастробиоптата, выявлено умеренное обсеменение (до 20 микробных тел) НР.



# Из результатов исследования

- Показатели рН в желудке < 1,3
- На рентгеноскопии на передней стенке луковицы 12 п/кишки, по малой кривизне определяется язвенная ниша, деформация луковицы 12 п/кишки.
- На ЭФГДС слизистая пищевода отечна и гиперемирована в н/3, линейные сливающиеся эрозии пищевода, слизистая желудка отечна и гиперемирована, множественные эрозии желудка, на передней стенке луковицы 12 п/кишки по малой кривизне выявляется язвенный дефект размерами 1 x 1,5 см, рубцово-язвенная деформация луковицы 12 п/кишки.
- Цитологическое исследование гастробиоптата: в мазке выявляется высокая степень обсемененности НР (>40 микробных тел в поле зрения).

**Дать план  
исследования  
данному больному**

# План обследования

1. О/а крови
2. О/а мочи
3. О/а кала
4. Кал на скрытую кровь
5. Исследование желудочного сока или рН-метрия.
6. ЭКГ
7. Рентгеноскопия легких и желудка.
8. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией со слизистой пищевода, желудка и 12 п/кишки
9. Исследование гастробиоптата на НР
10. Неинвазивные методы исследования на наличие НР
11. Гистологическое исследование дуоденобиоптата, гастробиоптата и эзофагобиоптата.

**Дать план  
лечения  
данному  
больному**

# План лечения

1. Стол №1 а.
2. Ингибиторы протонной помпы
3. Антихеликобактерные препараты
4. Прокинетики
5. Репаранты.

**Дать  
примерные  
схемы лечения.**

# Схема лечения

- 2-х недельный курс четырехкомпонентной антихеликобактерной схемы лечения
- Ингибиторы протонной помпы до 3 месяцев в полной суточной дозировке, затем в поддерживающей.
- Прокинетики в полной дозировке до 6-8 недель
- Репаранты (Актовегин 10мл в/в №10).



# Примерные комбинации ЛС для четырёхкомпонентной схемы

## лечения

- Де-нол+тетрациклин+метронидазол (или тинидазол)+любой  $H_2$ -блокатор
- Де-нол+кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)+любой  $H_2$ -блокатор
- Пилорид+кларитромицин+метронидазол (или тинидазол)
- Гастростат+любой  $H_2$ -блокатор
- Гастростат +любой ингибитор протонной помпы
- Любой ингибитор протонной помпы+де-нол+метронидазол +тетрациклин
- Пилобакт или пилобакт МА+ амоксициллин
- Пилобакт или пилобакт МА+тетрациклин