

Сургутский Государственный университет Медицинский институт Лечебный факультет Кафедра общей врачебной практики



Зав.кафедрой доцент, к.м.н.

Е.В. Корнеева

Заболевания органов пищеварения

Функциональная диспепсия

4-5% всех обращений
к врачам ОВП

Синдром диспепсии - ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области по средней линии.

Но к врачу
обращается лишь
каждый 4-й
или 5-й больной

Диспепсия

```
graph TD; A[Диспепсия] --> B[органическая]; A --> C[Функциональная (ФД)]; B --> D[33-40%]; C --> E[60-67%];
```

органическая

33-40%

*Функциональная
(ФД)*

60-67%

Варианты диспепсии	Ведущие симптомы
<i>Язвенноподобный</i>	Боль в центральной части верхней половины живота
<i>Дискинетический</i>	Дискомфорт (неприятная или причиняющая беспокойство неболевая чувствительность) в центральной части верхней половины живота. Ассоциирован с чувством переполнения в верхней половине живота, ранней насыщаемостью, вздутием или тошнотой.
<i>Неспецифический</i>	Нет четких критериев для <i>включения</i> в одну из групп.

Патогенез

Корреляция между нарушениями двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки и клиническими проявлениями

Вид нарушения моторики	Симптомы
Нарушение аккомодации (после приема пищи проксимальный отдел желудка должен расслабляться)	Чувство раннего насыщения
Гастропарез (ослабление моторики антрального отдела и последующее расширение антрального отдела)	Чувство переполнения после еды, тошнота и рвота
Нарушение ритма перистальтики желудка	Тахигастрия, брадигастрия, смешанная дисритмия
Нарушение ритма антродуоденальной координации	Нет

Запомните!!!

Отсутствует какая-либо связь между изменениями в слизистой оболочке желудка и наличием у пациента диспепсических жалоб.

Критерии диагностики ФД

Наличие болей или дискомфорта в центральной части верхней половины живота не менее 12 нед на протяжении 12 мес.

Нет доказательств органического заболевания, которые объясняли бы имеющиеся симптомы.

Нет связи диспепсии с дефекацией или с изменением частоты стула или его формы (то есть исключен синдром раздраженного кишечника).



Важно

при опросе и осмотре больного целенаправленно выявлять симптомы «тревоги», позволяющие усомниться в функциональном характере заболевания:

- дисфагия;
- рвота с кровью;
- мелена;
- лихорадка;
- немотивированное похудание;
- анемия;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ и др.

суточное
мониторирование
внутрипищеводного
рН

анализ кала
на скрытую
кровь

При наличии
симптомов тревоги
проводится:

УЗИ органов
брюшной
полости

рентгенологическое
исследование
пищевода и желудка

Дополнительные методы обследования

```
graph TD; A(Дополнительные методы обследования) --> B(ЭГДС при неэффективности эмпирической терапии); A --> C(диагностика Рн при неэффективности эмпирической терапии);
```

ЭГДС при
неэффективности
эмпирической терапии

диагностика Рн при
неэффективности
эмпирической терапии

Запомните!

**Диагноз функциональной
диспепсии – диагноз
исключения.**

Лечение

Общие мероприятия

объяснить пациенту функциональное происхождение симптомов

для снятия напряжения (нередко страдают канцерофобией) необходимо обсуждение результатов обследования (показать отсутствие данных за органическую патологию)

объяснить пациенту важность отказа от вредных привычек (курения, злоупотребления кофе), соблюдения режима питания

Диеты при СФД

*Основной вариант
стандартной
диеты*

*с механическим
и химическим
щажением*

*Режим питания дробный, 5-6 раз в день,
порции небольшие.*

Особенностями технологии приготовления блюд является

механическое

химическое

термическое
щажение

Блюда готовятся

в отварном
виде

на пару

запеченные

Каши, супы - протертые

мясо в виде котлет, фрикаделей, кнелей

Исключаются жареные блюда, наваристые бульоны, острые закуски, приправы, копчености, богатые эфирными маслами продукты (лук, чеснок, редька, редис, шпинат, шавель), **ограничивается** поваренная соль до 6-8 г в день.

Рекомендуемая температура пищи - от 15°C до 60-65°C.

Свободная жидкость - 1,5-2 л в сутки.

Лекарственная терапия зависит от варианта ФД.

При язвенноподобном варианте назначают:

- антисекреторные препараты (антагонисты H₂-рецепторов гистамина, ингибиторы протонной помпы);
- антациды;

при выявлении хеликобактерной инфекции рекомендуется *антихеликобактерная терапия*


схема лечения: 2 раза в день амоксициллин 1 г + кларитромицин 0,5 г + ингибитор протонной помпы, например париет 20 мг и/или дебол 240 мг в течение 7 дней

При *дискинетическом варианте*:

1. прокинетики (домперидон по 10 мг 3 раза в день за 15 мин до еды в течение 3-4 нед).
2. агонисты К-рецепторов;
3. антагонисты 5-НТ₃-рецепторов (ондансетрон);
4. агонисты 5-НТ₄-рецепторов (тегасерод);
5. антагонисты рецепторов холецистокинина А (локсиглумид);
6. агонисты гонадотропного гормона (леупролид);
7. трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Психотерапия проводится по показаниям.


Пациентам
моложе 45 лет



при отсутствии «симптомов тревоги» можно назначить эмпирическую терапию без проведения ФЭГДС в зависимости от варианта диспепсии (антисекреторные препараты, антациды, прокинетики), при выявлении хеликобактерной инфекции - антихеликобактерную терапию с последующим контролем эрадикации.

При неэффективности эмпирической терапии, наличии симптомов тревоги больного направляют на ФЭГДС.

Пациентам
старше 45 лет



а также при наличии «симптомов тревоги», отягощенного анамнеза необходимо провести ФЭГДС. При отсутствии органических заболеваний проводится лечение в зависимости от варианта диспепсии.

Прогноз для жизни благоприятный.

Хронический гастрит

Хронический гастрит - хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

Частота
от **15-30%** до **50%**.

Классификация по МКБ-10:

K29 Гастрит и дуоденит

K29.2 Алкогольный гастрит

K29.3 Хронический поверхностный гастрит

K29.4 Хронический атрофический гастрит

K29.5 Хронический гастрит неуточненный

K29.6 Другие гастриты

K29.7 Гастрит неуточненный

Модифицированная классификация Сиднейской системы (1996).

По типу
хронического
гастрита

- неатрофический (антральный)
- атрофический (тела желудка)
- особые формы: химический, радиационный, лимфоцитарный, неинфекционный гранулематозный, эозинофильный, другие инфекционные

По этиологии

- хеликобактерный
- аутоиммунный
- аллергический
- лекарственный
- химический
- лучевой
- инфекционный

По локализации:

- фундальный
- антральный
- пангастрит

По морфологической картине.

По
наличию
атрофии:

- неатрофический
- атрофический
(атрофия слабая,
умеренная,
выраженная).

По степени
выраженности
хронического
воспаления:

- слабое
- умеренное
- выраженное

По степени
активности
(инфильтрация
нейтрофилами):

- слабая;
- умеренная;
- выраженная.

По
выраженности
кишечной
метаплазии:

- слабая,
- умеренная,
- выраженная

По степени
обсеменен-
ности *H.
pylori*:

- слабая,
- умеренная,
- выраженная

По состоянию секреторной функции желудка:

- **с повышенной секреторной функцией;**
- **с нормальной секреторной функцией;**
- **с секреторной недостаточностью.**

Заболевание дифференцируется со следующей патологией:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- опухоли желудка;
- редкие формы гастритов;
- функциональная диспепсия.

Полуколичественно оцениваются

Обсеменение *H. pylori* (по числу микробных тел в поле зрения (объектив увеличением в 40 крат): слабая (+) - до 20 микроорганизмов в поле зрения, умеренная (++) - от 20 до 50, выраженная (+++) свыше 50, микроорганизмы образуют скопления).

Инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами (это основной показатель активности хронического гастрита, чувствительный показатель наличия *H. pylori* и эффективности эрадикационной терапии). Нейтрофилы могут инфильтрировать собственную пластинку, эпителий, заполнять просветы желез.

Клиника

Хронический гастрит длительное время может не проявляться клинически.

Жалобы, с которыми больной обращается к врачу, относятся к *синдрому диспепсии*:

чувство тяжести, полноты в подложечной области, чувство раннего насыщения, тупая боль в подложечной области без иррадиации, снижение аппетита, неприятный привкус во рту, тошнота, воздушная отрыжка, неустойчивый стул.

При осмотре возможно локальное напряжение брюшной стенки и болезненность при пальпации в пилородуоденальной зоне при антральном гастрите, диффузное напряжение брюшной стенки и умеренная болезненность в эпигастральной области при фундальном и пангастрите.

Диагностика

**Тщательный
опрос больного**

**выявление
«симптомов
тревоги»**

наследственности

**анализ данных
истории болезни**

осмотр больного

**«Гастрит» - наиболее часто
выставляемый диагноз.**

**Как правило, основанием для этого
служит наличие диспепсических
СИМПТОМОВ.**

Но это заблуждение!

Диагноз «гастрит» - диагноз морфологический.

В соответствии с требованиями Сиднейской системы, для того чтобы правильно интерпретировать состояние слизистой оболочки желудка, необходимо минимум 5 биоптатов:

2 - из антрального отдела на расстоянии 2-3 см от привратника по большой и малой кривизне,
2 - из тела желудка на расстоянии 8 см от кардии по большой и малой кривизне, 1 - из угла желудка.

«Золотым стандартом» диагностики *H. pylori* считается *морфологический метод*.

- Общий анализ крови;
- анализ кала на скрытую кровь;
- гистологическое исследование биоптата;
- цитологическое исследование биоптата;
- 2 теста на *H. pylori*;
- общий белок и белковые фракции;
- общий анализ мочи.

Цель лечения - достижение полной ремиссии, то есть устранение клинических проявлений, эндоскопических и гистологических признаков активности воспаления и инфекционного агента.

- изменение образа жизни;
- регулярное сбалансированное питание;
- устранение вредных привычек (табакокурение, алкоголь);
- устранение воздействия вредных профессиональных факторов, раздражающих слизистую оболочку желудка веществ (НПВП, глюкокортикоидов и др.).

При выраженном обострении
рекомендован **«Вариант диеты с
механическим и химическим
щажением».**

Лекарственная терапия

ингибиторы протонной помпы

(омепразол или рабепразол и другие аналоги) 20 мг 2 раза в день с

кларитромицином по 500 мг 2 раза в

день и **амоксциллином** по 1000 мг 2

раза в день.

Стандартные схемы:

Пилорид (ранитидин висмут цитрат) 400 мг 2 раза в день с кларитромицином (клацидом) 250 мг 2 раза в день.

Тетрациклин 500 мг 2 раза в день или амоксициллин 1000 мг 2 раза в день с метронидазолом (трихополом) 500 мг 2 раза в день. По современным представлениям не следует применять одновременно кларитромицин и метронидазол.

Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид) 20 мг 2 раза в день или ранитидин 150 мг 2 раза в день с денолом 240 мг 2 раза в день.

Вентрисол - 240 мг 2 раза в день с тетрациклином гидрохлоридом 500 мг В таблетках 2 раза в день с едой или амоксициллином 1000 мг 2 раза в день.

При аутоиммунном (атрофическом) гастрите с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина В12 (меньше 150 нг/л), лекарственное лечение включает:

оксикобаламин (1000 мкг) 0,1% 1 мл внутримышечно в течение 6 дней, далее - в той же дозе в течение месяца препарат вводится 1 раз в неделю, а в последующем длительно (пожизненно) 1 раз в 2 мес.

**При всех других формах гастрита
(гастродуоденита) проводится
симптоматическое лечение:**

- ✓ **ранитидин** по 150 мг 2 раза в день в течение 2 нед (или фамотидин по 20 мг 2 раза в день в течение 2 нед);
- ✓ **прокинетики** (домперидон, метоклопрамид по 10 мг 3 раза в день за 20 мин до еды);
- ✓ **обволакивающие** (маалокс, гастал, фосфалюгель); ферментные препараты (мезим-форте, креон, пензитал).

Лечение должно проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях с участием самого больного (рациональный образ жизни и режим питания).

Длительность стационарного лечения - **10 дней**, но с учетом этиологии и выраженности клинико-морфологических проявлений болезни сроки стационарного лечения могут быть изменены:

- выраженное обострение заболевания;
- угроза осложнений (эрозивные поражения желудка);
- затруднения в дифференциальной диагностике (особые формы хронического гастрита, злокачественные новообразования желудка).

Экспертиза нетрудоспособности

при легкой форме
гастрита

3-4 дня

при
среднетяжелой
форме

6-7 дней

**В период обострения
заболевания временная
нетрудоспособность
составляет:**

при эрозивной
форме гастрита

4-5 нед

при тяжелой
форме

16-18 дней

Диспансеризация

Больные активным гастритом (гастродуоденитом), ассоциированным с *H. pylori* и аутоиммунным гастритом, подлежат диспансерному наблюдению, цель которого - обеспечение ремиссии заболевания.

Наблюдение проводится пожизненно, лечение и обследование «по требованию» (если изменение режима питания не устраняет симптомы).

Периодичность наблюдения - 1 раз в год.

Назначаются:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи,
- исследование желудочной секреции,
- рентгенологическое исследование желудка
- рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки,
- ФЭГДС,

- дуоденальное зондирование,
- ректороманоскопия.

по показаниям

При аутоиммунном гастрите
периодичность наблюдения - 2 раза в год,
также с проведением лабораторно-
инструментальных исследований,
ФЭГДС с прицельной биопсией - каждые
6 мес.

ЗВЕНЬ БИЗУЛЬ ХЕНЬ И АРЕНА ПЕРСТОИ РИ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, характерным признаком которого является воспаление и образование язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

**выявляют у 5-10%
взрослого населения.**

Язвенная болезнь

**примерно в 4 раза чаще
встречается у мужчин,
чем у женщин.**

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается чаще, чем язвенная болезнь желудка.

В более молодом возрасте (до 40 лет) язвенная болезнь желудка наблюдается реже, а с возрастом частота ее развития повышается.

Общепринятой теории возникновения нет.

наследственность

Считают важными факторами:

инфицированность бактериями *H. pylori*

нарушение равновесия между факторами агрессии (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты) и защиты (устойчивость слизистой к воздействию агрессивных факторов, слизь, хорошее кровоснабжение)

Классификация

По
этиологии:

- ассоциированная с *H. pylori*;
- не ассоциированная с *H. pylori*.

По
локализации:

- язва желудка;
- язва двенадцатиперстной кишки;
- сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

По
количеству
язв:

- Одиночные
- множественные

Классификация

По размеру язв:

- малые (ДО 0,5 см);
- средние (0,5-1,0 см);
- большие (1,1-2,9 см);
- гигантские (3 см для язв желудка, 2 см - для язв двенадцатиперстной кишки).

По стадии заболевания:

- обострение;
- Затухающее обострение;
- ремиссия.

По течению:

- впервые выявленная;
- легкое течение (1 раз в 2-3 года);
- средней тяжести (1- 2 раза в год);
- тяжелое (непрерывно рецидивирующее, с развитием осложнений).

**По стадии
развития
язвы:**

активная

рубцующаяся

**«красного»
рубца**

**«белого»
рубца**

**длительно
нерубцующаяся**

**По наличию
осложнений:**

```
graph LR; A[По наличию осложнений:] --> B(( )); B --> C(кровотечение); B --> D(пенетрация); B --> E(перфорация); B --> F(стенозирование); B --> G(малигнизация);
```

кровотечение

пенетрация

перфорация

стенозирование

малигнизация

Клиника

локализации язвенного
дефекта (желудок,
двенадцатиперстная
кишка)

размеров язвенного
дефекта

Клиническая картина
зависит от:

развития осложнений

секреторной функции
желудка

возраста больного

ноющая

давящая

**ведущий симптом
боли при язвенной
болезни**

**достигающая
значительной
интенсивности**

сверлящая

Ранние

Боли

Поздние

Возникают через 30-60 мин
после еды

Возникают через 1,5-2 ч после
еды, ночные, «голодные» боли в
эпигастральной области,
проходящие после еды, приема
антацидных и антисекреторных
препаратов

характерны для локализации
язвы в желудке

характерны для локализации язвы в
двенадцатиперстной кишке, но могут
наблюдаться и при язве
пилорического отдела желудка

На
высоте
болей

может
быть

могут
беспокоить

*рвота кислым
содержимым*

отрыжка

тошнота

изжога

приносит
облегчение

Аппетит сохранен

типичное

**характерна
сезонность, связь
болевого синдрома с
приемом пищи**

**течения
язвенной болезни**

**когда отсутствует
сезонность обострений,
четкая связь с приемом
пищи, «немое» течение**

нетипичное

Боли

в области мечевидного отростка

характерны для язвы проксимальных отделов желудка

в эпигастральной области слева от срединной линии

Характерны для язв тела желудка

в эпигастральной области справа от срединной линии

Характерны для язв пилорического отдела желудка

иррадиирующие

обычно указывает на развитие осложнений (пенетрация в поджелудочную железу, присоединение панкреатита, холецистита)

**30% больных
запоры**

При **физикальном обследовании:
локальное мышечное напряжение
при поверхностной пальпации и
локальная болезненность
в проекции пораженного органа
при глубокой пальпации.**

Диагностика

Тщательный *опрос* больного, выявление связи с приемом пищи, характером пищи, приемом препаратов, анализ данных истории болезни, жизни, наследственности, осмотр пациента.

Диагностика

- общий анализ крови;
- группа крови;
- резус-фактор;
- анализ кала на скрытую кровь;
- общий анализ мочи;
- железо сыворотки крови;
- ретикулоциты;
- сахар крови;
- гистологическое исследование биоптата;
- цитологическое исследование биоптата;
- уреазный тест (CLO-тест и др.).

Диагностика
наличия *H. pylori*
проводится

ИНВАЗИВНЫМИ
МЕТОДОМ

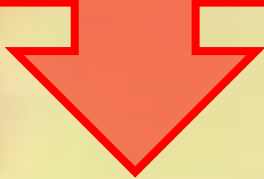
Неинвазивным
методом

Инвазивные методы



**Биоптаты при проведении ЭГДС
(не менее 5 кусочков:
(По 2 - из антрального и фундального
отделов,
1- из области угла желудка)**

Морфологический метод



«золотой стандарт» диагностики *H. pylori*, позволяет также оценить особенности слизистой оболочки желудка, степень атрофии, наличие кишечной метаплазии.

Биохимический метод



(уреазный тест) заключается в помещении биоптата в специальный раствор, который при наличии бактерий *H. pylori* меняет свой цвет.

Гистологический метод



после окраски по Романовскому-Гимзе, толуидиновым синим гистологические срезы исследуются на предмет присутствия бактерий

Цитологический метод



как в предыдущем методе,
окрашиваются мазки-отпечатки
биоптатов.

Бактериологический метод



посев биоптата слизистой оболочки желудка на специальные среды.



**ПЦР-
диагностика**


биоптаты слизистой
оболочки желудка
исследуются с
применением
полимеразной цепной
реакции

***Дыхательный
тест***

при наличии живых культур НР в желудке уреаза бактерий расщепляет принятую больным меченую мочевины, в результате чего в вдыхаемом воздухе появляется меченый изотоп углерода

**ПЦР-
диагностика**

используются фекалии больного, в которых при наличии живых культур бактерий обнаруживаются антигены бактерий.



**Иммунологические
методы**

выявляют наличие антител к *H. pylori*. Для подтверждения эрадикации рекомендуется повторное исследование через 5 нед (не раньше) после проведенной терапии.

однократно

двукратно

УЗИ печени,
желчных путей
и
поджелудочной
железы

ФЭГДС с прицельной
биопсией и
щеточным
цитологическим
исследованием

**Дополнительные
исследования
проводятся при:**

подозрени
на
злокачественную
язву

при наличии
осложнений

при наличии
сопутствующих
заболеваний

Консультации специалистов производятся по показаниям (при подозрении на наличие осложнений - консультация хирурга, онколога).

- эрадикация *H. pylori*,
- заживление язв,
- профилактика обострений и осложнений.

Рекомендации больному в отношении режима питания и образа жизни с учетом диагностированного заболевания:



**Лекарственное лечение
гастродуоденальных язв,
ассоциированных с *H pylori*
(используется одна из схем
эрадикации), выглядит следующим
образом.**



СЕМИДНЕВНЫЕ СХЕМЫ

Терапия
1-й
линии:

ингибитор протонного насоса (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч) с **кларитромицином** 500 мг 2 раза в день и **амоксициллин** 1000 мг, или **метронидазол** (трихопол и другие аналоги) 500 мг 2 раза в день в конце еды, или **пилорид** (ранитидин висмут цитрат) 400 мг 2 раза в день в конце еды совместно с **кларитромицином** (клацидом) 500 мг, или **тетрациклин** 500 мг, или **амоксициллин** 1000 мг 2 раза в день совместно с **метронидазолом** (трихополом и другими аналогами) 500 мг, или тинидазол 500 мг 2 раза в день с едой.

Терапия
2-й
линии:

назначается при неэффективности препаратов 1-й линии.

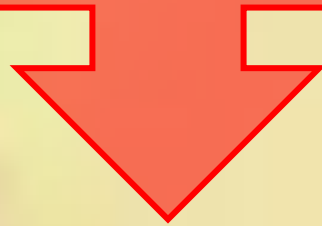
Ингибитор протонного насоса (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг 2 раза в день (утром и вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом в 12 ч). Совместно с **коллоидным субцитратом висмута** (вентрисол, денол и другие аналоги) 120 мг 3 раза за 30 мин до еды и 4-й раз спустя 2 ч после еды перед сном, метронидазолом 500 мг 3 раза в день после еды, тетрациклином по 500 мг 4 раза в день после еды. Частота эрадикации достигает 95%. После окончания комбинированной эрадикационной терапии продолжить лечение еще в течение 5 нед при дуоденальной и 7 нед - при желудочной локализации язв с использованием одного из антисекреторных препаратов (ингибиторов протонного насоса, блокаторов H-рецепторов гистамина).

Запомните!!!

При использовании антихеликобактерной терапии:

- не следует повторять те схемы лечения, которые не привели к эрадикации *H. pylori*;
- если использование двух разных схем лечения не привело к эрадикации, то следует определить чувствительность *H. pylori* к антибиотикам; - появление *H. pylori* через год после лечения следует рассматривать как рецидив заболевания, а не как реинфекцию;
- при рецидиве инфекции следует использовать более эффективные схемы лечения.

Лекарственное лечение
гастродуоденальных язв,
неассоциированных с *H. pylori*



купировать симптомы болезни и
обеспечить рубцевание язвы.

Лекарственные комбинации и схемы (используется одна из них):

ингибиторы протонной помпы	омепразол 20 мг, лансопразол 3А мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг 2 раза в день
блокаторы H₂-рецепторов гистамина	фамотидин 20 мг 2 раза в день, ранитидин 150 мг 2 раза в день
при необходимости	антациды (маалокс, ремагель и др.) в качестве симптоматического средства, цитопротекторы. Сукральфат (вентер, сукрат гель) - 4 г в сутки, чаще 1 г за 30 мин до еды и вечером спустя 2 ч после еды в течение 4 нед, далее 2 г/сут в течение 8 нед.

**Эффективность
лечения
контролируется**

При язве желудка и
гастродуоденальной
язве

при дуоденальной
язве

эндоскопически
через 8 нед

через 4 нед

**Обследование и лечение больных ЯБ
может проводиться в амбулаторно-
поликлинических условиях.**

Показания к стационарному лечению:

□ осложненное течение язвенной болезни; впервые выявленная язва желудка;

□ выраженный болевой синдром, рвота или не купируемый в течение 3 дней лечения болевой синдром

□ язвенная болезнь с тяжелыми сопутствующими заболеваниями; язвенная болезнь тяжелого течения, ассоциированная с НР, не поддающаяся эрадикации

□ гигантские нерубцующиеся язвы

□ невозможность организации лечения и эндоскопического контроля в амбулаторных условиях

Экспертиза нетрудоспособности

Длительность стационарного лечения зависит от объема исследований и интенсивности лечения.

При язве желудка
и гастродуоденальной
язве

20-30 дней

язве
двенадцатиперстной
кишки

10 дней

При язве двенадцатиперстной кишки острой, без кровотечения или прободения

16-25 дней

При язве двенадцатиперстной кишки хронической, без кровотечения или прободения

20-28 дней

При язве желудка хронической без кровотечения или прободения сроки

21-25 дней

Цели диспансеризации

обеспечить безрецидивное течение ЯБ (стабильную ремиссию), предупредить развитие осложнений.

Диспансеризация проводится:

2 раза в год при
среднетяжелом
течении

4 раза в год при
тяжелом
течении

3-4 раза в год
при развитии
осложнений

Назначаются:

общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь, диагностика НР-инфекции неинвазивными методами, рентгенологическое исследование ЖКТ, по показаниям - ЭГДС

консультация специалистов
(при тяжелом течении, длительно нерубцующейся язве, каллезной язве - консультация хирурга
1 раз в год)

При проведении диспансеризации необходимо:

- обращать внимание больных на нормализацию образа жизни;
- проводить эрадикационную терапию при выявлении *H. pylori*.

Если у больного в течение 5 лет нет обострений заболевания, его можно снять с диспансерного учета.

Профилактика

Первичная:	выявление лиц, которым угрожает развитие язвенной болезни: имеются гастрит и дуоденит, ассоциированные с <i>H. pylori</i>
Вторичная:	для профилактики обострений и их осложнений рекомендуются 2 типа терапии: непрерывная и терапия «по требованию».
Непрерывная	<i>Непрерывная</i> (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе: ежедневно вечером по 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (гастросилин, квамател, ульфамид).

Показания к непрерывной терапии:

- неэффективность проведенной эрадикационной терапии;
- осложнения (язвенное кровотечение или перфорация);
- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов;
- сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;
- больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию.

**Профилактическая терапия
«по требованию»**

предусматривающая
при появлении симптомов,
характерных для обострения ЯБ,
прием одного из антисекреторных
препаратов в полной суточной дозе
в течение 2-3 дней, а затем в
половинной - в течение 2 нед:
ранитидин 150 МГ, фамотидин 20
мг, омепразол 20 мг.

Показания к терапии «по требованию»:
появление симптомов болезни после успешной
эрадикации *H. pylori*.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС (РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ)

Гастроэзофагеальный рефлюкс (рефлюкс-эзофагит) - воспалительный процесс в дистальной части пищевода, который возникает при гастроэзофагеальном рефлюксе вследствие действия на слизистую оболочку пищевода желудочного сока, желчи, ферментов панкреатического и кишечного секретов.

Лишь 25% больных
обращаются к врачам

Патогенез

- снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера;
- нарушения моторики пищевода и желудка;
- снижения резистентности слизистой оболочки пищевода;
- снижения перистальтики пищевода (пищеводный клиренс).

Запомните!!!

Знание нижеперечисленных факторов позволяет составить правильную программу лечения.

Провоцирующие факторы

переполнение желудка (обильная еда, стеноз привратника, гиперхлоргидрия);

наклоны вперед, положение лежа после еды;

повышение внутрижелудочного давления (ожирение, беременность, асцит, тесная одежда);

курение;

прием лекарственных средств, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера (β -адреноблокаторы, нитраты, антагонисты Ca^{2+} , антихолинэргические препараты, теофиллин, седативные средства);

прием некоторых продуктов (цитрусовые, шоколад, кофе, жиры, томаты, алкоголь)

В норме рН

в дистальном отделе пищевода 5,5-7,0.

**При рефлюксэзофагите в течение
длительного времени рН < 4,0.**

**«Гастроэзофагеальная
рефлюксная болезнь»
(ГЭРБ).**

*Эндоскопическая
негативная* (при
ЭГДС нет признаков
эзофагита)

*С эндоскопическими
проявлениями*
различной степени
выраженности (эрозии
пищевода, язвы)

Клиника

Различают **рефлюксэзофагит** без клинических проявлений (то есть больной не жалуется на изжогу, боли, а при ЭГДС находят признаки воспаления пищевода) и **рефлюксэзофагит** с клиническими проявлениями.

Клинические симптомы:

- пищеводные проявления;
- внепищеводные проявления.

Пищеводные проявления:

- изжога;
- жжение за грудиной после еды, наклонов туловища, физической нагрузки;
- отрыжка кислым, горьким;
- боль в эпигастральной области (у мечевидного отростка) после еды, усиливается при наклонах.

Внепищеводные проявления

```
graph TD; A[Внепищеводные проявления] --> B[кардиальные (появление болей за грудиной, напоминающих боли при стенокардии)]; A --> C[бронхолегочные (кашель, особенно в ночное время, приступы бронхиальной астмы)]; A --> D[ларингофарингеальные (чувство кома в горле, избыточное слизеобразование в гортани, охриплость голоса)];
```

кардиальные
(появление болей за грудиной, напоминающих боли при стенокардии)

бронхолегочные
(кашель, особенно в ночное время, приступы бронхиальной астмы)

ларингофарингеальные
(чувство кома в горле, избыточное слизеобразование в гортани, охриплость голоса)

Классификация по эндоскопическим признакам (Savary и Miller, 1993)

Нулевая степень	нормальная слизистая оболочка
Первая степень	катаральные изменения в дистальной трети пищевода, возможно наличие единичных несливающихся эрозий, занимающих до 10% поверхности слизистой оболочки
Вторая степень	продольные сливающиеся эрозии, занимающие 50% поверхности дистальной трети пищевода
Третья степень	циркулярные сливающиеся эрозии, занимающие практически всю поверхность пищевода
Четвертая степень	наличие осложнений в виде язвенных поражений, стриктур пищевода, пищевода Баррета, аденокарциномы пищевода

Осложнения:

- ❑ кровотечение из язв пищевода;
- ❑ стриктура пищевода;
- ❑ пищевод Баррета (замещение многослойного плоского эпителия пищевода метаплазированным кишечным эпителием, что повышает риск развития аденокарциномы пищевода).

Диагностика

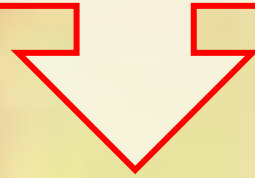
Тщательный опрос больного, анализ жалоб, истории болезни, жизни, осмотр больного

Лабораторные анализы



- общий анализ крови (при отклонении от нормы исследование повторять 1 раз в 10 дней);
- группа крови;
- резус-фактор;
- анализ кала на скрытую кровь;
- общий анализ мочи;
- железо сыворотки крови.
- ЭКГ (однократно);
- ЭГДС (до и после лечения).

Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования



- суточное мониторирование **pH** верхних отделов пищеварительного тракта,
- УЗИ органов брюшной полости и др.,
- *Консультации специалистов - по показаниям.*

Дифференциальная диагностика

Ахалазия кардии (вследствие денервации нервно-мышечных сплетений отсутствует расслабление нижнего пищеводного сфинктера).

Рак пищевода

Заболевания, при которых могут появляться иррадирующие боли в центральной части эпигастральной области:

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь.

Наибольшие трудности возникают при появлении **внепищеводных проявлений**, когда необходимо исключать

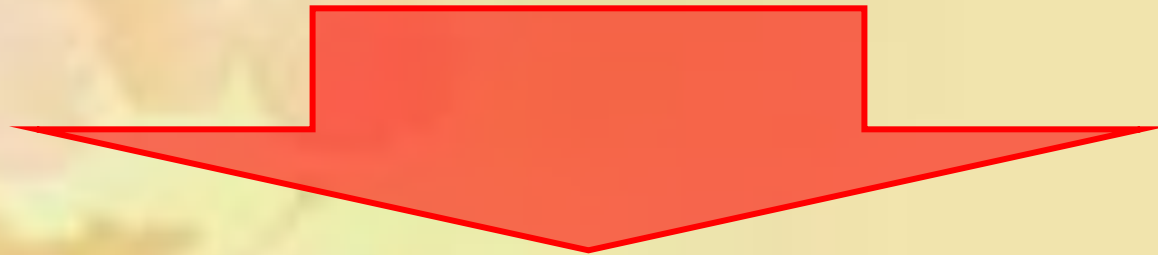
ИБС

ларингит

*бронхиальную
астму*


фарингит

Проведению дифференциального диагноза
помогает **внутрипищеводная рН-
метрия,**



позволяет выявить связь между
появлением внепищеводных симптомов
ГЭРБ с эпизодами рефлюкса

Также полезно использовать
рабепразоловый тест:



после приема 20 мг рабепразола (париета) в течение первых суток наблюдается исчезновение симптомов (изжоги, болей в грудной клетке, бронхолегочных проявлений)

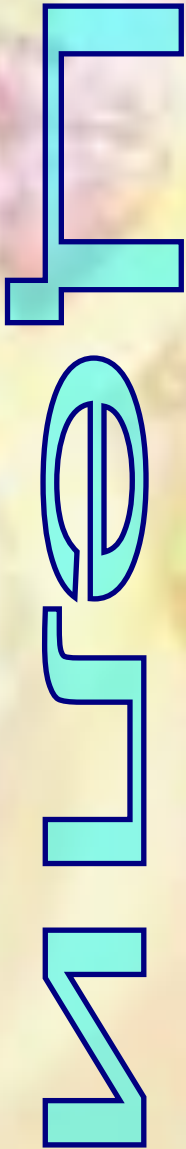
Течение и прогноз

Течение заболевания хроническое рецидивирующее.

Прогрессирование заболевания сопровождается развитием осложнений, которые и определяют прогноз заболевания.

Мероприятия, направленные на предотвращение развития пищевода Баррета, ориентированы и на предотвращение развития рака пищевода.

Лечение



- устранение симптомов;
- нормализация эндоскопической картины;
- профилактика обострений;
- профилактика осложнений;
- повышение качества жизни

Врач должен объяснить пациенту, что хорошего эффекта в лечении можно достичь лишь при четком выполнении рекомендаций, особенно в части изменения образа жизни. Пожалуй, это наиболее трудный момент в лечении, и требуется время и, конечно же, терпение, чтобы изменился стиль жизни больного, режим питания, пищевые предпочтения и т.д.

Рекомендации

- ✓ спать с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати;
- ✓ избегать наклонов, физической нагрузки, горизонтального положения тела после еды (в течение 1,5 ч);
- ✓ избегать приемов пищи перед сном;
- ✓ ограничить прием пищи, богатой жирами;
- ✓ исключить курение;

- ✓ избегать тесной одежды, тугих поясов;
- ✓ добиться снижения массы тела при ожирении;
- ✓ избегать приемов лекарственных средств, негативно влияющих на моторику пищевода и тонус нижнего пищеводного сфинктера (продолгованные нитраты, антагонисты кальция, теофиллин); повреждающих слизистую оболочку пищевода (ацетилсалициловая кислота и другие НПВП) и др.

**При выраженном обострении
рекомендован «*Вариант диеты с
механическим и химическим щажением*».**

При
исчезновении
симптомов
рекомендуется
**«Основной
вариант
диеты»**

рацион расширяется,
блюда не протираются
(мясо дается куском,
каши - рассыпчатые),
фрукты и овощи даются
в свежем виде.

Медикаментозное лечение

Пациентам моложе 45 лет

без проведения ФЭГДС могут быть назначены блокаторы H₂-рецепторов гистамина, ингибиторы протонного насоса или антациды. При отсутствии эффекта в течение 3 нед, возобновлении симптомов рекомендуется проведение ФЭГДС.

При гастроэзофагеальном рефлюксе без эзофагита (есть симптомы рефлюксной болезни, но отсутствуют эндоскопические признаки эзофагита) в течение 7-10 дней:

- 1) **домперидон (мотилиум** и другие аналоги) по 10 мг 3 раза в день;
- 2) **антацид (маалокс** и др.) по 1 дозе через 1 ч после еды 3 раза в день и 4-й раз - перед сном.

При рефлюкс-эзофагите **I и II ст.** тяжести в течение 6 нед внутрь:

- 1) ранитидин** 150-300 мг 2 раза в день или **фамотидин** 20-40 мг 2 раза в день (интервал в 12 ч);
- 2) маалокс** (ремагель и другие аналоги) - 15 мл через 1 ч после еды и перед сном, то есть 4 раза в день на период симптомов.

Через 6 нед лекарственное лечение прекращается, если наступила ремиссия.

**При
рефлюкс-
эзофагите
III и IV ст.
тяжести:**

- 1) ингибиторы протонного насоса (омепразол 20 мг 2 раза в день, рабепразол 20 мг 2 раза в день утром и вечером в течение 8 нед);
- 2) маалокс в течение 4 нед;
- 3) домперидон (мотилиум) 10 мг 4 раза в день за 15 мин до еды в течение 4 нед.


При рефлюкс-эзофагите V ст. тяжести - операция.

Ведение больных с рефлюкс-эзофагитом

В основном **лечение проводится** в амбулаторно-поликлинических условиях.

Если **достигнута ремиссия**, то больной находится под диспансерным наблюдением.

Если достигнута лишь частичная ремиссия, то необходимо:



- проанализировать дисциплинированность пациента;
- продолжить лекарственное лечение, предусмотренное для рефлюкс-эзофагита III - IV ст. тяжести в течение 4 нед (при этом исключается сопутствующая патология, отягощающая течение основного заболевания).

Если не достигнута
ремиссия в течение
8 нед адекватного
лечения

показано
стационарное
лечение

Если имеются
осложнения, то показано
стационарное лечение.

Показания:

- неэффективность адекватной терапии на протяжении 8 нед;
- наличие осложнений.

Экспертиза нетрудоспособности

длительность
стационарного
лечения

I-II ст. тяжести
8-10 дней

III-IV ст. тяжести
2-4 нед

Временная нетрудоспособность

составляет **12-21 день**, при развитии осложнений длительность периода нетрудоспособности может увеличиться.

Диспансеризация

**Цели диспансерного наблюдения -
обеспечение клинико-эндоскопической
ремиссии болезни.**

**Наличие грыжи пищеводного отверстия
диафрагмы и недостаточности нижнего
пищеводного сфинктера (недостаточности
кардии) не исключает ремиссию ГЭРБ.**

Осмотр терапевта

```
graph TD; A[Осмотр терапевта] --> B[Больные хроническим эзофагитом 2-3 раза в год]; A --> C[Больные язвенным эзофагитом 3-4 раза в год];
```

Больные
хроническим
эзофагитом
2-3 раза в год

Больные
язвенным
эзофагитом
3-4 раза в год

Назначается общий анализ крови, ЭГДС.

Рентгенологическое обследование - по показаниям.

1-2 раза в год больные направляются к гастроэнтерологу, онколог - по показаниям.

Медикаментозная терапия проводится по требованию,

то есть при возврате симптомов (изжога, срыгивание, чувство жжения за грудиной и др.).

Терапия «по требованию» проводится в объеме, рекомендуемом при рефлюксе без эзофагита или с эзофагитом I-й степени, или прием ингибиторов протонной помпы 1 раз в день в 15 ч в течение 2 нед (омепразол 20 мг, рабепразол 20 мг, лансопразол 30 мг).

При исчезновении симптомов больной в дальнейшем обследовании и лечении не нуждается.

При рецидивировании симптомов следует поступать так, как это предусмотрено при первичном обследовании.

Контрольные
эндоскопические
исследования верхних
отделов пищеварительного
тракта проводятся

только больным,
у которых либо не
наступила ремиссия

либо был
диагностирован
пищевод Баррета

Благодарю за внимание