

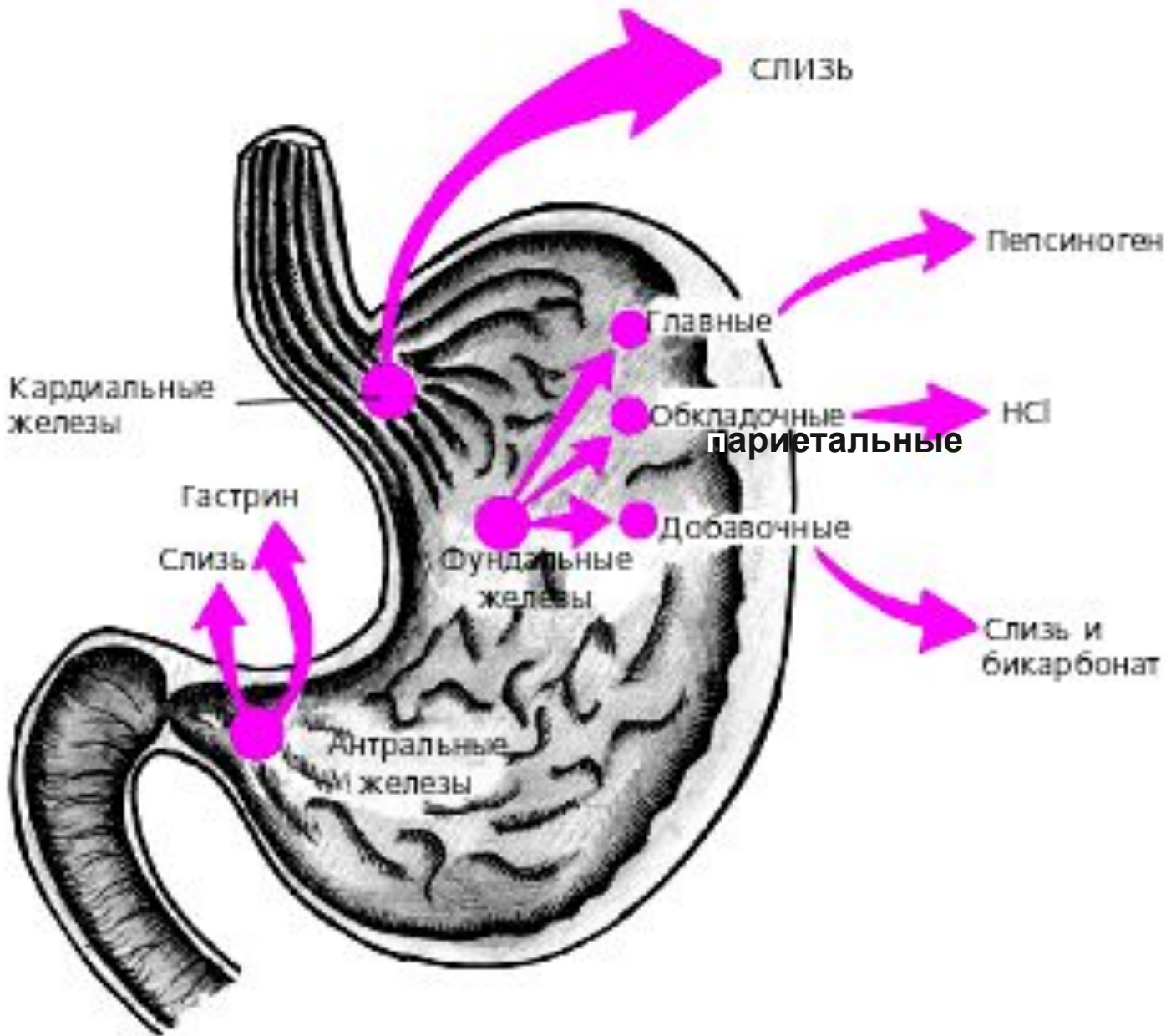


Язвенная болезнь

Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

г. Москва

к.м.н. доцент Л.Конькова



Язвенная болезнь

хроническое рецидивирующее заболевание, основным морфологическим проявлением которого является язва желудка или 12перстной кишки, как правило, развивающаяся на фоне хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*.

Этиологические факторы ЯБ

- Наследственная предрасположенность:
 - восприимчивость слизистой к инфекции *HP*
 - гиперплазия париетальных клеток
 - гиперваготония
 - гипергастринемия
 - нарушения факторов защиты слизистой
 - *O(I)* группа крови и др.
- Нервно-эмоциональное перенапряжение
- Алиментарные факторы
- Вредные привычки
- Прием НПВП, антитромботических препаратов
- *H. pylori*

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

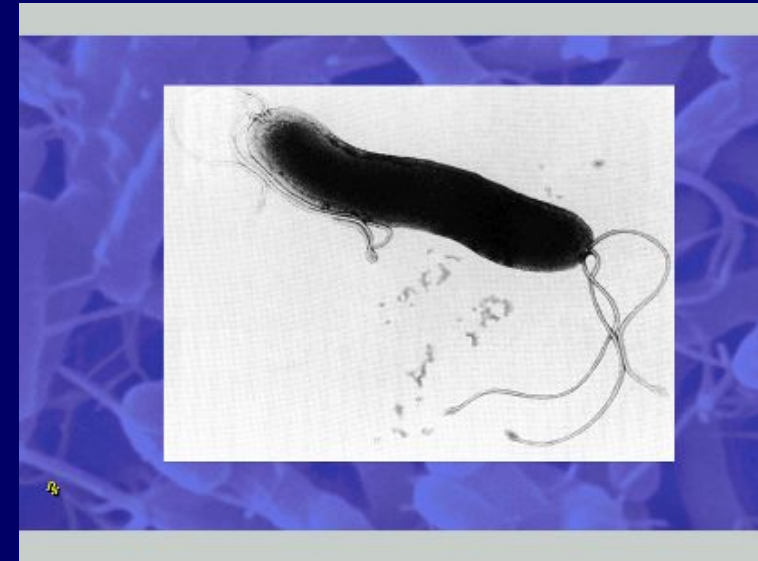
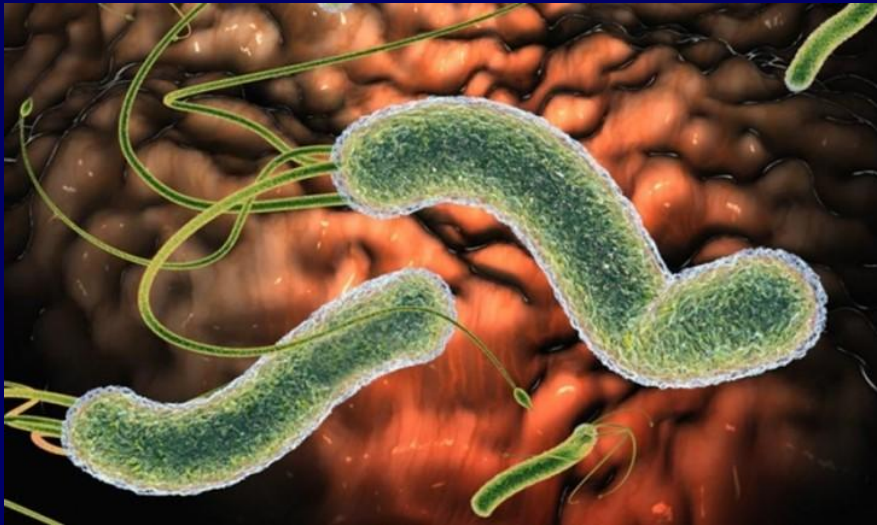


**Нарушение
равновесия**

ЯЗВА

Helicobacter pylori

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



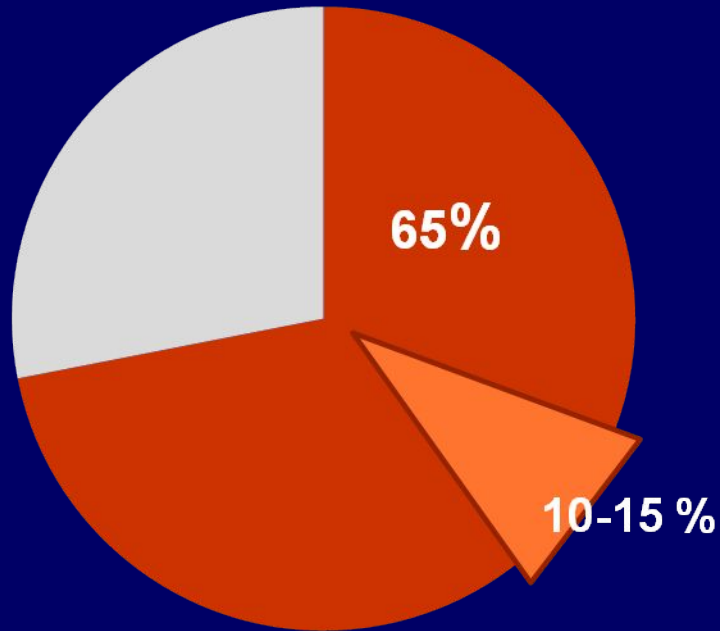
Helicobacter pylori



Helicobacter pylori

- *H. pylori* вырабатывает ферменты (уреазу, протеазу, фосфолипазу и др.) и цитокины, повреждающие защитный барьер СО
- Протеаза, выделяемая *H. pylori*, разрушает белок муцин, содержащийся в желудочной слизи.

Helicobacter pylori



HP обнаруживают у 65% населения, среди них язвой заболевают 10 - 15%

Классификация язвенной болезни

I. Общая характеристика болезни (номенклатура ВОЗ)

1. Язвенная болезнь желудка
2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
3. Пептическая гастроеюнальная язва после резекции желудка

II. Локализация:

- язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала, на малой или большой кривизне, передней и задней стенках)
- язвы 12перстной кишки (луковицы и постбульбарного отдела)
- сочетанные язвы желудка и 12перстной кишки

Классификация язвенной болезни

III. Число язв:

- одиночные
- множественные

IV. Размеры язвы:

- небольшая до 0,5 см
- средняя 0,5-1 см
- крупная 1,1-2 см для ДПК и 1,1-3,0 см для желудка
- гигантская (свыше предыдущих размеров)

Классификация язвенной болезни

V. Клиническая форма:

1. Острая или впервые выявленная
2. Хроническая

VI. Характеристика функций гастродуоденальной системы (указываются только выраженные нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной функций)

Классификация язвенной болезни

VII. Стадия течения заболевания:

- 1) активная
- 2) рубцующаяся
- 3) стадия «красного» рубца
- 4) стадия «белого» рубца
- 5) длительно не рубцующаяся

Классификация язвенной болезни

VIII. Фаза

1. Обострение (рецидив)
2. Затухающее обострение (неполная ремиссия)
3. Ремиссия

IX. Осложнения

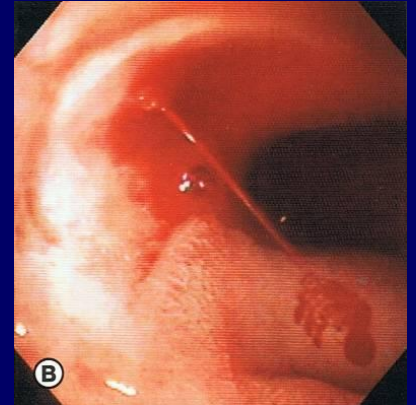
- кровотечение
- перфорация
- пенетрация
- стеноз привратника: компенсированный, суб-, декомпенсированный
- рубцовая деформация
- малигнизация

Эндоскопическая классификация кровотечений (Forrest, 1974 г)

является базисной при определении тактики ведения
больных с кровотечениями

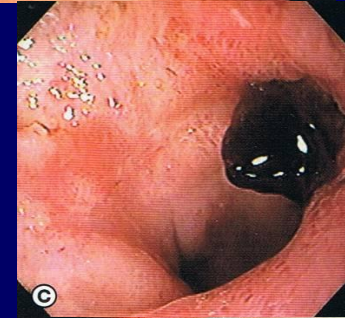
F1 – активный процесс кровотечения:

- F1a – кровь вытекает из поврежденного сосуда струей (может прослеживаться пульсация);
- F1b – кровь вытекает из сосуда по каплям («пропотевание»).



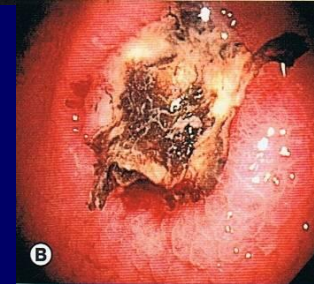
F2 – кровотечение остановилось:

- F2a – на дне язвы тромбированный сосуд
- F2b – на дне язвы фиксированный сгусток
- F2c – на дне язвы фибрин, гематин.



F3 – кровотечение не выявлено (чистое дно язвы)

Состоявшееся кровотечения при отсутствии
эндоскопических признаков



Симптоматические язвы

1. "Стрессовые"
2. Лекарственные
3. Эндокринные
4. Гастродуоденальные язвы при заболеваниях внутренних органов

Симптоматические язвы

Стрессовые язвы

- а) при распространенных ожогах (язвы Курлинга)
- б) при ЧМТ, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях (язвы Кушинга)
- в) язвы при других "стрессовых" ситуациях: ИМ, сепсисе, тяжелых ранениях и полостных операциях.

Симптоматические язвы

Стрессовые язвы

Патогенез:

- ↑ продукции АКТГ, кортикостероидных гормонов, серотонина и гистамина
- ишемия в СО желудка в результате гиповолемического шока и плазмопотери
- нарушение гастродуоденальной моторики (парез желудка, усиление рефлюкса желчи)

Чаще всего проявляются безболевым кровотечением

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

1. НПВП блокируют :

ЦОГ-1, участвующий в синтезе защитных P_gE₂ и P_gI₂ в СОЖ;
ЦОГ-2, участвующий в синтезе ПГ- медиаторов воспаления

2. 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

НПВП- индуцированные поражения желудочно-кишечного тракта

- НПВП индуцированные эзофагиты
- НПВП индуцированная диспепсия
- НПВП индуцированные гастропатии
- НПВП индуцированные энтеропатии

*□ нет такой дозы аспирина, которая бы обладала
антитромботическим эффектом и не была гастротоксичной*

Симптоматические язвы

Эндокринные

- а) язвы при синдроме Золлингера-Эллисона (гастриноме)

- б) гастродуоденальные язвы при гиперпаратиреозе
(в ответ на гиперкальциемию - гиперсекреция HCl, повышение моторной функции желудка)

Симптоматические язвы

Гастродуоденальные язвы при заболеваниях внутренних органов:

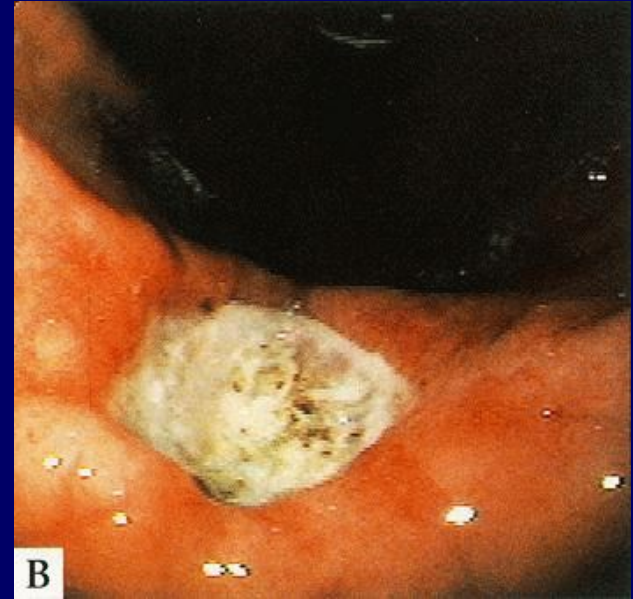
- а) при заболеваниях ССС: ХСН, ГБ, атеросклерозе
- б) ХЗЛ
- в) заболеваниях печени
- г) заболеваниях ПЖ
- д) ХПН
- е) сахарном диабете

Диагностика



ЭГДС

- наличие язвенного дефекта, его локализацию, глубину, форму, размеры
- оценить состояние дна и краев язвы
- При язве желудка в обязательном порядке для исключения злокачественного характера – прицельная биопсия дна и краев язвы (5–7 фрагментов).



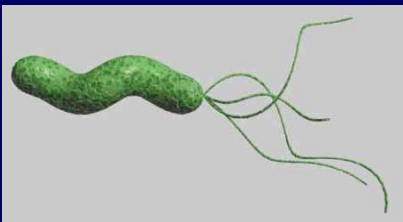
Рентгенологический метод



Для выявления язвенного дефекта,
нарушения моторики, осложнений

Диагностика инфекции *H. pylori*

- **Эндоскопические инвазивные методы**
 - *Быстрый уреазный тест*
 - *Гистологический*
 - *Прямой микроскопический*
 - *Микробиологический*
 - *ДНК/ПЦР-диагностика*
- **Неинвазивные методы**
 - *Дыхательный тест (^{13/14}C-мочевина)*
 - *Серологический (IgA, IgG)*
 - *ИФА антигена *H.pylori* в кале*
 - *ПЦР в фекалиях*

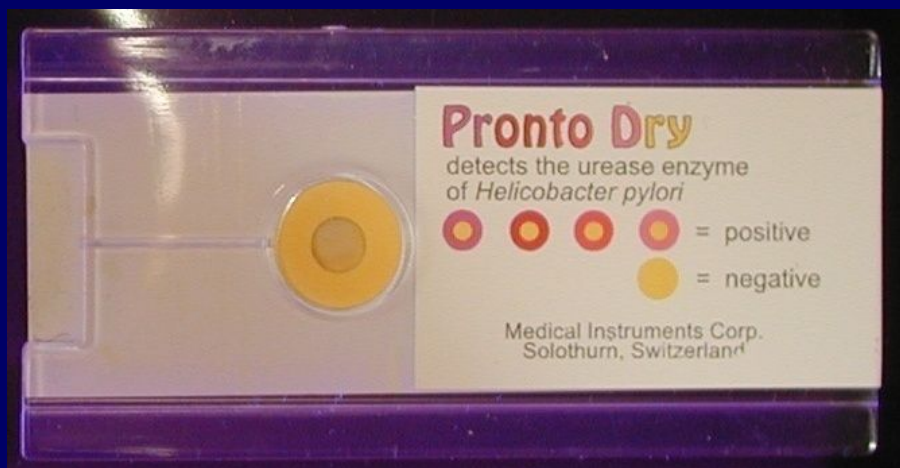


Быстрый уреазный тест

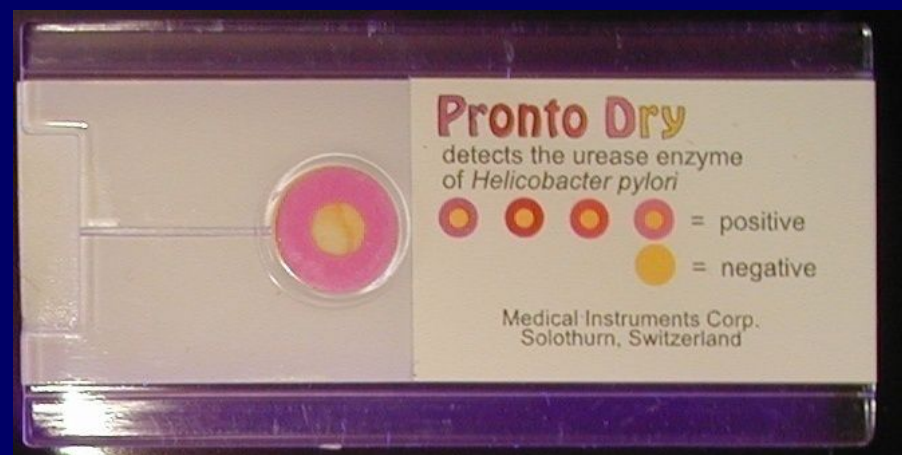
Уреаза Нр в биоптате превращает мочевины в аммиак



изменяет рН среды и цвет индикатора

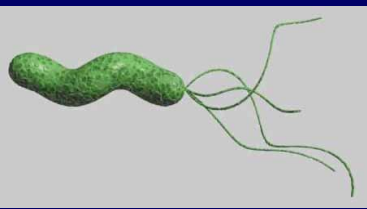


Hr-

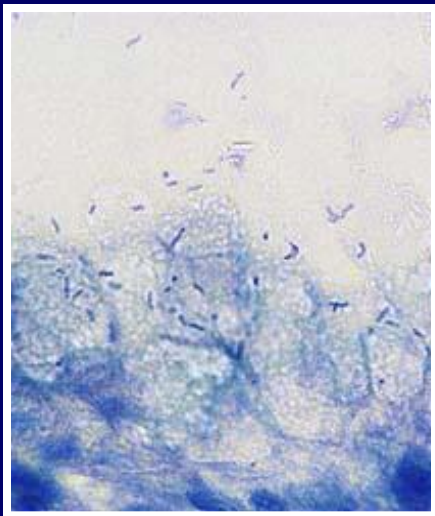


Hr+

Гистологический



— окраска бактерии в гистологических препаратах слизистой оболочки желудка



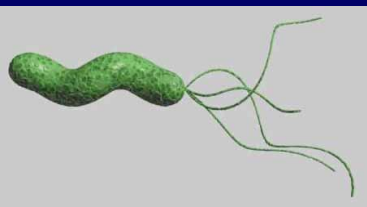
Окраска по Гимзе



Окраска по Романовскому – Гимзе

Степени обсемененности :

- слабая (+) - до 20 микробных тел в поле зрения;
- умеренная (++) - от 20 до 50 микробных тел в поле зрения;
- выраженная (+++) - свыше 50 микробных тел в поле зрения.



Цитологический

- окраска бактерии в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка по Гимзе, Граму.

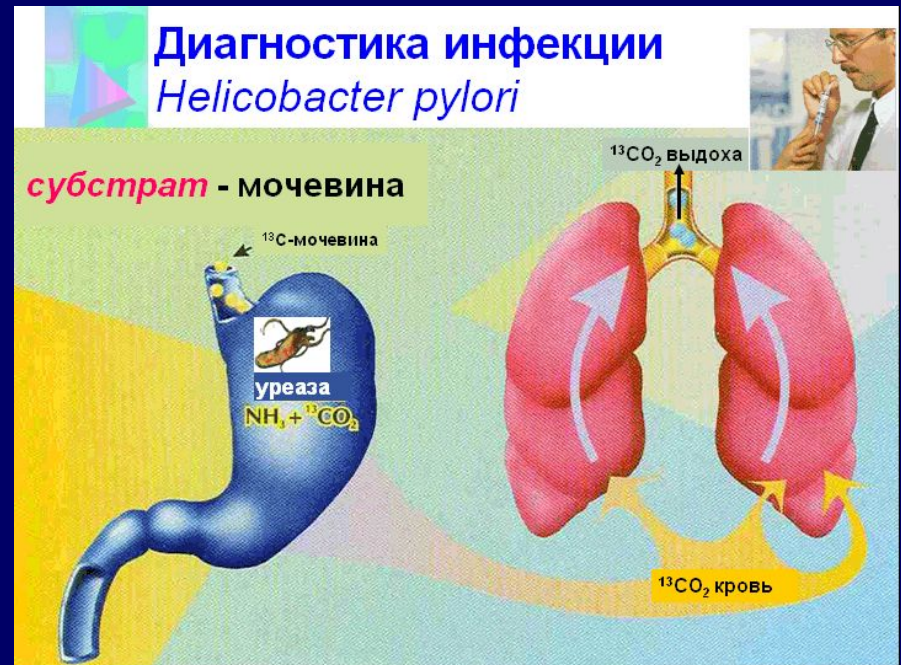
Недостатки - невозможность определять степень обсеменения.

Уреазный дыхательный тест ($^{13}/^{14}\text{C}$ -мочевина)

с использованием мочевины, меченной изотопами

Под действием уреазы в желудке расщепляется меченая мочевина \rightarrow образуется аммиак и CO_2 , меченый изотопом ^{13}C , всасывается в кровь и транспортируется в легкие.

Определяется в выдыхаемом воздухе масс-спектрографом.



Уреазный (аммонийный) дыхательный тест «ХЕЛИК»

Пациент принимает раствор карбамида и образующийся в ходе гидролиза аммиак поступает в воздух ротовой полости.

Иммунологические методы

- ❑ Определение антигенов *H.pylori* в кале с применением моноклональных антител.

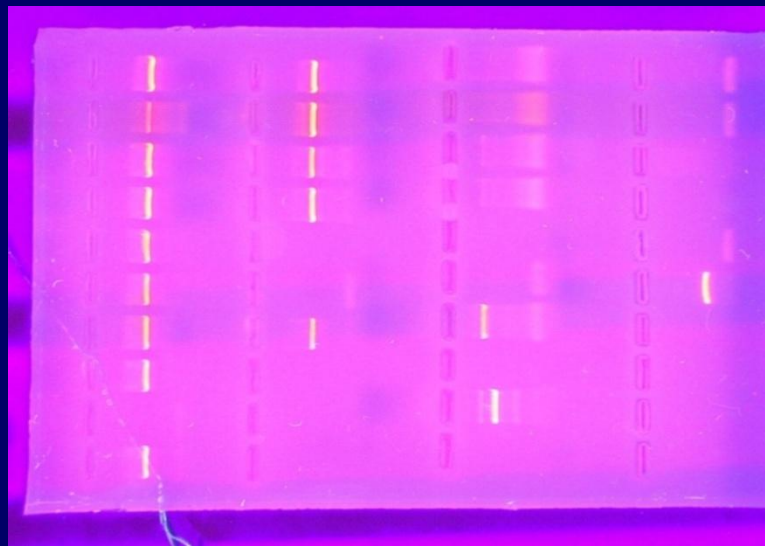
Чувствительность - 94%, специфичность - 92%.

- ❑ Серологический тест с определением антигеликобактерных IgG-антител (ИФА)

Полимеразная цепная реакция

Молекулярно-генетический метод

- Определение ДНК *Hp* в СО желудка, слюне, кале (чаще - субтипов *vacAs1s2*, *vacAm1m2* *cagA*)
- Для контроля эрадикации



Лечение

Диета № 1

Питание должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим с исключением острых приправ, маринованных и копчёных продуктов.

- ***Прочие рекомендации:*** *выяснить, не принимает ли пациент НПВП (рассмотреть возможность замены на селективный).*

Фармакотерапия



Лечении эрозивно-язвенных состояний ЖКТ

Коррекция факторов агрессии

ИПП, H₂-блокаторы:
блокирование выработки кислоты, уменьшение объема желудочного секрета

Альгинаты, антациды:
создание рафта, нейтрализация кислоты, постпрандиального «кислотного кармана»

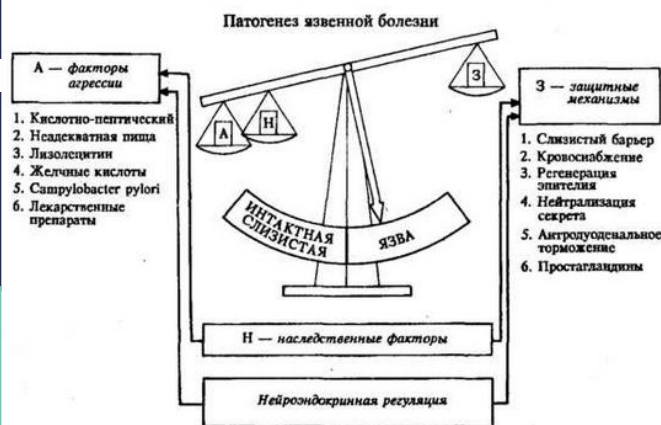


Рис. 21.2. Условное изображение равновесия между защитными механизмами и факторами агрессии в патогенезе язвенной болезни.

Коррекция факторов защиты

Цитопротекторы:
Препараты висмута

Ребамипид

Эрадикация *H. pylori*:
устранение инфекции,
изменение течения
заболевания
профилактика рака желудка

[* ЖКТ-желудочно-кишечный тракт](#)

Антациды

- *кислотонейтрализующее*
- *адсорбирующее*
- *цитопротекторное*: ↑ содержание простагландинов в СОЖ, ↑ синтез гликопротеинов желудочной слизи

Р Сравнительная таблица антацидных препаратов¹

Препарат	Возможность применения у детей	Возможность применения в период беременности/ лактации	Кратность приема в сутки	Побочное действие и особые указания
Алюминия гидроксид + магния гидроксид (Маалокс) Суспензия для приема внутрь	С осторожностью у детей с 12 лет	Противопоказан при беременности. С осторожностью у женщин в период кормления грудью	После еды или при возникновении болей. Не более 6 приемов в день	Редко – запоры, тошнота, рвота, изменение вкусовых ощущений. При длительном применении в высоких дозах гипофосфатемия, гипокальциемия, гиперкальциурия, остеомаляция, остеопороз, гипермагниемия, гипералюминиемия, энцефалопатия, нефрокальциноз, нарушение функции почек
Гидроталцит + магния гидроксид (Гастал) Таблетки	До 6 лет – прием противопоказан, с 6 лет до 12 лет – с осторожностью	Беременность и лактация – только по назначению и под контролем врача	4-6, но не более 8 таблеток в сутки	Редко – аллергические реакции, тошнота, рвота, изменение вкусовых ощущений, диарея, запор
Алюминия фосфат (Фосфалюгель)	С первых дней жизни	Возможно в терапевтических дозах по показаниям	2-3	Редко – запоры (в основном у пациентов пожилого возраста и лежачих больных)
Кальция карбонат + магния карбонат (Ренни) Таблетки жевательные	Дети от 12 лет	Возможно в рекомендованных дозах	1-2 таблетки при появлении симптомов, но не более 16 таблеток в сутки	Редко – аллергические реакции: сыпь, отек Квинке, анафилактические реакции. Применение Ренни в высоких дозах может увеличить риск образования камней в почках
Натрия альгинат + калия гидрокарбонат (Гевискон форте)	До 12 лет прием противопоказан	Может применяться во время беременности и лактации	После приемов пищи и перед сном	Возможны аллергические реакции

Антисекреторные препараты

Блокаторы H₂-рецепторов гистамина

1972г

Ингибиторы протонной помпы

1979г

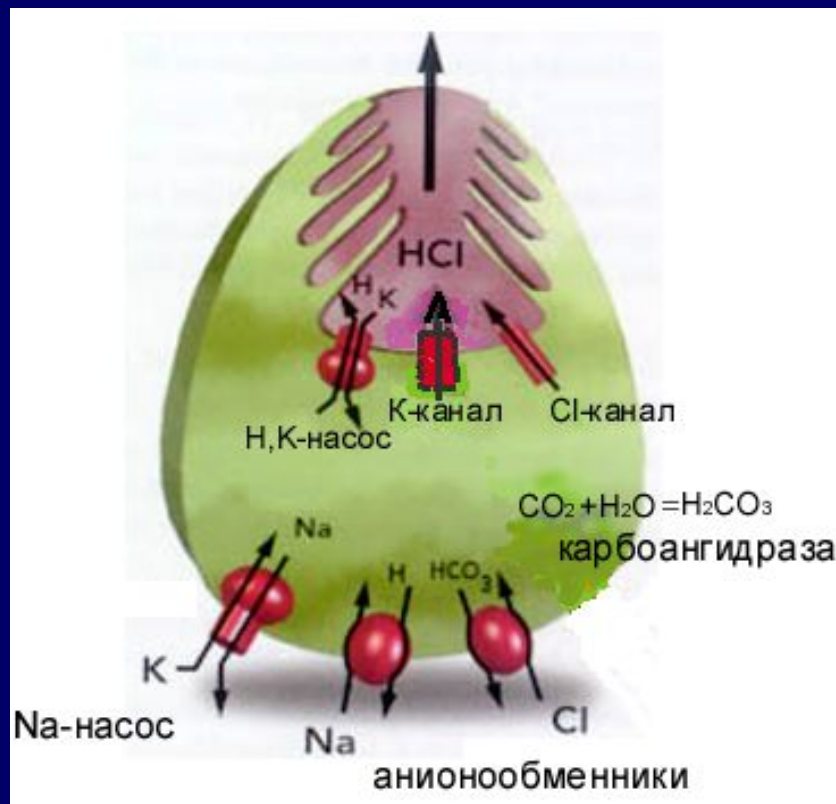


ИПП

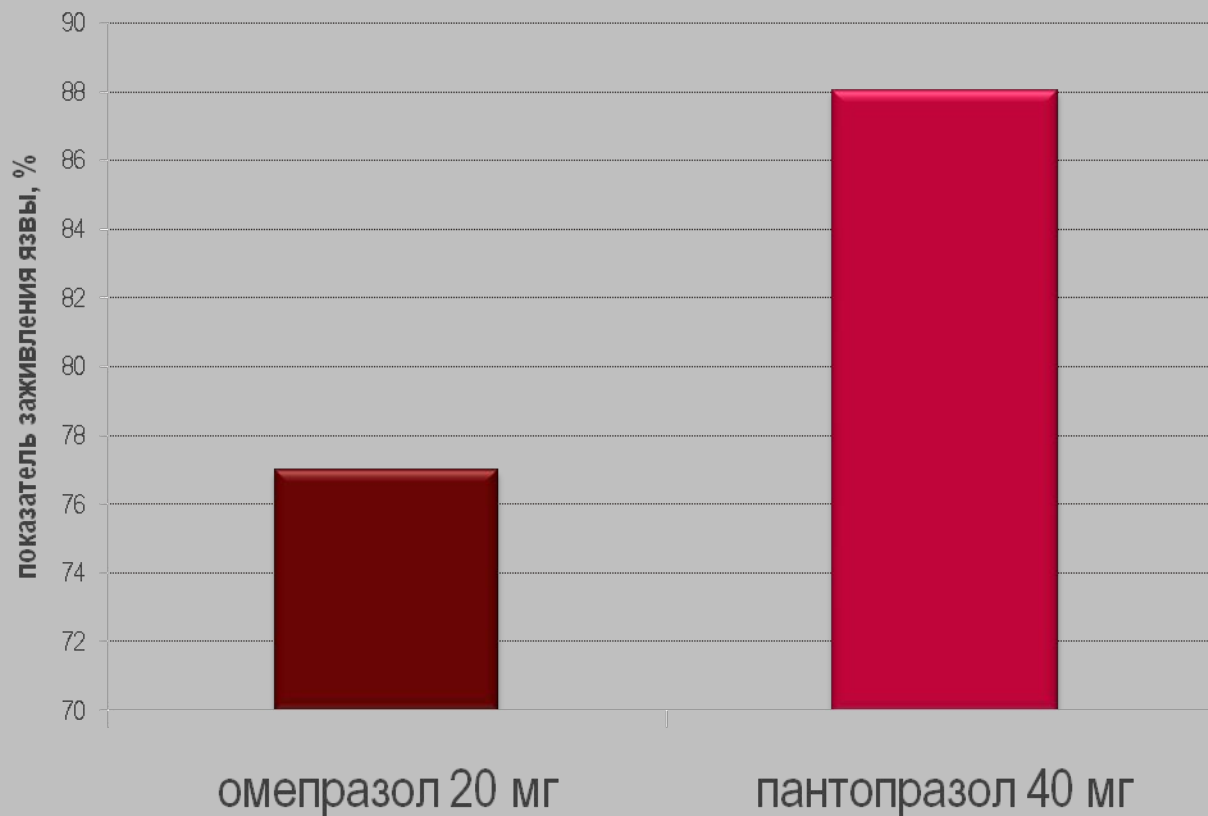
- Омепразол (Омес, Ультоп, Лосек)
- Рабепразол (Париет, Разо)
- Пантопразол (Контролок, Нольпаза)
- Эзомепразол (Нексиум, Эманера)
- Лансопразол (Ланцид)
- Декслансопразол (Дексилант)

Ингибиторы протонной помпы

- Избирательно накапливаются в зонах с низким значением рН (париетальных клетках) и блокируют активность H^+, K^+ -АТФазы \longrightarrow \downarrow продукцию HCl



ИПП Нольпаза® эффективнее омепразола в терапии ЯБ



n=219
28 дней

P<0,05

- ❑ **Эманера[®] (эзомепразол)** увеличивает **стабильность и продолжительность действия Фромилида (кларитромицина);**
- ❑ **Эманера[®]** создает благоприятные условия для деления *H. pylori*, когда бактерия становится **наиболее восприимчивой к действию Фромилида;**
- ❑ **Эманера[®]** снижает общий объем секрета, увеличивая тем самым **концентрацию Фромилида** в желудочном соке.

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

«Хороший Helicobacter – это мертвый Helicobacter»,- David Y. Graham



VA Medical Center, Rm 3A-320 (111D) 2002 Holcombe Blvd., Houston, TX 77030

Current Position:

Professor of Medicine and Molecular Virology
Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA

- Эрадикация приводит к снижению числа рецидивов с 43-78% в год до 5-12% в год

Положения Маастрихтского соглашения II (2000)

Показания к эрадикации *H.pylori* :

- ЯБ ДПК/ЯБ желудка (в стадии обострения или ремиссии, включая осложненную ЯБ)
- MALTома
- Атрофический гастрит
- Состояние после резекции желудка по поводу рака
- Лицам, являющимся ближайшими родственниками больных раком желудка
- По желанию пациента и отсутствию клиники заболевания

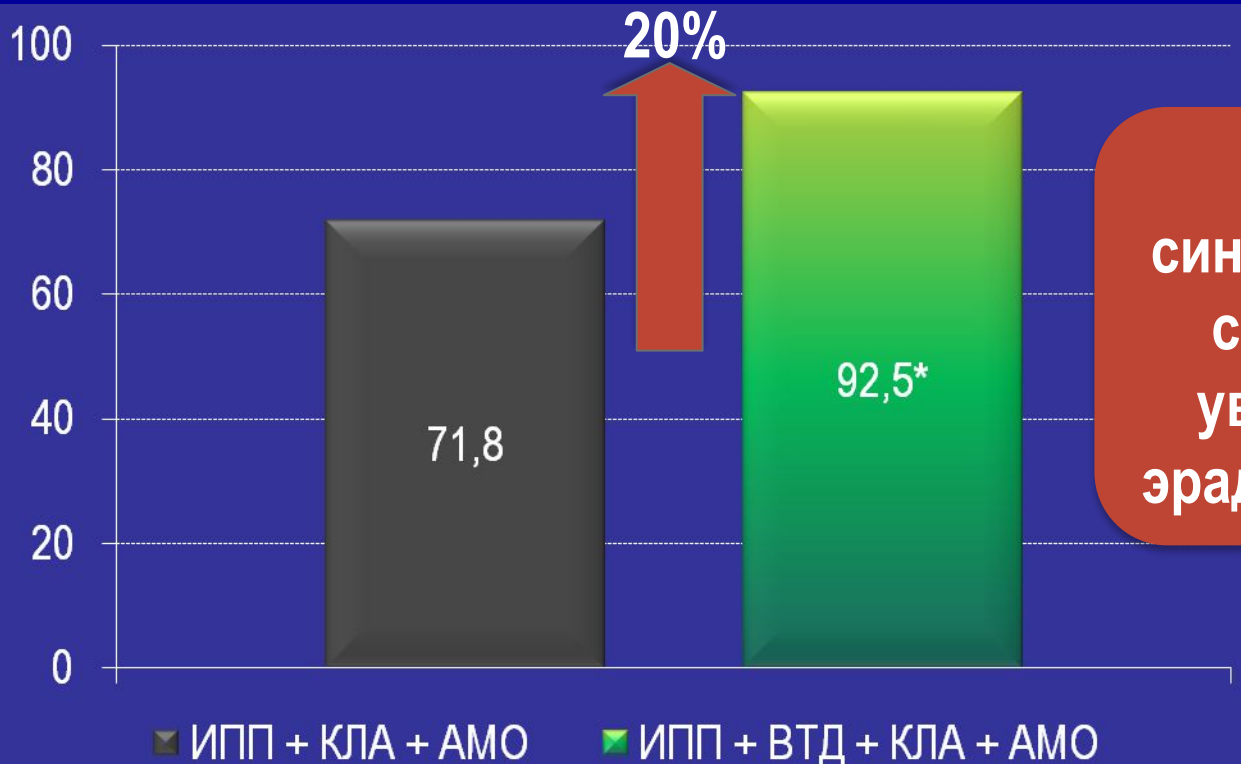
1-я линия антигеликобактерной терапии

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- амоксициллин 1000 мг 2 р/сут
- кларитромицин 500 мг 2 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут

10–14 дн

Тройная терапия + Висмута трикалия дицитрат

Российский опыт



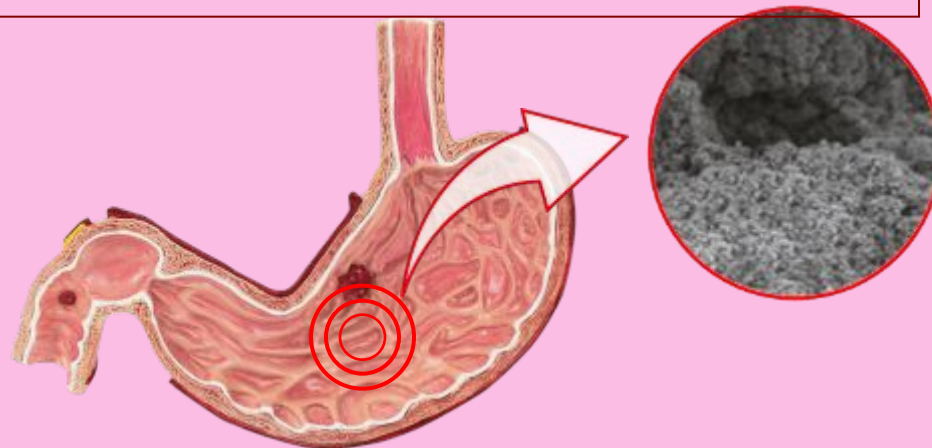
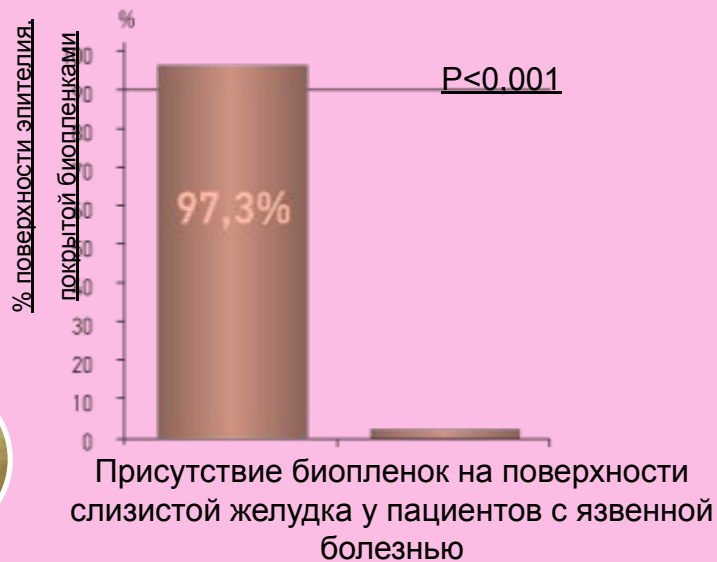
ВТД обладает синергичным эффектом с антибиотиками → увеличивает эффект эрадикационной терапии

* $p < 0,05$ – статистически значимые различия

Кларитромицин

- превосходит другие макролидные антибиотики и метронидазол по активности против *H.pylori*
- резистентность *H.pylori* к кларитромицину в России не превышает 12%
- минимально влияет на нормальную микрофлору

Фромилид® (кларитромицин) способен разрушать бактериальные биопленки



97,3% поверхности образцов слизистой оболочки желудка, взятых у НР (+) пациентов, покрыты биопленками!¹

Кларитромицин:

- Прямое этиотропное действие на *H.pylori*;
- Разрушение бактериальных биопленок²

Устранение биопленок улучшает доступ других антибиотиков к возбудителю и повышает эффективность терапии²

Клавулановая кислота нужна в ситуациях, когда инфекция вызвана бактериями, вырабатывающими β -лактамазы.

***Helicobacter pylori* β -лактамазы НЕ ВЫРАБАТЫВАЕТ! ¹**

Назначение защищенных аминопенициллинов при инфекции *Helicobacter pylori* нецелесообразно и повышает риск развития желудочно-кишечных расстройств ^{2,3}

1. Campo S.M.A., et al. Recent patents on anti-infective drug discovery 2007; 2(1): 11-17.
2. Карпов О.И. Клиническая фармакология и терапия, 2006;15(4); 1-4
3. 3. Гучев И.А., Козлов Р.С. Пульмонология, 2008, №2, с.73-80

2-я линия антигеликобактерной терапии

- ИПП в стандартной дозе 2 р/сут
- метронидазол по 500 мг 3 р/сут
- тетрациклин 500 мг 4 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут 10–14 дн

или

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- амоксициллин 1000 мг 2 р/сут
- фуразолидон 100 мг 4 р/сут или нифуратель (Макмирор)
400 мг 2 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут

10–14 дн

Варианты лечения при аллергии к препаратам пенициллинового ряда

- Квадротерапия (ИПП - Де-нол – Метр -Тетр)

10–14 дн

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- кларитромицин 500 мг 2 р/сут
- метронидазол по 500 мг 3 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут

10–14 дн

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- кларитромицин 500 мг 2 р/сут
- левофлоксацин 500 мг/сут

• 10–14 дн

**Лечение пожилых больных и
в ситуациях, при которых полноценная
антигеликобактерная терапия невозможна**

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- амоксициллин 1000 мг 2 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут

14 дн.

**При наличии поливалентной аллергии к
антибиотикам или отказе больного от А/Б-терапии**

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут в сочетании с
- висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут

14 дн.

Утверждение 12

Маастрихт IV

Обострение эрозивно-язвенных заболеваний желудка и 12ПК сопровождается дисбиозом мукозной микрофлоры

К лечению необходимо добавлять пробиотики
(Риофлора, Энтерол и др.) 10-14 дн

Преимущества схем с висмутом

- **Эффективность > 90%**
- **Отсутствие резистентных штаммов к висмуту**
- **Способность преодолевать резистентность к метронидазолу и кларитромицину**

Коллоидная форма висмута трикалия дицитрат Улькавис®

- обеспечивает хорошее проникновение в СО желудка и фиксацию на клеточной оболочке бактерий

Долечивание после эрадикации

Пролонгированная терапия висмута трикалия дицитратом показана в целях улучшения качества послеязвенного рубца и скорейшей редукции воспалительного инфильтрата*

Улькавис®
в течение 2-3х нед

Оценка степени эрадикации

через 4 нед после окончания курса

- уреазный дыхательный тест с меченой мочевиной
или
- иммуноферментный анализ для выявления бактериальных антигенов НР в фекалиях с использованием моноклональных антител
или
- ПЦР-диагностика хеликобактера в кале

Гастроцитопротекторы

□ **Ребагит (ребамипид)** - индуктор синтеза ПГ

** Ранее применялся Сайтотек (мизопростол) - аналог эндогенного ПГ E1*

ФУНКЦИИ ПРОСТАГЛАНДИНОВ

1. **Снижают** ВЫДЕЛЕНИЕ желудочного сока
2. **Уменьшают** КИСЛОТНОСТЬ
желудочного сока
3. **Улучшают** микроциркуляцию СО ЖКТ
4. **Стимулируют** секрецию БИКАРБОНАТОВ
5. **Стимулируют** секрецию СЛИЗИ клетками СО ЖКТ
6. **Стимулируют** ПРОЛИФЕРАЦИЮ и ОБМЕН
эпителиальных клеток



Повышают БАРЬЕРНУЮ функцию СО ЖКТ

Ребагит (ребамипид)

Механизм действия:

- стимулирование синтеза простагландинов PGE2 и PGI2 и гликопротеинов слизи
- ингибирование продуктов оксидативного стресса, провоспалительных цитокинов
- улучшение кровоснабжения СОЖ, активизация ее барьерной функции
- активизация щелочной секреции, муцинов
- усиление пролиферации СО желудка и кишечника

РЕБАМИПИД при Нр-инфекции:

1. Блокирует АДГЕЗИЮ Нр к
желудочному эпителию

2. Подавляет активацию нуклеарного фактора κB , что приводит
к БЛОКАДЕ продукции ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ цитокинов
и СВОБОДНЫХ радикалов

3. Снижает ПРОНИЦАЕМОСТЬ СОЖ, которая остается повышенной
даже после эрадикации Нр



Новое в лечение КЗЗ: Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни

В.Т. Ивашкин¹, А.А. Шептулин¹, И.В. Маев², Е.К. Баранская¹,
А.С. Трухманов¹, Т.Л. Лапина¹, С.Г. Бурков³, А.В. Калинин⁴, А.В.

¹ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБУ «Поликлиника № 3 Управления делами Президента Российской Федерации».

www.gastro-j.ru

6.2.5. Ребамипид

Новым препаратом, предложенным для лечения больных ЯБ, служит ребамипид, представляющий собой производное хинолинов и являющийся одновременно как гастропротектором, так и энтеропротектором.

В основе механизмов действия препарата лежит индукция синтеза эндогенных простаглан-

Добавление ребамипида к схемам эрадикации повышает их эффективность, в частности, существенно увеличивается частота устранения *H. pylori*; за счет снижения адгезии бактерий к слизистой оболочке желудка уменьшается риск ее повторной колонизации, а следовательно, снижается вероятность развития рецидивов [20, 21].

При ЯБ ребамипид следует применять в дозе

**Новое:
РЕБАГИТ
в рекомендациях РГА**

ЭРАДИКАЦИЯ

Добавление ребамипида к схемам эрадикации повышает эффективность, в частности, существенно увеличивается частота устранения *H. pylori*; за счет снижения адгезии бактерий к слизистой оболочке желудка уменьшается риск ее повторной колонизации, а следовательно, снижается вероятность развития рецидивов

Ребамипид в национальных клинических рекомендациях «Рациональное использование НПВП»

контроль нежелательных явлений при длительном использовании НПВП

НЯ	Диагностика		Мероприятия по снижению риска
	методы диагностики	кратность	
НПВП-гастропатия	Эзофагогастродуоденоскопия	Каждые 12 мес или по показаниям	Профилактический прием ИПП, прием ребамипида, эрадикация <i>H. pylori</i>
	Оценка жалоб, выявление признаков ЖКК (кал черного цвета, рвота «кофейной гущей», тахикардия, гипотония и др.)	Во время каждого визита (не реже 1 раза в 3 мес)	
НПВП-энтеропатия	Уровень гемоглобина	Каждые 3 мес	Профилактический прием ребамипида
	Капсульная эндоскопия	По показаниям	



XII

**Национальный
конгресс терапевтов**



**XVIII СЪЕЗД НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
РОССИИ**

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОПАТИИ,
ИНДУЦИРОВАННОЙ НПВП (утверждены XII Национальным конгрессом
терапевтов 23 ноября 2017 г, Москва), проект**

- “...Для профилактики НПВП-индуцированной гастропатии можно использовать комбинацию **Ребамипида** с ИПП. При НПВП –индуцированной энтероколопатии средством выбора является **Ребамипид**”
- “В многоцентровом исследовании **STORM STUDY** показано, что стимулятор простагландина **PGE2 РЕБАМИПИД** является средством выбора при лечении и профилактике поражений НПВ-препаратами и низкими дозами аспирина слизистой не только желудка, но и кишечника”

Ребагит

показания к применению

- Язвенная болезнь желудка
- Хронический гастрит с повышенной кислотообразующей функцией желудка в стадии обострения
- Эрозивный гастрит
- Предотвращение возникновения повреждений слизистой оболочки на фоне приема НПВП
- Может использоваться в составе комбинированной терапии

По 100 мг 3 р/сут 4 - 8 недель 2-3 раза в год

Репаранты:

- ✓ Солкосерил (в/м по 2 мл/сут, в/в 5 -10 мл)
- ✓ Облепиховое масло

Метаболическая терапия:

- ✓ Актовегин 10 мл в/в или 5 мл в/м 1 р/д 10 дн
далее 200 мг по 1-2 таб 3-4 р/д 25-30 дн

Психотропные средства:

- **эглонил**
- **фенибут**
- **афобазол**
- **грандаксин**
- **валемидин**
- **атаракс**
- **ципралекс**
- **валериана, пустырник, и др.**

Рефрактерные язвы (не рубцующиеся в течение 12 нед) и частые рецидивы (2 и более раз в год)



Причины

- Отсутствие комплайенса
- Ошибки врача
- Резистентность Hp к А/Б
- Наличие гастриномы
- Прием НПВП

Кровотечения при ЯБ в РФ

- 70% - мужчины
- 25% - больные старше 60 лет
- 50% - кровотечения 1 степени
- 5% - кровотечения 4 степени (крайне тяжелые)
- 20% - подверглись хирургическому лечению

Неотложная помощь при язвенном кровотечении

- Строгий постельный режим.
- Запрещение приёма воды и пищи.
- Пузырь со льдом на живот.
- Кислород через маску или назальный зонд.
- Прием глотками холодного р-ра аминокaproновой к-ты
- В/в введение ИПП или H₂блокаторов.
- Дицинон (этамзилат) в/в или в/м 250-500 мг (2-4 мл)

- При коллапсе АД – в/в введение плазмозамещающих растворов (0,9% раствор натрия хлорида)

- **! Противопоказан Мезатон** → опасность усиления кровотечения

Эвакуация в ближайшее специализированное лечебное учреждение, на носилках санитарным транспортом в сопровождении врача (фельдшера).

Эндоскопические методы гемостаза «золотой стандарт»

- Орошение дна язвы 5% р-ром аминокaproновой кислоты
- Инъекционные: адреналин, спиртоновокаиновая смесь, децинон, фибриновый клей, гистоакрил (биоклей)
- Термическая терапия: диатермо- или лазерная коагуляция
- Механические: клипирование - наложение на кровоточащий сосуд гемостатических клипсов

Неотложная помощь при перфорации

- Строгий постельный режим.
- Запрещение приёма воды и пищи.
- Пузырь со льдом на живот
- В/в введение 0,9% р-ра NaCl в период транспортировки при тяжёлом состоянии больного.

Эвакуация в ближайшее специализированное лечебное учреждение, на носилках санитарным транспортом в сопровождении врача (фельдшера).

Физиотерапия ЯБ

- при отсутствии осложнений ЯБ и исключении злокачественного характера.

- В фазе обострения: КВЧ, электрофорез с бромом на воротниковую зону, с новокаином на эпигастральную область, ультразвук, магнитотерапия
- В фазе затухающего обострения: ДДТ Бернара, синусоидальные модулированные токи, лазеротерапия, озокерит, парафин

Санаторно-курортное лечение

- ❑ Минеральные воды низкой минерализации (без газа) :
«Ессентуки №4», «Смирновская», «Славяновская»,
«Березовская», «Джермук»
- ✓ при повышенной кислотности – за 1 ч до еды
- ✓ при пониженной – за 15-20 мин до еды

в течение 4 нед 1-2 р/год вне обострения

- ❑ Радоновые и углекислые ванны, грязи на эпигастрий и воротниковую зону