



**НР-ассоциированные заболевания желудка
(хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и
двенадцатиперстной кишки,
рак желудка)**

д.м.н. Горбань В.В.

**ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
Кафедра поликлинической терапии
с курсом ОВП (СМ) ФПК и ППС**

КИСЛОТОЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **Язвенная болезнь и симптоматические язвы**
- **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**
- **Хронический гастрит, неязвенная диспепсия**
- **Хронический панкреатит**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Монреальское определение ГЭРБ

(Глобальный Консенсус, основанный на доказательствах)

ГЭРБ - состояние, при котором рефлюкс содержимого желудка в пищевод сопровождается причиняющими неудобство симптомами и/или осложнениями

Пищеводные синдромы

Клинические синдромы

- Типичный рефлюксный синдром
- Боль в грудной клетке

Синдромы повреждения пищевода

- Рефлюкс-эзофагит
- Стриктуры
- Пищевод Баррета
- Аденокарцинома

Внепищеводные синдромы

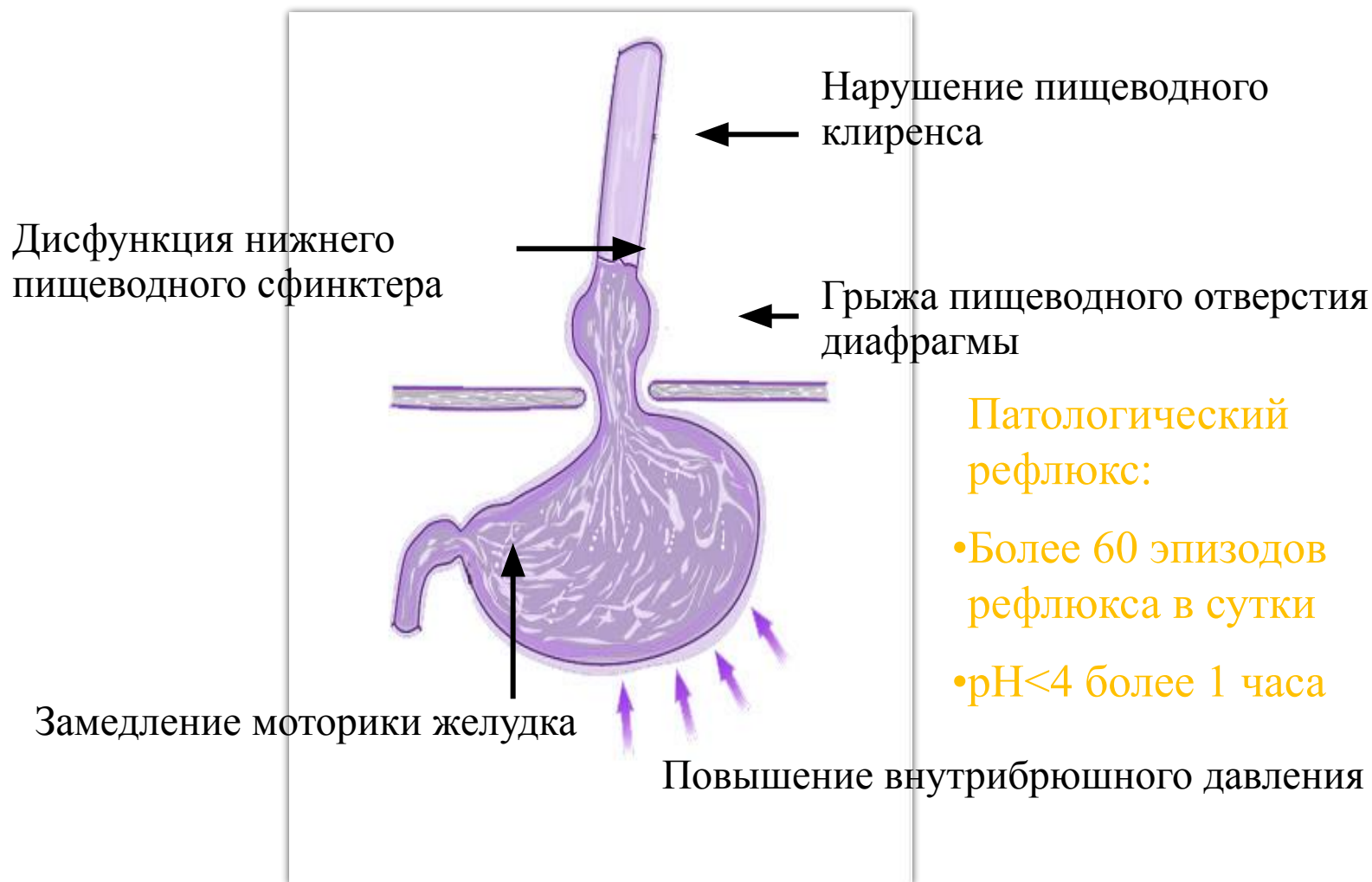
Достоверно связанные с ГЭРБ

- Хронический кашель
- Ларингит
- Астма
- Повреждение зубной эмали

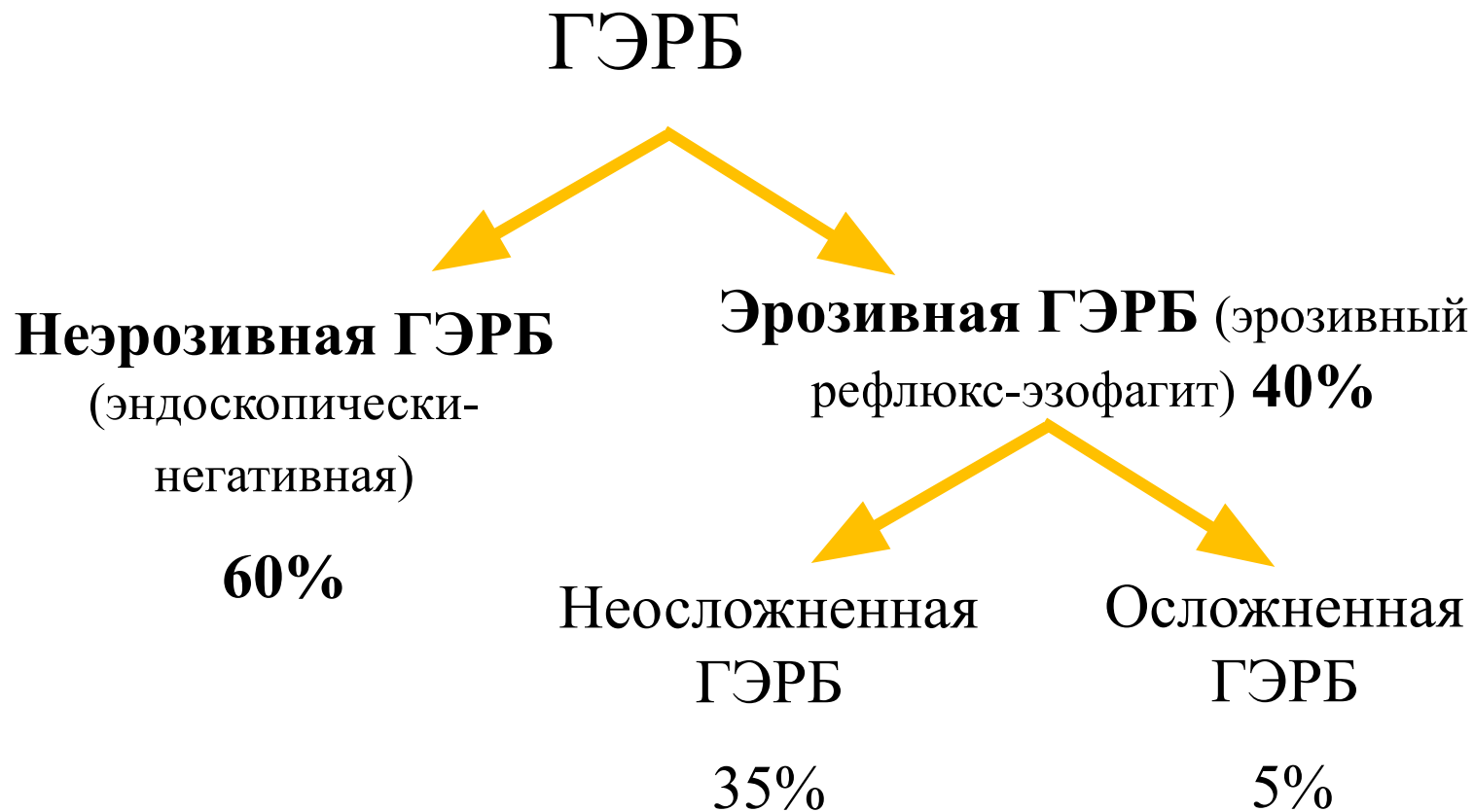
Вероятно связанные с ГЭРБ

- Фарингит
- Синусит
- Идиопатический фиброз легких
- Рецидивирующий средний отит

Почему возникает патологический гастроэзофагеальный рефлюкс?

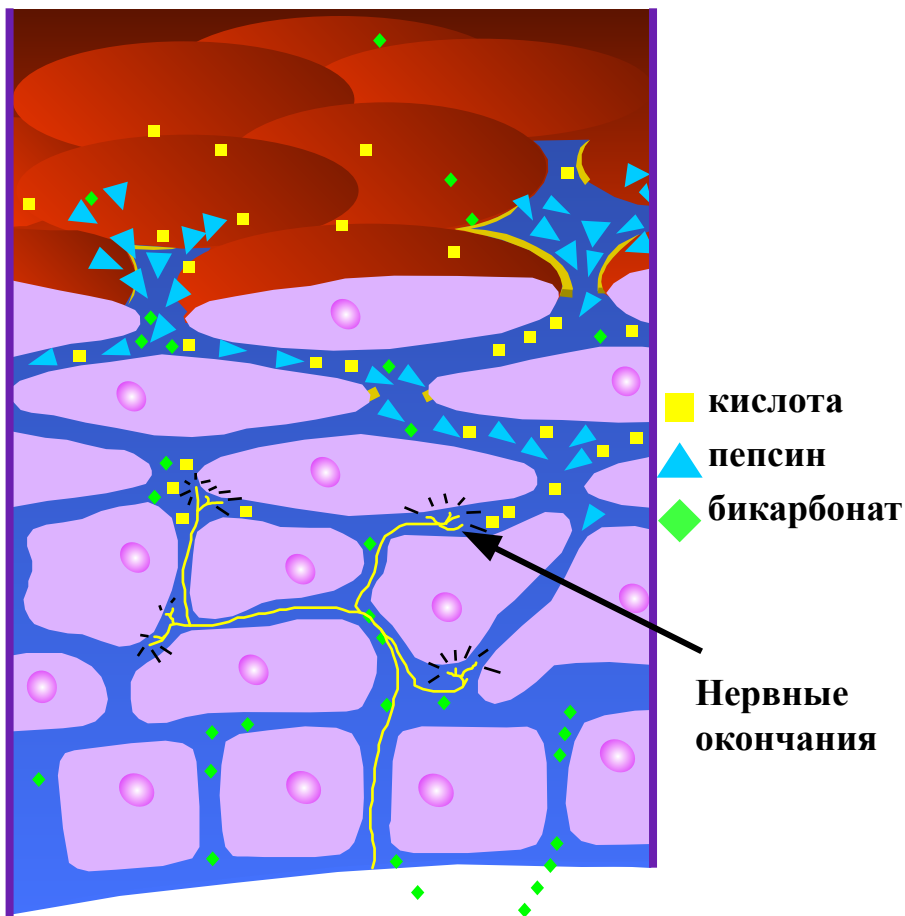


Классификация ГЭРБ

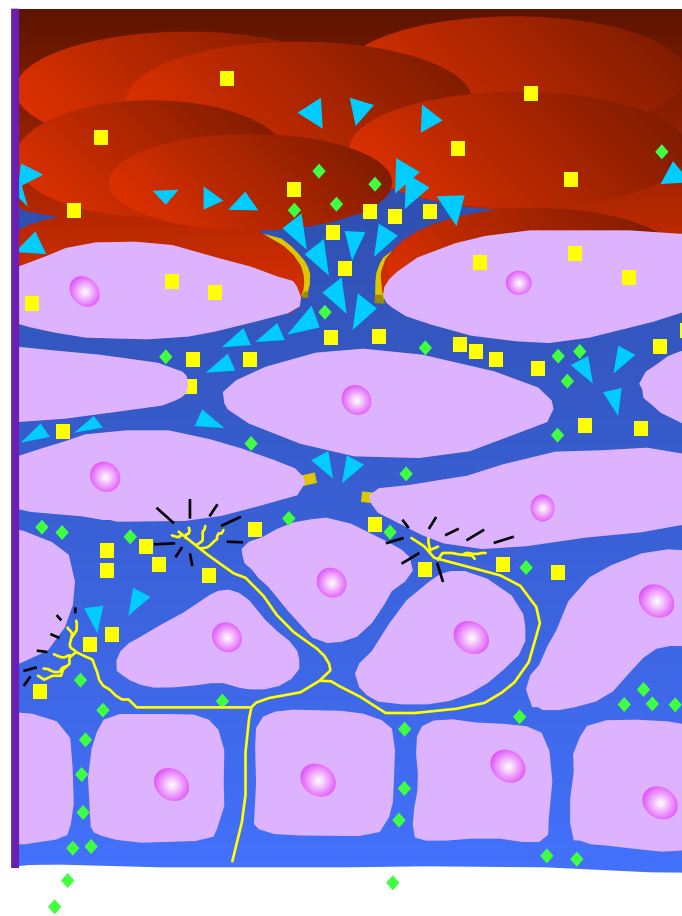


Рефлюкс кислоты и пепсина вызывает повреждение клеток и изжогу

Пенетрация кислоты и пепсина приводит к контакту кислоты с нервными окончаниями



Попадание кислоты в клетки приводит к их повреждению



Симптомы ГЭРБ снижают качество жизни пациентов

Изжога влияет на многие аспекты повседневной жизни пациентов с ГЭРБ...

43%
Работа



22%
Деловая активность



64%
Сон



83%
Удовольствие от еды



30%
Туризм



33%
Физические упражнения



18%
Общение с детьми



24%
Работа в саду



33%
Общение



26%
Сексуальная активность



36%
Семейные обязанности



n > 130 000 человек



...а также приводят к развитию серьёзных осложнений

В 2008 году в России зарегистрировано 7158 новых случаев аденокарциномы пищевода, 6397 больных умерли от аденокарциномы пищевода



Пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода – осложнения ГЭРБ²

Риск развития аденокарциномы пищевода возрастает с увеличением частоты и продолжительности изжоги²

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) под ред. В.И. Чисова. М: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2010
2. Vakil N et al. Am J Gastroenterol 2006;101:1900-1920

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Классификация (К 21)

Рефлюкс-эзофагит (К 21.0) –

повреждение слизистой оболочки пищевода,
видимое при эндоскопии;
встречается у **30-45%** больных

ГЭРБ без эзофагита (К 21.9)

или эндоскопически негативная рефлюксная
болезнь, или неэрозивная рефлюксная болезнь –
повреждение слизистой оболочки пищевода,
не видимое при эндоскопии;
встречается более чем у **50%** больных

Как диагностировать ГЭРБ?

- Типичный синдром рефлюкса может быть выявлен лишь на основании характерных симптомов без использования дополнительных диагностических методов (в частности, путем заполнения опросника¹)
- **Изжога и регургитация** – характерные проявления типичного синдрома рефлюкса¹

По результатам исследования ARIADNA с участием 18706 человек в России, изжогу испытывают **59,5%** пациентов, среди них часто и постоянно – **22,7%** человек²

1. Vakil N et al. Am J Gastroenterol 2006;101:1900-1920
2. Исаков В.А. , Морозов С.В. Клиническая и экспериментальная гастроэнтерология, 2008, №1.

Монреальское определение и классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Международное научно обоснованное соглашение

- **Под изжогой следует понимать чувство жжения за грудиной**

Уровень достигнутого соглашения: A+, 79%; A, 21%; A-, 5%; D-, 5%; D, 0%; D+, 0%

(Достоверность утверждения: Не подлежит оценке)

Термин «изжога» (heartburn) при переводе с английского часто искажается. В связи с этим в клинической практике многих стран данному термину придают различный смысловой оттенок. Потребность в определении термина «изжога» продиктована необходимостью четкого описание этого симптома.

Am J Gastroenterol 2006; 101:1900-1920

- В Генвале (1997) прозвучала рекомендация не просто использовать слово «изжога», но и давать его определение как **чувства жжения, по ощущениям поднимающегося из желудка или нижней части грудной клетки вверх к шее.**
- При таком описании изжоги, по мнению R. Carlsson, J. Dent и соавт. (1998), анкетирование оказывается более чувствительным методом диагностики ГЭРБ (чувствительность 92%), чем эндоскопия и рН-мониторинг

Национальное определение изжоги (одобрено 7 съездом НОГР 21 марта 2007 г.)

- **Изжога** – чувство жжения за грудиной и/или «под ложечкой», распространяющееся снизу вверх, индивидуально возникающее в положении сидя, стоя, лежа или при наклонах туловища вперед, иногда сопровождающееся ощущением кислоты и/или горечи в глотке и во рту, нередко связанное с чувством переполнения в эпигастрии, возникающее натошак или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или акта табакокурения.

Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В., Машарова А.А., Бордин Д.
С.

Механизмы изжоги

□ Кислый ГЭР:

- возбуждение хеморецепторов пищевода как непосредственно, так и через медиаторы воспаления
- расширения межклеточных пространств, повышение межклеточной проницаемости, воздействие кислоты на нервные окончания

□ Но:

- большинство рефлюксных эпизодов (>95%) субъективно больными не воспринимается
- симптомы нередко возникают в отсутствие кислых рефлюксов

Механизмы изжоги

- ❑ Неислые ГЭР (жидкость, газ или смесь газа и жидкости) могут быть связаны с классическими проявлениями ГЭРБ
- ❑ Нарушения моторики пищевода могут восприниматься как изжога, даже в отсутствии ГЭР
- ❑ Гиперчувствительность пищевода:
 - следствие изменений психологического статуса
 - расстройства центральной и периферической иннервации

Монреальское определение и классификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Международное научно обоснованное соглашение

- **Под регургитацией следует понимать попадание содержимого желудка в следствие рефлюкса в ротовую полость или нижнюю часть глотки**

Уровень достигнутого соглашения: A+, 65%; A, 28%; A-, 7%; D-, 0%; D, 0%; D+, 0%
(Достоверность утверждения: Не подлежит оценке)

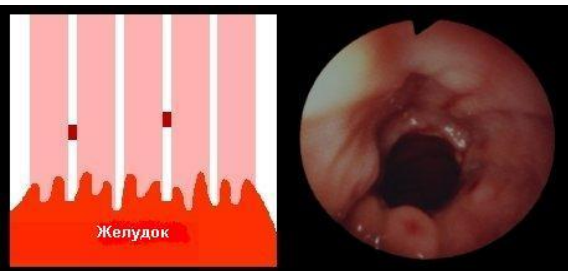
Перевод термина «регургитация» на русский язык: срыгивание пищи, кислая отрыжка

Диагностика ГЭРБ

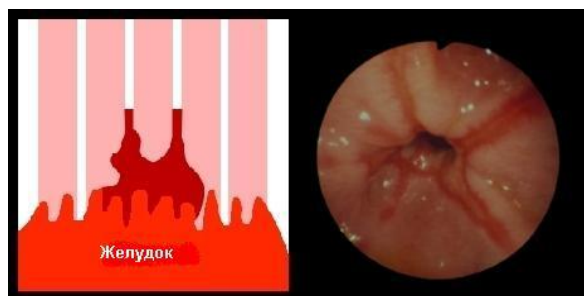
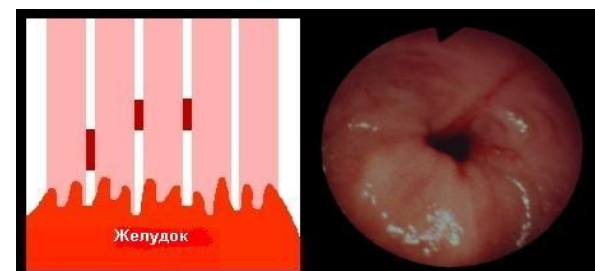
- **Изучение симптомов** (изжога, регургитация)
- Выявление изменений слизистой оболочки пищевода при **эзофагогастродуоденоскопии**
- Подтверждение связи симптомов с ГЭР (24-часовой **рефлюкс-мониторинг**):
 - ✓ Внутрипищеводный pH-мониторинг
 - ✓ Комбинированный многоканальный внутрипросветный импеданс и pH мониторинг
- **Манометрия пищевода**

Лос-Анджелесская эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагита

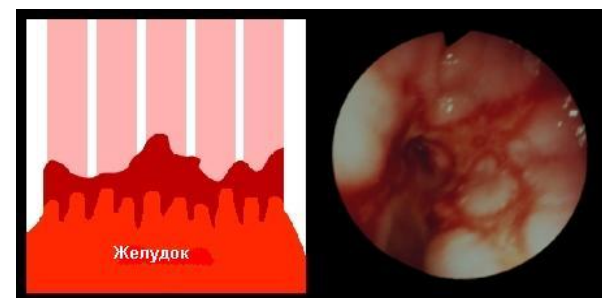
А степень - повреждения слизистой оболочки, ограниченные ее одной складкой; длина каждого не превышает 5 мм



В степень - повреждения слизистой оболочки, ограниченные ее одной складкой; длина как минимум одного превышает 5 мм



С степень - повреждения слизистой оболочки, распространяющиеся на две и более складки; охватывают менее, чем 75% окружности пищевода



Д степень - повреждения слизистой оболочки охватывают как минимум 75% окружности пищевода

Диагностика ЭРБ



Нормальная
слизистая



Некомпетентность
кардии



Рефлюкс-эзофагит
А



Рефлюкс-эзофагит
В



Рефлюкс-эзофагит
С



Рефлюкс-эзофагит
D



РЭ D
Пищевод Баррета



Иная патология

Эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагита

- Савари-Миллера

- 1 степень – единичные эрозии, овальные или линейные, занимающие одну складку слизистой
- 2 степень – нециркулярные множественные эрозии занимающие более одной складки слизистой (сливающиеся или нет)
- 3 степень – циркулярные эрозии
- 4(5) степень – язвы, стриктуры пищевода, пищевод Баррета

Диагностический тест с ИПП

**Тест с ИПП: назначение ИПП
в дозе 40 мг в сутки
улучшает самочувствие больных
в течение 5-7 дней**

24-часовой рН-мониторинг

Позволяет выявить:

- чрезмерное воздействие кислоты на пищевод (патологический ГЭР)
- СВЯЗЬ СИМПТОМОВ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ КИСЛОТЫ НА ПИЩЕВОД

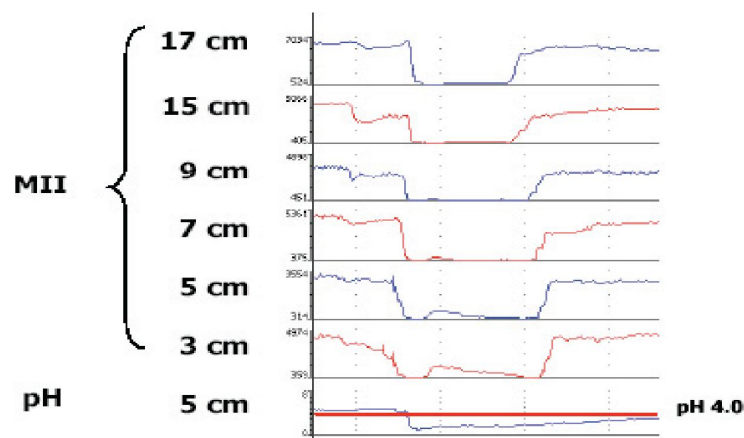
Воспроизводимость 84-93%

Специфичность 96%

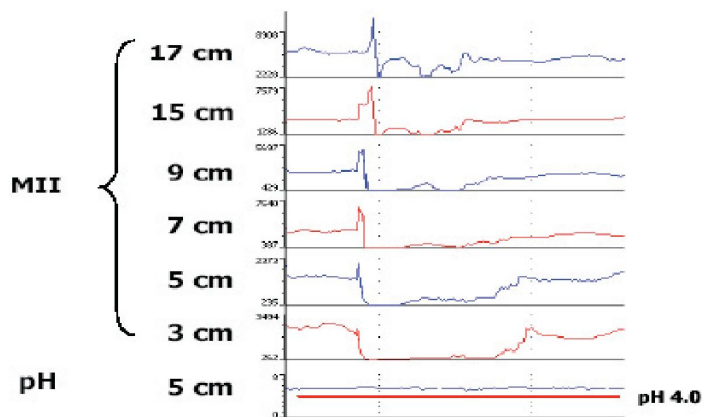
Mattox HE, Richter JE, 1990; Wiener et al., 1988

- у больных ГЭРБ с сохраняющимися на фоне терапии симптомами позволяет оценить адекватность антисекреторной терапии (ИПП)

Комбинированный многоканальный внутрипросветный импеданс и pH мониторинг



Кислый рефлюкс



Не кислый рефлюкс

- обеспечивает выявление ГЭР не зависимо от их характеристик (кислые, слабокислые, нейтральные, щелочные, воздух, жидкость, смесь)
- позволяет эффективно отслеживать рефлюксы у пациентов получающих лечение с сохраняющимися симптомами

Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment of GERD, Am J Gastroenterol, 2005

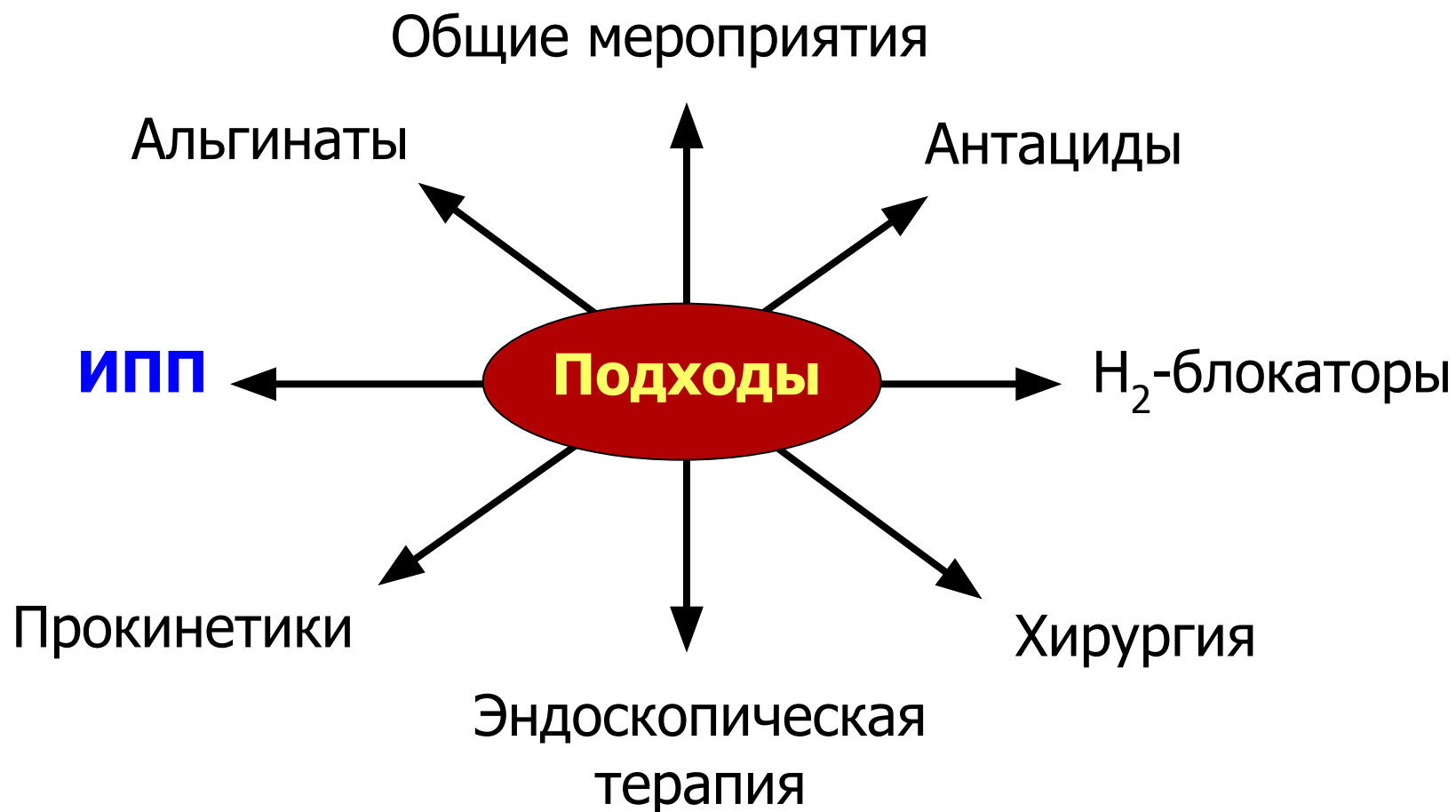
Цели терапии ГЭРБ

- Купирование (контроль) симптомов
- Улучшение самочувствия и качества жизни
- Лечение и профилактика осложнений

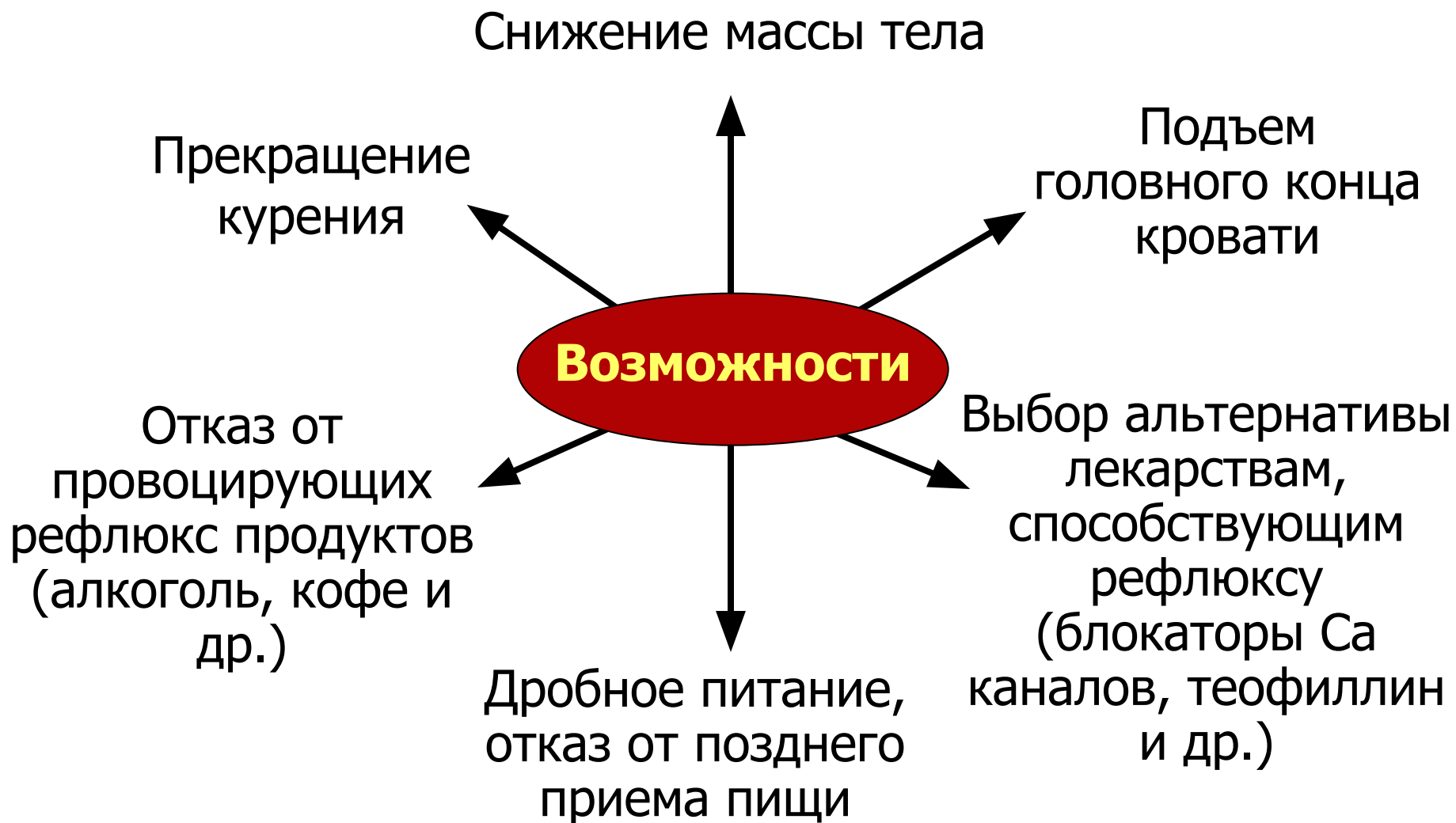


- Уменьшение объема и модификация состава рефлюктанта
 - Повышение антирефлюксной функции НПС
- Снижение градиента давления, направленного из желудка в пищевод
 - Усиление клиренса (очистки) пищевода
- Защита слизистой пищевода от повреждающего воздействия рефлюктанта

Основные возможности лечения ГЭРБ



Изменение образа жизни в лечении ГЭРБ



Лечение ГЭРБ

(медикаментозная терапия)

- Антацидные средства
- Блокаторы H_2 -рецепторов гистамина
- Блокаторы H^+ - K^+ -АТФазы
- Прокинетики

Определение

- **Антациды - группа лекарственных препаратов, снижающих кислотность содержимого желудка за счет химического взаимодействия с соляной кислотой желудочного сока и её нейтрализацией.**

Классификация антацидов

- I. Всасывающиеся антациды.**
- II. Невсасывающиеся антациды**

Всасывающиеся антациды

- натрия гидрокарбонат (сода – NaHCO_3);
- магния окись (жженая магнезия);
- магния карбонат основной – смесь $\text{Mg}(\text{OH})_2$, 4MgCO_3 , H_2O ;
- кальция карбонат основной – CaCO_3 ;
- смесь Бурже (серноокислый Na, фосфорнокислый Na, бикарбонат Na);
- смесь Ренни (кальция карбонат + магния карбонат);
- смесь Тамс (кальция карбонат + магния карбонат).

Побочные реакции всасывающихся антацидов

- **сдвиг щелочно-кислотного равновесия в сторону алкалоза;**
- **феномен "рикошета" (вторичное повышение секреции соляной кислоты после их отмены);**
- **замедление эвакуации содержимого кишечника.**

Невсасывающиеся антациды

- 1. монопрепараты (чаще алюминиевая соль фосфорной кислоты - фосфалюгель);**
- 2. алюминиево-магниевые антациды (алмагель, маалокс, магалфил, протаб, тальцид);**
- 3. Комбинированные алюминиево -магниевые антациды с добавлением иных действующих веществ (анестетики, антифлатуленты и др.-гестид, пепфиз)**
- 4. алюминиево-магниевые препараты с добавлением алгината (топалкан).**

Характеристика некоторых компонентов современных антацидов

Действие/катиона	Mg	Ca	Al	Ві
Нейтрализующие	+++	+	++/+++	-
Адсорбирующие	+	+	+++	+
Обволакивающие	-	-	+	-
Вяжущие	-	-	+	+++
Цитопртективное	-	-	+++	+

Примечание: - отсутствие эффекта, + низкая активность, ++ средняя активность, +++ высокая активность

Действие магний содержащих антацидов:

- **Связывание соляной кислоты**
($\text{Mg}(\text{OH})_2 + 2\text{HCl} = \text{MgCl}_2 + 2\text{H}_2\text{O}$) - быстрое наступление эффекта;
- **антипепсическая способность**
- **усиление слизиобразования;**
- **усиление моторики;**
- **усиление резистентности слизистой оболочки желудка**

Действие алюминийсодержащих антацидов:

- **Связывание соляной кислоты $[\text{Al}(\text{OH})_3 + 3\text{HCl} = \text{AlCl}_3 + 3\text{H}_2\text{O}]$ Продолжительный эффект + адсорбция HCl**
- **антипепсическая способность;**
- **усиление синтеза простагландинов;**
- **образование защитной пленки на поверхности поврежденных тканей;**
- **адсорбция жёлчных кислот, пепсина и лизолецитина;**
- **ослабление моторики;**
- **повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера**

Механизм действия комбинированных антацидов

- **Связывают соляную кислоту и
ощелачивают желудочное содержимое;**
- **повышают рН в желудке, уменьшают
пептическую активность желудочного
содержимого;**
- **адсорбируют и преципитируют пепсин,
вторично снижают факторы кислотно-
пептической агрессии;**
- **адсорбируют жёлчные кислоты и
лизолецитин, уменьшая риск развития и
прогрессирования антрального рефлюкс-
гастрита;**

Механизм действия комбинированных антацидов (1)

- **оказывают цитопротективное действие за счет активации синтеза простагландинов, которые в свою очередь стимулируют секрецию бикарбонатов,**
- **увеличение муцинообразования;**
- **улучшают микроциркуляцию;**

Механизм действия комбинированных антацидов (2)

- **обладают обволакивающим действием, образуя защитную пленку на поверхности слизистой оболочки желудка**
- **способны связывать эпителиальный фактор роста и фиксировать его в области язвенного дефекта**

Побочные эффекты комбинированных антацидов

- **Запор;**
- **Гипофосфатемия и вторичная гипокальциемия (слабость, парестезии, боль в костях, судороги, и остеомалация);**
- **Энцефалопатия и почечная недостаточность;**
- **Препараты алюминия снижают биодоступность лекарственных препаратов (холинолитиков, дигоксина, НПВП, преднизолона, антибактериальных препаратов, жирорастворимых витамионов и др.)**

Форма выпуска



Таблетки №20

гидроксид алюминия

400 мг

гидроксид магния

400 мг



Суспензия во флаконах по 250 мл



Суспензия в пакетиках по 15 мл №30

гидроксид алюминия
525 мг

гидроксид

600 мг

магния

Механизмы действия Маалокса

Сбалансированная комбинация

- **Нейтрализация соляной кислоты**
гидроокиси алюминия и магния
- **Адсорбция соляной кислоты**
- **Цитопротективное действие**
- **Уменьшение протеолитической активности
желудочного сока**
- **Обволакивающее действие**
- **Связывание лизолецитина и желчных
кислот**

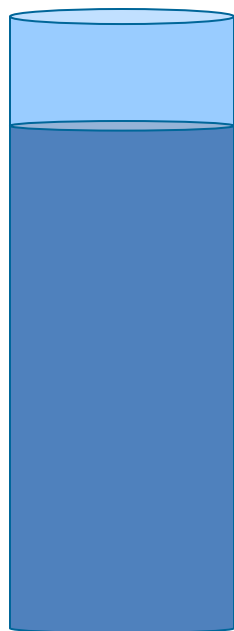
Кислотонейтрализующая активность Маалокса

КНС Маалокса существенно выше, чем у Альмагеля

КНС на 15 мл суспензии

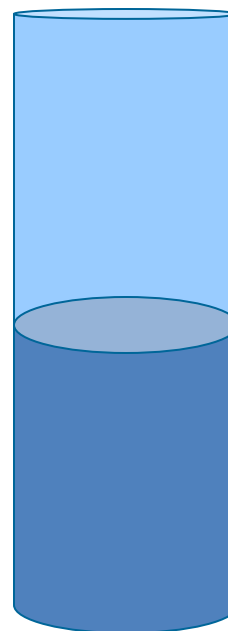
Маалокс

**40,5
ММОЛЬ**



Альма

**Гель
22,5
ММОЛЬ**



Режим дозирования Маалокса

Взрослым

По 1 – 2 таблетки или 15 мл суспензии
(1 пакетик или 1 столовая ложка)

3 – 4 раза в день

через 1 – 2 часа после каждого приема
пищи и на ночь



*При эпизодическом применении
(при дискомфорте после погрешностей в диете) –
принимают по 15 мл или 1-2 таблетки однократно*

Продолжительность применения до 12 недель

H₂ - блокаторы

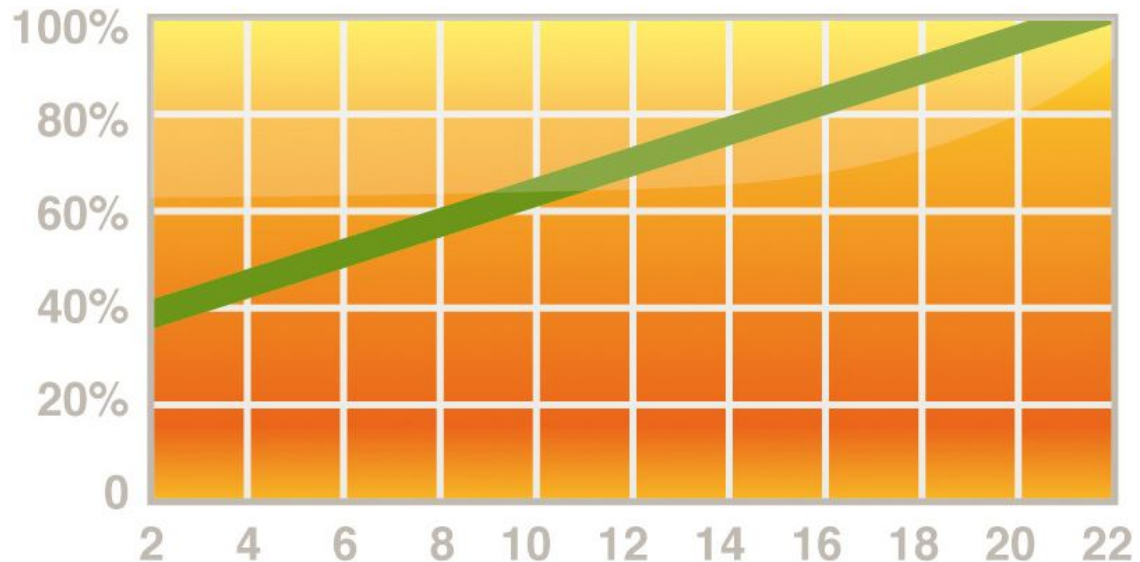
- Неполный контроль желудочной секреции
 - Уступают ИПП при ГЭРБ и лечении НПВП-гастропатий
 - Не используются в эрадикационных схемах
- Возможен феномен «рикошета» при отмене
- Эффективность у курящих пациентов снижена

Для купирования симптомов ГЭРБ и профилактики осложнений необходим эффективный контроль кислотообразования

*Согласно правилу Белла – ключом к сокращению симптомов и заживлению рефлюкс-эзофагита является поддержание уровня интрагастрального **pH > 4***

Пациенты с полным заживлением эрозий через 8 нед.

Чем дольше уровень pH удерживается выше 4, тем больше пациентов выздоравливают в течение 8 недель



Время поддержания pH > 4 в течение суток (часы)

1. Joelson & Johnson. Gut 1989;30:1523–5.
2. Bell et al. Digestion 1992;51 Suppl 1:59–67

ИПП в лечении ГЭРБ

Подавление продукции соляной кислоты
париетальными клетками
(повышение pH, снижение объема)



Прекращение воздействия кислоты
на слизистую оболочку пищевода

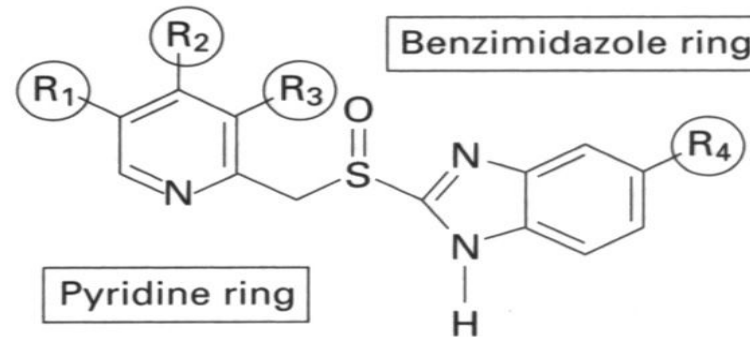


Устранение симптомов ГЭРБ Заживление рефлюкс-эзофагита Профилактика осложнений ГЭРБ



Нормализация самочувствия и качества жизни

Ингибиторы протонной

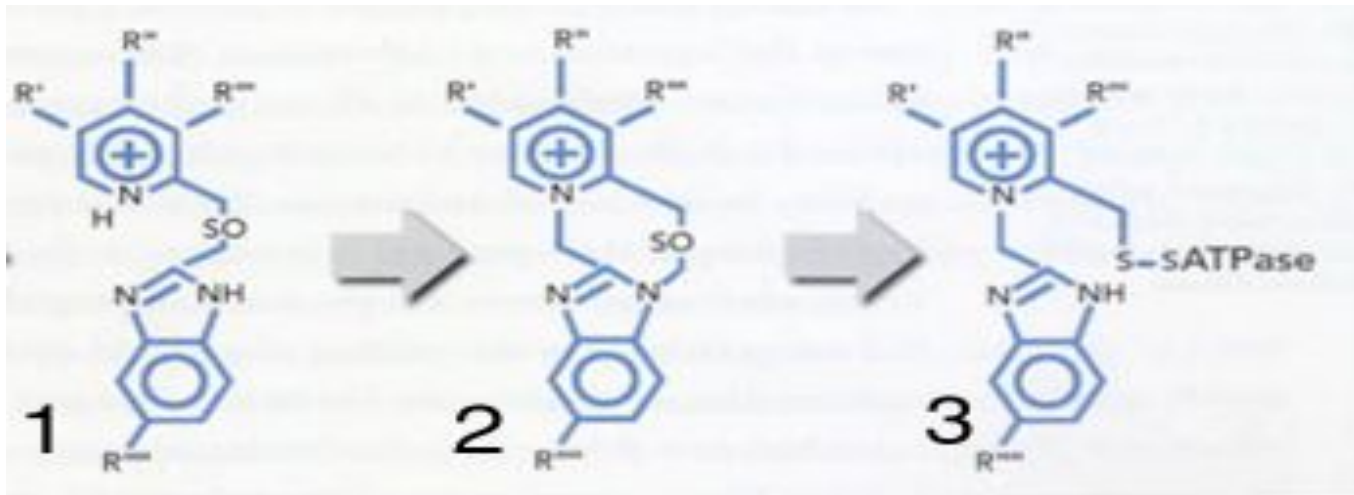


	R ₁	R ₂	R ₃	R ₄
Omeprazole	CH ₃	OCH ₃	CH ₃	OCH ₃
Pantoprazole	H	OCH ₃	OCH ₃	OCHF ₃
Lansoprazole	H	OCH ₂ CF ₃	CH ₃	H
Rabeprazole	H	OCH ₂ CH ₂ CH ₂ OCH ₃	CH ₃	H

- Замещенные бензимидазолы, отличаются радикалами в пиридиновом и бензимидазольном кольцах
- Слабые основания

Ингибиторы протонной помпы

- накапливаются в кислой среде секреторных канальцев париетальной клетки рядом с мишенью – протонной помпой
- претерпевают ряд изменений: протонирование (1), превращение в активное вещество - сульфонамид (2), который образует ковалентную связь с цистеинами H^+ - K^+ -АТФазы (3) и необратимо блокирует ее



ИПП обеспечивают активное, мощное и длительное подавление кислотной продукции независимо от природы стимулирующего фактора

Стандартные дозы ИПП

- Омепразол 20-40 мг в сутки;
- Лансопразол 30-60 мг в сутки;
- Пантопразол 40 мг в сутки;
- Рабепразол 20-40 мг в сутки;
- Эзомепразол 20-40 мг в сутки.

У всех современных необратимых ИПП выраженность антисекреторного эффекта коррелирует не с концентрацией препарата в плазме крови, но с площадью под фармакокинетической кривой «концентрация-время» (AUC). Таким образом, антисекреторный эффект ИПП определяется количеством препарата, достигшим протонной помпы, а не его концентрацией в плазме крови.

Различия между ИПП

- рН-селективность
- особенности ингибирования молекулы протонной помпы
- продолжительность кислотоснижающего действия
- взаимодействие с другими, одновременно принимаемыми препаратами
- клиническая эффективность

STEP UP ИЛИ STEP DOWN?

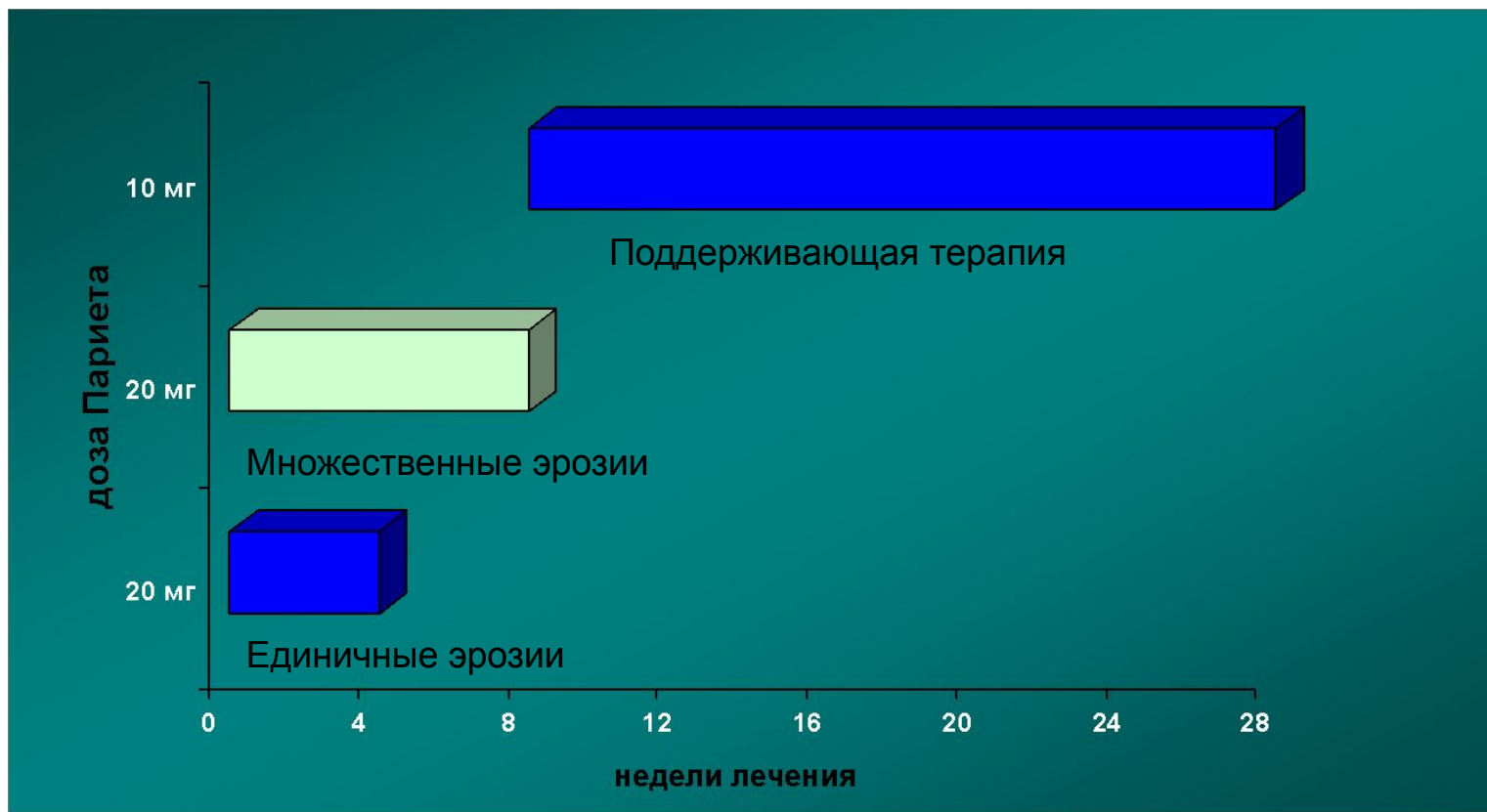


Шаг I:

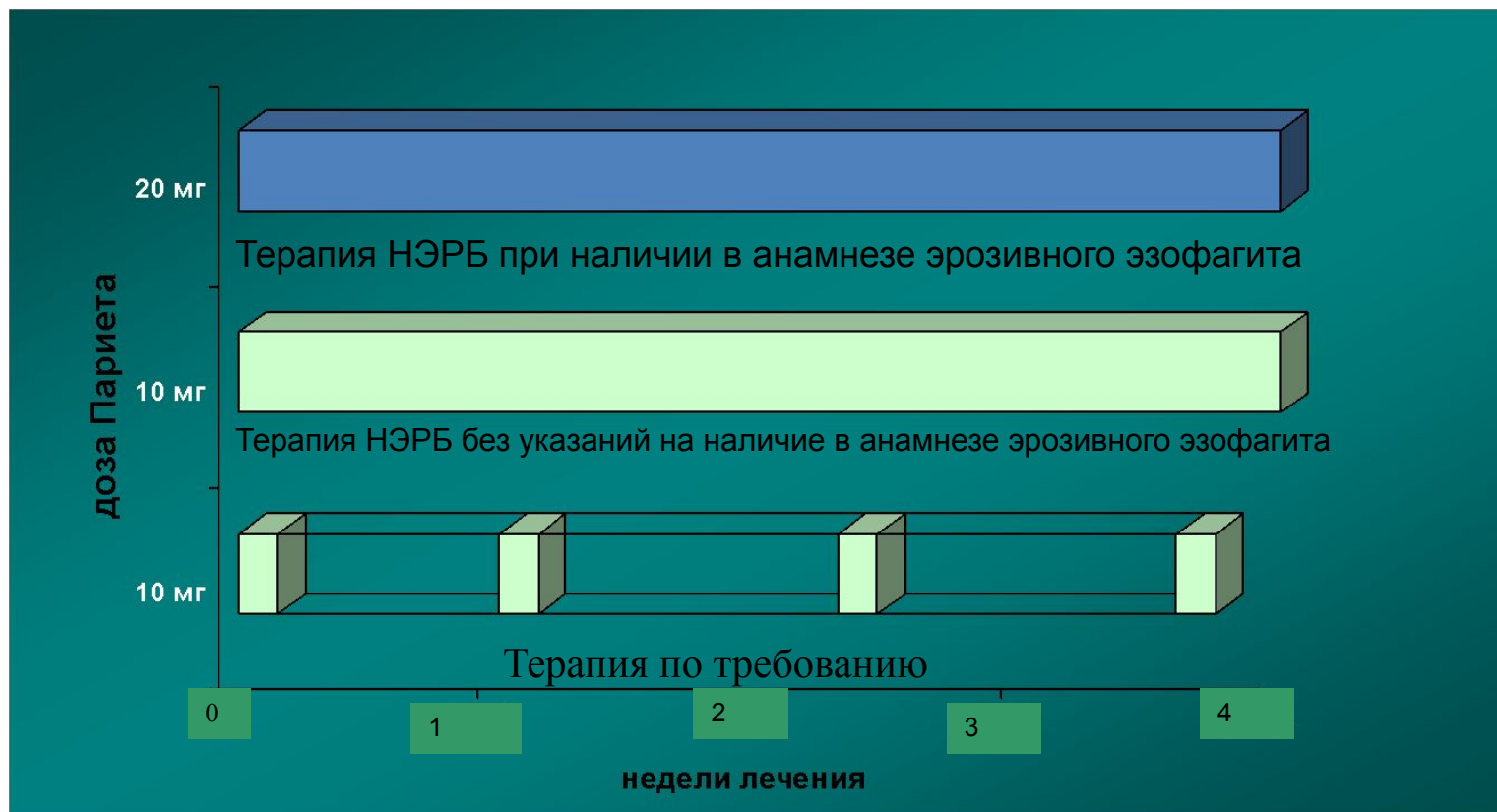
- Изменение образа жизни
- Антациды
- Альгинаты

Adapted from
Castell. Pract.
Gastro. 1991: 15

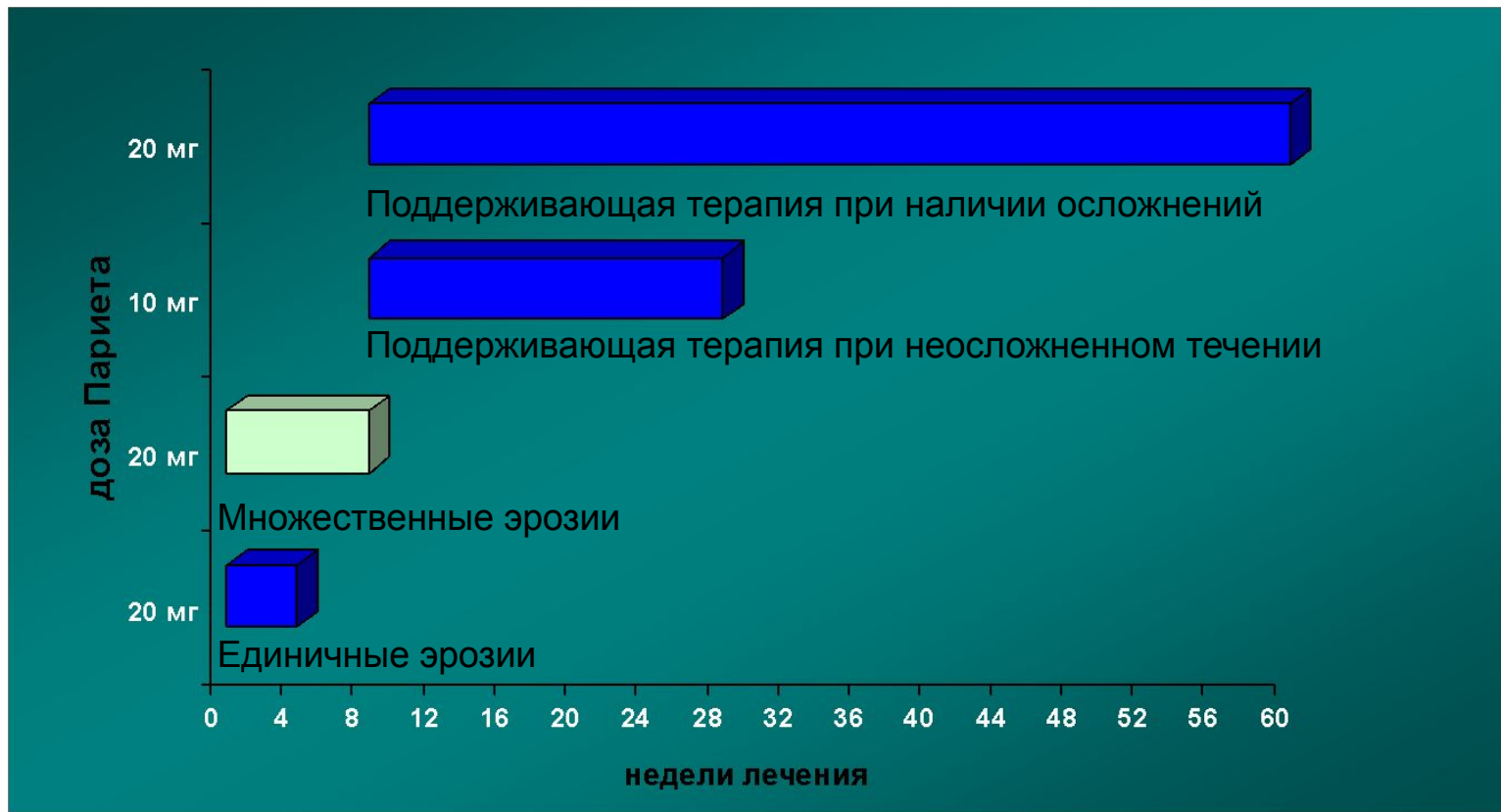
✓ Рекомендации РГА по лечению эрозивного эзофагита



✓ Рекомендации РГА по лечению неэрозивной рефлюксной болезни



✓ Рекомендации РГА по поддерживающему лечению эрозивного эзофагита



Рекомендации РГА по наблюдению за больными пищеводом Баррета

- Эндоскопическая диагностика
- Гистологическое исследование

ИПП в полной дозе

Выявление дисплазии
низкой степени

Выявление дисплазии
высокой степени

Повторение гистологического
исследования через 3 мес

Параллельная оценка
результатов гистологического
исследования

Дисплазия низкой степени - 3 мес

Дисплазия низкой степени - 6 мес

Дисплазия низкой степени

Эндоскопическое или

Повторение гистологического
исследования ежегодно

хирургическое лечение

Антирефлюксная хирургия

Функдопликация по Ниссену,
в том числе лапароскопическая:

- ✓ Создает препятствие желудочно-пищеводному рефлюксу
- ✓ Показана при осложненном течении заболевания
- ✓ Должна обсуждаться с больным при доказанной неэффективности медикаментозного лечения в течение 1,5 лет

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь

- гетерогенное заболевание гастродуоденальной зоны с рецидивирующим клиническим течением и чередованием периодов обострения и ремиссии, морфологически характеризующееся формированием локального язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК) до подслизистой основы

Язвенная болезнь: эпидемиология

- Распространенность ЯБ ДПК – 2-5%
 - В России \approx 3 млн. пациентов
 - Каждый 10-й оперируется
- Распространенность ЯБ ДПК в 15-20 раз выше, чем распространенность ЯБ желудка
- Мужчины болеют чаще женщин (ЯБ ДПК в 2-4 раза, ЯБ желудка – в 2 раза)

Этиология и патогенетические факторы развития язв желудка и 12п кишки

Частые причины развития язв и язвенных кровотечений

- **Helicobacter pylori.**
В России инфицировано до 80% населения Патогенез:
1) нарушение защитных свойств СО (бактериальные токсины, воспаление);
2) гиперсекреция соляной кислоты (ацидопептическая агрессия).
Частота кровотечений 15%
- Прием НПВП. Патогенез:
1) нарушение защитных свойств СО (дефицит простагландинов);
2) ацидопептическая агрессия. Частота кровотечений до 50%
- Тяжелые стрессовые ситуации. Патогенез:
1) нарушение защитных свойств СО (нарушение кровотока, повреждающий эффект провоспалительных цитокинов);
2) ацидопептическая агрессия, даже при нормальной и сниженной секреции HCL. Частота кровотечений 30 – 70%

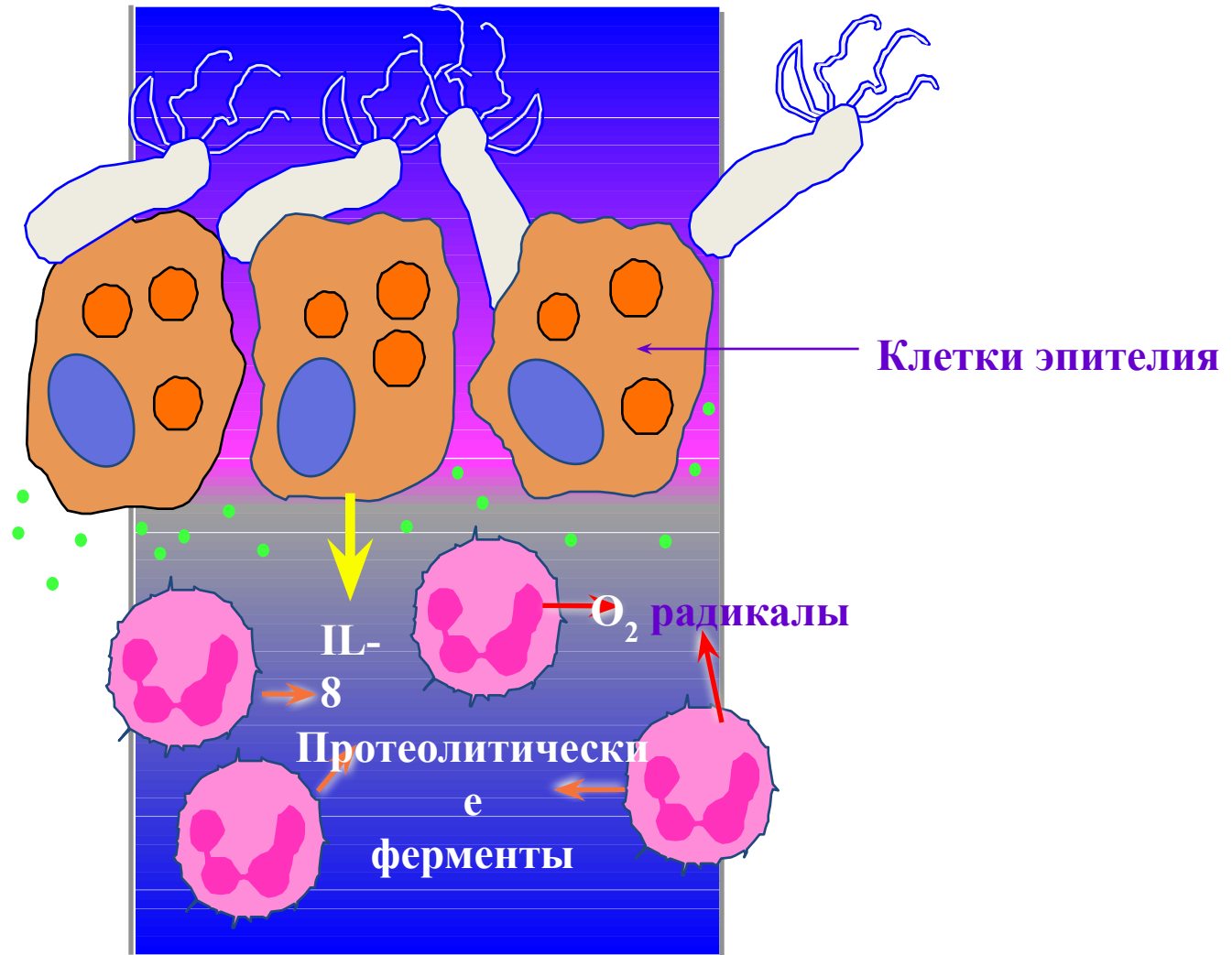
Язвенная болезнь: этиология и патогенез

- Решающее звено – дисбаланс между факторами «агрессии» и факторами «защиты» слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
 - **Избыточная продукция соляной кислоты**
 - **Инфекционный агент – *H. pylori***
 - Другие факторы (курение, злоупотребление алкоголем, стресс)

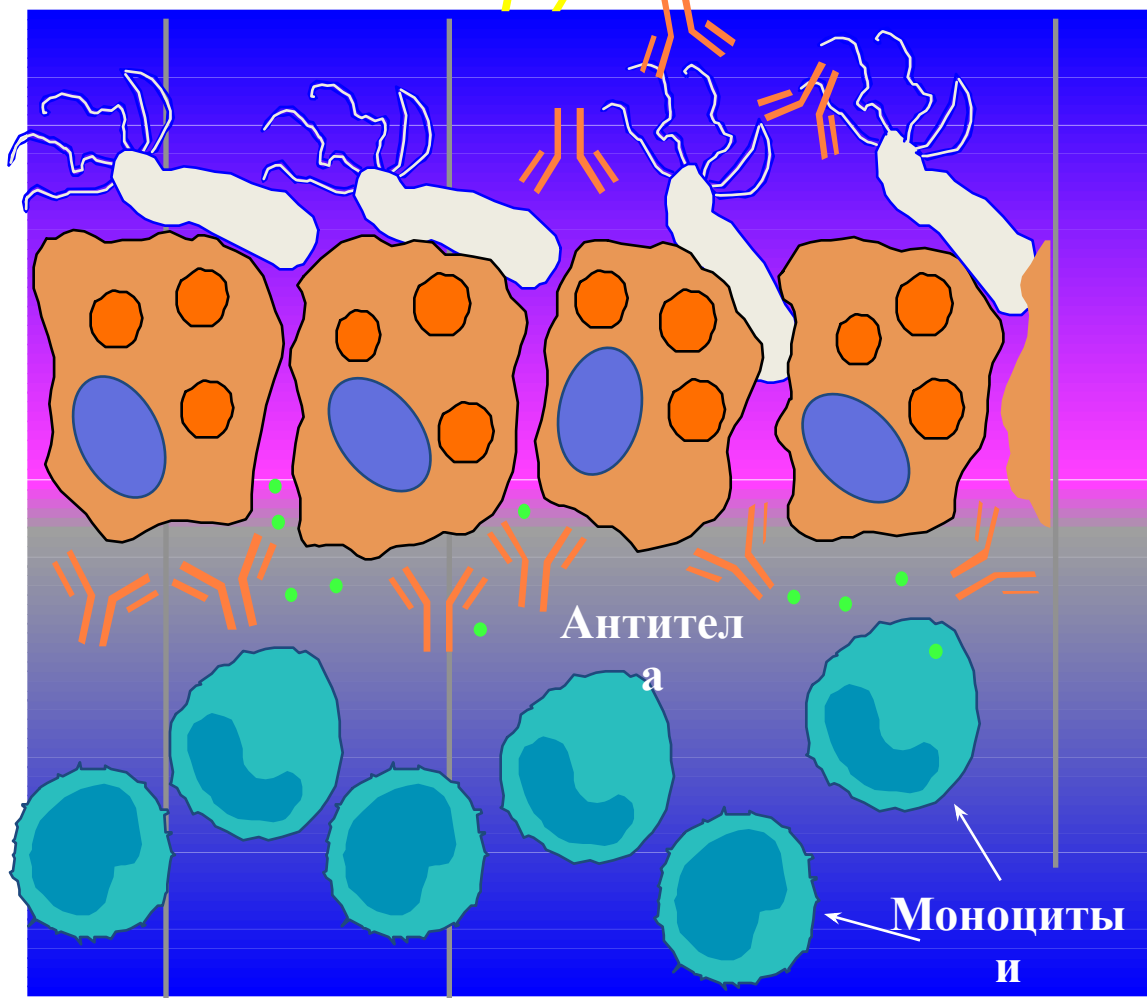
Язвенная болезнь: этиология и патогенез

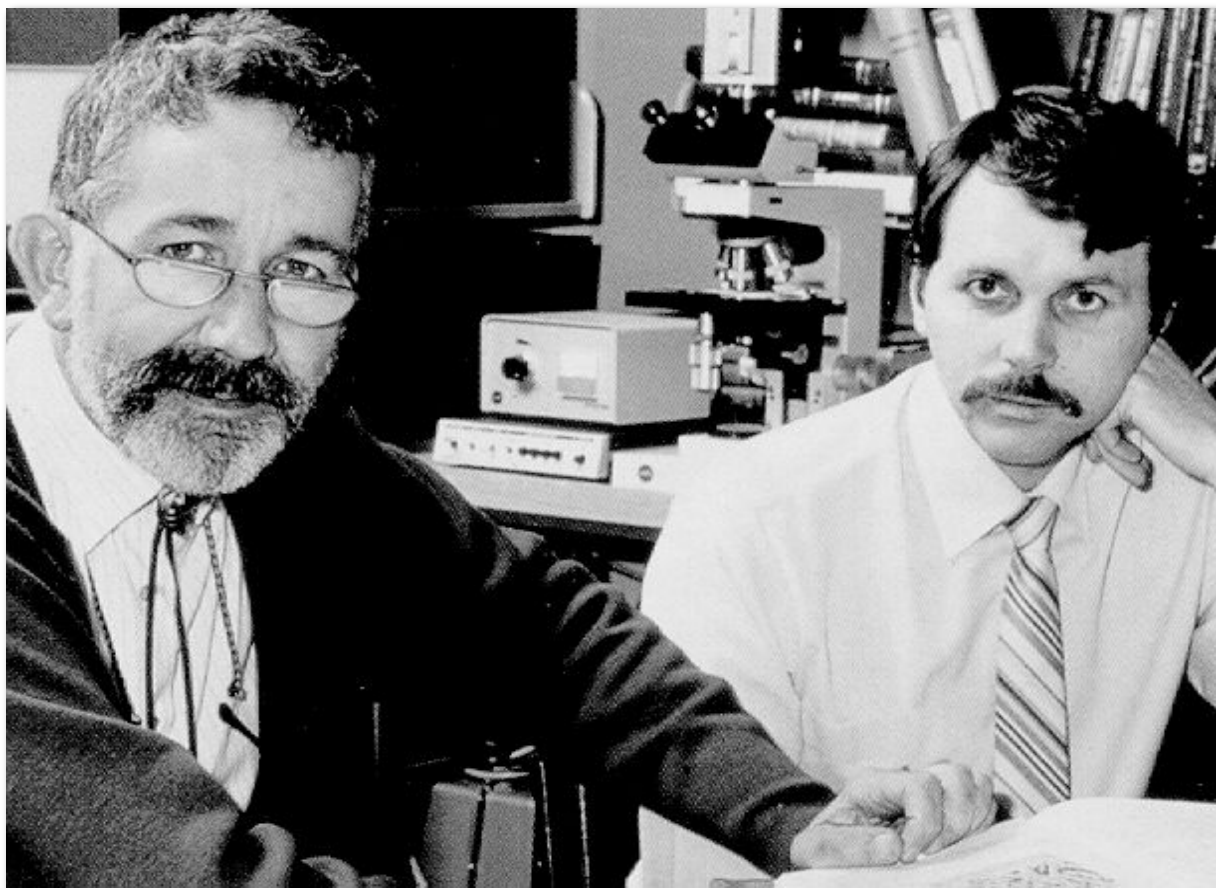
- Генетическая предрасположенность
 - Увеличение массы обкладочных клеток
 - Повышенное образование гастрина в ответ на приём пищи
- Нарушение нейроэндокринной регуляции
 - Усиление вагусного влияния
 - Гиперплазия и гиперфункция G- и ECL-клеток, продуцирующих гастрин и гистамин

Инфекция *H. pylori* - причина острой воспалительной реакции



Хронический активный гастрит – следствие хронической воспалительной реакции на *H. pylori*





- Нет *H.pylori* – нет язвы

Warren & Marshall, 1983

Инфекция *H.pylori*: эпидемиология

- Более 70% взрослого населения и 40% детей в России инфицировано *H.pylori*
- С инфекцией *H.pylori* связаны:
 - 92 % случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
 - 70% случаев язвенной болезни желудка
 - более 50 % случаев рака желудка

*Российская гастроэнтерологическая
ассоциация*

*Российская группа по изучению *H.pylori**

Диагностика инфекции *H. pylori*

- Эндоскопические инвазивные методы
 - Уреазный тест
 - Прямой микроскопический
 - Микробиологический
 - Гистологический
 - ДНК/ПЦР-диагностика

- Неинвазивные методы
 - Дыхательный тест ($^{13/14}\text{C}$ -мочевина)
 - Серологический (IgA, IgG)
 - ПЦР в фекалиях
 - ИФА антигена *H. pylori* в кале

Осложнения ЯБ

- Желудочно-кишечное кровотечение
- Перфорация полого органа
- Рубцовый стеноз
- Пенетрация
- Малигнизация

ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ

- Основной целью терапии пептических язв является снижение факторов агрессии (продукция соляной кислоты, пепсина) и повышение защитных свойств СО желудка
- Основным препаратом является ингибитор протонной помпы
- В терапии пептических язв блокаторы H_2 рецепторов гистамина не используются

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) – в ведении кислотозависимых заболеваний

ЭФФЕКТЫ ИПП ПРИ КИСЛОТЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- ОБЕСПЕЧЕНИЕ РУБЦЕВАНИЯ ЯЗВ И ЭРОЗИЙ ЗА СЧЕТ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ И ПЕПСИНА
- ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ H_p – ИНФЕКЦИИ
- СНИЖЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО РЕФЛЮКСАТА (ПРИ ГЭРБ)
- СНИЖЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СЕКРЕТА (при панкреатитах)

Схемы лечения Нр - зависимых заболеваний

Язвенная болезнь с локализацией язв в желудке и 12 п.к. с наличием Нр:

- Эрадикационный этап терапии

В течение 7-10 дней эрадикационная антигеликобактерная терапия: принимать до завтрака и ужина с интервалом 12 часов

ИПП + кларитромицин 500мг + амоксициллин 1000 мг

- Этап терапии заживления язвы

5 недель при локализации язвы в 12 п.к.

7 недель при локализации язвы в желудке принимать

ИПП 1 раз в сутки до завтрака

Антибактериальные препараты в эрадикации Hp

- Кларитромицин
- Амоксициллин
- Метронидазол
- Тетрациклин
- Левофлоксацин
- Рифабутин
- Соли висмута
- Фуразолидон (не доступен в США и ЕС)

**Рекомендуется при резистентности к
КЛАРИТРОМИЦИНУ менее 20%**

7 – 10 дней

ИПП +

КЛАРИТРОМИЦИН +

АМОКСИЦИЛЛИН

**Эффективность снизилась до 70 – 75%
(резистентность к КЛА)**

**Рекомендуется при
резистентности к
КЛАРИТРОМИЦИНУ более 20%
7 – 10 дней**

ИПП +

СОЛИ ВИСМУТА +

ТЕТРАЦИКЛИН +

МЕТРОНИДАЗОЛ

Диагностика и контроль эрадикации

- Основные методы – уреазный дыхательный тест, ПЦР (фекалии), инвазивная диагностика (уреазный тест, микроскопия)
- Контроль излечения – не ранее 4 недель после окончания приема АБ и не ранее 2 нед. после окончания приема антисекреторных препаратов