

Гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

Кафедра факультетской терапии п/ф
РГМУ

Доцент кафедры,
кандидат медицинских наук
Андреева Ольга Никитична

Хронический гастрит

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

Классификация гастритов по этиологии и топографии морфологических изменений

В настоящее время широко используется Сиднейская система классификации гастритов, предложенная в 1990г. В модификации от 1994г. (Хьюстонская рабочая группа).

Неатрофический гастрит. Ассоциированный с *H.Pylori*. Антральный гастрит. Тип В. 90% всех форм гастрит.

Атрофический гастрит.
Аутоиммунный, тип А. Тела желудка.
Мультифокальный. *H.Pylori*. Пангастрит.

Особые формы

Гранулематозный гастрит.

Эозинофильный гастрит.

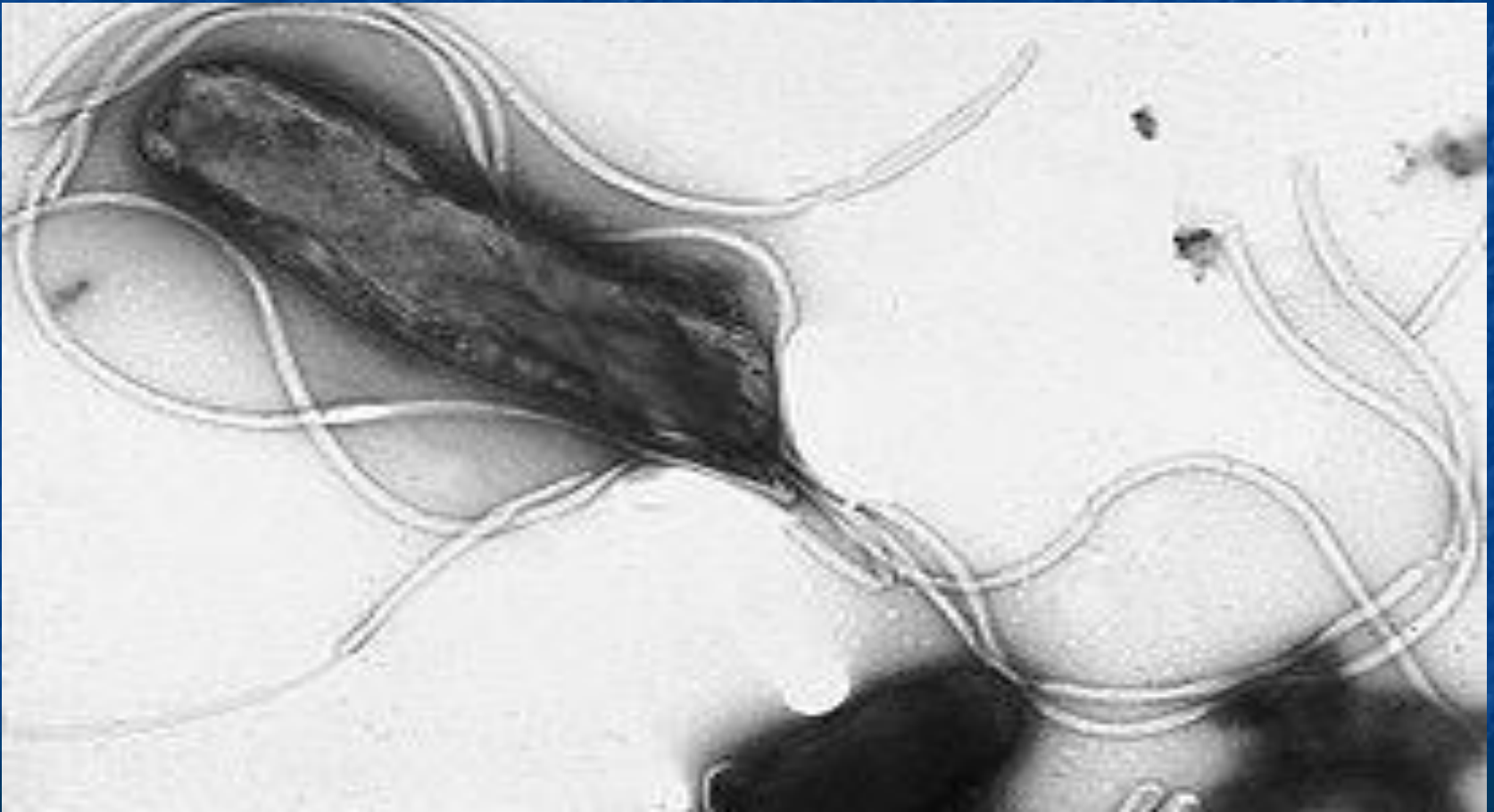
Лимфоцитарный гастрит.

Гипертрофический гастрит.

Реактивный гастрит.

- Инфекция *H.pylori* признана Международным Агентством по исследованию рака ВОЗ канцерогенной для человека. Связь *H.pylori* и рака желудка в настоящее время не вызывает сомнений, и связующим звеном рассматривается хронический гастрит.

Микрофотография *Helicobacter pylori*

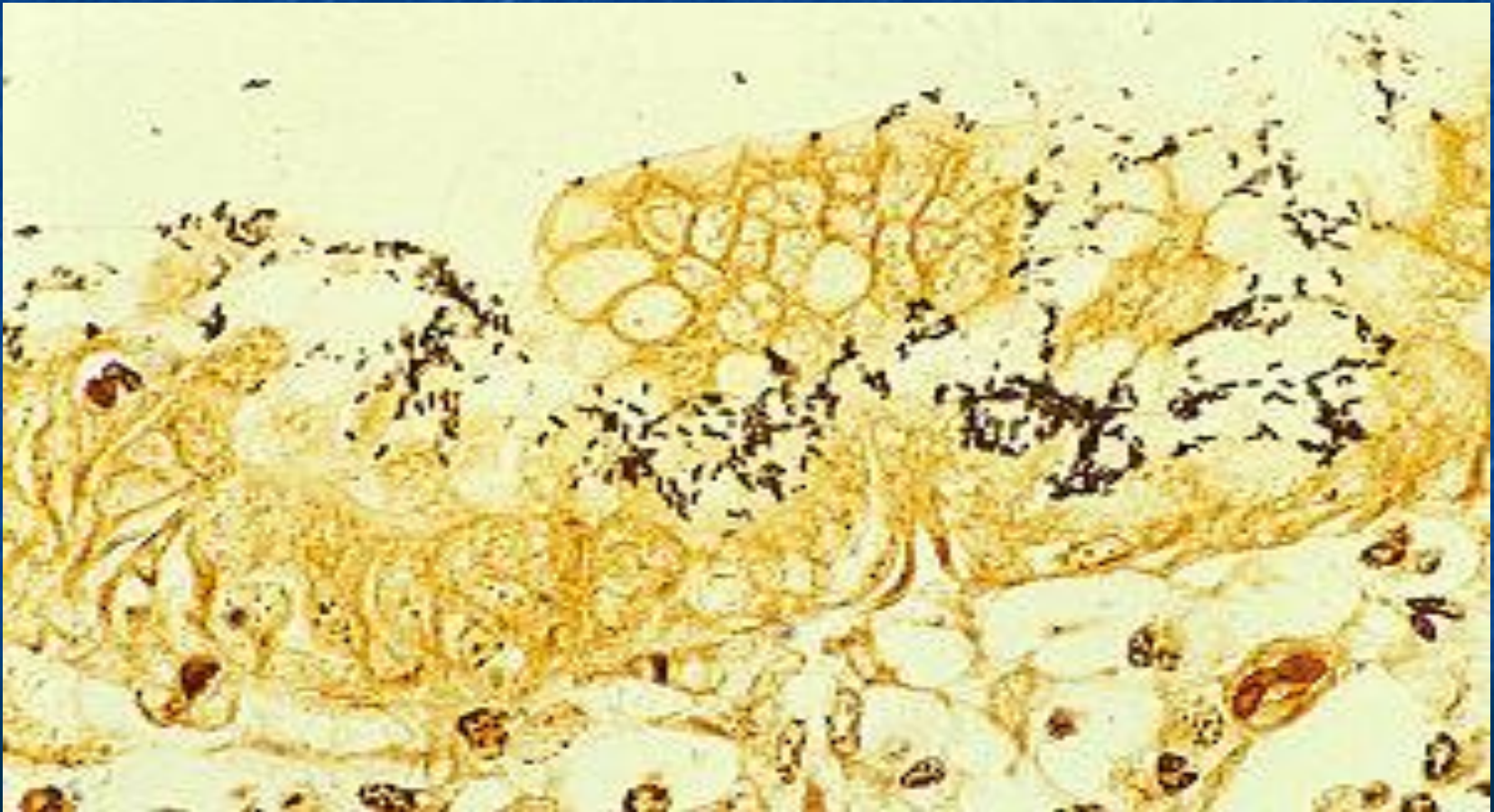


Н. Piloni была открыта в 1979 году австралийским патологоанатомом Робинот Уорреном. Р. Уоррен и Барри Маршал в 1983 году в журнале Lancet впервые опубликовали свои исследования. В 2005 году первооткрыватели бактерии были удостоены Нобелевской премии по медицине.



Гистологический препарат слизистой желудка, демонстрирующий хеликобактерный гастрит и колонизацию слизистой хеликобактером.

Окраска серебром по Warthin-Starry.



Хронический аутоиммунный гастрит

- Атрофия слизистой оболочки желудка
- Резко снижается секреция соляной кислоты, пепсиногена, внутреннего фактора (гастромукопротеина)
- Нарушение всасывания витамина B12
- Развитие B12-дефицитной анемии.
- Малигнизация крайне редко.

Хронический аутоиммунный гастрит

- **Синдром диспепсии:** ухудшение аппетита, ощущение тяжести, полноты в эпигастрии после еды, отрыжка воздухом, а при выраженной секреторной недостаточностью - тухлым, съеденной пищей, горьким; изжога, ощущение металлического привкуса во рту; плохой аппетит.
- **Синдром избыточного бактериального роста:** урчание, вздутие в животе, непереносимость молочных продуктов, неустойчивый стул.
- **Анемический синдром**
- **Болевой синдром**
- **Дистрофический синдром** (обусловлен полигиповитаминозами Р, С, А, Д, белковой недостаточностью).

При осмотре

- Атрофичный «полированный язык», при обострении – язык обложен белым налетом.
- При пальпации – болезненность обычно отсутствует.
- Секреция прогрессивно снижается вплоть до ахлоргедрии.
- Часто присоединяется панкреатит, холецистит, энтероколит.

Принципы медикаментозной терапии

- Препараты заместительной терапии: натуральный желудочный сок, препараты желудочных ферментов- **Абомин**
- Средства, стимулирующие секрецию соляной кислоты
- Средства, влияющие на трофику и регенирацию СО желудка
- Обволакивающие и вяжущие средства
- Средства, влияющие на моторику желудка.

БОЛЕЗНЬ МЕНЕТРИЕ

Гипертрофический гастрит

- ▣ Локализация – в 50% случаев в антральном отделе
- ▣ Морфология – гигантские складки слизистой оболочки, напоминающие извилины мозга
- ▣ Особенность – потеря массы тела в связи с потерей белка в результате диареи, сопровождающейся болями в эпигастрии тошнотой. Возможность обратного развития.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ (АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ)

ХГ

(начало)

Редкая форма, хроническое рецидивирующее течение, преимущественное поражение антрального отдела.

Этиология – неизвестна, у части больных прослеживается связь с аллергией к пищевым белкам, бронхиальной астмой, экземой и др.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ (АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ) ХГ (продолжение)

- ❑ Эозинофильная инфильтрация в стенке желудка с примесью тучных клеток
- ❑ Полнокровие, отек
- ❑ Отсутствие повреждения поверхностного и ямочного эпителия
- ❑ Отсутствие дистрофических изменений и фиброза в СОЖ

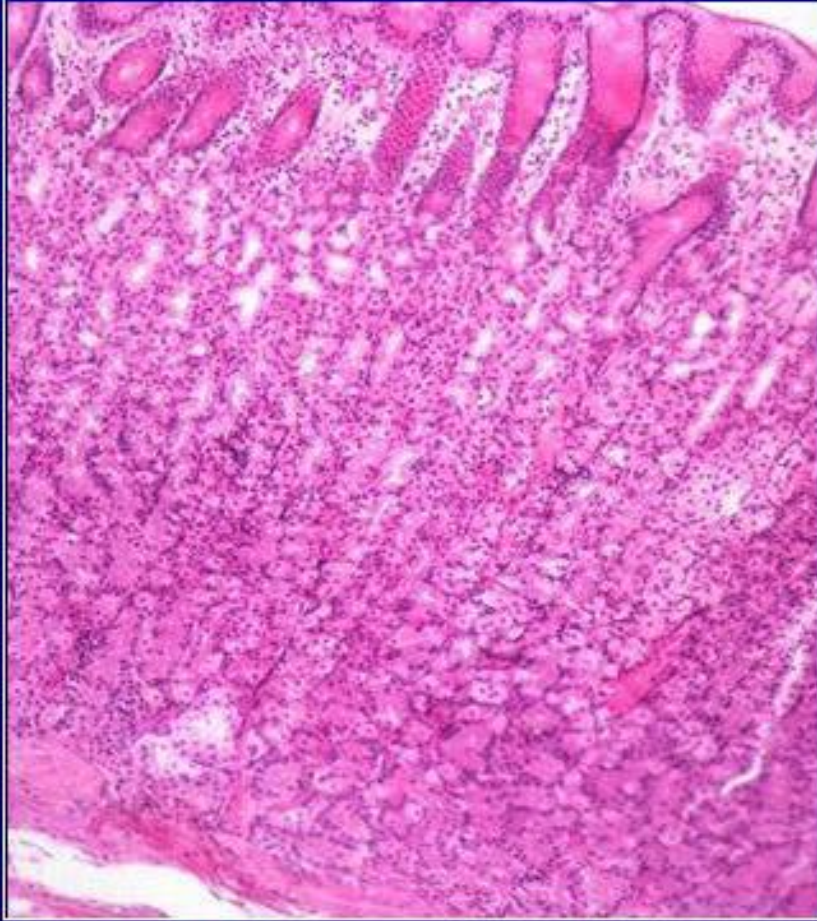
ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ХГ

- ▣ Встречается при:
- ▣ при желудочной локализации б-ни Крона
- ▣ в 10% при саркаидозе
- ▣ реже при инородных телах, грибковых и паразитарных заболеваниях

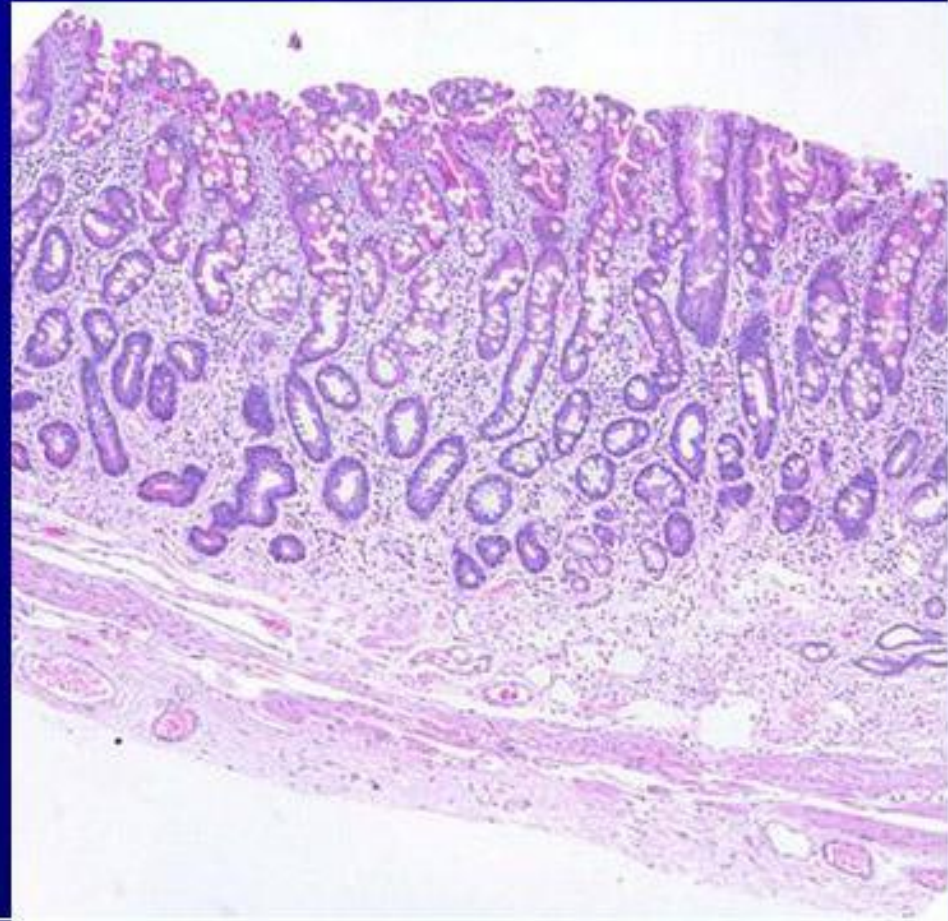
ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ГАСТРИТ (ВАЛИОФОРМНЫЙ, ЭРОЗИВНЫЙ)

- ▣ Локализация – тело и анtrum
- ▣ Течение – в активной и не активной форме
- ▣ Морфология:
- ▣ интраэпителиальная инфильтрация СОЖ межэпителиальными лимфоцитами желудочных ямок и валиков
- ▣ полные оспоподобные эрозии

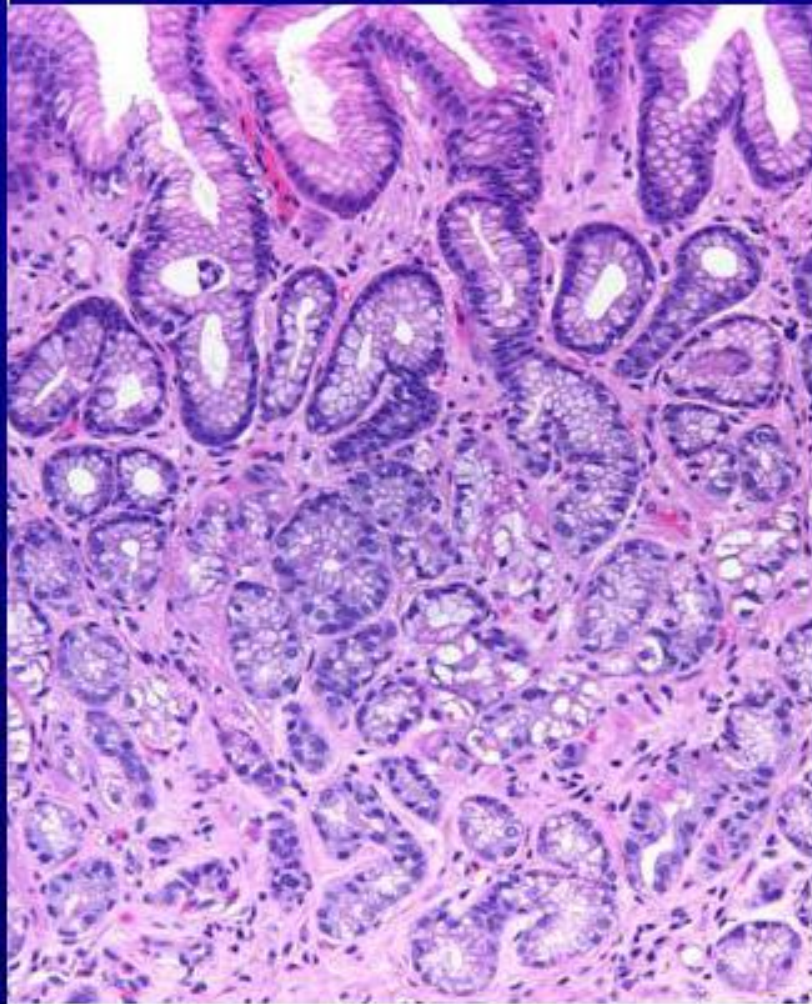
Normal Body/Fundus



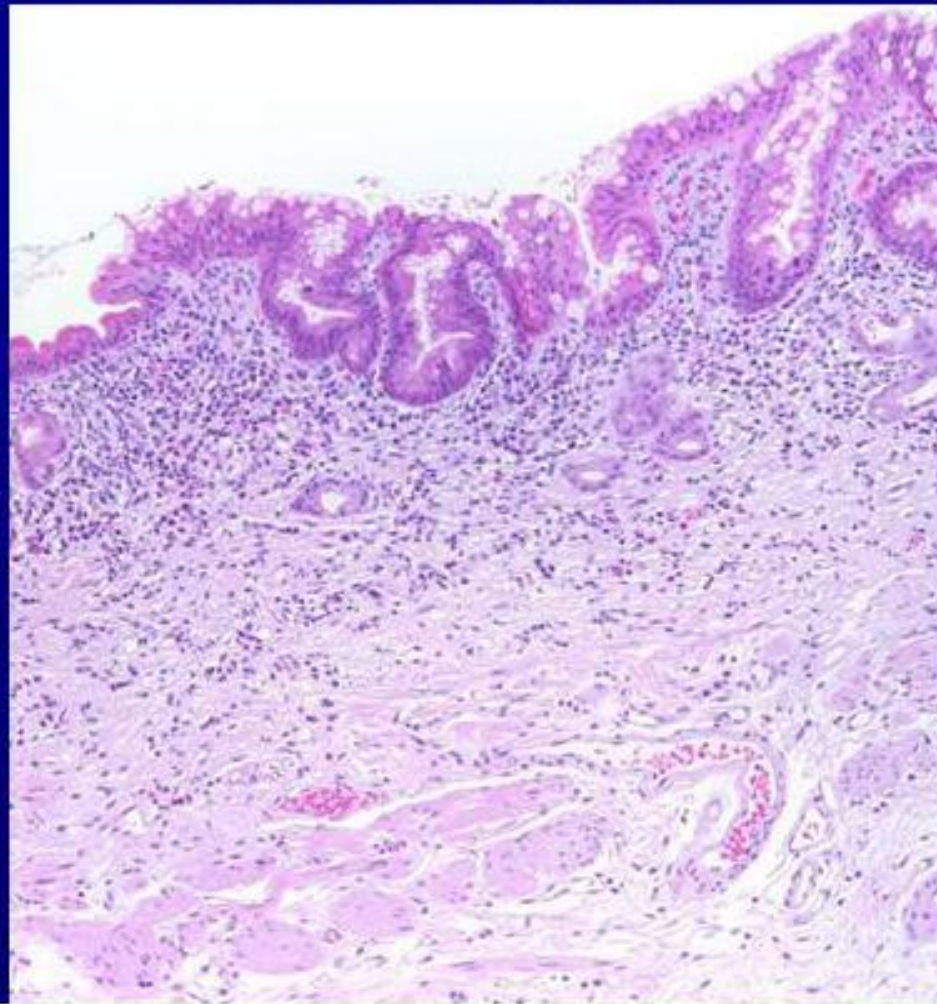
Body Atrophy/IM



Normal Antrum



Antrum Atrophy/IM



Характеристика симптомов функциональной диспепсии

Симптом	Определение
Боли в эпигастрии	Под эпигастрием понимается область, расположенная между мечевидным отростком грудины и пупочной областью и ограниченная справа и слева соответствующими среднеключичными линиями. Некоторые пациенты субъективно расценивают боли как чувство «повреждения тканей», другие могут интерпретировать свои жалобы не как боли, а как неприятные ощущения
Чувство жжения в эпигастрии	Представляет собой неприятное ощущение жара в эпигастральной области
Чувство переполнения в эпигастрии после еды	Расценивается как неприятное ощущение длительной задержки пищи в желудке
Раннее насыщение	Чувство переполнения желудка вскоре после начала приема пищи независимо от объема съеденного ее количества, в результате чего прием пищи не может быть завершен

Ранняя стадия хеликобактерного ХГ (антральный, неатрофический).

Возраст	Чаще молодой
Субъективные проявления	Язвенно-подобная симптоматика: периодические боли, нередко голодные, изжога, тошнота, иногда отрыжка кислым, запоры.
Результаты пальпации живота	Локальная болезненность в пилородуоденальной области.
Результаты рентгенологического исследования	Рельеф слизистой оболочки грубый в антральном отделе, спазм привратника, сегментирующая перистальтика , беспорядочная эвакуация контрастного вещества.
Результаты гастроскопии	На фоне пятнистой гиперемии и отека слизистой оболочки видны подслизистые кровоизлияния и эрозии.
Результаты гистологического исследования	Выраженный активный антральный гастрит. Очаги кишечной метаплазии. Множество хеликобактерия на поверхности и в глубине ямок.

Поздняя стадия хеликобактерного ХГ. Диффузный пангастрит с атрофией

Возраст	Чаще пожилой
Субъективные проявления	Общая слабость, чувство тяжести, полноты, тупая боль в подложечной области, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, нарушение стула.
Результаты пальпации живота	Диффузная болезненность в эпигастрии
Результаты рентгенологического исследования	Рельеф слизистой оболочки сглажен, гипотония, вялая перистальтика, ускоренная эвакуация контрастного вещества.
Результаты гастроскопии	Бледность, истонченность сглаженность слизистой оболочки в теле желудка и антральной области, гипотония, рефлюкс дуоденального содержимого.
Результаты гистологического исследования	Атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия, незначительное количество хеликобактерий в слизистой оболочке тела желудка и антрума. Минимальная активность воспаления.

Основные методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*

- Серологический
- Микробиологический
- Морфологический. Берут 2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела желудка
- Быстрый уреазный тест. Основан на определении изменения pH по окраске индикатора, которое происходит в результате выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой бактерий.
- Дыхательный тест. «Золотой стандарт» контроля полноты эрадикационной терапии.
- Определение антигена *H.pylori* в кале

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ❑ АНАЛИЗЫ КРОВИ, МОЧИ, ОБЩИЙ БЕЛОК И БЕЛКОВЫЕ ФРАКЦИИ, БИЛИРУБИН, АСТ, АЛТ
- ❑ КОПРОГРАММА, ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА НАСКРЫТУЮ КРОВЬ
- ❑ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ПРИЦЕЛЬНОЙ БИОПСИЕЙ. ВЫЯВЛЕНИЕ НР (ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ, ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ, УРЕАЗНЫЙ ТЕСТ, БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ, ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ)
- ❑ СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО pH
- ❑ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- ❑ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИШЕЧНИКА

Агрессивные свойства *Helicobacter pylori*

- Повреждают защитный барьер слизистой оболочки желудка (вырабатывают ферменты уреаза, протеаза, фосфолипаза и цитотоксины). Наиболее патогенным является штамм *H. pylori* VacA, продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к гибели эпителиальных клеток
- *H. Pylori* способствует высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка
- Воспаление ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты

Агрессивные свойства *Helicobacter pylori*

- Непосредственно повреждает эпителий желудка
- Вызванный ***H. pylori*** гастрит и дуоденит приводят к снижению защитных свойств слизистой оболочки
- Снижению секреции бикарбонатов и синтеза простагландинов
- Разрушению эпителия нейтрофилами и лимфоцитами
- Нарушению микроциркуляции

Лечение функциональных диспепсий. Основные группы лекарственных препаратов

- Блокаторы H₂ - гистаминовых рецепторов. 8:1
- Ингибиторы протонной помпы (при болевом варианте ФД)
- Прокинетики (при дискинетическом варианте ФД)
- Антациды.

Антацидные препараты, Уровень
доказательности эффективности ЗС.

Основные действия:

- ▣ **Нейтрализация соляной кислоты 4-6 часов**
- ▣ **Адсорбирующий и обволакивающий эффект**
- ▣ **Болеутоляющий эффект**

Магнийсодержащие препараты:

Маалокс по 1-2 таб. через 1,5 часа после еды.

**Фосфалюгель по 1 пакетику через 1,5 часа после
еды.**

Гастал по 1-2 таб. Через 1.5 часа после еды.

Побочные действия антацидов

- ❑ Дискинезия желудочно-кишечного тракта:
- ❑ Феномен « рикошета» –вторичное повышение секреции HCL
- ❑ Накопление в организме ионов Mg^{++} при длительном приеме антацидов приводит к гипермагниемии с развитием брадикардии и почечной недостаточности
- ❑ Изменение биодоступности лекарственных препаратов

Прокинетики

Стимулируют моторику ЖКТ

- b Антагонисты допаминовых рецепторов: метоклопрамид (церукал) домперидон (мотилиум)**
- b ПРОКИНЕТИК С КОМБИНИРОВАННЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ антагонист допаминовых рецепторов и блокатор ацетилхолинэстеразы - итоприд гидрохлорид (ганатон). 50мг. 3 раза в сутки**
- b цизаприд (координакс, препульсид)**
- b Зофран по 8 мг 2 раза в день**

Классификация H_2 -блокаторов

- ♦ I поколение циметидин 1970
- ♦ II поколение ранитидин 1979
- ♦ III поколение фамотидин 1985

Основные побочные эффекты H₂-блокаторов

Желудочно-кишечные

- диарея
- запоры

Гематологические

- лейко-, гранулоцито-, тромбоцитопения
- редко апластическая анемия

Эндокринные

- гинекомастия
- импотенция
- увеличение уровня пролактина в крови

Сердечно-сосудистые

- аритмии
- гипотензия
- AV-блокада
- коронароспазм

Печеночные

- гипертрансаминаземия
- гепатит
- взаимодействие с цитохромом P₄₅₀

Неврологические

- головная боль
- сонливость
- замешательство
- психозы

Дыхательные

- бронхоконстрикция

Синдром отмены

Блокаторы протонного насоса

- Базисная терапия обострения язвенной болезни.

Париет (рабепразол) 20мг в сутки.
(превращается в активную форму быстрее, более выраженный прямой антигеликобактерный эффект, не нарушает метаболизм других препаратов в печени).

Омез (омепразол) 20мг в сутки

Лансопрозол 30мг в сутки

Пантопразол 40мг в сутки

Антихеликобактерные препараты

- ❑ Кларитромицин
- ❑ Амоксициллин
- ❑ Тетрациклин
- ❑ Метронидазол
- ❑ Тинидазол
- ❑ Пилорид (ранитидин + висмут субцитрат)

Правила антигеликобактерной терапии

- ❑ Если данная схема лечения не приводит к наступлению эрадикации повторять ее не следует
- ❑ Если данная схема не привела к эрадикации, значит бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы
- ❑ Если использование одной, а затем другой схемы лечения не приводит к эрадикации, то следует определять чувствительность штамма *H.pylori* к антибиотикам
- ❑ Появление бактерии в организме спустя год после лечения следует расценивать как рецидив инфекции

Виды антихеликобактерной терапии (Маастрихт -

4,

Флоренция 2010)

- ☐ Тройная терапия с использованием:
 - ☐ блокаторов протонной помпы
 - ☐ препаратов висмута (де-нол)- тройная и квадротерапия
 - ☐ блокаторов H_2 -рецепторов (в том числе ранитидин-висмут-цитрат)
- ☐ В сочетании с двумя антибиотиками:
 - ☐ кларитромицином
 - ☐ амоксициллином
 - ☐ тетрациклиним (при лечении препаратами висмута
 - ☐ метронидазолом (тинидазолом)

Оценка эффективности эрадикации

- Эффективность терапии должна быть как минимум 80% при курсе терапии 14 дней
- Побочные эффекты, приводящие к отмене препарата, допустимы менее чем в 5% случаев
- Диагностика эрадикации должна осуществляться не ранее 4 недель после окончания антихелико-бактерной терапии
- Диагностика эрадикации осуществляется, как минимум, двумя методами гистологическим и уреазным или дыхательными тестами

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12- ПЕРСТНОЙ КИШКИ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

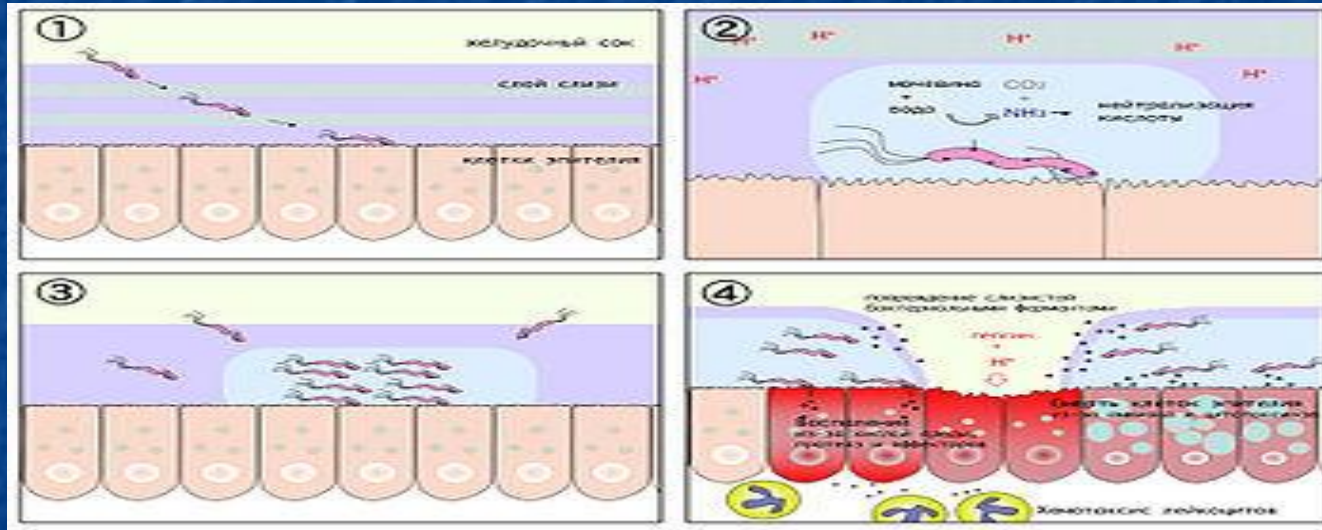
Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, проникающего – в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий) – в подслизистый слой.

Предрасполагающие факторы

1. Генетические факторы.
2. Нервно-психические факторы.
3. Характер питания.
4. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя и др.)
5. Наличие сопутствующих заболеваний, в т.ч. заболеваний, сопровождающихся расстройством кровообращения и оксигенизации крови.
6. Другие экзо - и эндогенные факторы, в том числе профессиональные вредности и медикаментозная терапия.

Схематическое изображение патогенеза

язвы желудка



- На начальном этапе, после попадания в желудок *H. pylori*, быстро двигаясь при помощи жгутиков, преодолевает защитный слой слизи и колонизирует слизистую оболочку желудка. Закрепившись на поверхности слизистой, бактерия начинает вырабатывать уреазу, благодаря чему в слизистой оболочке и слое защитной слизи поблизости от растущей колонии растёт концентрация аммиака и повышается pH. По механизму отрицательной обратной связи это вызывает повышение секреции гастрина, быстро двигаясь при помощи жгутиков, преодолевает защитный слой слизи и колонизирует слизистую оболочку желудка. Закрепившись на поверхности слизистой, бактерия начинает вырабатывать уреазу, благодаря чему в слизистой оболочке и слое защитной слизи поблизости от растущей колонии растёт концентрация аммиака и повышается pH. По механизму отрицательной обратной связи это вызывает повышение секреции гастрина клетками слизистой желудка и компенсаторное повышение секреции соляной кислоты, быстро двигаясь при помощи жгутиков, преодолевает защитный слой слизи и колонизирует слизистую оболочку желудка. Закрепившись на поверхности слизистой, бактерия начинает вырабатывать уреазу, благодаря чему в слизистой оболочке и слое защитной слизи поблизости от растущей колонии растёт концентрация аммиака и повышается pH. По механизму отрицательной

Патогенез

В основе патогенеза - нарушение равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой желудка.

Агрессивные факторы

1. Обсеменение слизистой *Helicobacter pylori*
2. Гиперпродукция HCL и пепсина.
3. Гиперреактивность главных и обкладочных клеток
4. Ваготония (усиление тонуса блуждающего нерва).
5. Гастро-дуоденальная дисмоторика (задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка)
 - Травматизация гастро-дуоденальной слизистой пищей, лекарственными препаратами.

Защитные факторы

- Снижение продукции и качественного состава желудочной слизи
- Ухудшение процессов регенерации и кровотока в слизистой оболочке
- Снижение содержания простагландинов в стенке желудка.
- Гормональные факторы.
-

Duodenal Ulcer (DU)



Gastric Ulcer (GU)



Клиническая картина

- Боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника.
 - сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отдела желудка)
 - через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка)
 - через 2-3 часа после еды (при язвах пилорического канала и луковицы 12-ти перстной кишки).

Клиническая картина:

- Диспептические расстройства: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры.
- Сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспептических расстройств.
- Бессимптомное течение язвенной болезни 30%.

Объективная симптоматика:

- 1) Болезненность в эпигастральной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки, Локальная перкуторная болезненность в той же области (симптом Менделя).
- 2) Симптомы вегетативной дисфункции.
- 3) Снижение веса (от умеренного до выраженного).
- 4) Возможные изменения со стороны других органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, кишечника, поджелудочной железы).

План обследования:

- Общий анализ крови.
- Анализ кала на скрытую кровь.
- Исследование кислотообразующей функции желудка.
- Рентгенологическое исследование
- Эндоскопическое исследование с гистологическим исследованием.

Основные методы диагностики инфекции Helicobacter pylori

- Серологический
- Микробиологический
- Морфологический. Берут 2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела желудка
- Быстрый уреазный тест. Основан на определении изменения pH по окраске индикатора, которое происходит в результате выделения аммиака при расщеплении мочевины уреазой бактерий.
- Дыхательный тест. «Золотой стандарт» контроля полноты эрадикационной терапии.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

По локализации:

1. Язва желудка:

- кардиального отдела
- малой кривизны
- большой кривизны
- тела желудка
- привратника

2. Язва 12-перстной кишки:

- луковицы (передней или задней стенки)
- пребульбарная, постбульбарная,

3. Язва желудка и 12 -перстной кишки

Симптоматические гастродуоденальные язвы

- Лекарственные
- Стрессовые
- Язвы при синдроме Цоллингера-Эллисона.
- Гастродуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом (наличие признаков повышенной функции паращитовидных желез: мышечная слабость, боли в костях, жажда, полиурия).

Малигнизация язвы и первично- язвенная форма рака желудка. (большие размеры особенно у молодых, локализация на большой кривизне желудка, повышение СОЭ, наличие гистаминустойчивой ахлоргидрии).

Синдром Золлингер-Эллисона (гастринпродуцирующая опухоль)

- Сочетание дуоденальной язвы с диареей
- Послеоперационные пептические язвы
анастомоза множественные
гастродуоденальные язвы
- Постбульбарные язвы
- Семейный анамнез
- гастрин сыворотки крови > 200 нг/л +
Базальная секреция HCl > 15 ммоль/ч

Осложнения

1. Кровотечение у 15-20% больных, чаще при желудочной локализации. Рвота типа «кофейной гущи» или черный дегтеобразный стул (мелена).
2. Перфорация 5-15%, чаще у мужчин.
3. Пенетрация
4. Перивисцериты (спаечный процесс между желудком или 12-ти перстной кишкой и соседними органами.
5. Стенозирование привратника после рубцевания язв.
6. Перерождение в рак (малигнизация)
7. Реактивный панкреатит

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

I. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ:

- Противоязвенная диета предусматривает механическое, химическое и термическое щажение СОЖ.
- Дробный прием пищи каждые 3-4 часа небольшими порциями (не более 2-3 блюд).
- Достаточное количество пластического материала (белков) в пище.
- Снижение суточного потребления поваренной соли и сахара.
- Диетическое лечение в фазе обострения рекомендуется начинать с назначения диеты № 1а сроком на 3-5-7 дней. В последующем – переход на диету № 1б сроком на 2-3 недели с переводом на диету № 1, являющуюся основной для больных язвенной болезнью.

Основные показания для диагностики инфекции НР и проведения антихеликобактерной терапии

- Язвенная болезнь желудка и ДПК
Стадия обострения
Документально подтвержденная язвенная болезнь в анамнезе (вне обострения)
сразу после язвенного кровотечения или при указании на кровотечение в анамнезе
после оперативного лечения, в т.ч. по поводу осложнений

Канцерпревенция желудка

- Атрофический гастрит(эрадикация НП останавливает распространение атрофии и может приводить к регрессии)
- После резекции желудка по поводу рака
- У родственников 1-й степени пациентов, страдающих, оперированных или умерших от рака желудка
- MALT-лимфома желудка
- В популяции с высоким риском развития рака желудка.

Другие показания

- Функциональная диспепсия (является приемлемой тактикой лечения и у части пациентов ведет к длительному улучшению самочувствия).
- Диагностика и лечение НР должны планироваться при:
 - а) длительном приеме нестероидных противовоспалительных препаратов и ацетилсалициловой кислоты
 - б) длительном приеме ИПП (например у пациентов с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью).
 - в) идиопатическая железододефицитная анемия (после тщательного исключения других возможных причин)
 - г) желание пациента, в том числе для осуществления канцерпревенции желудка.

Блокаторы протонного насоса

- Базисная терапия обострения язвенной болезни.

Париет (рабепразол) 20мг в сутки.
(превращается в активную форму быстрее, более выраженный прямой антигеликобактерный эффект, не нарушает метаболизм других препаратов в печени).

Омез (омепразол) 20мг в сутки

Лансопрозол 30мг в сутки

Пантопразол 40мг в сутки

HELICOBACTER PYLORI INFECTION

COMMON PRECURSOR
OF GASTRITIS AND
PEPTIC ULCERS

RISK FACTOR FOR
GASTRIC CARCINOMA

CURVED
GRAM-NEGATIVE
ROD

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

TREATMENT:
OMEPRAZOLE,
CLARITHROMYCIN,
AND AMOXICILLIN

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

Первая линия эрадикации

- **Тройная** схема эрадикации продолжительностью 14 дней.

Париет 20 мг 2 раза в сутки

Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

или

Висмут трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки

Париет 20мг 2 разав сутки

Тетрациклин 500мг 4 раза в сутки

Метронидазол 500 мг 2 раза в сутки

или

Париет 20мг 2 разав сутки

Висмут трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки

Терапия второй линии Квадротерапия 10 дней

Париет 20 мг 2 раза в день

Висмута трикалия дицитрат 120 мг 120 мг 4 раза в сутки

Метронидазол 500 мг 3 раза в сутки

Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки

Тройная терапия

Париет 20 мг два раза в сутки

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки или Фуразолидон 200 мг 2 раза в сутки

Альтернативные схемы терапии

Последовательная терапия

Париет 20 мг 2 раза в сутки

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии 5 дней
далее

Париет 20 мг 2 раза в сутки

Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки

Тинидазол 500 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии 5 дней

Терапия спасения

Париет 20 мг 2 раза в сутки

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Левифлоксацин 250 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии 10 дней

или

Париет 20 мг 2 раза в сутки

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

Фуразолидон 200 мг 2 раза в сутки

Длительность терапии 10 дней.

Де – Нол по 240 мг 2 раза в сутки в течении 6 недель.

- Учитывая, что хеликобактерный гастрит, особенно при наличии атрофических изменений, значительно повышает риск развития рака желудка, лечение инфекции *H. pylori* с последующим курсовым применением висмута трикалия дицитрата служит важнейшей мерой профилактики этого широко распространенного онкологического заболевания.

ДЕ-НОЛ

- Антихеликобактерный эффект:
 - преципитация на мембране *H.pylori* с последующим нарушением ее проницаемости и гибелью микроорганизма,
 - подавление подвижности *H.pylori*,
 - подавление адгезии *H.pylori* к эпителиоцитам,
 - действие на вегетативные и коковые формы *H.pylori*,
- Цитопротективное действие: (стимулирует пролиферацию клеток эпителия).
- Не влияет на базальную и стимулированную секрецию соляной кислоты и не нарушает физиологию желудка.
- Стимулирует синтез простагландина E2 (увеличивается секреция бикарбонатов, улучшается микроциркуляция).
- Антиоксидантный эффект.
- Низкая биодоступность.

ЛЕЧЕНИЕ

Лекарственное лечение гастродуоденальных язв, неассоциированных с *Helicobacter pylori* (НР)

(Отрицательные морфологический и уреазный тесты из прицельных биоптатов, взятых в антральном отделе и теле желудка).

Цель лечения: купировать симптомы болезни и обеспечить рубцевание язвы.

Лекарственные комбинации и схемы (используется одна из них)

Ранитидин (зантак и др. аналоги) – 300 мг в сутки преимущественно однократно вечером (19-20 часов) и **антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин гель и др.)** в качестве симптоматического средства.

Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид, фамоцид) – 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером (в 19-20 ч) и **антацидный препарат (маалокс, ремагель, гастерин-гель и др.)** в качестве симптоматического средства.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лекарственные комбинации и схемы (продолжение)

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 в сутки в течение 8 недель

Эффективность лечения при язве желудка и гастроеюнальной язве контролируется эндоскопически через 8 нед., а при дуоденальной язве – через 4 недели

Профилактическая терапия «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ: прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной – в течение 2 недель.

Если после такой терапии полностью исчезают симптомы обострения, то терапию следует прекратить, но если симптомы не исчезают или рецидивируют, то необходимо провести эзофагогастродуоденоскопию и другие исследования, как это предусмотрено данными стандартами при обострении.