

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

**На тему: «Поиск клинико-практического
руководства по антихеликобактерной
терапии по базам электронных ресурсов».**

Выполнила: Иманалиева Ж.

Группа: 6/114 ВБ

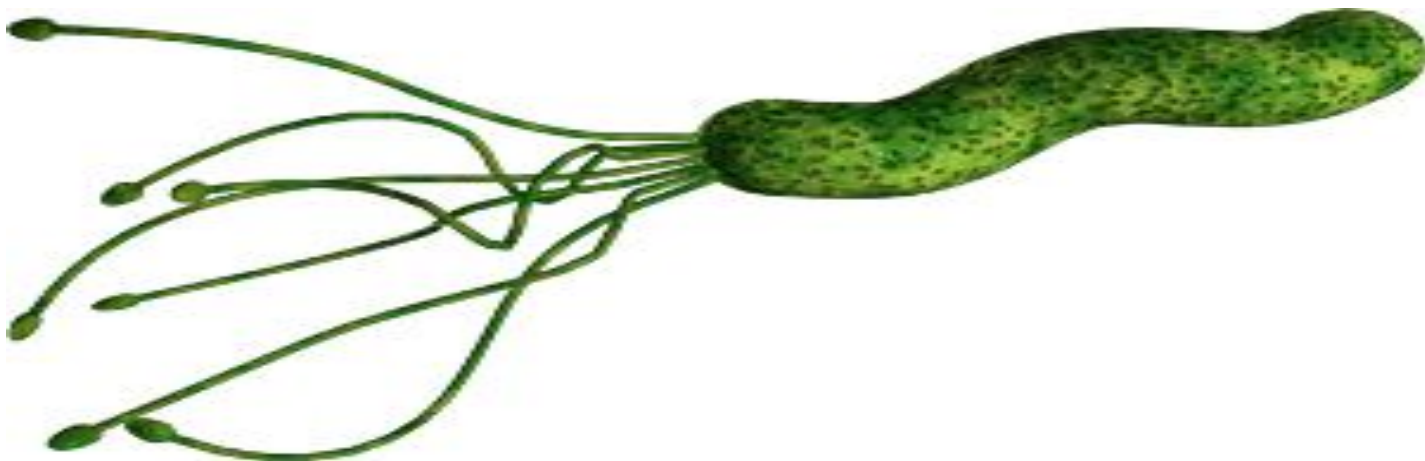
Астана-2015



ВВЕДЕНИЕ

В 1983 г. В. Marschall и J. Warren впервые обнаружили в слизистой оболочке желудка больного хроническим гастритом изогнутые бактерии, которые первоначально были отнесены к роду *Campylobacter*, однако, позднее были переклассифицированы в новый вид *helicobacter pylori*.

Изучение роли хеликобактерной инфекции в развитии язвенной болезни коренным образом изменило подход к лечению и профилактике заболевания.



- ❖ Основным в этиопатогенезе ЯБЖ является персистирование *helicobacter pylori*
- ❖ Главный принцип терапии ЯБ, ассоциированной с *helicobacter pylori* – принцип эрадикации.
- ❖ Эрэдикация подразумевает полное уничтожение вегетативных и кокковых формбактерий *helicobacter pylori* в желудке и 12Пк. Эрадикация приводит к долгосрочной ремиссии ЯБЖ и 12Пк. Показана как на стадии обострения, так и в ствдии ремиссии.

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся чередованием периодов обострения и ремиссии, основное проявление которого – образование дефекта (язвы) в стенке желудка и ДПК, проникающего (в отличие от эрозий) в подслизистый слой.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Клиническая классификация

- По локализации: • Желудок: медиогастральная; пилороантральная.
• Двенадцатиперстная кишка: бульбарная; постбульбарная. • Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
- По этиологии: • Ассоциированная с *Helicobacter pylori*. • Не ассоциированная с *Helicobacter pylori*.
- Клиническая фаза и эндоскопическая стадия. Обострение: • свежая язва; • начало эпителизации.
- Стихание обострения: • заживление язвы без рубца; • рубцово-язвенная деформация. Ремиссия.
- По тяжести: • легкая; • средней тяжести; • тяжелая.
- Осложнения: • кровотечение; • пенетрация; • перфорация; • стеноз; • перивисцерит.



Жалобы:

- жгучая, ноющая боль в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, чаще натощак;
- облегчение боли после приема пищи;
- диспепсический синдром (тошнота, рвота, изжога, отрыжка и т.д.).

Анамнез:

- отягощённая наследственность по гастродуоденальной патологии;
- характер питания (нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков, сухоедение);
- прием лекарств (глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики);
- выявление стрессовых факторов в окружении ребенка;



Диагностика:

+ ОАК: анемия, лейкопения, относительный нейтрофилез, эозинофилия, моноцитоз, при наличии осложнений — лейкоцитоз;

+Биохимический анализ крови (снижение уровня общего белка, диспротеинемия, сидеропения, изменения уровня холестерина, билирубина, трансаминаз — чаще при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки).

+ Копрограмма: синдром вторичной мальабсорбции; Кал на скрытую кровь — положительный результат;

+инструментальные исследования:

ФЭГДС: обнаружение язвенного дефекта, рубцевания и/или малигнизации; получение биоптата для морфологического исследования и определения НР инфекции. 12.5 показания для консультации специал



ЛЕЧЕНИЕ

□ Цели лечения:

- - Быстрая ликвидация тягостных для больного симптомов заболевания
- - Заживление язвы
- - Ликвидация инфекционного агента *H. pylori* для предотвращения рецидивов заболевания и профилактика его обострений.
- - При осложненном течении заболевания – борьба с осложнениями и устранение опасности для жизни больного
- Лечение язвенной болезни можно проводить амбулаторно.



Диета:

- диета №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли.
- диета №1Б на 14 дней: с расширением диеты — сухари, мясо, рыба, каши протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве.
- диета №1: с соблюдением принципа механического и химического щажения.

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют, возможны чередования стола №1 с расширением диеты, можно использовать и стол №5.

При приеме препаратов висмута назначают безмолочную диету (диета №4).

Исключаются острые приправы, маринованные и копчёные продукты. Питание дробное, 5-6 раз в сутки. Оптимизация режима дня и нагрузок.



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Медикаментозное лечение

- Отсутствие принципиальных различий в подходах к лечению язв желудка и ДПК — важный момент в современной фармакотерапии язвенной болезни. Единственное различие заключается в продолжительности курса фармакотерапии.
- Основным противорецидивным лечением язвенной болезни является эрадикационная антихеликобактерная терапия. Курс эрадикационной терапии следует проводить каждому больному с ЯБ, если у него обнаружен *H. Pylori*, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии.



ПОКАЗАНИЯ К ЭРАДИКАЦИИ *H. PYLORI* (МААСТРИХТ-IV)

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии, а также после лечения осложнений - осложненные формы.
- - Перед началом курса НПВС следует провести антихеликобактерную терапию для профилактики язвообразования и кровотечения.
- - При необходимости длительного приема аспирина и при наличии кровотечения в анамнезе следует проводить тест для определения инфекции *H. pylori* и при положительном результате назначать антигеликобактерное лечение.
- - При необходимости длительного приема НПВС и наличии язвенной болезни и/или кровотечения поддерживающая терапия ингибиторами протонной помпы более эффективна, чем эрадикация инфекции *H. pylori* (для предотвращения язвообразования и кровотечения).



Терапия первой линии по Маастрихт

1.

Следует отказаться от тройной терапии с ИПП и кларитромицином без предварительного исследования

чувствительности к кларитромицину при уровне резистентности к кларитромицину в регионе более 15-20%

2. В регионах с низким уровнем резистентности к кларитромицину схемы с кларитромицином

рекомендуются в качестве первой линии эмпирической терапии. Альтернативой служит назначение квадротерапии с препаратом висмута

3.

Назначение высокой дозы ИПП (дважды в день) повышает эффективность тройной терапии

4. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней повышает уровень успешной эрадикации на 5%

5. Эффективность схем «ИПП + кларитромицин + метронидазол» и «ИПП + кларитромицин + амоксициллин» одинакова .

6.. Некоторые про- и пребиотики демонстрируют обнадеживающие результаты в качестве дополнительной терапии, способной уменьшить побочные эффекты

7. ИПП-



Терапия второй линии

1.
После неэффективной схемы с ИПП и кларитромицином рекомендуется назначение квадротерапии с препаратом висмута или тройной терапии с левофлоксацином
2. Следует учитывать растущий уровень резистентности к левофлоксацину

Терапия третьей линии

После неэффективной терапии второй линии лечение должно основываться на тестах чувствительности к антибиотикам, по возможности .

Маастрихт 4

Рекомендуемые схемы эрадикации

Регионы с низким уровнем
резистентности к Кларитромицину

Регионы с высоким уровнем
резистентности к
Кларитромицину

1 линия

ИПП + Кла + Амо/ Метр
или
Ві-квадротерапия
или
Последовательная

Ві-квадротерапия
или
Последовательная
или
Квадротерапия без Ві

2 линия

Ві-квадротерапия
или
ИПП + Левофлоксацин +Амокси

ИПП + Левофлоксацин
+Амокси

3 линия

Основана на результатах определения
увствительности *Нр* к антибиотикам

Схема стандартной тройной терапии при Нр

1-й компонент	2-й компонент	3-й компонент
Ингибитор протонной помпы: лансопразол – 30 мг 2 раза в день или омепразол – 20 мг 2 раза в день или пантопразол – 40 мг 2 раза в день или рабепразол – 20 мг 2 раза в день или эзомепразол – 20 мг 2 раза в день	Кларитромицин – 500 мг 2 раза в день	Амоксициллин – 1000 мг 2 раза в день или Метронидазол – 400 или 500 мг 2 раза в день

Минимальная продолжительность тройной терапии – 7 дней, однако оказалось, что для данной схемы более эффективен 14-дневный курс лечения

Схема стандартной четырехкомпонентной терапии при Нр

1-й компонент	2-й компонент	3-й компонент	4-й компонент
Ингибитор протонной помпы: лансопразол — 30 мг 2 раза в день или омепразол — 20 мг 2 раза в день или пантопразол — 40 мг 2 раза в день или рабепразол — 20 мг 2 раза в день или эзомепразол — 20 мг 2 раза в день	Висмута субсалицилат/ субцитрат — 120 мг 4 раза в день	Метронидазол — 500 мг 3 раза в день	Тетрациклин — 500 мг 4 раза в день



Прокинетики (с целью нормализации двигательной функции двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей):

- домперидон 0,25-1,0 мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды, продолжительностью лечения не менее 2 недель.

Блокатор М-холинорецепторов (с целью снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции пищеварительных желез):

- гиосцин бутилбромид 10 мг 3 раза в сутки за 20-30 мин. до еды или внутримышечно до ликвидации болевого синдрома.
- при недостаточной эффективности для купирования болей используется 0,2% раствор платифиллина в разовых дозах: 1-5 лет 0,015 мл/кг, 6-10 лет 0,0125 мл/кг, 11-14 лет 0,01 мл/кг или
- дротаверин 2% - детям в возрасте до 6 лет в разовой дозе 10-20 мг, (максимальная суточная доза 120 мг); 6-12 лет разовая - 20 мг, (максимальная суточная доза 200 мг); кратность назначения 1-2 раза в сутки.



Для создания функционального покоя и снижения желудочной секреции:

Антациды • алюминия гидроксид+магния гидроксид: детям с 2-5 лет 5 мл 3р в день, 5-12 лет 5-10 мл 3-4 раза в день, 12-18 лет 5-10 мл 4р в день (после еды и перед сном);

Блокаторы H₂рецепторов гистамина — 10 дней • ранитидин внутрь 2-4 мг/кг 2 раза в сутки (максимально-300 мг /сутки), • фамотидин внутрь детям с массой тела более 10 кг 1-2 мг/кг 2 раза в сутки; детям старше 12 лет 20 мг 2 раза в сутки.

Вегетотропные препараты: микстура Павлова, настой корня валерианы. Продолжительность лечения — не менее 4 недель.

Панкреатические ферменты (при экскреторной недостаточности поджелудочной железы, после стихания остроты процесса): 10 000 по липазе x 3 раза во время еды, в течение 2-х недель.



Хронический гастрит — воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка диффузного или очагового характера, сопровождающийся морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка с развитием её атрофии и нарушения регенерации, моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка

Медикаментозное лечение

Препараты для эрадикационной терапии первой линии:

- ИПП+амоксциллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
- ИПП+амоксциллин+кларитромицин;
- соли висмута+амоксциллин+имидазол.

Продолжительность трехкомпонентной терапии — 10 дней.

Трехкомпонентная терапия: Омепразол по 20 мг (или лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин 7,5 мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин 20-30мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол 40мг/кг (max500 мг);
Соблюдение терапии и побочные эффекты должны контролироваться.



Терапия второй линии (квадротерапия) назначается в случае неэффективности препаратов первой линии с дополнительным включением коллоидного субцитрата висмута (висмута трикалия дицитрат): • 4-8 мг/кг (max 120 мг) 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4-ый раз спустя 2 часа после еды, перед сном внутрь. Детям старше 12 лет — 120 мг 4 раза в сутки (за 30 мин до еды и перед сном) или 240 мг 2 раза в сутки; детям от 8 до 12 лет — 120 мг 2 раза в сутки; детям от 4 до 8 лет — в дозе 8 мг/кг/сут в 2 приема. Курс — 4-8 недель, в течение следующих 8 недель не следует применять препараты, содержащие висмут; повторный курс — через 8 недель.



Жалобы:

- характер боли: ранняя (при гастрите) или поздняя (при дуодените);
 - локализация боли – в эпигастральной и пилородуоденальной областях, возможна иррадиация в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку;
- диспепсический синдром (отрыжка, изжога, тошнота, снижение аппетита, редко – рвота).

Анамнез:

- отягощённая наследственность по гастродуоденальной патологии;
 - характер питания (нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков и сухоедение);
- прием лекарств (глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики);
 - выявление стрессовых факторов в окружении ребенка;
 - наличие очагов хронической инфекции: тонзиллиты, гаймориты, холециститы, кариозные зубы, туберкулез.



ДРУГИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- В дальнейшем может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение (не ранее чем через 2-3 мес после обострения). Оно включает хвойно-морские ванны, прием щелочных минеральных вод.
- Хирургическое вмешательство

Профилактические мероприятия:

- - организация правильного режима и характера питания,
- - борьба с вредными привычками,
- - отказ от приёма лекарственных препаратов, оказывающих ульцерогенное действие.

При появлении НР-бактерии в организме больного через год после окончания лечения ситуацию следует расценивать как рецидив инфекции, а не как реинфекцию. При рецидиве инфекции необходимо применение более эффективной схемы лечения.

- Дальнейшее ведение: антихеликобактерная терапия, обязательная поддерживающая терапия, динамическое наблюдение за больным для мониторинга (дыхательный уреазный тест; эндоскопическое исследование с биопсией по показаниям и быстрым уреазным тестом) осложнений.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. www.medelement.pdl.kz
- 2. <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/maastricht4.pdf>
- 3. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/o-centre/nashi-zhurnaly/8-struktura/413-clinic-protokoly-terapia-2015-2>



