



**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

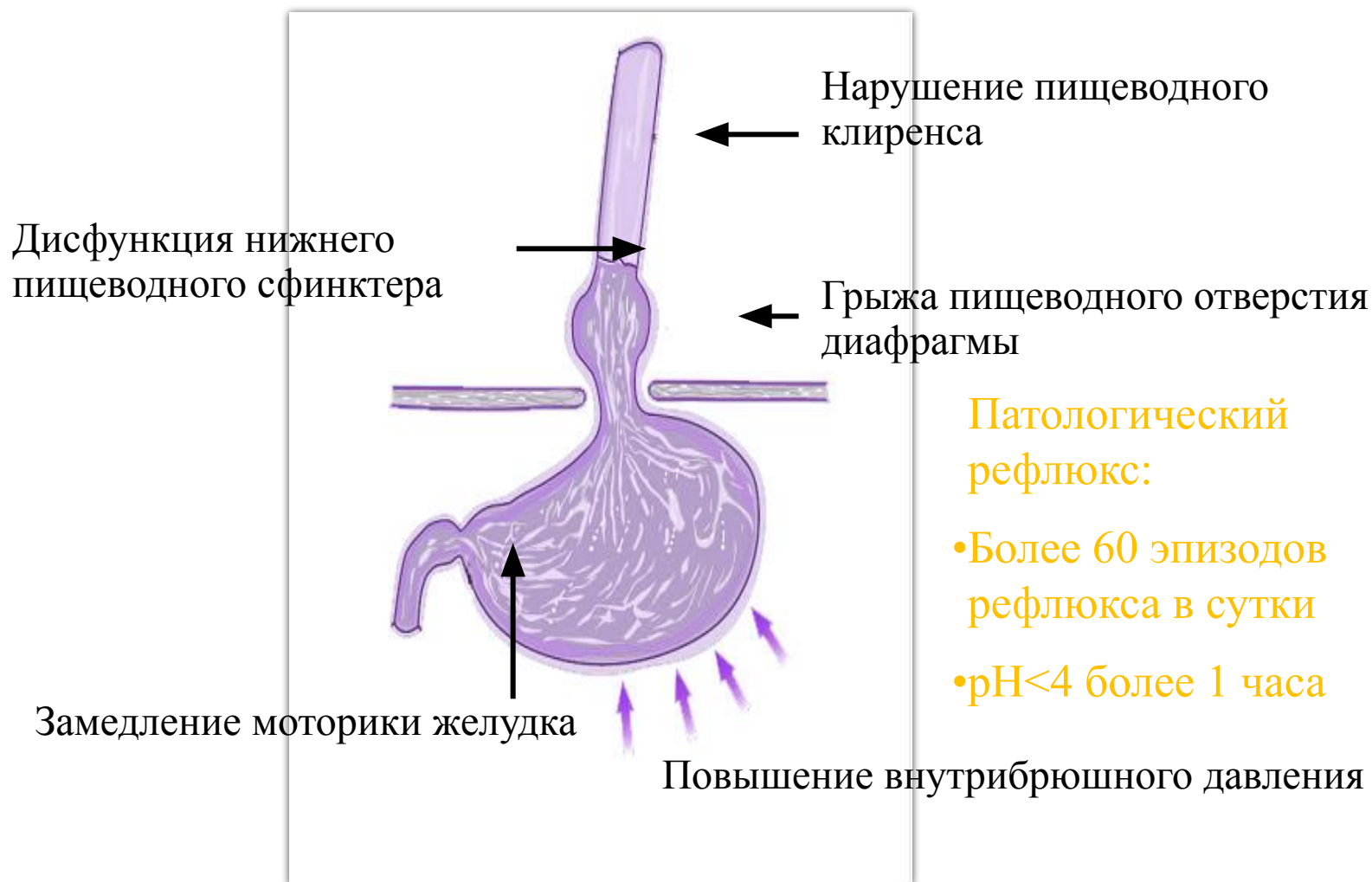
### Достоверно связанные с ГЭРБ

- Хронический кашель
- Ларингит
- Астма
- Повреждение зубной эмали

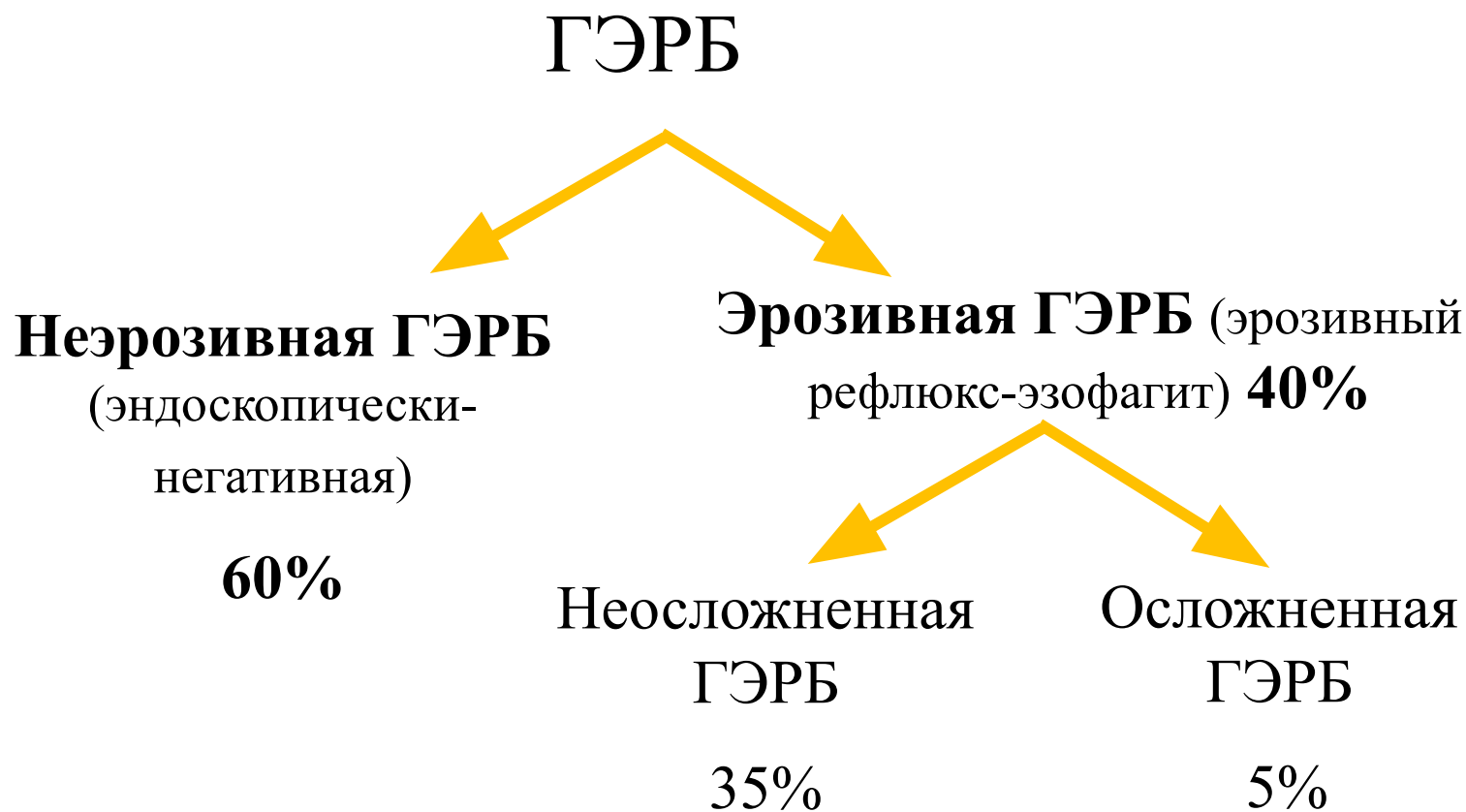
### Вероятно связанные с ГЭРБ

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

# Почему возникает патологический гастроэзофагеальный рефлюкс?

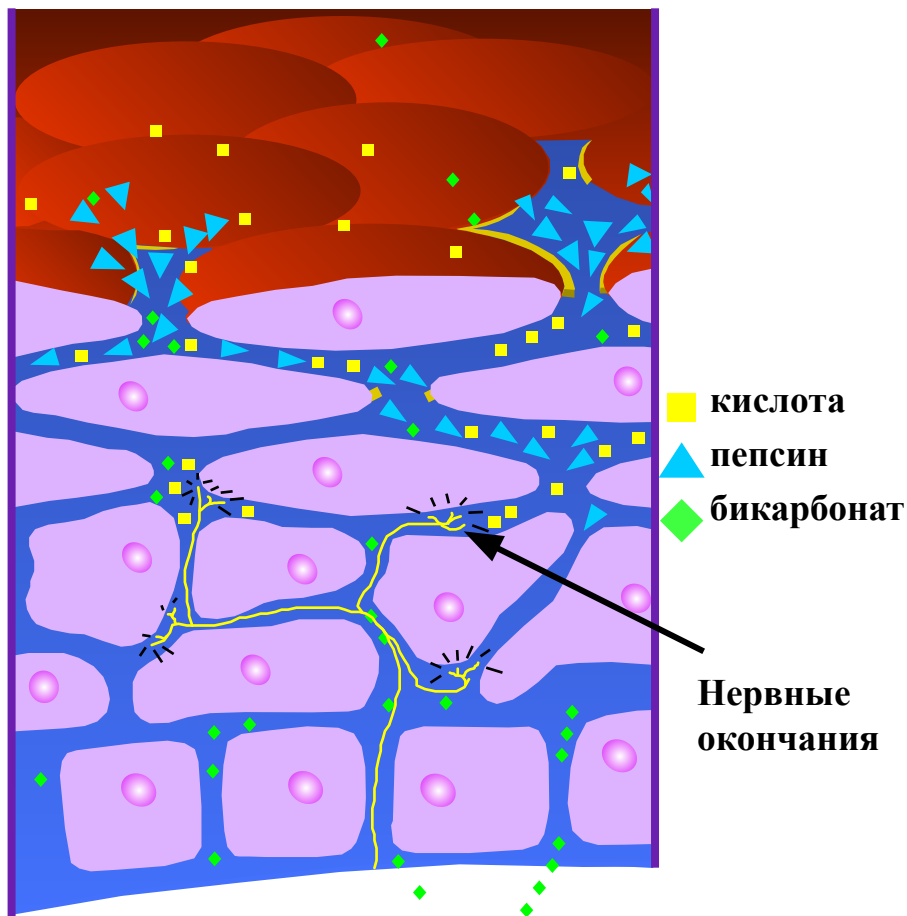


# Классификация ГЭРБ

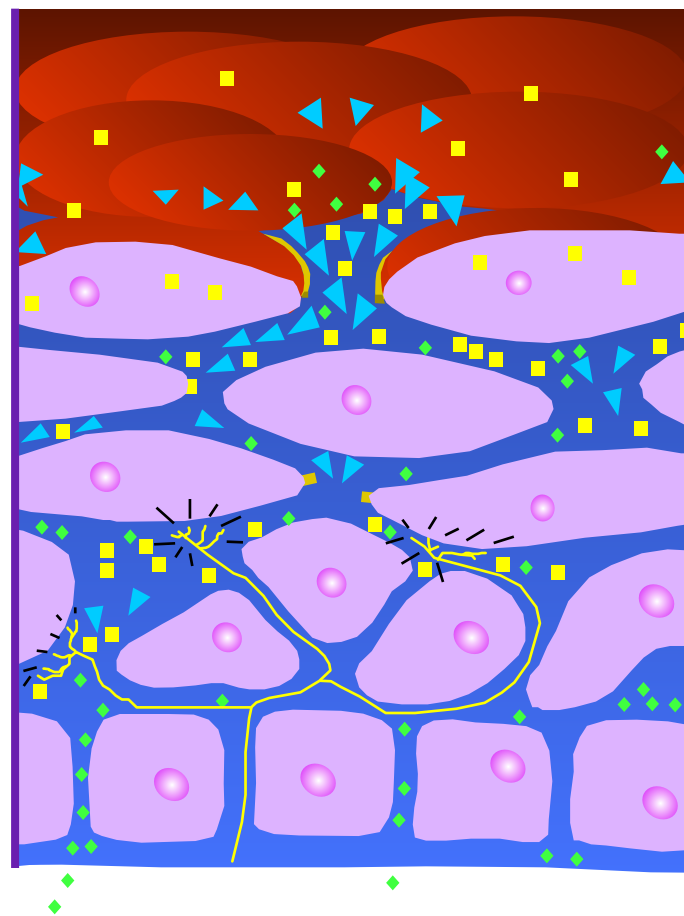


# Рефлюкс кислоты и пепсина вызывает повреждение клеток и изжогу

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<sup>1</sup>



**Пищевод Баррета и аденокарцинома пищевода – осложнения ГЭРБ<sup>2</sup>**

**Риск развития аденокарциномы пищевода возрастает с увеличением частоты и продолжительности изжоги<sup>2</sup>**

1. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность) под ред. В.И. Чиссова. 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<sup>1</sup>  
(в частности, путем заполнения опросника<sup>1</sup>)
- Изжога и регургитация – характерные проявления типичного синдрома рефлюкса<sup>1</sup>

По результатам исследования ARIADNA с участием 18706 человек в России, изжогу испытывают **59,5%** пациентов, среди них часто и постоянно – **22,7%** человек<sup>2</sup>

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)

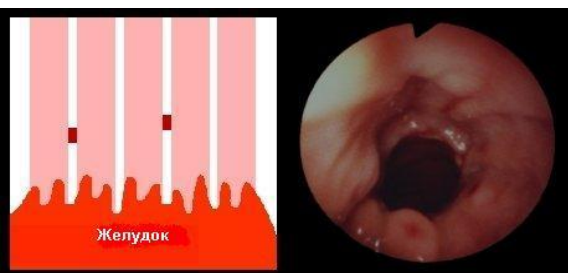
Перевод термина «регургитация» на русский  
язык: срыгивание пищи, кислая отрыжка

# Диагностика ГЭРБ

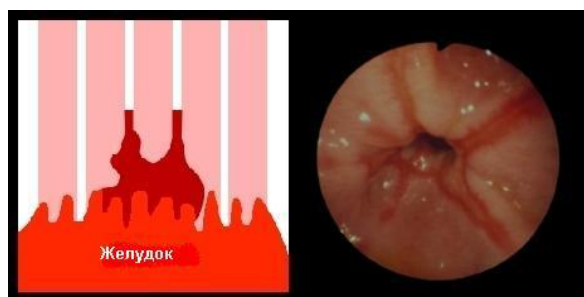
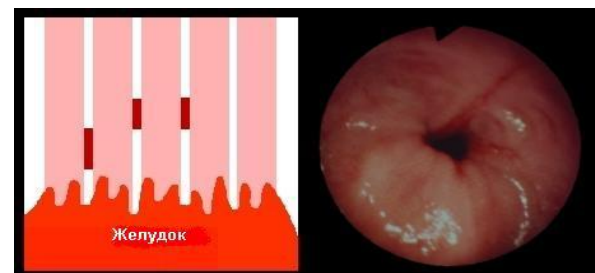
- **Изучение симптомов** (изжога, регургитация)
- Выявление изменений слизистой оболочки пищевода при **эзофагогастродуоденоскопии**
- Подтверждение связи симптомов с ГЭР (24-часовой **рефлюкс-мониторинг**):
  - ✓ Внутрипищеводный pH-мониторинг
  - ✓ Комбинированный многоканальный внутрипросветный импеданс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

# Лос-Анджелесская эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагита

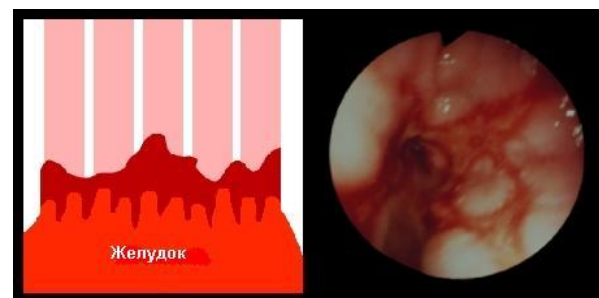
**А степень** - повреждения слизистой оболочки, ограниченные ее одной складкой; длина каждого не превышает 5 мм



**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

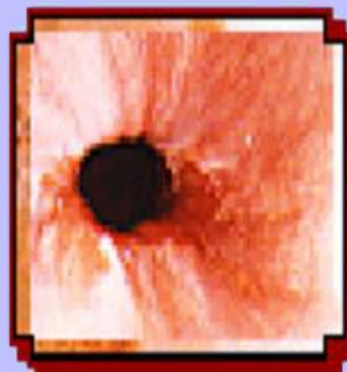
# Диагностика ЭРБ



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

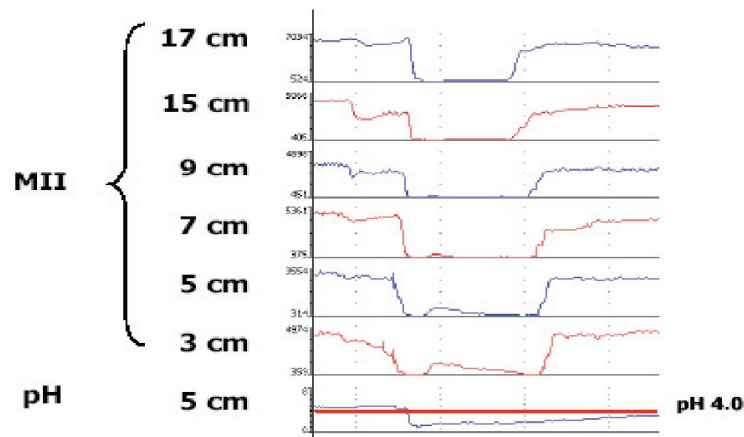
Воспроизводимость 84-93%

Специфичность 96%

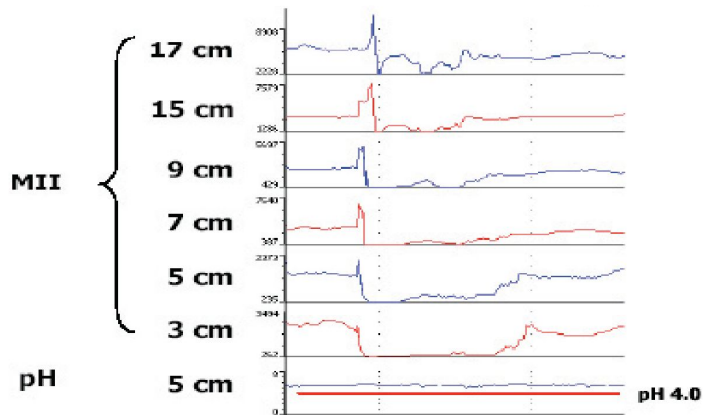
Mattox HE, Richter JE, 1990; Wiener et al., 1988

- 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

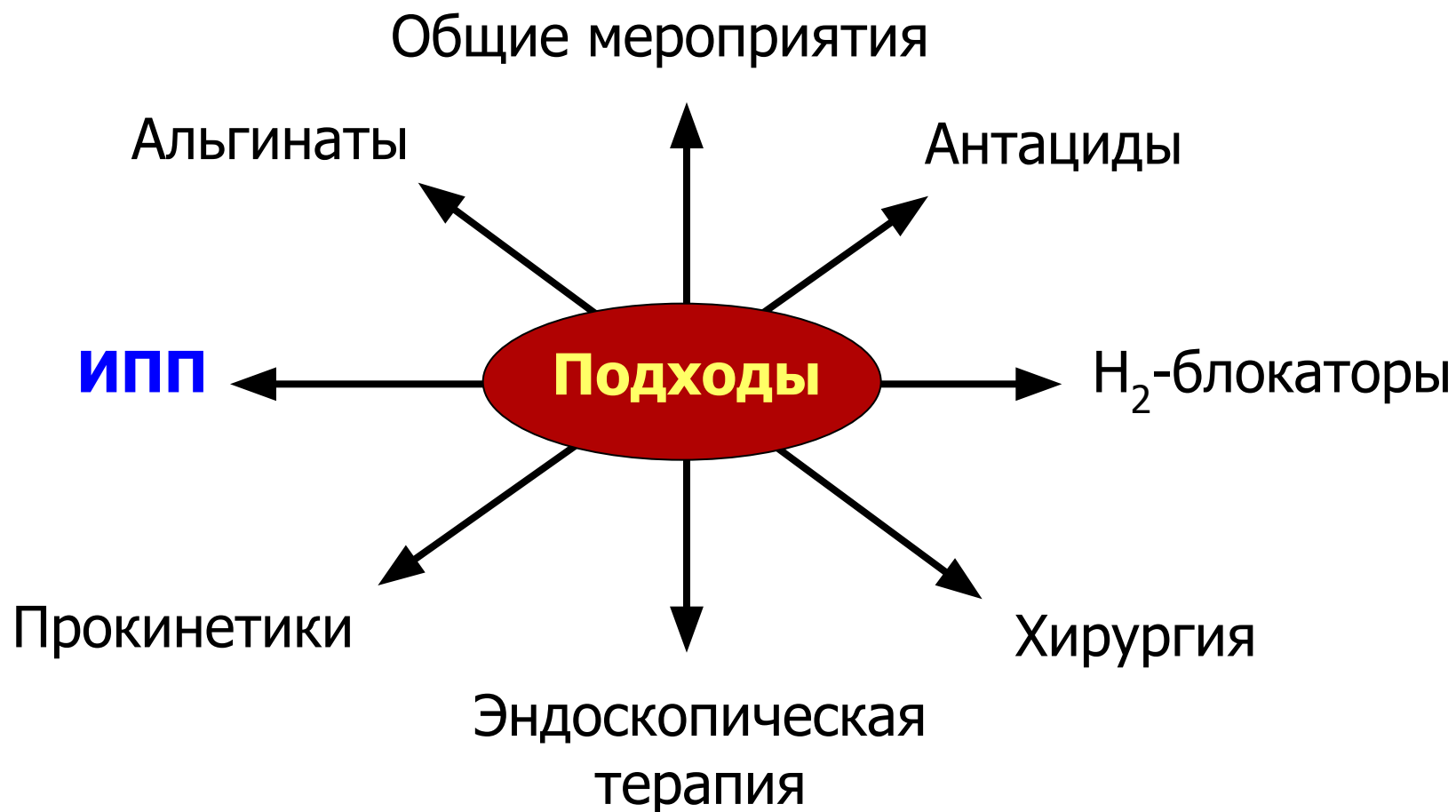
# Цели терапии ГЭРБ

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

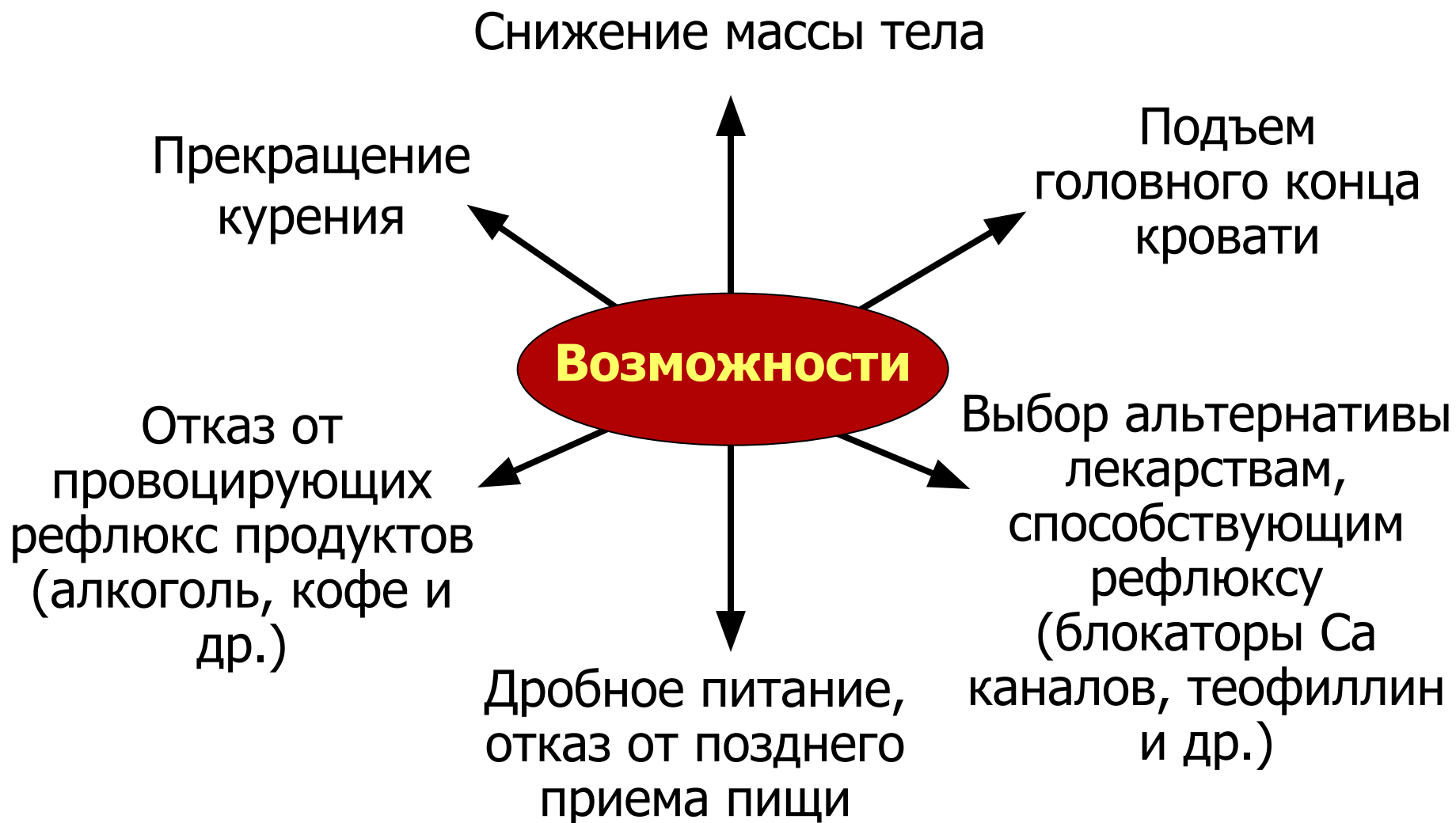


- Уменьшение объема и модификация состава рефлюктанта
  - Повышение антирефлюксной функции НПС
- Снижение градиента давления, направленного из желудка в пищевод
  - Усиление клиренса (очистки) пищевода
- Защита слизистой пищевода от повреждающего воздействия рефлюктанта

# 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 –  $\text{NaHCO}_3$ );
- магния окись (жженая магнезия);
- магния карбонат основной – смесь  $\text{Mg}(\text{OH})_2$ ,  $4\text{MgCO}_3$ ,  $\text{H}_2\text{O}$ ;
- кальция карбонат основной –  $\text{CaCO}_3$ ;
- 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     | Bi  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|--------|-----|
| Нейтрализующие                                                                                              | +++ | +  | ++/+++ | -   |
| Адсорбирующие                                                                                               | +   | +  | +++    | +   |
| Обволакивающие                                                                                              | -   | -  | +      | -   |
| Вяжущие                                                                                                     | -   | -  | +      | +++ |
| Цитопртективное                                                                                             | -   | -  | +++    | +   |
| <b>Примечание:</b> - 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 pH 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

гидроокись алюминия

400 мг

гидроокись магния

400 мг



## Суспензия в пакетиках по 15 мл №30

гидроокись алюминия  
525 мг

гидроокись

магния

600 мг

## Суспензия во флаконах по 250 мл

# Механизмы действия Маалокса

Сбалансированная комбинация

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

# Кислотонейтрализующая активность Маалокса

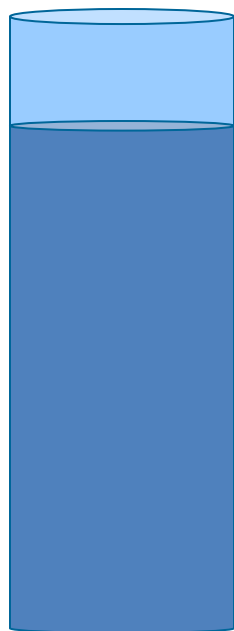
---

**КНС Маалокса существенно выше, чем у Альмагеля**

**КНС на 15 мл суспензии**

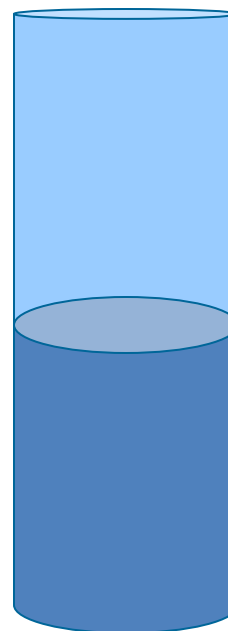
**Маалокс**

**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*

# $H_2$ - блокаторы

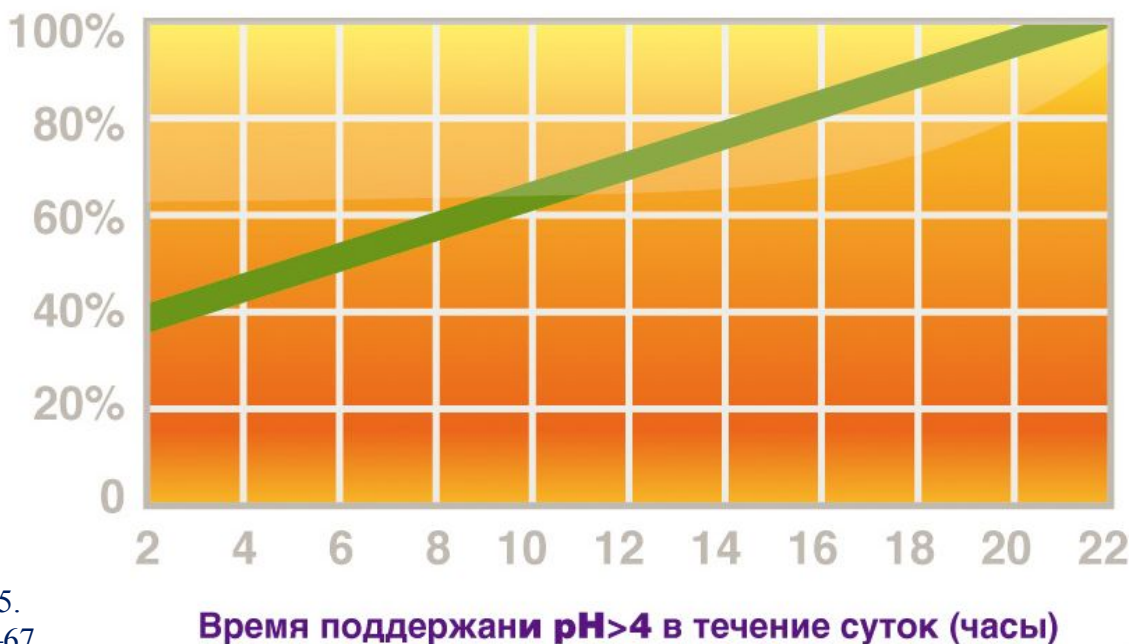
- Неполный контроль желудочной секреции
  - Уступают ИПП при ГЭРБ и лечении НПВП-гастропатий
  - Не используются в эрадикационных схемах
- Возможен феномен «рикошета» при отмене
- Эффективность у курящих пациентов снижена

# Для купирования симптомов ГЭРБ и профилактики осложнений необходим эффективный контроль кислотообразования

*Согласно правилу Белла – ключом к сокращению симптомов <sup>1</sup> и заживлению рефлюкс-эзофагита <sup>2</sup> является поддержание уровня интрагастрального **pH>4***

**Чем дольше уровень pH удерживается выше 4, тем больше пациентов выздоравливают в течение 8 недель** <sup>2</sup>

**Пациенты с полным заживлением эрозий через 8 нед.**



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

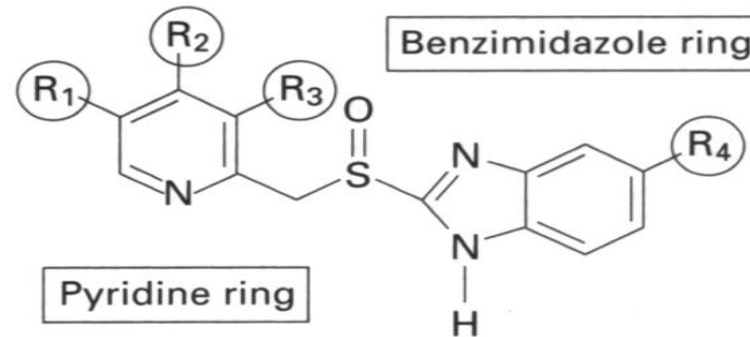
Заживление  
рефлюкс-эзофагита

Профилактика  
осложнений ГЭРБ



Нормализация самочувствия и качества жизни

# Ингибиторы протонной

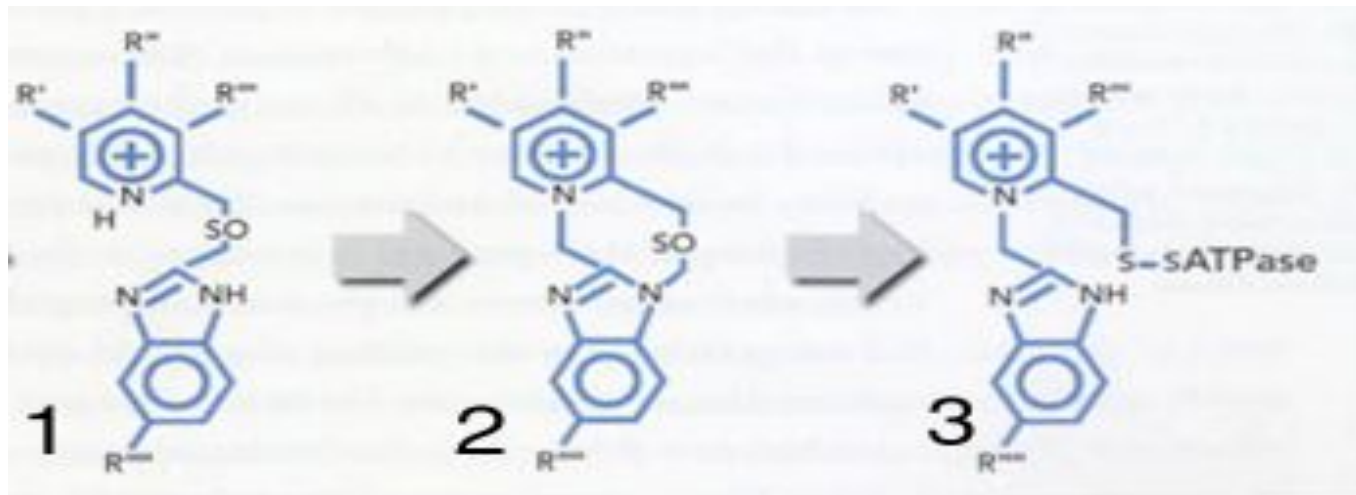


|              | R <sub>1</sub>  | R <sub>2</sub>                                                    | R <sub>3</sub>   | R <sub>4</sub>    |
|--------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| Omeprazole   | CH <sub>3</sub> | OCH <sub>3</sub>                                                  | CH <sub>3</sub>  | OCH <sub>3</sub>  |
| Pantoprazole | H               | OCH <sub>3</sub>                                                  | OCH <sub>3</sub> | OCHF <sub>3</sub> |
| Lansoprazole | H               | OCH <sub>2</sub> CF <sub>3</sub>                                  | CH <sub>3</sub>  | H                 |
| Rabeprazole  | H               | OCH <sub>2</sub> CH <sub>2</sub> CH <sub>2</sub> OCH <sub>3</sub> | CH <sub>3</sub>  | 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.

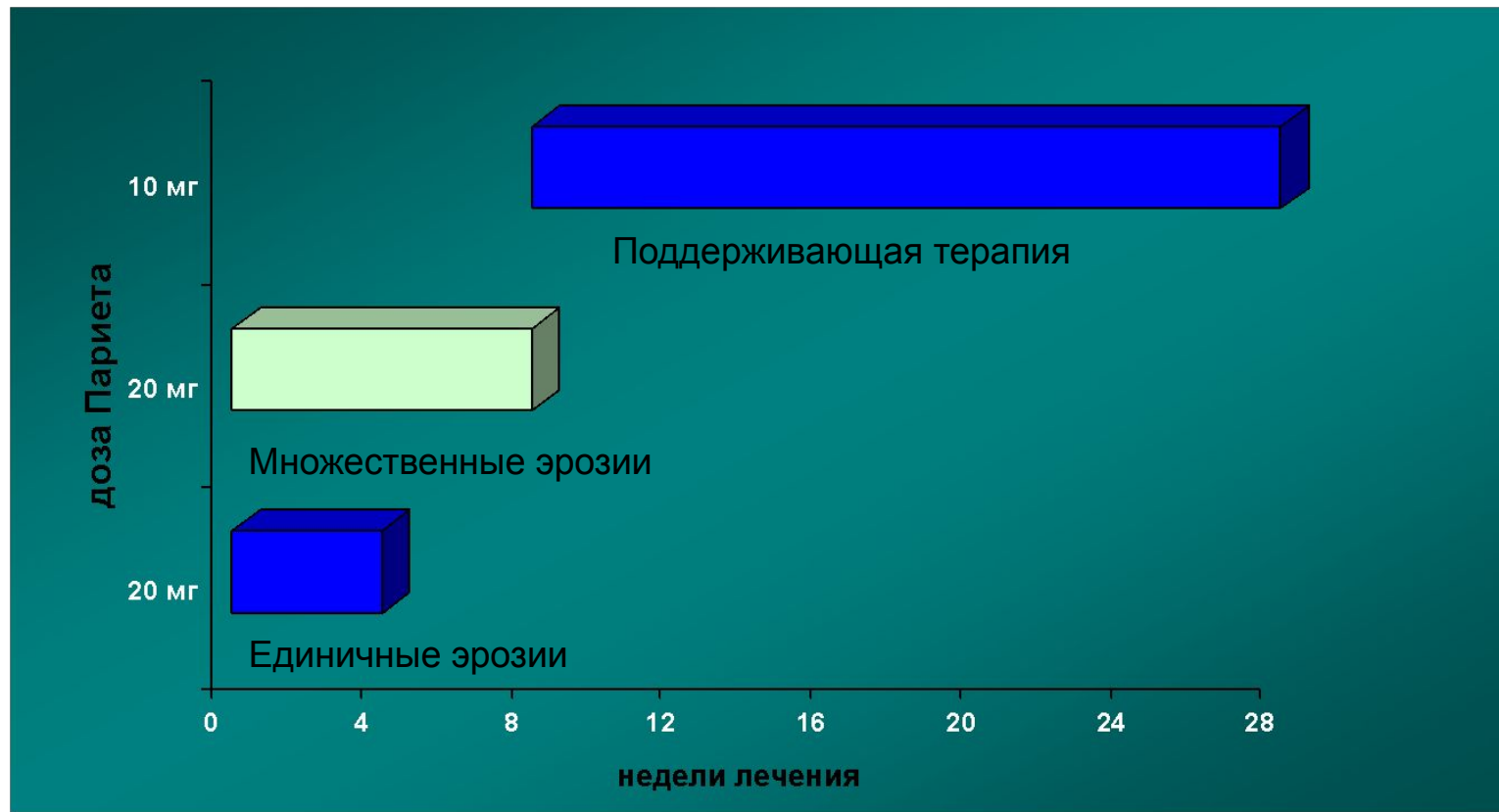
# Различия между ИПП

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

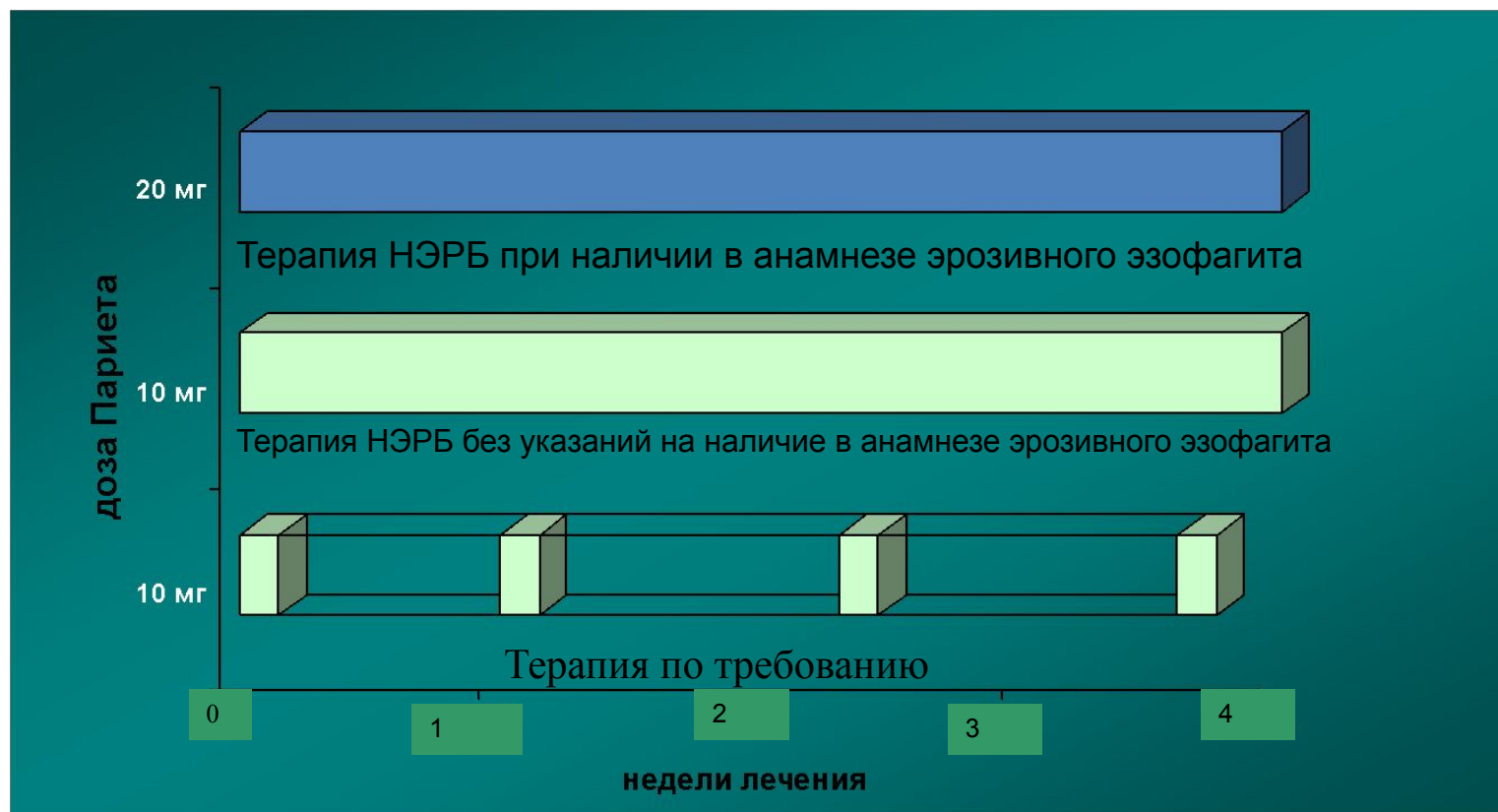
# STEP UP или STEP DOWN?



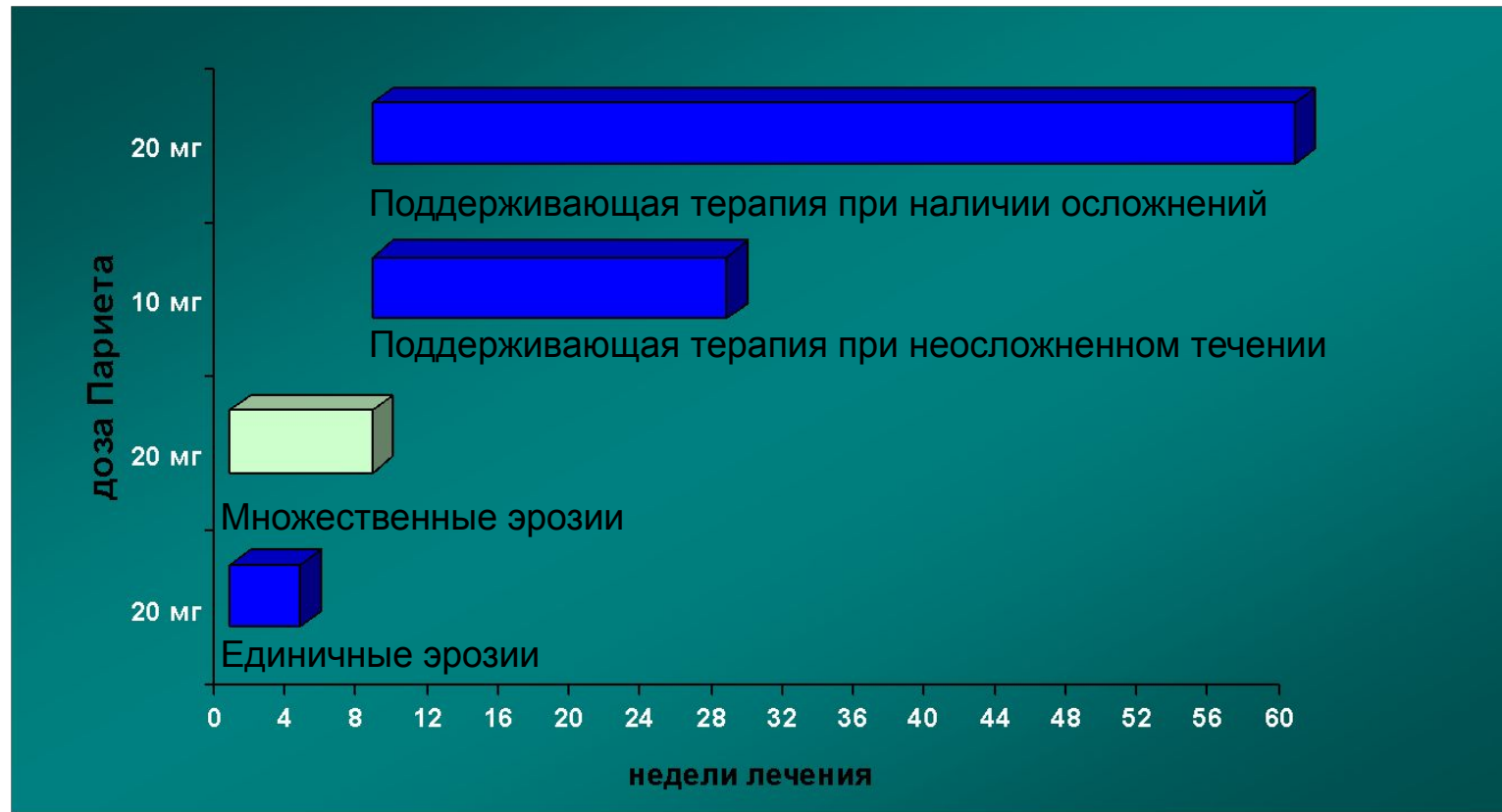
# ✓ Рекомендации РГА по лечению эрозивного эзофагита



# ✓ 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%

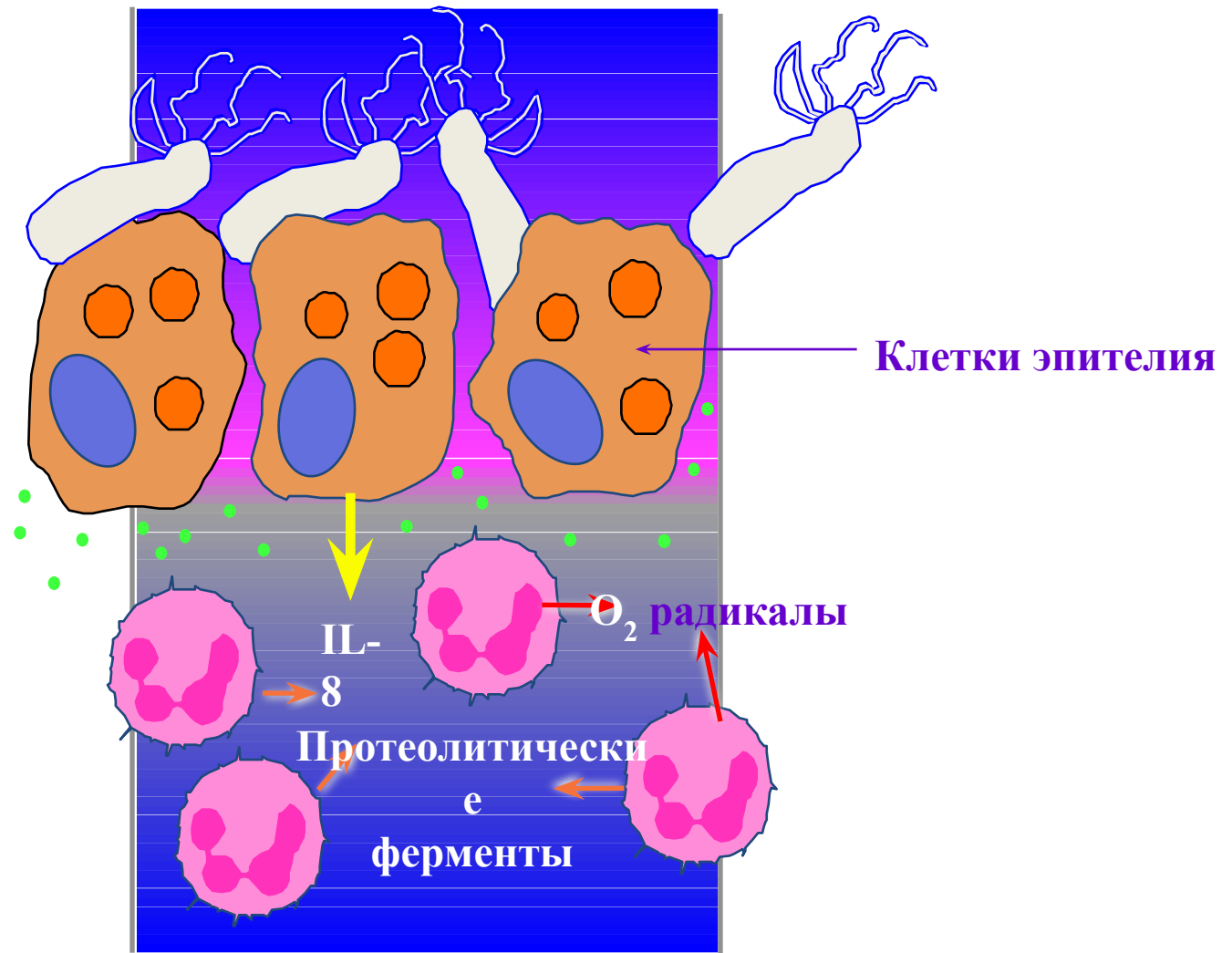
# Язвенная болезнь: этиология и патогенез

- 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)

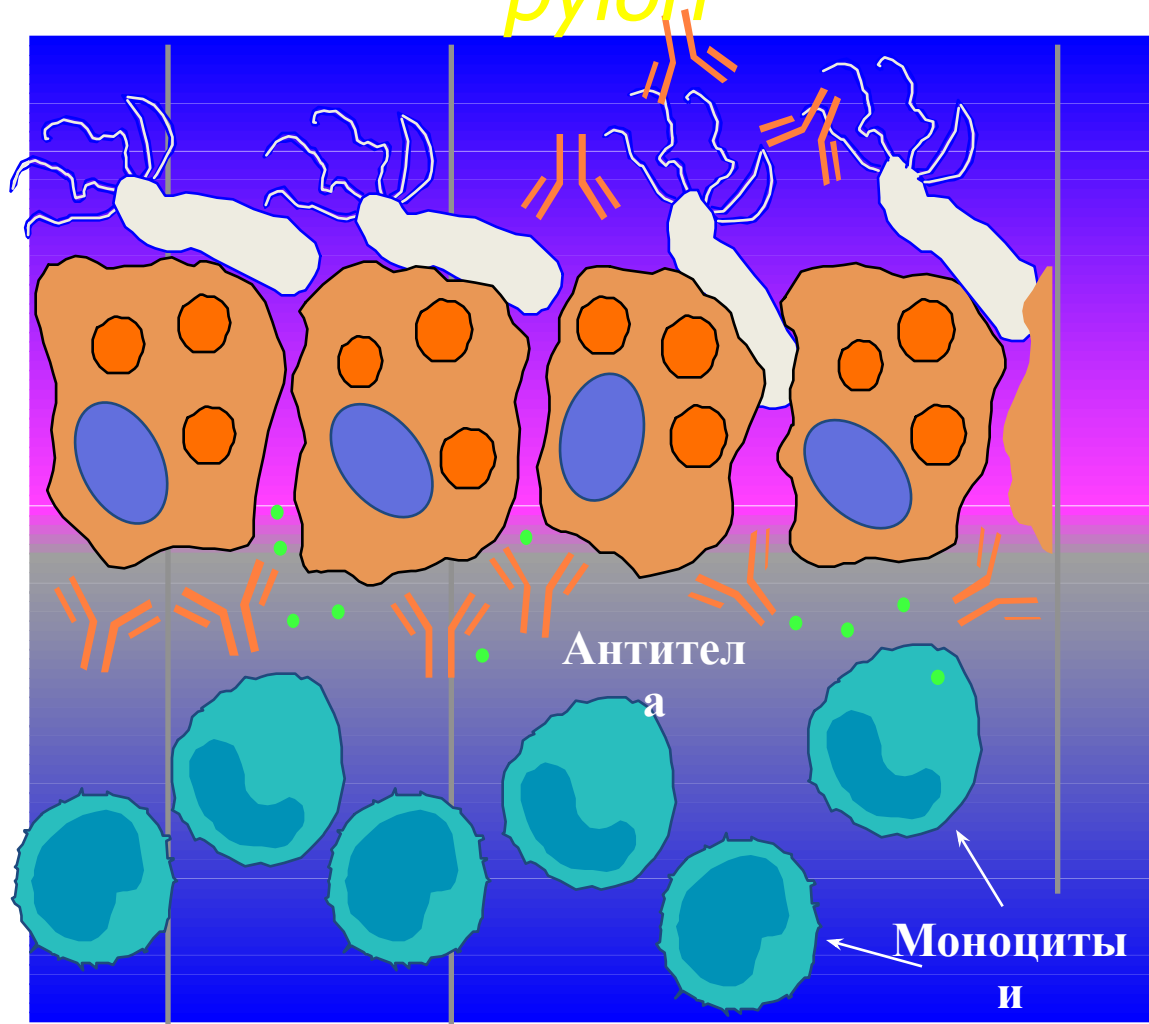
# Язвенная болезнь: этиология и патогенез

- 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 КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ 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 Нр

---

- Кларитромицин
- Амоксициллин
- Метронидазол
- Тетрациклин
- Левофloxсацин
- 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)**

# Эрадикационная терапия. ЛИНИЯ №1

---

**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