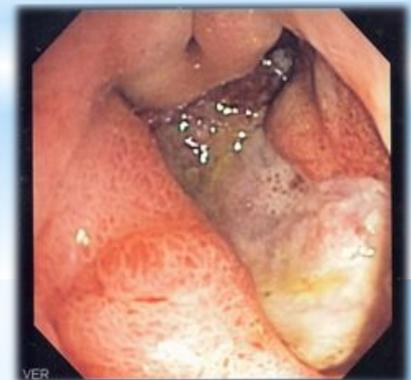


ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА



* Язвенная болезнь желудка - это хроническое заболевание, склонное к рецидивированию, характеризующееся образованием язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка. Это заболевание относится к наиболее частым поражениям органов желудочно-кишечного тракта. Частота язвенной болезни от 8-10% среди взрослого населения планеты. Чаще всего язвенная болезнь желудка встречается у мужчин среднего и пожилого возраста.

* В настоящее время *Helicobacter pylori* (HP) рассматривается как один из основных факторов, обуславливающих формирование эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.





* **Helicobacter pylori**

- * Спиралевидная грамотрицательная бактерия, которая инфицирует различные области желудка и двенадцатиперстной кишки. Многие случаи язв желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритов, дуоденитов, рака желудка и, возможно, некоторые случаи лимфом желудка этиологически связаны с инфекцией *Helicobacter pylori*. Однако у большинства (до 90 %) инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживаются никаких симптомов заболеваний.



ЛЕЧЕНИЕ

Основные цели терапии при ЯБ:

- Быстрое купирование боли и диспепсических явлений
- Ускорение заживления язвы
- Предупреждение осложнений и рецидивирования язвы
- стремление к полному излечению язвы



Лечебный режим

первый этап противо-язвенного лечения, особенно при впервые выявленной язве лучше проводить в стационаре.

Лечебное питание

Диету № 1а и 1б назначают в фазе обострения на 2-3 дня, после чего переводят на диету № 1, которая стимулирует процессы репарации слизистой оболочки, предупреждает развитие запора, восстанавливает аппетит.

Цель – механическое, термическое и химическое щажение слизистой. Еда дается в вареном, но не протертом виде 5-6 раз в день. В рацион включают белый черствый хлеб, супы из круп, овощей, хорошо разваренные каши, картофельное пюре, птичье мясо.

Существует мнение, что назначение столов 1, 1а и 1б подходит только лицам с осложненной язвой.



*Фармакотерапия.
Основные группы
противоязвенных препаратов.*

1. Антациды

(нейтрализуют и связывают хлористо-водородную кислоту, инактивируют пепсин, нормализуют моторно-эвакуаторные расстройства, имеют вяжущий, обволакивающий эффект).

Алмагель – во флак, прием 1-2 ч.л. 4 раза в день за 30 мин. до еды, фосфалюгель в пакетиках по 16 г, прием 1-2 пакет. С небольшим количеством воды за 30 мин. до еды, маалокс, висмут, натрия гидрокарбонат).



2. Антихолинергические средства:

- неселективные (группа атропина)
- селективные М-холинолитики

пирензепин (гастроцепин – таб. по 25 и 50 мг, амп. – 2 мл в/м) и телензепин.

3. Локально действующие средства

коллоидный субцитрат висмута

(де-нол – таб. по 120 мг, гастро-норм – таб. по 120 мг) и сукральфат (антепсин, вентер).

Коллоидный висмут является единственным а/б препаратом, действующим на Н.Р. *in vitro* и *in vivo*.

Недостатки – частый прием, окрашивание кала в черный цвет, тошнота.

4. Простагландины

(мизопростол- энпростил, сайтотек)

Преимущество у злостных курильщиков, алкоголиков и невосприимчивых к лечению Н₂гистаминоблокаторами).



5. H₂-гистаминоблокаторы (подавляют базальную кислотную секрецию)

– циметидин, фамотидин- квамател таб. по 20 и 40 мг, амп. по 20 мг, ранитидин – таб. по 150 мг утром после еды и 150 мг-300 мг вечером перед сном, низатидин – аксид таб по 150 мг 2 р в день или 300 мг н/н, роксатидин – таб. по 75 мг н/н.

6. Блокаторы протонной помпы

– тормозят как базальную, так и стимулированную секрецию хлористо-водородной кислоты. Омепразол таб. по 20 мг, пантопразол (контролок), применяется в дозе 20-60 мг/день.

Поскольку известно, что у 95% больных дуоденальные язвы ассоциированы с инфекцией Н.Р., после эндоскопической верификации дуоденальной язвы лечение проводят антикислотными и антибактериальными средствами – тройная терапия.



Маастрихтские консенсусы (соглашения)

Для выработки оптимальных подходов к диагностике и лечению *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний в 1987 году была создана Европейская группа по изучению *Helicobacter*, которая периодически публикует рекомендации, называемые Маастрихтскими консенсусами или «Маастрихтами». Каждый следующий «Маастрихт» является обновлением предыдущего. Были опубликованы следующие «Маастрихты»:

- «Маастрихт-I» — в 1997 году (согласительная конференция состоялась в 1996 году в Маастрихте)
- «Маастрихт-II» — в 2000 году
- «Маастрихт-III» — в 2005 году (конференция «Маастрихт-III» состоялась в 2005 году во Флоренции)
- «Маастрихт-IV» — в 2012 году (конференция «Маастрихт-IV» состоялась в 2010 году во Флоренции).

В них определяются показания к эрадикационной терапии и тактика ее проведения. Предлагается два варианта трехкомпонентной терапии и квадротерапия.

КОГО ЛЕЧИТЬ?

Абсолютные («строго рекомендованные») показания к эрадикации *H. pylori*:

- Язва двенадцатиперстной кишки или желудка в стадии обострения (активная) или нет, включая осложненную язвенную болезнь
- MALT-лимфома
- Атрофический гастрит
- Состояние после резекции по поводу рака
- Наличие родственников первой степени родства, больных раком желудка
- Желание пациента (после подробной консультации с его врачом)



Эрадикационная терапия “первой линии” (трехкомпонентная терапия) *	ИПП ** 2 раза в день. Кларитромицин 500 мг 2 раза в день. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (или метронидазол 500 мг 2 раза в день)
Эрадикационная терапия “второй линии” (квадротерапия) *	Коллоидный субцитрат/субсалицилат висмута 120 мг 4 раза в день. ИПП ** 2 раза в день. Тетрациклин 500 мг 4 раза в день. Метронидазол 500 мг 2 раза в день

* Минимальная продолжительность лечения – 7 дней. ** Омепразол – 20 м г, лансопразол – 30 м г, пантопразол – 40 м г, рабепразол – 20 м г, эзомепразол – 20 м г.

Лечение после двух неэффективных курсов терапии требует определения чувствительности к антибиотикам.

Критерии излечения от ЯБ 12-перстной кишки.

*Под излечением от ЯБ понимают стойкую клиникоэндоскопическую ремиссию (в течение не менее 1 года) при отсутствии клинических признаков воспаления и колонизации *H. P.* в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.*

Причины неудачного лечения ЯБ

- Неполная эрадикация или реинфекция *H.P.*
- Резистентность штаммов *H.P.* к а/б терапии
- Ранее не распознанная рефлюксная болезнь при зарубцевавшейся язве.
- Неполное выполнение программы лечения из-за побочных эффектов или недисциплинированности больного.
- Сопутствующая терапия НПВС по другим показаниям.
- Появление дуод. язвы с иным патогенезом.

Наблюдение после лечения

После эрадикации *H. pylori* требуется выполнения дыхательного теста с мочевиной, а при невозможности - лабораторного stool-теста, желательно с использованием моноклональных антител, не ранее, чем через 4 недели после окончания эрадикационной терапии.

*Разработаны рекомендации Маастрихт-4 (2010) они были доложены на XXIV Международном семинаре по изучению роли *Helicobacter* и родственных бактерий в развитии хронического воспаления пищеварительного тракта и рака желудка в сентябре 2011 г. Четвертые Маастрихтские рекомендации расширили показания к проведению эрадикационной терапии, определили методы диагностики *H. pylori* и стратегию терапии в зависимости от резистентности *H. pylori* к кларитромицину. К имевшимся показаниям для проведения эрадикационной терапии (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, МALTома, атрофический гастрит, состояние после резекции желудка по поводу рака, ближайшие родственники больных раком желудка) добавились ***идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, идиопатическая железодефицитная анемия, В12-дефицитная анемия.***

Лечение язвы желудка

Диагностические шаги – эндоскопия с биопсией (для решения вопроса о доброкачественности язвы). Курация отличается в зависимости от наличия или отсутствия Н.Р.

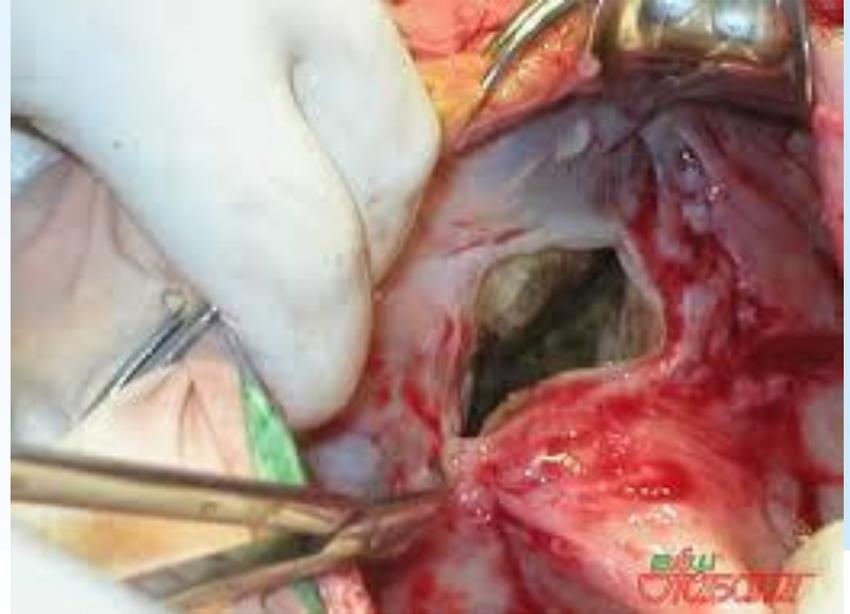
Доброкачественная НР- Позитивная язва		Доброкачественная НР негативная язва (лекарственная, б-знь Крона)
1-недельная тройная терапия		8-недельная терапия контролоком
ФЭГДС с множ. биопсией ч/з 8 нед., СЛО-тест, цитология		ФЭГДС, если язва не зажила, повторить биопсию с цитологией
Язва зажила, НР отсутствует	Язва зажила, НР имеются	4-недельное лечение Н2- гистаминоблокаторами
Лечение не требуется	1-нед. тройная или четверная терапия	ФЭГДС
	Дых. тест через 4 нед. положит.	Решение вопроса об операции
	Длительная антисекреторная терапия	

ВИДЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ

Виды терапии	Показания к назначению
<p>Длительная поддерживающая терапия</p> <p>3-год. при дуоден. и</p> <p>2-год. при медиогастр. язве прием</p> <p>н/н 150 мг</p> <p>ранитидина</p> <p>или 20-40 мг</p> <p>контролока за завтраком</p>	<p>Неэффективное лечение НР-инфекции, осложненное течение пептических язв, сопутствующий рефлюкс-эзофагит или рефлюкс-гастрит, наличие сопутствующих заболеваний требующих приема ульцерогенных препаратов, грубые рубцовые изменения, злостные курильщики</p>
<p>Терапия по требованию</p>	<p>Назначается при появлении первых симптомов без диагн. эндоскопии ранее эффективными препаратами в теч. 3-4 дней в полной дозе, затем 2 нед. - в половинной дозе</p>
<p>Прерывистая терапия</p>	<p>По эндоскопическим показаниям (наличие открытой язвы)</p>
<p>Терапия по выходным дням</p>	<p>Поддерживающие дозы антисекреторного препарата принимаются в пятницу, субботу и воскресенье</p>

Если язва желудка заживает, но дыхательный тест остается положительным, то с целью предупреждения рецидивов проводят один из представленных видов противорецидивной терапии.

*Если в течение
3-х мес. язва
желудка не
заживает,
решается
вопрос о
хирургическом
лечении язвы.*



Спасибо за внимание)

