

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной КИШКИ

**Лектор : к.м.н, доцент кафедры
Зинчук Людмила Ивановна**

Эпидемиология язвенной болезни желудка и ДПК

- Относится к наиболее частым заболеваниям (от 5 до 15%, в среднем 7-10% взрослого населения) - 2 место после ИБС^{1,2}.
- В РФ заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составила 157,6 на 100.000 населения¹.
- Пик заболеваемости 35-40 лет³.
- Распространённость язвы ДПК в 15-20 раз выше по сравнению с язвенной болезнью желудка³.

1. Скворцов В.В., Одинцов В.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Медицинский алфавит. Больница. - 2010 г. - № 4. С. 13-17.

2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей). - М. – 2004.

3. Фирсова Л.Д., Машарова А.А., Бордин Д.С., Янова О.Б. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки // – М: Планида. – 2011. – 52 С.

Язвенная болезнь - определение

- 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: заболевание, опасное своими осложнениями

- За последние годы доля больных с впервые выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в России возросла с 18% до 26%¹.
- Под диспансерным наблюдением находится около 3 млн. человек¹.
- Прием НПВП повышает риск развития
 - эрозивно-язвенных поражений слизистой в 3-5 раз^{2,3}
 - кровотечений и перфораций в 8 раз^{2,3}
- Затраты на лечение ЖК кровотечений в США составляют 750 млн \$ / год⁴



1. Ивашкин В.Т. Место антацидов в современной терапии язвенной болезни /В.Т.Ивашкин, Е.К. Баранская, О.С.Шифрин и др. //Российский медицинский журнал. 2002. - Т.4, № 2. - С.42-46.
2. Langman et al JAMA 1999;282:1929-1933; 3. Silverstein et al Ann Intern Med. 1995;123:241-249.

Желудочно-кишечные кровотечения

- Частота осложнений язвенной болезни в России за последние 30 лет, несмотря на внедрение H₂-блокаторов, ИПП, эрадикации НР, не изменилась¹⁻³
- Частота кровотечений из верхних отделов ЖКТ составляет 30–150 случаев на 100,000 взрослых людей в год, и в большинстве случаев они приводят к госпитализации^{4,5}
- 68% случаев составляют люди старше 60 лет, а 27% – в возрасте более 80 лет⁵.
- Смертность от ЯК продолжает оставаться высокой (5-10%, до 15%)^{1,3}



1. Цуканов В.В. и соавт., Тер. архив, 2007, №2, с.15-18.
2. Чернооков А.И. и соавт, РЖГК, 2008, №.5, пр. № 32, с.156.
3. Островский А.Г. и соавт, ЭиКГ, 2008, №.1, пр. № 1, с.200-203.
4. В.К. Гостищев, М.А. Евсеев. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 384с.
5. Alan N. Barkun Ann Intern Med. 2010;152:101-113

Этиопатогенетическая классификация ЯБ

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК (первичная)

а) *H.pylori*-зависимая форма (ЯБДПК -90%, ЯБЖ – 70%)

б) *H.pylori*-независимая форма

2. Симптоматические (вторичные) язвы

а) стрессовые (80%)

б) эндокринные

в) при сердечно–сосудистых заболеваниях (у 10–30%)

г) токсические

д) медикаментозные

Исторические постулаты патогенеза язвенной болезни

«БЕЗ КИСЛОТЫ НЕ БЫВАЕТ ЯЗВЫ»

K. SCHWARTZ (1910)

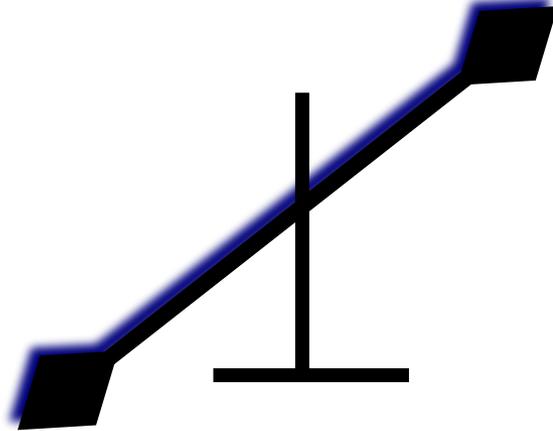
«НЕТ *H.pylori* – НЕТ ЯЗВЫ»

D.Y. GRAHAM (1989)

«НЕТ *H.pylori* – НЕТ Нр-АССОЦИИРОВАННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ»

G.N.J. TYTGAT (1995)

НЕТ ЯЗВЫ



ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ

- СЕКРЕЦИЯ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЛИЗИ
- ПРОДУКЦИЯ БИКАРБОНАТОВ
- РЕГЕНЕРАЦИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК
- КРОВОТОК В СОЖ
- СИНТЕЗ ПРОСТАГЛАНДИНОВ

ЯЗВА

ФАКТОРЫ АГРЕССИИ

- ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ
- ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ПЕПСИНА
- НАРУШЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ МОТОРИКИ
- *Helicobacter pylori*
- ПРЯМОЕ ТРАВМАТИЗИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПИЩИ

Helicobacter pylori

грамотрицательные неспорообразующие аэрофильные бактерии спиралевидной формы



толщина
0,5-1,0
МКМ

длина
2,5-3,5
МКМ

2-6
мономерн
ых
жгутиков

благоприятные условия
для жизни бактерий:
температура 37° С
влажность 98%
уровень рН-среды 4,0-6,0

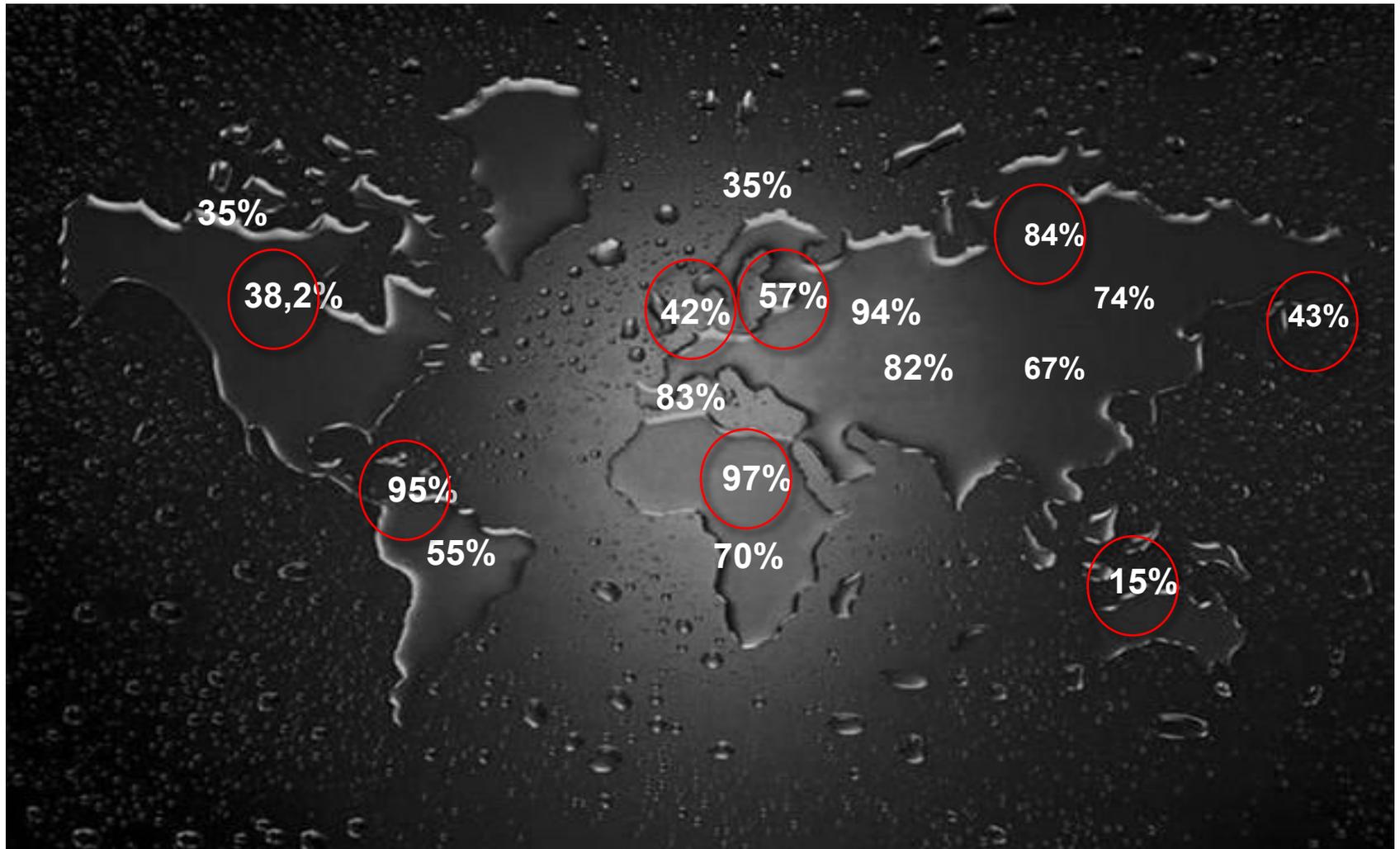
ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ

больной человек

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

фекально-оральный,
орально-оральный,
ятрогенный

Распространенность *H.pylori* в мире у взрослых



Ford A.C., Axon A.T. // *Helicobacter*. 2010; 15 (Suppl. 1): 1-6.

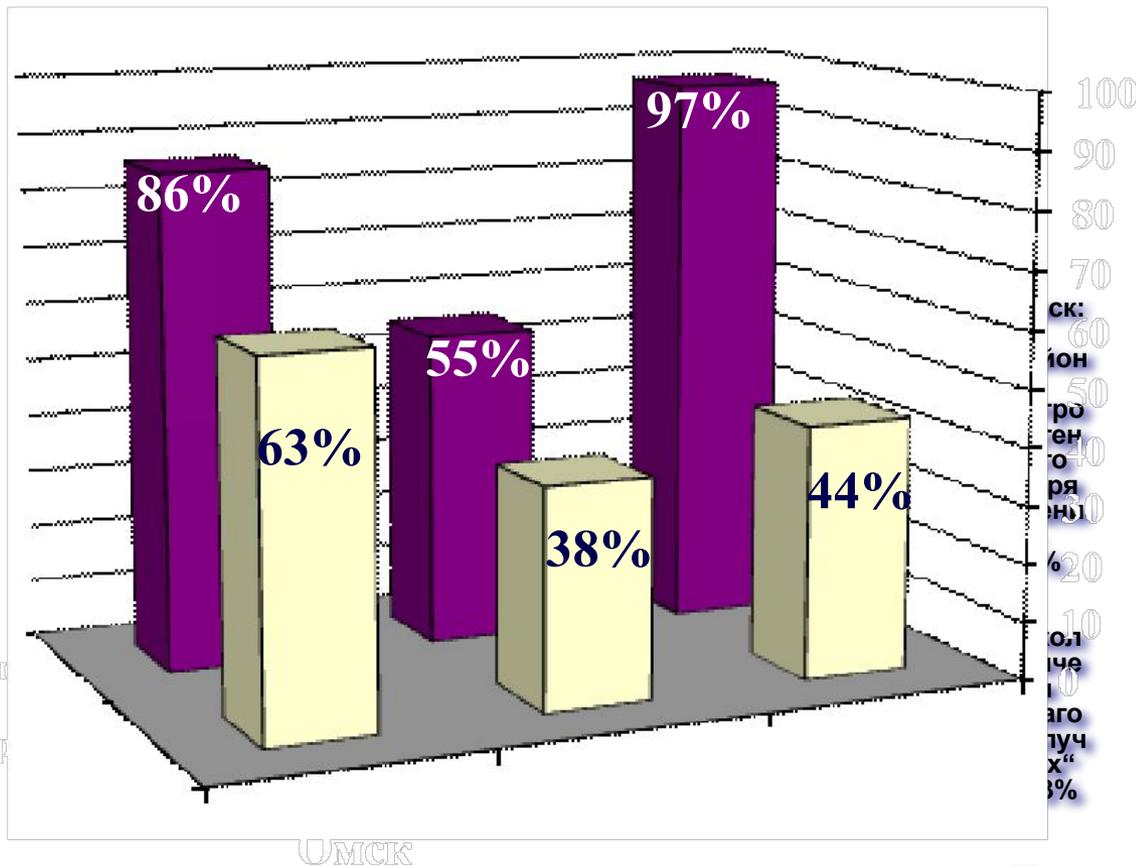
Распространение инфекции *H. pylori* в России

Взрослое население крупных городов (%)



экологически неблагоприятные районы

экологически благоприятные районы

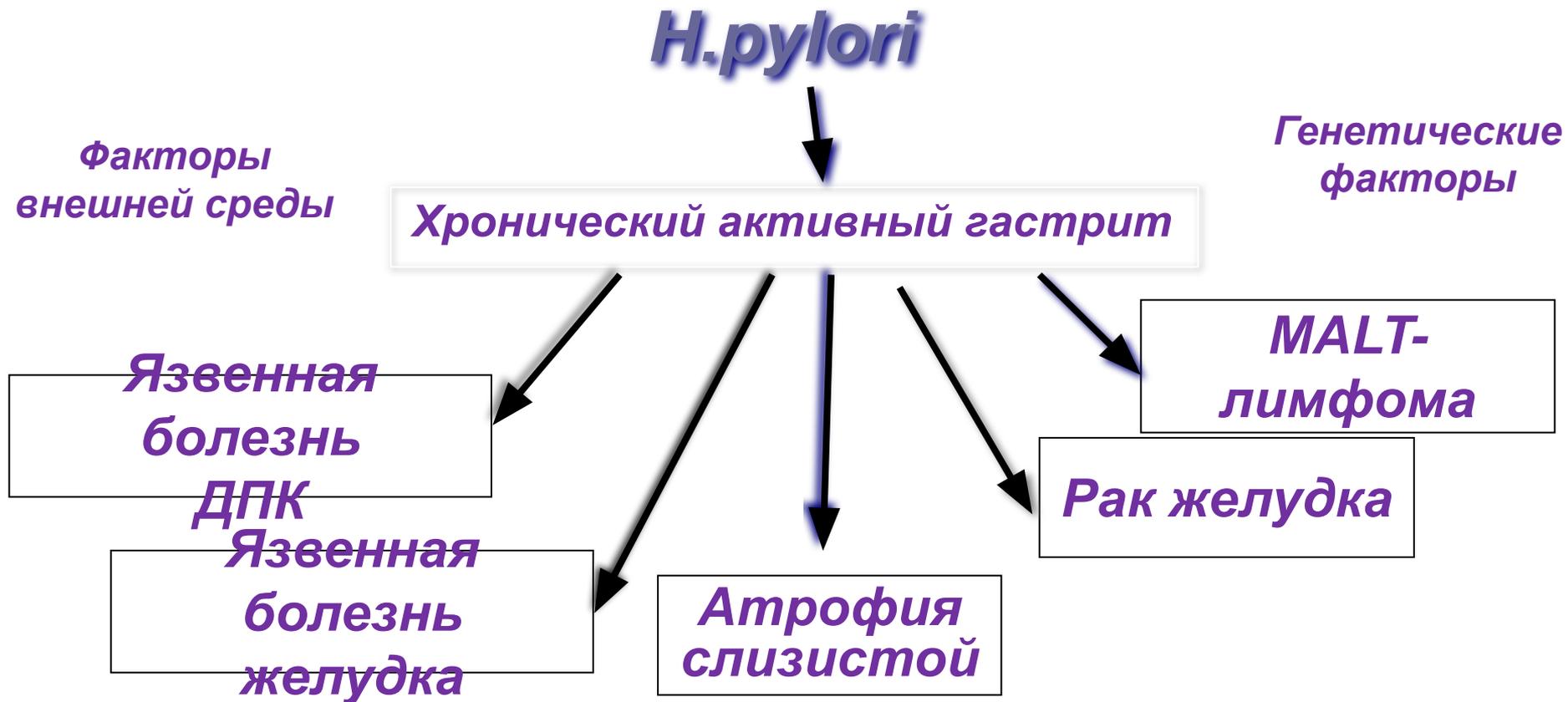


Омск

• Минск

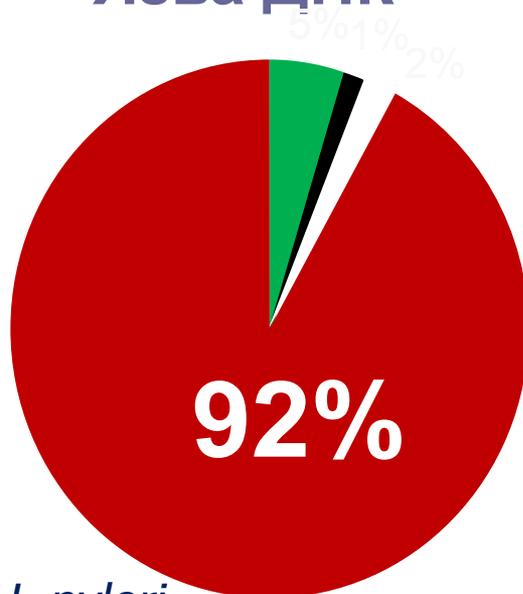
Владивосток

Роль инфекции *H.pylori* является ведущей в развитии целого ряда гастроэнтерологических заболеваний

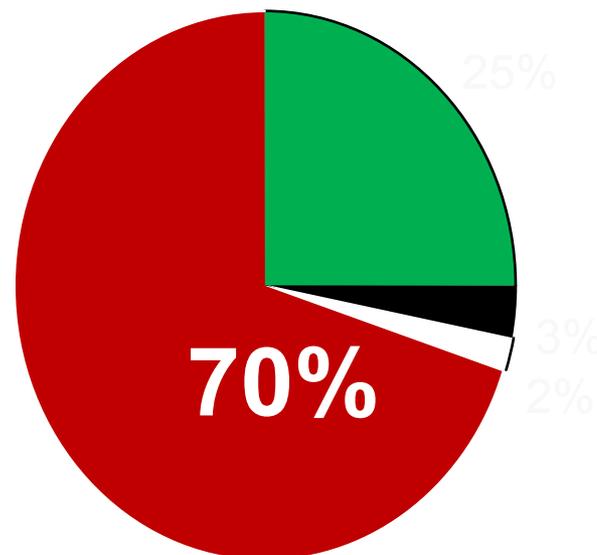


Helicobacter pylori: ведущий этиологический фактор язвенной болезни желудка и ДПК

Язва ДПК

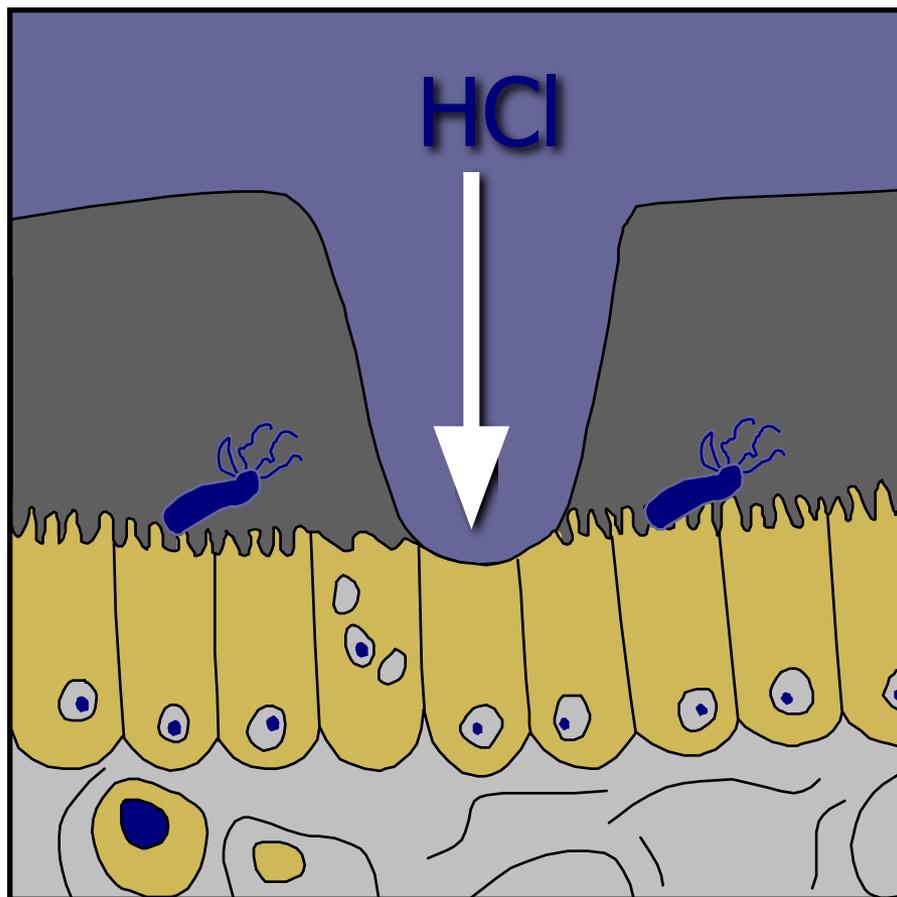


Язва желудка



-  *H. pylori*
-  НПВС
-  Синдром Золлингера-Эллисона
-  Другое

Роль инфекции *H. pylori* и соляной кислоты в патогенезе язвенной болезни

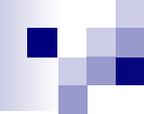


Диагностика инфекции *H. pylori*

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

Диагностика инфекции *H. pylori*

- Неинвазивные методы
 - Дыхательный тест (13/14 C-мочевина)
 - Серологический (Ig A, Ig G)
 - ПЦР в фекалиях
 - ИФА антигена *H.p.* в кале



Эрозивно-язвенные
поражения, вызванные
нестероидными
противовоспалительными
средствами (НПВП)

Побочные эффекты и осложнения НПВП

- НПВП-гастропатия
- 30-40%- диспептические явления
- 10-20%- эрозивно- язвенные поражения
- 2-5%- кровотечения и перфорация

Механизм поражения:

- Действие препарата как органической кислоты на слизистую оболочку

 Ингибирование ЦОГ-1 (преимущественное поражение)

Гастротоксичность возникает при любом пути введения НПВП

Факторы риска поражения ЖКТ, связанные с приемом НПВП

- Основные:
 - Женщины
 - Возраст старше 60 (65) лет
 - Семейный язвенный анамнез
 - Прием прямых и непрямых антикоагулянтов
 - Прием АСК в низких дозах
 - Большие дозы или одновременный прием двух и более НПВП
 - Длительный курс НПВП



- **Дополнительные:**

- Прием ГК, ИД
- Инфекция НР
- Курение
- Злоупотребление алкоголем
- Сопутствующие тяжелые заболевания (ССС и др.)

Поражение желудка НПВП

- Поражение желудка:
протекает в 3 стадии:
 - торможение синтеза простагландинов (ПГ) в слизистой оболочке
 - уменьшение опосредованное ПГ выработки защитной слизи и бикарбонатов
 - появление эрозий и язв, которые могут осложняться кровотечением, перфорацией.

Клинические проявления поражения желудка

- Диспептические: тошнота, рвота, чувство тяжести; боли в эпигастральной области.
- Повреждения чаще возникают в антральном или препилорическом отделе. У 60% пациентов, особенно у пожилых людей, клинические проявления отсутствуют (DS ЭГДФС). Это объясняется анальгезирующим эффектом НПВП. У этой группы больных, особенно пожилых пациентов, диагноз устанавливается только эндоскопически.

Поражение желудка НПВП

- По мере старения риск гастропатии возрастает на 4% в год. У пожилых имеется склонность к быстрому возникновению (в течение первых 30 дней) гастропатии, а также осложнений (перфораций и кровотечений). В настоящее время частота эрозивно-язвенных поражений НПВП превышает таковые у пациентов гастроэнтерологического профиля.

Поражение желудка НПВП

- У многих пациентов с диспептическими жалобами повреждения слизистой отсутствуют.
- Лица, длительно получающие НПВП, особенно пожилого возраста и не имеющие признаков поражения ЖКТ, обязательно рассматриваются как группа повышенного риска развития осложнений (кровотечения, анемия). У них проводится особенно тщательный эндоскопический контроль (ЭГДФС). Наибольшей гастротоксичностью отличаются:
 - аспирин
 - индометацин
 - пироксикам
 - кетопрофен

Особенности язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста

- Преобладающая локализация в пилородуоденальной зоне
- Менее выражен болевой синдром
- В клинической картине преобладают диспепсические явления (снижение аппетита, похудание, запоры и т.д.)
- Удлинение сроков рубцевания
- Часты осложнения (перфорация, кровотечение)

Особенности язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста

- Возможные сочетанные поражения желудка и ДПК, которые характеризуются:

-  Нарастанием интенсивности и распространенности болевого синдрома

-  Двухфазным характером болей (к поздним болям присоединяются ранние)

Особенности язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста

- Усилением диспепсических расстройств
- Удлинением периодов обострений
- Большой частотой осложнений

Чаще язвы возникают последовательно: вначале дуоденальные, затем желудочные

«Поздняя» язвенная болезнь

- Возникает у лиц старше 60л нередко на фоне предшествующего гастрита или перенесенной ЯБ.
- Течение болезни прогрессирующее
- Периоды обострения длительные
- Выраженный болевой синдром
- Часты осложнения
- Язвы локализуются чаще в проксимальном отделе желудка (кардиальный, субкардиальныйотделы, тело желудка)
- Преобладают язвы больших размеров (от 0,5-1 см до 2-3см)
- Глубина язв преобладает над площадью поражения.

«Старческие» язвы (в развитии язв значительную роль играют нарушения на уровне микро- и макроциркуляторного русла)

- Чаще возникают у лиц с атеросклерозом, недостаточностью кровообращения.
- Острое начало болезни.
- Короткий анамнез.
- Умеренно выраженный болевой синдром.
- Преобладание диспепсических расстройств над болевым синдромом

«Старческие» язвы

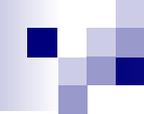
- Основная локализация – малая кривизна на уровне тела, антрального отдела.
- Язвы чаще одиночные, плоские. Больших размеров (площадь поражения превышает глубину)
- Выраженное снижение кислотообразующей функции
- Быстрое заживление, нередко, без видимых рубцов
- Отсутствует склонность к малигнизации

Стрессовые язвы

- Причины:
 - обширные ожоги
 - поражение ЦНС
 - оперативные вмешательства, особенно в условиях искусственной гипотермии
 - инфаркт миокарда
 - острые инфекции
 - сепсис

Течение болезни малосимптомное или бессимптомное

Первым признаком болезни нередко являются осложнения.



Хеликобактер пилори и рак желудка

Каскад Correa

H.P.
штамм
Cag A+



Атрофический
гастрит



Генетические
особенности
человека



Кишечная
метаплазия



Дисплазия



Рак

Факторы риска рака желудка

- Соль(с 2007г признана фактором риска)
- Азотистые соединения- нитраты: овощи, мясо, сыры(72%)
- Проф.вредности 25%
- Табачный дым 2%
- Ожирение: ИМТ >30 повышает риск рака в 2,3 раза
- Вирус Эпштейна- Барра: 5-10% рака связано с вирусом(чаще у мужчин поражается кардиальный отдел)

Факторы риска рака желудка

- Алкоголь в больших количествах
- Низкий социально-экономический статус(чаще развиваются дистальные раки)
- Операции на желудке: через 18-20 лет возможно развитие рака. Операция по Бильрот-2 хуже Бильрот-1 вследствие заброса желчи

Факторы риска рака желудка

- В12-дефицитная анемия риск увеличивается в 7 раз
- Аденоматозные полипы желудка
- Другие факторы риска: лекарства, парфюмерные изделия

Факторы риска рака желудка

- **H.p.** – ведущий фактор риска(он устраним)
- H.p. –штаммы Cag A + (цитотоксиноссоциированный ген)
- Бактерия впрыскивает этот антиген в клетку хозяина

Мутации в генах, определяющих наследственные факторы риска приводят к :

- Перестройке эпителия по кишечному типу
- Стимуляции избыточного деления клеток
- Утрате контроля за репарацией
- Отсутствию или снижению защиты(Р-53)-
Не погибают и не устраняются повреждением клеток

Группы риска включает лиц со следующими заболеваниями:

- Атрофический гастрит
- Кишечная метаплазия
- ЯБЖ
- Полипы
- Болезнь Менетрие
- Резецированный желудок
- Высокая степень риска – первые два типа морфологических изменений
- Эндоскопический контроль 1 раз в 3 года

***H. PYLORI* И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДКА: РОЛЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**

N.Uemura et al., 1996, 1997
**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ
РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА**
(n=132)



ЭРАДИКАЦИЯ *H.pylori*
(n=65)
ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЕ
НАБЛЮДЕНИЕ:
**РЕЦИДИВОВ РАКА
НЕТ**



**БЕЗ ЭРАДИКАЦИИ
*H.pylori***
(n=67)
ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЕ
НАБЛЮДЕНИЕ:
РЕЦИДИВЫ РАКА 9%

Методы исследования

- Хромозэндоскопия
- Узкоспектральная эндоскопия
- Аутофлюоресцентная эндоскопия
- Биопсия(минимум 4 биоптата + из измененных участков желудка)

Эррадикация позволяет стабилизировать процесс. Регрессия вероятно только в фундальном отделе. Метаплазия регрессии не подвергается.

Главный принцип терапии язвенной болезни, ассоциированной с *H.pylori*

эрадикация

Порог эрадикации, рекомендованный
Маастрихтским соглашением - не менее 80%

Роль ИПП в лечении язвенной болезни, ассоциированной с *H.pylori*

- Увеличивают стабильность и продолжительность действия антибиотиков
- Создают благоприятные условия к делению *H.pylori*, когда бактерия становится наиболее восприимчивой к действию антибиотиков
- Уменьшают общий объем секрета
 - повышение концентрации антибиотиков в желудочном соке
 - уменьшение толщины слизи на поверхности эпителия

Тройная эрадикационная терапия

- ИПП(оригинальный)
- Кларитромицин (клацид)
- Флемоксин-солютаб (амоксициллин)

Курс 7-10 -14 дней.

Маахстрхт 4 рекомендует 10-дневный курс.

Квадротерапия

- ИПП(оригинальный)
- Де-нол 240 мг 2 раза
- Тетрациклин 0,5 г 4 раза
- Фуразолидон 0,2 г 2 раза

ИПП в эрадикации

В России имеется 5 классов ИПП.

Препараты первого поколения (рацематы)

1 – омепразол (лосек, лосекс МАПС)

2- ланзопразол (оригинального нет)

3- пантопразол (контролок)

4 – рабепразол (париет)

Препараты второго поколения (изомеры)

5 – эзомепразол (нексиум0)

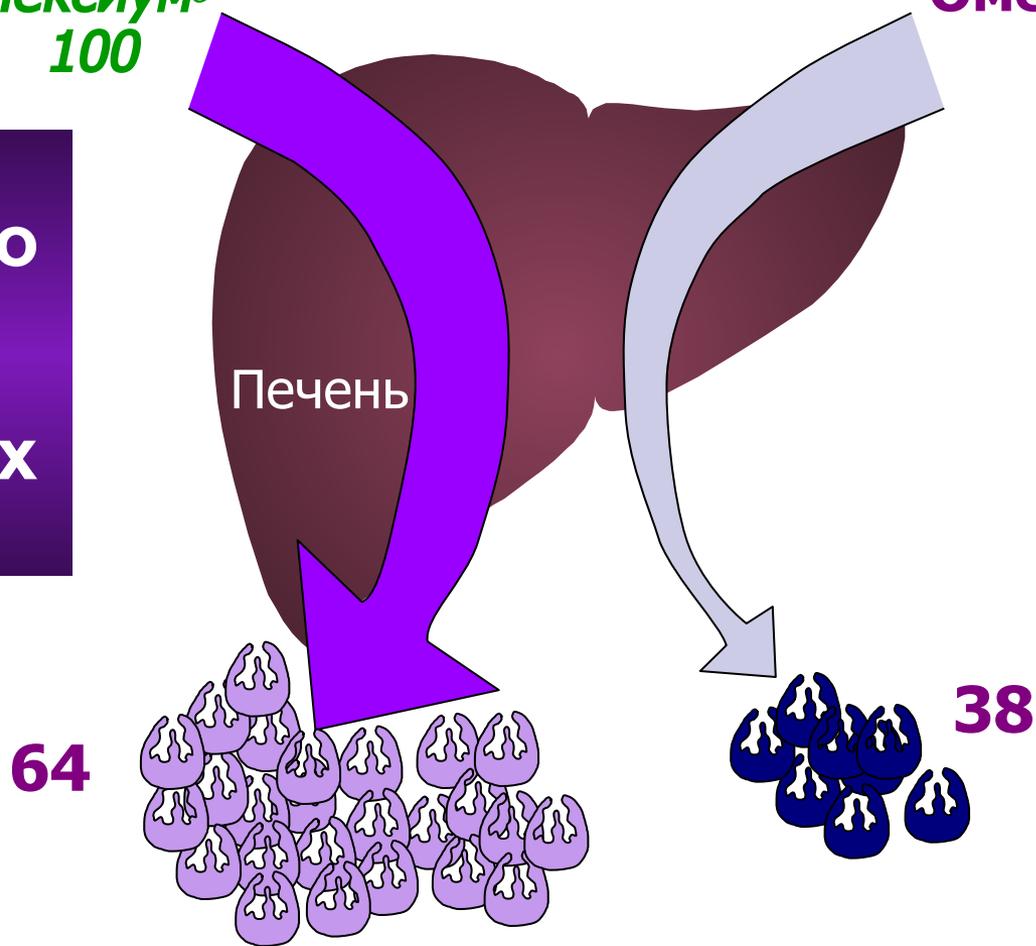
Почему? Нексиум®

Преимущества метаболизма

Нексиум®
100

Омепразол
100

больше
действующего
вещества
достигает
париетальных
клеток



Лекарственная форма МАПС в действии



Капсула:

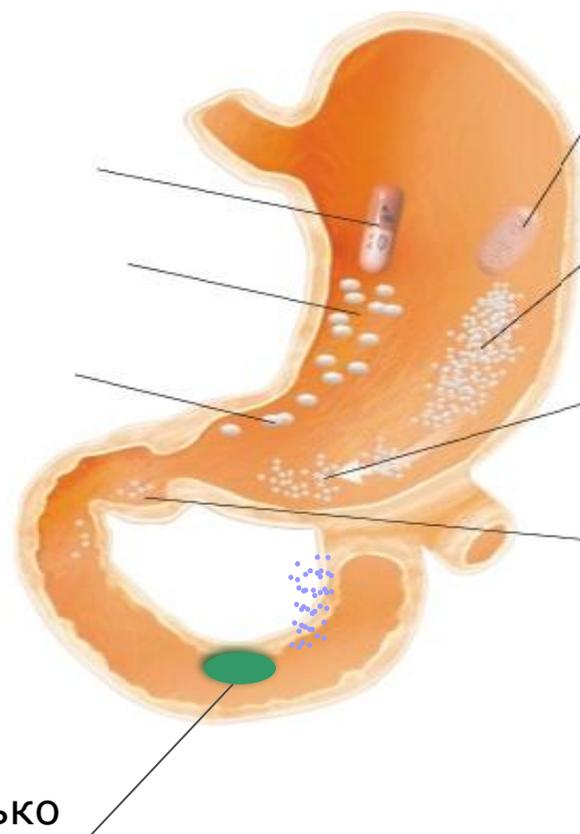
- Медленное растворение желатиновой капсулы
- Высвобождение 170 гранул активного вещества
- Транзит к месту абсорбции

Таблетка МАПС:

- **Быстрое** растворение таблетки в желудке
- **Высвобождение 1000 микрокапсул с активным веществом**
- **Эффективный** транспорт к месту абсорбции
- **Быстрая абсорбция**

Кишечнорастворимая таблетка:

Медленное растворение таблетки происходит только в ДПК



Нексиум- существенно более длительная антисекреторная активность среди ИПП

1. Величина площади под фармакокинетической прямой для эзомепразола на **70 %** выше, чем для омепразола .
2. Инактивация (биотрансформация) Нексума в печени происходит **в 3 раза медленнее** по сравнению с омепразолом. Это свойство обеспечивает длительное сохранение 2005:60:779-84
28,966-972 высоких концентраций вещества в плазме ²

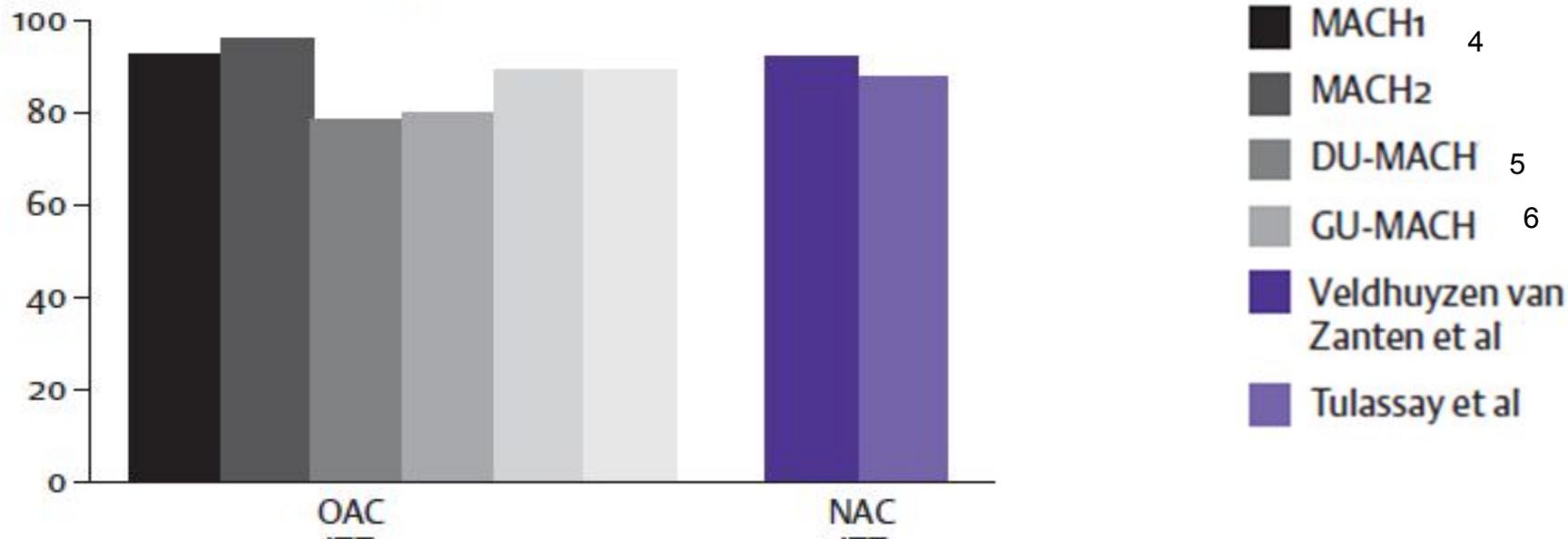
Нексиум обладает хорошим профилем безопасности.

Краткосрочный ^{1,2} и
длительный 6-12 месяцев ³⁻⁶
прием Нексиума хорошо
переносится пациентами с
ГЭРБ

1. Richter J, Kahrilas J, Johanson J, Maton P, Breiter J, Hwang C et al. Efficacy and safety of esomeprazole compared with omeprazole in GERD patients with erosive esophagitis: a randomized controlled trial. Am J Gastroenterol 2001; 96:656–65.
2. Kahrilas P, Falk G, Johnson D, Schmitt C, Collins D, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resolution as compared with omeprazole in reflux oesophagitis patients: a randomized controlled trial. The Esomeprazole Study Investigators. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:1249–58.
3. Gruntfeldt W. Risk-benefit assessment of omeprazole in the treatment of gastrointestinal disorders. Drug Saf 1994;10:66–82.

Высокая частота эрадикации *H. pylori*, достигаемая при использовании 7-дневной тройной терапии с Нексиумом, в сравнении со схемами с Омепразолом.

H. pylori eradication rate (%)



1. Lind T. et al. *Helicobacter* 1996;1:138–44.
2. Lind T. et al. *Gastroenterology* 1999;116:248–53.
3. Veldhuyzen van Zanten S. et al. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:289–95.
4. Malfertheiner P. et al. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:703–12.
5. Veldhuyzen van Zanten S et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:1605–11.
6. Tulassay Z. et al. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:1457–65.

Нексиум в составе тройной терапии позволяет достичь **эрадикации** *H.pylori* до 93% всего за 7 дней

n=405

Больные с
эффективной
эрадикацией
на 4-6 нед.
после
окончания
терапии, %

100
80
60
40
20
0

84-93% 85-93%

- Нексиум - тройная терапия, без дальнейшей монотерапии
- Омепразол – тройная терапия + 3 недели омепразола

Почему клацид?

- Препарат химически высоко очищен, имеет значительно примесей, чем дженерики.
- Препарат раньше начинает действовать и имеет большую продолжительность действия.
- Наполнители обеспечивают равномерное эффективное всасывание.
- Препарат имеет меньше побочных эффектов.

Почему Флемоксин-солютаб?

- Растворимая форма обеспечивает более эффективное всасывание (93% по сравнению с 70% у дженериков).
- Менее выражены побочные действия, реже бывают аллергические проявления.
- Препарат имеет хорошие органолептические свойства (первоначально создавался специально для детей).

Маастрихт 4
ноябрь 2010 г.

Флоренция

НР и экстрагастральные заболевания

- НР должна рассцениваться как важный фактор патогенеза и ее диагностика и эрадикация должна проводиться при:
 - ЖДА неустановленной этиологии
1 А, А
 - Идиопатической тромбоцитопении
3 В, А
 - Недостатке витамина В12,
3В, В

Эрадикация+ препараты Fe лучше контролируют Hb и ферритин (достоверно)

Диагностика НР

- Преимущество в первичной диагностике и контроле за результатами терапии отдается неинвазивным методам:
 - дыхательному тесту с мочевиной C 13
 - определению антигена в кале (ИФА)
- Контрольные исследования проводятся не ранее 4 недель после эрадикации.
- Если пациент получает ИПП, то исследование на выявление НР проводится не ранее, чем через 2 недели после отмены препарата.

- Какие схемы лечения первой линии рекомендованы в популяции с низкой распространенностью резистентности штаммов к кларитромицину:

1. Схемы на основе комбинации ИПП, кларитромицина и третьего антибиотика:
амоксициллин 1 гр 2 раза

метронидазол 500 мг 3 раза

левофлоксацин 250 мг 2 раза

Могут быть рекомендованы

A 1 a

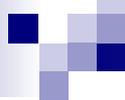
A- уровень рекомендаций

1 a- уровень доказательности

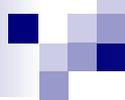
- Какова идеальная длительность тройной терапии на основе ИПП:
- Увеличение продолжительности тройной терапии ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней улучшают частоту эрадикации примерно на 5%, что следует иметь в виду

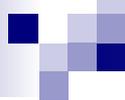
Уровень доказательности 1a,

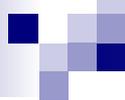
Уровень рекомендаций A

- 
- Какие схемы лечения первой линии рекомендованы при резистентности к кларитромицину?
 - Квадротерапия
 - Если препараты висмута недоступны, то может быть использована последовательная терапия или квадротерапия без висмута

- Последовательная терапия:
ИПП+АМО- 5 дней
ИПП+ кларитромицин+
метронидазол- 5 дней

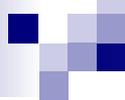
- 
- Какая схема лечения второй линии является наилучшей, если терапия первой линии оказалась неэффективной:
 - для популяции с низкой резистентностью к кларитромицину-квадротерапия
 - Для популяции с высокой резистентностью к кларитромицину-схема с левофлоксацином

- 
- Какие схемы лечения могут быть рекомендованы для лиц с аллергией к производным пенициллина:
 - Для популяции с низким уровнем резистентности к кларитромицину- тройная терапия
ИПП+КЛА+метронидазол
 - Для популяции с высоким уровнем резистентности- схема с левофлуксацином

- 
- Необходимо ли при неосложненной ЯБ назначать ИПП после курса эрадикации?
 - При неосложненной язве в ДПК прием ИПП после завершения курса эрадикационной терапии не рекомендуется
 - При ЯБ желудка или осложненной ЯБ ДПК пролонгация приема ИПП после эрадикации необходима

уровень доказательности 1 а

уровень рекомендаций А

- 
- Когда необходимо проводить эрадикацию НР при ЯБ, осложненной кровотечением?

Эрадикация должна быть начата, как только пациент начнет принимать пищу per os

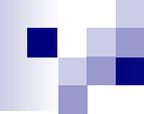
Кислота и функциональная диспепсия

Приложение 3

Эрадикация *H. pylori* – наилучший метод лечения функциональной диспепсии, поскольку приводит к исчезновению симптомов на длительное время у 1 из 12 инфицированных больных.

Уровень доказательности 1a

Степень обоснованности рекомендаций A



Приложение 4

H. pylori может вызывать как повышение, так и снижение секреции соляной кислоты в зависимости от характера поражения слизистой оболочки желудка.

Уровень доказательности 2b

Степень обоснованности рекомендаций В

Н. PУLORI И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Приложение 5

В среднем инфицированность *H. pylori* не влияет на тяжесть, рецидивирование симптомов и эффективность лечения.

Эрадикация *H. pylori* не вызывает обострения ГЭРБ и не снижает эффективность лечения.

Уровень доказательности 1a

Степень обоснованности рекомендаций A

Приложение 6

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о наличии отрицательной связи между распространенностью *H. pylori* и тяжестью ГЭРБ и заболеваемостью аденокарциномой пищевода.

Уровень доказательности 2a

Степень обоснованности рекомендаций B

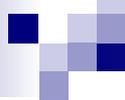
Н.РУЛОРИ, АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА И НПВП

Приложение 7

Геликобактерная инфекция повышает риск неосложненных и осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, принимающих НПВ или низкие дозы ацетилсалициловой кислоты.

Уровень доказательности 2a

Степень обоснованности рекомендаций B



Эрадикация *H. pylori* приводит к снижению риска неосложненных и осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с длительным приёмом НПВП или низких доз ацетилсалициловой кислоты.

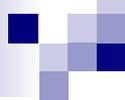
Уровень доказательности 1b

Степень обоснованности рекомендаций A

Приложение 8

Эрадикация *H. pylori* перед началом применения НПВП оказывает благоприятное действие. Она обязательна у пациентов с язвенной болезнью в анамнезе.

Уровень доказательности 1b
Степень обоснованности рекомендаций A



Однако проведение только эрадикации *H. pylori* не приводит к снижению частоты язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, уже получающих НПВП. Эти больные кроме эрадикационной терапии нуждаются в длительном применении ИПП.

Уровень доказательности 1b

Степень обоснованности рекомендаций A

Приложение 9

Пациентов с язвенной болезнью в анамнезе, принимающих ацетилсалициловую кислоту, следует обследовать на *H.pylori*. Частота язвенных кровотечений в отдаленный период после эрадикационной терапии у таких больных снижается даже в отсутствие гастропротективного лечения.

Уровень доказательности 2b

Степень обоснованности рекомендаций B

H.PYLORI и ИПП

Приложение 10а

Длительное применение ИПП у H.pylori – позитивных больных способствует возникновению гастрита с преимущественным поражением тела желудка. Это ускоряет процесс исчезновения специализированных желёз, что приводит к развитию атрофического гастрита.

Уровень доказательности 2b
Степень обоснованности рекомендаций В

Приложение 10b

Эрадикация *H. pylori* у пациентов, получающих ИПП в течение длительного времени, приводит к излечиванию гастрита и предотвращает его прогрессирование до атрофии. Однако доказательство такого, что обуславливает снижение риска рака, отсутствуют.

Уровень доказательности 1b

Степень обоснованности рекомендаций A

Н. PYLORI И КИШЕЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ

Приложение 11а

На сегодня растет число доказательств того, что после эрадикации *H. pylori* возможно улучшение функции тела желудка. Однако приводит ли это к регрессии атрофических изменений, остается неизвестным.

H. pylori

Приложение 11b

На сегодня отсутствуют доказательства того, что эрадикация *H. pylori* может привести к регрессии кишечной метаплазии.

Уровень доказательности 2a

Степень обоснованности рекомендаций B

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!



В жизни главное МОТИВ!