

# 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<sup>1,2</sup>.
- В РФ заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составила 157,6 на 100.000 населения<sup>1</sup>.
- Пик заболеваемости 35-40 лет<sup>3</sup>.
- Распространённость язвы ДПК в 15-20 раз выше по сравнению с язвенной болезнью желудка<sup>3</sup>.

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%<sup>1</sup>.
- Под диспансерным наблюдением находится около 3 млн. человек<sup>1</sup>.
- Прием НПВП повышает риск развития
  - эрозивно-язвенных поражений слизистой в 3-5 раз<sup>2,3</sup>
  - кровотечений и перфораций в 8 раз<sup>2,3</sup>
- Затраты на лечение ЖК кровотечений в США составляют 750 млн \$ / год<sup>4</sup>



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 H<sub>2</sub>-блокаторов, ИПП, эрадикации НР, не изменилась<sup>1-3</sup>
- 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<sup>4,5</sup>
- 68% случаев составляют люди старше 60 лет, а 27% – в возрасте более 80 лет<sup>5</sup>.
- Смертность от ЯК продолжает оставаться высокой (5-10%, до 15%)<sup>1,3</sup>



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)*

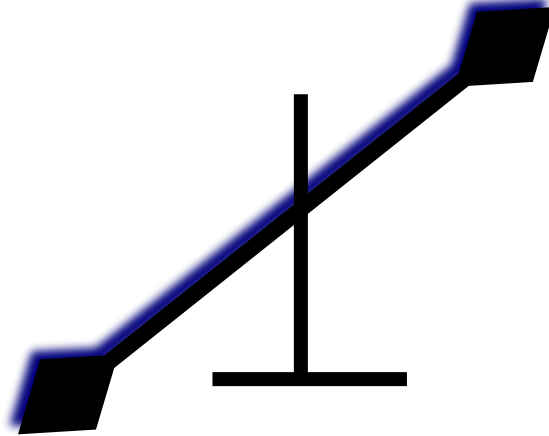
«НЕТ *H.pylori* – НЕТ ЯЗВЫ»

*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

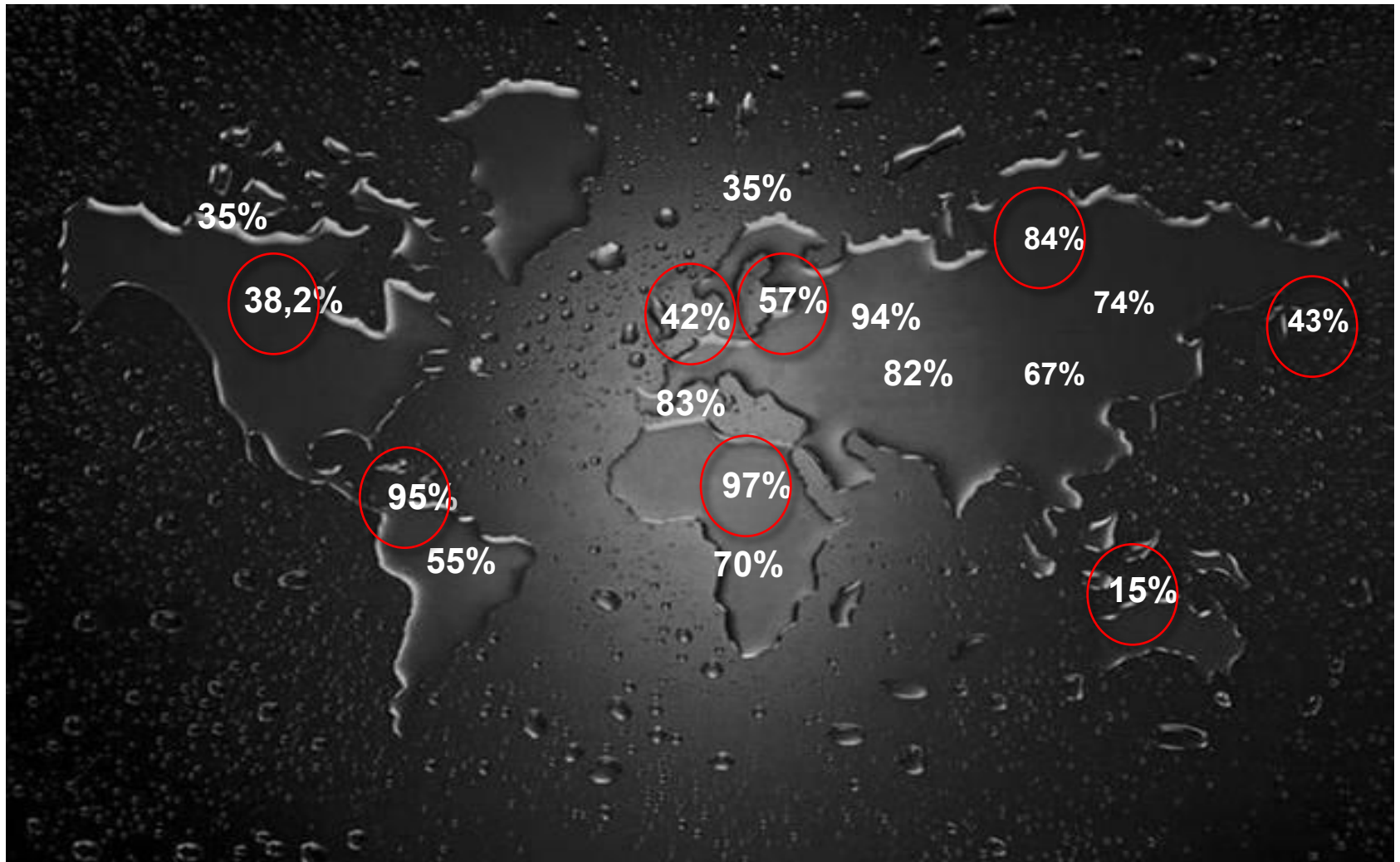
## ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ

больной человек

## ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

фекально-оральный,  
орально-оральный,  
ятрогенный

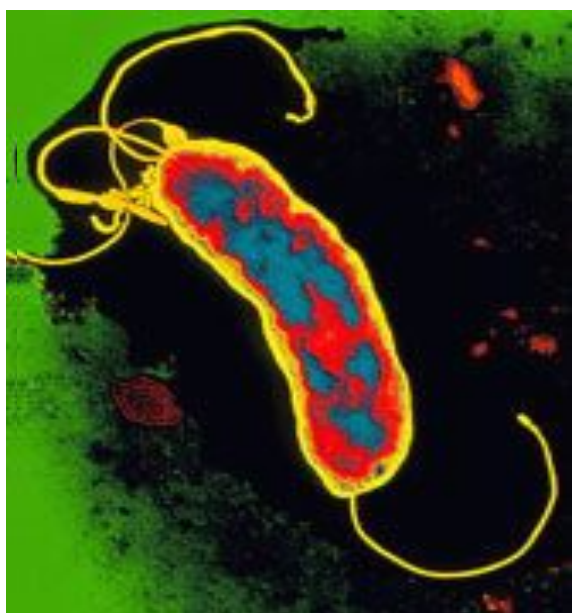
# Распространенность *H.pylori* в мире у взрослых



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

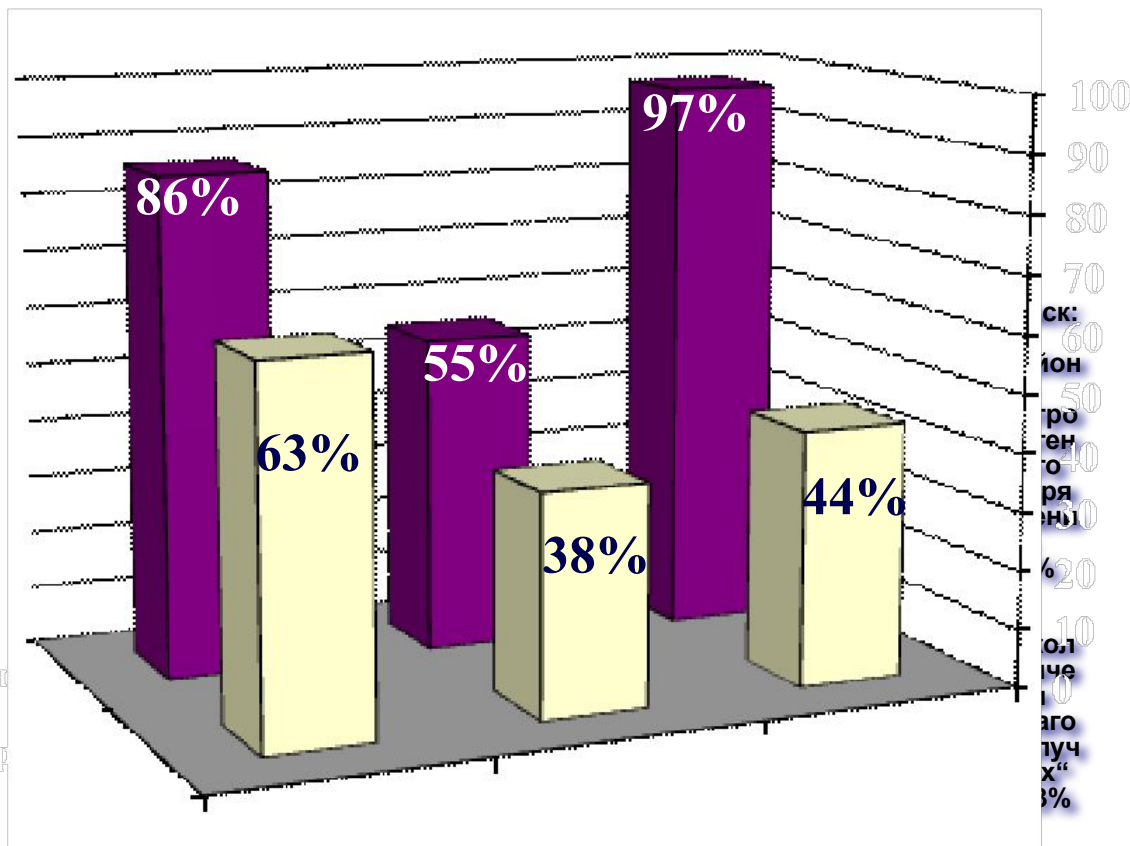
# Распространение инфекции *H. pylori* в России

Взрослое население крупных городов (%)



экологически неблагоприятные районы

экологически благоприятные районы

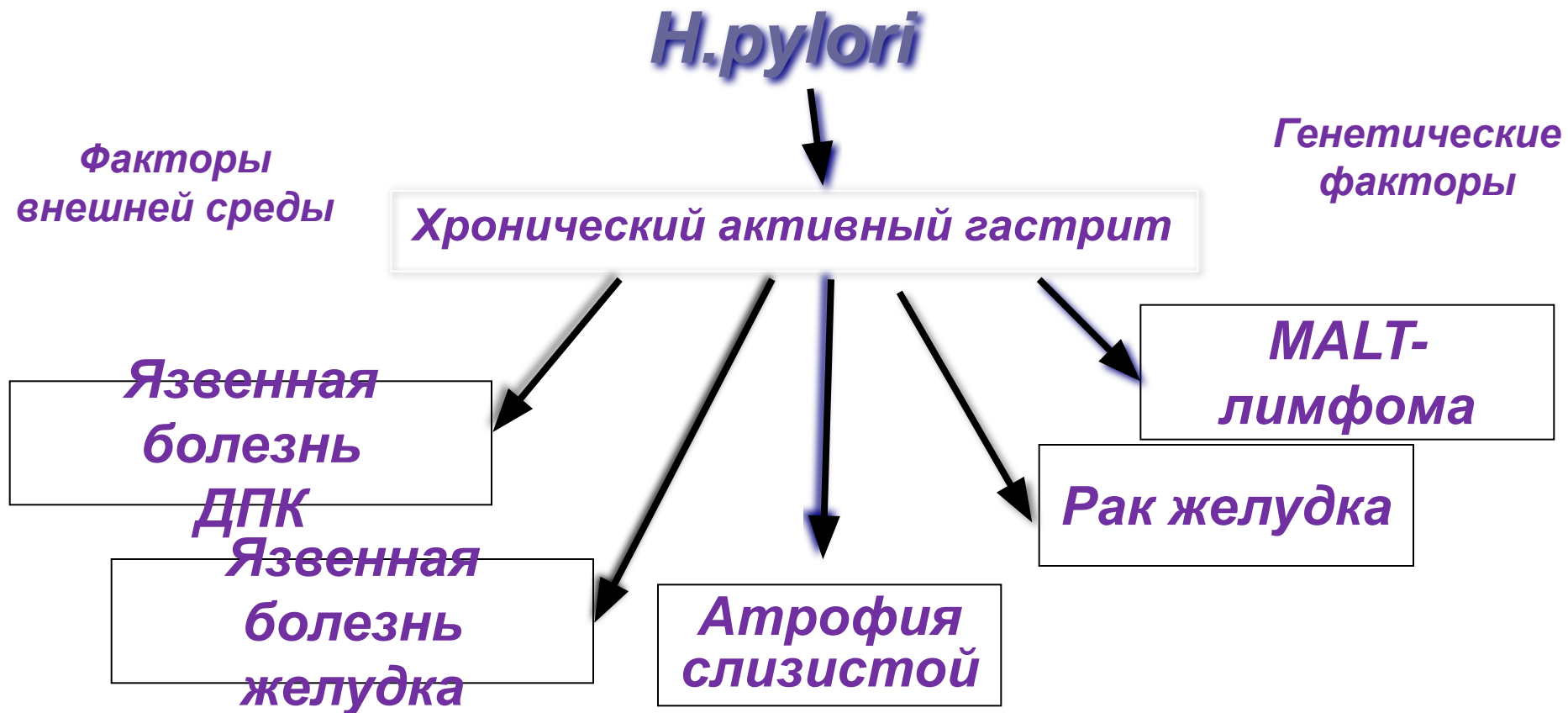


Омск

• Минск

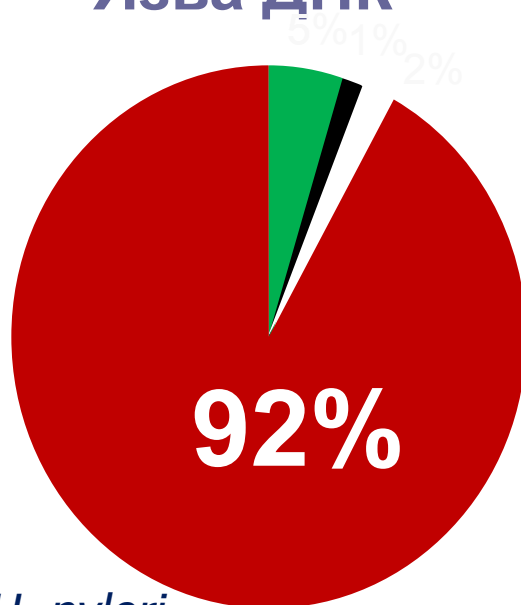
в пром

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

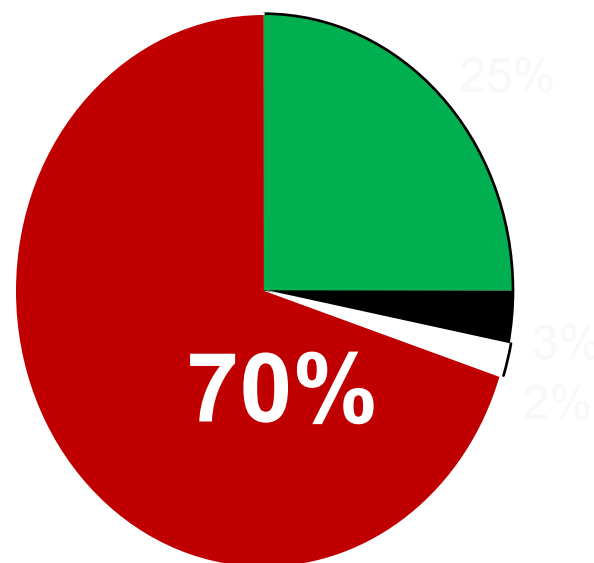






# *Helicobacter pylori*: ведущий этиологический фактор язвенной болезни желудка и ДПК

Язва ДПК



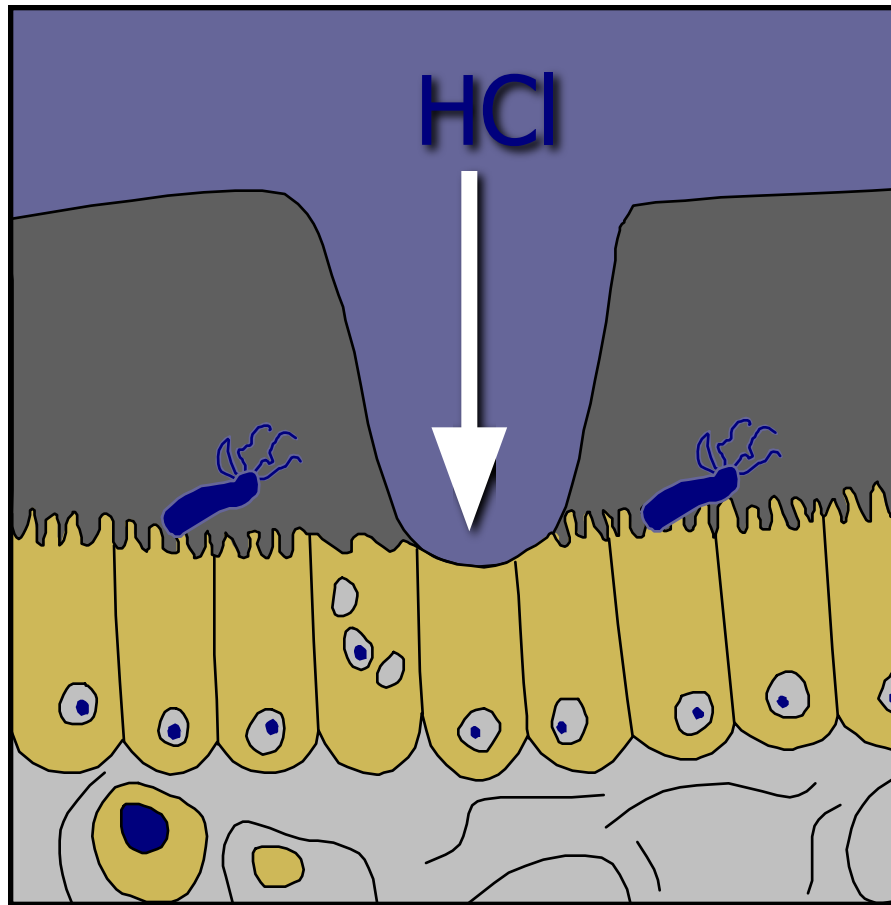
Язва желудка



-  *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 (амоксцициллин)

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)

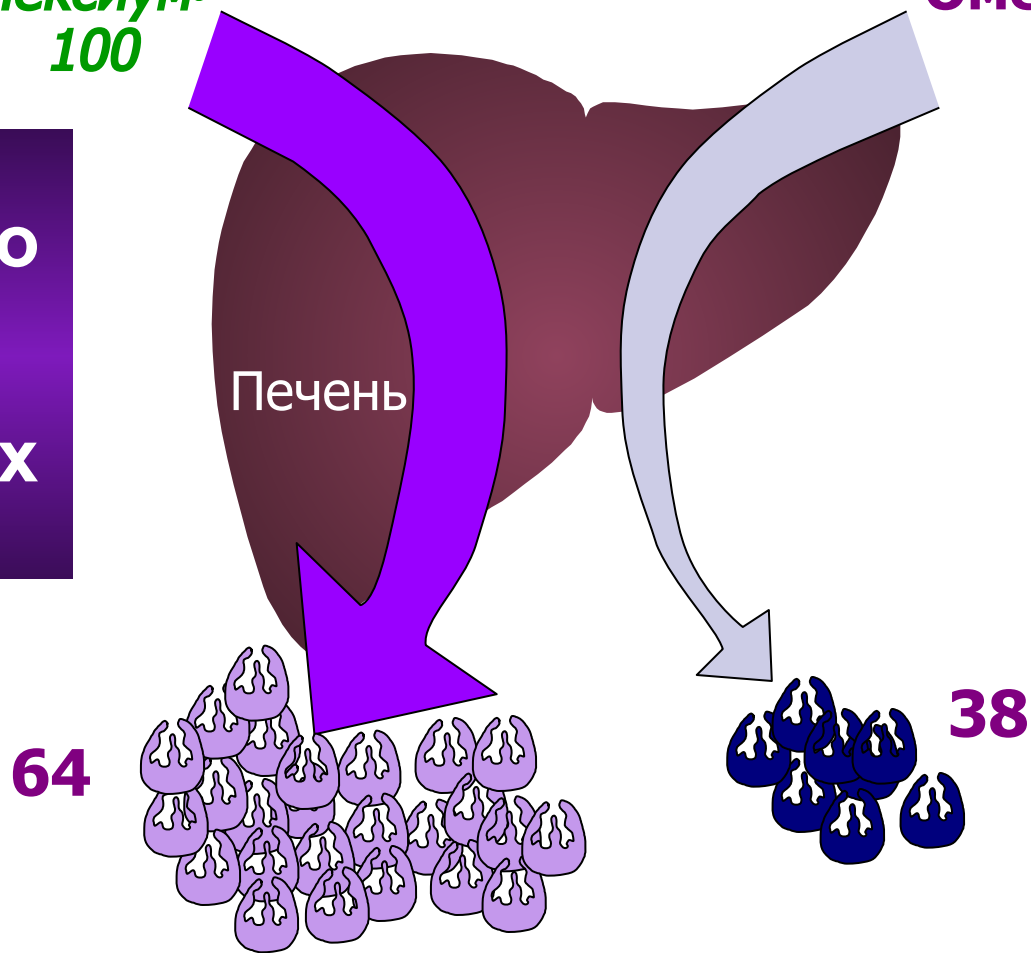
# Почему? Нексиум®

Преимущества метаболизма

Нексиум®  
100

Омепразол  
100

больше  
действующего  
вещества  
достигает  
париетальных  
клеток



# Лекарственная форма МАПС в действии



## Капсула:

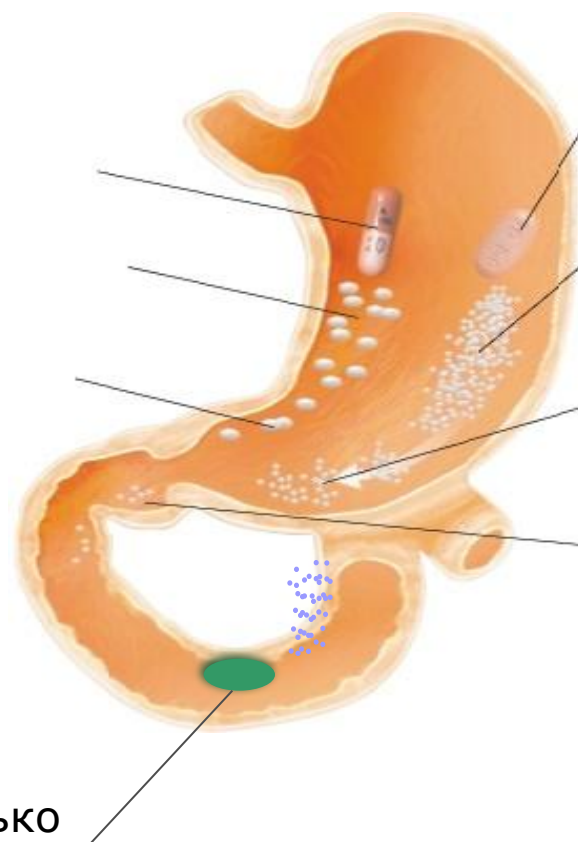
- Медленное растворение желатиновой капсулы
- Высвобождение 170 гранул активного вещества
- Транзит к месту абсорбции

## 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 <sup>2</sup>

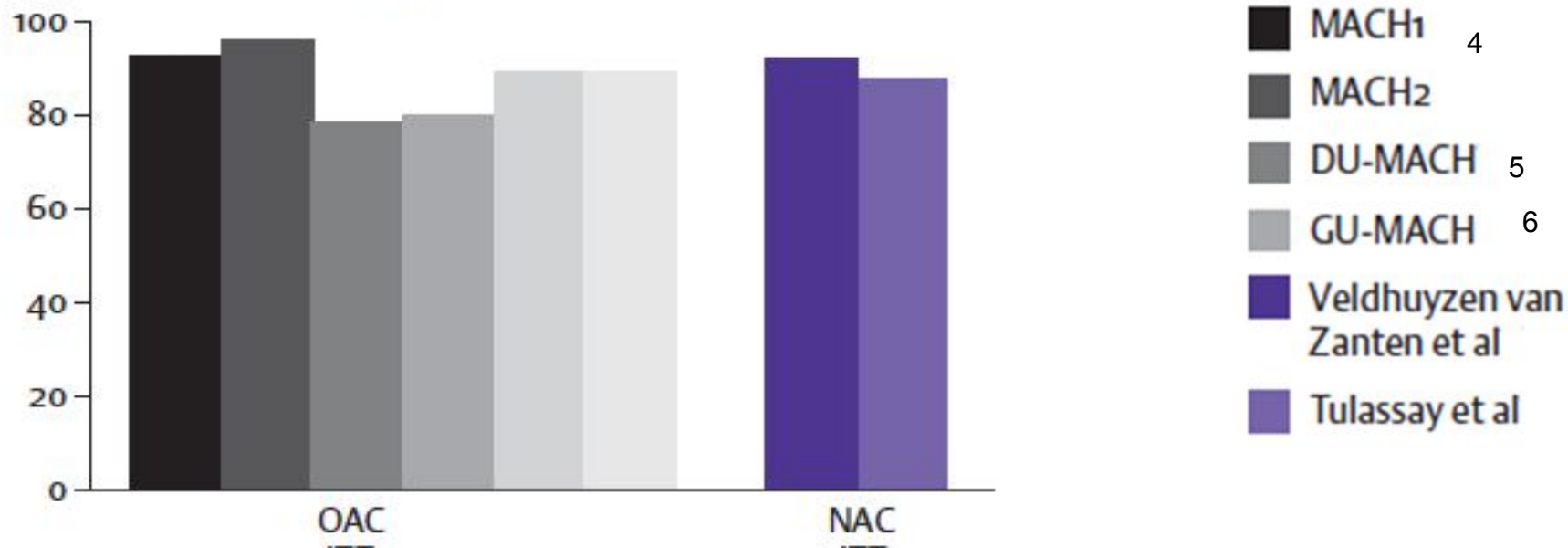
**Нексиум обладает хорошим  
профилем безопасности.**

**Краткосрочный <sup>1,2</sup> и  
длительный 6-12 месяцев <sup>3-6</sup>  
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. Groutfeldt 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!