

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Внутренних болезней №3

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
по теме «Кислотозависимые заболевания в практике терапевта поликлиники»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 31.08.2020 г.

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 5,6 курсов (9,10,11,12 семестры) лечебного факультета
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Составители:

Бестаев Д.В., дм.н., доцент, зав.каф.

Брциева З.С., доцент

Кцоева С А., доцент

Хутиева Л.М., доцент

Коцоева О.Т., доцент

Бурдули Н.Н., ассистент

Введение

Кислотозависимые заболевания (КЗЗ) занимают значительную долю среди болезней органов пищеварения. Широкая распространенность КЗЗ среди населения всех стран (40–50%), частое развитие серьезных осложнений, приводящих к инвалидизации, обуславливают актуальность данной проблемы.

В настоящее время к группе КЗЗ относят гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированные и не ассоциированные с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), функциональную диспепсию (ФД), гастропатии и дуоденопатии, обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП-гастропатии), а также симптоматические эндокринные язвы (синдром Золлингера–Эллисона, язвы при гиперпаратиреозе). КЗЗ объединяет общее патогенетическое звено – кислотная агрессия желудочного сока, а в основе их лечения лежит антисекреторная терапия.

Для самостоятельного изучения КЗЗ, обретения соответствующих знаний и умений подготовлена настоящая методическая разработка, включающая в себя шесть заданий:

1. Ознакомление с целью и целевыми задачами практического занятия;
- II. Восстановление базисных знаний, контроль исходного уровня;
- III. Изучение литературы по теме занятия, основные положения темы;
- IV. Ознакомление с планом практического занятия;
- V. Усвоение схемы ориентировочной основы действия (ООД) на практическом занятии;
- VI. Контроль усвоения методических материалов

ЗАДАНИЕ 1.

Ознакомьтесь с целью и целевыми задачами занятия:

Цель: углубление и совершенствование знаний и практических навыков в диагностике, лечении больных КЗЗ на амбулаторном этапе

Задачи: расширить знания студентов по диагностике и лечению больных с КЗЗ, рассмотреть вопросы ведения пациентов в условиях поликлиники, изучить диспансеризацию, реабилитацию и экспертизу нетрудоспособности больных КЗЗ, ознакомиться с первичной и вторичной профилактикой данной группы заболеваний.

Компетенции: студенты должны уметь выявлять симптомы, характерные для КЗЗ, формулировать клинический диагноз при ГЭРБ, хроническом гастрите, язвенной болезни, владеть дифференциальной диагностикой синдромосходных заболеваний, уметь интерпретировать лабораторные и инструментальные данные, знать стандарт лечения обострения данных заболеваний, уметь осуществлять реабилитацию, экспертизу нетрудоспособности и диспансерное наблюдение больных КЗЗ.

ЗАДАНИЕ II. Восстановление базисных знаний, контроль исходного уровня.

Вам предлагается перечень вопросов для достаточности Ваших базовых знаний. Проверьте себя, способны ли Вы на них ответить:

- Этиология ГЭРБ, хронического гастрита, ЯБ
- Патогенез ХГ
- Клинические проявления ХГ.

- Диагностика
- Лечение ХГ

Задание III. Изучение литературы по теме занятия. Основные положения темы.

Итак, Вы определили для себя объем базовых знаний. Далее проработайте следующую литературу по теме занятия:

Литература

1. Поликлиническая терапия : учебник для студ. высш. учеб.заведений \ Под ред. Б.Я. Барта. – М.: Издательский центр «Академия» ,2017
2. Поликлиническая терапия: учебник Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А.М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013
3. Гастроэнтерология: национальное руководство ред. В.Т. Ивашкин М.:ГЭОТАР – Медиа, 2008.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

- 1.Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Рук-во для практикующих врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
2. Стандарты «Диагностики и терапии кислотозависимых заболеваний, в том числе и ассоциированных с *Helicobacter pylori*» (V Московское соглашение, 20015г.)

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕМЫ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ШИФР по МКБ-10:

К 21 (Гастроэзофагеальный рефлюкс [ГЭР])

ГЭР с эзофагитом – К 21.0,

ГЭР без эзофагита – К 21.9

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, возникающим вследствие нарушений моторно-эвакуаторной функции эзофагогастродуоденальной зоны и проявляющимся симптомами, беспокоящими больного, и/или развитием осложнений. Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация, а наиболее распространенным клинико-эндоскопическим проявлением – рефлюкс-эзофагит.

Классификация ГЭРБ¹			
Пищеводные синдромы		Внепищеводные синдромы	
Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами (при	Синдромы с повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)	Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена	Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается

отсутствии структурных повреждений пищевода)			
1.Классический рефлюксный синдром 2.Синдром боли в грудной клетке	1.Рефлюкс-эзофагит 2.Стриктуры пищевода 3.Пищевод Барретта 4.Аденокарцинома	1.Кашель рефлюксной природы 2.Ларингит рефлюксной природы 3.Бронхиальная астма рефлюксной природы 4.Эрозии зубной эмали рефлюксной природы	1.Фарингит 2.Синуситы 3.Идиопатический фиброз легких 4.Рецидивирующий средний отит
¹ Согласно международному научно обоснованному соглашению (Монреаль, 2005)			

Методы диагностики ГЭРБ

- Клинически наиболее распространен классический рефлюксный синдром (эндоскопически негативная форма ГЭРБ), проявляющийся исключительно беспокоящими больного симптомами – изжогой и/или регургитацией. Диагноз выставляется клинически и базируется на верификации и оценке жалоб больного, при условии одинаковой трактовки симптомов врачом и больным. Национальное определение изжоги, принятое VII Съездом НОГР (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 натощак или после употребления какого-либо вида твердых или жидких пищевых продуктов, алкогольных или неалкогольных напитков или акта табакокурения». Под регургитацией понимают попадание содержимого желудка вследствие рефлюкса в ротовую полость или нижнюю часть глотки (Монреаль, 2005 г.). Нередко изжога и регургитация сочетаются со стенокардическими загрудинными болями (ночными, в положении лежа, после еды или при наклоне туловища вперед), что требует проведения дополнительных мероприятий для диагностики сопутствующей ИБС и правильного построения лечебного процесса. Исследование МЭГРЕ показало, что больные с верифицированной ГЭРБ чаще обращаются к кардиологу, нежели к гастроэнтерологу.
- Терапевтический тест с одним из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозировке в течение 7–10 дней (чувствительность 80%, специфичность 57%). Устранение симптома (-ов) подтверждает связь с рефлюксом и является критерием диагноза. Однако сохранение симптома не позволяет отказаться от диагноза ГЭРБ.
- Альгинатный тест – оценка эффекта однократного приема разовой дозы альгината при изжоге (чувствительность – до 97%, специфичность – до 88%). Купирование изжоги при однократном приеме альгината является дополнительным критерием диагноза ГЭРБ.
- Эндоскопическое исследование позволяет выявить и оценить изменения в дистальном отделе пищевода, прежде всего рефлюкс-эзофагит. При подозрении на

метаплазию пищевода (пищевод Барретта) и злокачественное поражение проводится множественная биопсия и морфологическое исследование. Выявление характерных повреждений дистального отдела пищевода (эрозий, обнаруживаемых как при обычной эндоскопии, так и при использовании более современных методов, например, эндоскопии в режиме NBI) подтверждает диагноз ГЭРБ (эрозивная форма). Отсутствие изменений у больного с клиническими проявлениями заболевания, обусловленными рефлюксом, не свидетельствует против диагноза.

- Суточный рефлюкс-мониторинг пищевода (рН-мониторинг, комбинированный многоканальный импеданс-рН-мониторинг) для выявления и количественной оценки патологического гастроэзофагеального рефлюкса, определения его связи с симптомами болезни, а также для оценки эффективности терапии. Суточный рН-мониторинг позволяет выявить патологический кислый рефлюкс ($\text{pH} < 4,0$). Импеданс-рН-мониторинг дает возможность также выявлять слабокислые, щелочные и газовые рефлюксы. Выявленный патологический ГЭР или доказательство связи ГЭР с типичными или атипичными симптомами подтверждают диагноз ГЭРБ. Отсутствие этих находок не позволяет отказаться от диагноза;
- Манометрия пищевода – для оценки моторики пищевода (перистальтика тела, давление покоя и расслабление нижнего и верхнего пищеводных сфинктеров), дифференциальной диагностики с первичными (ахалазия) и вторичными (склеродермия) поражениями пищевода. Манометрия помогает правильно установить зонд при рН-мониторинге пищевода (на 5 см выше проксимального края нижнего пищеводного сфинктера). Перед фундопликацией рекомендуется как обязательное предоперационное исследование.
- Рентгеноскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта в положении больного стоя и лежа для диагностики и дифференциальной диагностики пептических язв и/или пептических стриктур пищевода и/или грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
- По показаниям проводится оценка нарушений эвакуаторной функции желудка (электрогастрография и другие методы).
- При выявлении внепищеводных синдромов и при определении показаний к хирургическому лечению ГЭРБ – консультации специалистов (кардиолог, пульмонолог, ЛОР, стоматолог, психиатр и др.).

Медикаментозная терапия ГЭРБ

Лечение должно начинаться с соблюдения рекомендаций по изменению стиля жизни и диеты с исключением продуктов или блюд, провоцирующих симптомы заболевания. Пациенту следует отказаться от табакокурения и употребления алкогольных напитков, доказанно вызывающих изжогу. При избыточной массе тела рекомендуется плавное ее снижение, при ночных симптомах заболевания – сон в положении на левом боку или с приподнятым на 15–20 см головным концом кровати.

Для контроля симптомов и лечения осложнений ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит, пищевод Барретта) наиболее эффективны ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг или эзомепразол 20–40 мг), назначаемые 1–2 раза в сутки за 30–60 минут до приема пищи. Длительность основного курса терапии составляет не менее 6–8 недель. У пожилых больных с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, а также при наличии внепищеводных синдромов его продолжительность увеличивается до 12 недель. Эффективность всех ИПП при длительном лечении ГЭРБ сходна. Особенности метаболизма в системе цитохромов P450 обеспечивают наименьший профиль лекарственных взаимодействий рабепразола, эзомепразола и пантопразола, что делает лечение наиболее безопасным при необходимости приема препаратов для терапии

синхронно протекающих заболеваний (дигоксин, нифедипин, фенитоин, теофиллин и др.). При необходимости синхронного применения антиагрегантов и НПВП пантопразол является средством выбора.

Для ИПП характерен длительный латентный период, что не позволяет их использовать для быстрого купирования симптомов. Для быстрого облегчения изжоги следует использовать антациды и препараты альгиновой кислоты (альгинаты). В начале курса терапии ГЭРБ рекомендуется комбинация ИПП с альгинатами или антацидами до достижения стойкого контроля симптомов (изжоги и регургитации).

При выявлении нарушений эвакуаторной функции желудка и выраженном дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе показано назначение прокинетиков (итоприда гидрохлорид, метоклопрамид, домперидон). Длительный прием метоклопрамида (более 2 недель) – нежелателен, особенно у пожилых пациентов, поскольку вызывает экстрапирамидные нарушения (мышечный гипертонус, спазм лицевой мускулатуры, гиперкинезы). Домперидон следует с осторожностью назначать пациентам с сердечно-сосудистой патологией.

По показаниям (непереносимость, недостаточная эффективность, рефрактерность к ИПП, наличие ночных кислотных «прорывов») возможно применение антагонистов H₂-рецепторов гистамина (фамотидин), как правило, курсами не более 10 дней.

При неэффективности стандартной дозы ИПП возможно назначение удвоенной дозы, или комбинации ИПП с альгинатами, антацидами и/или прокинетиками.

Антациды или альгинаты могут быть добавлены к базисной терапии ИПП в качестве адъювантной терапии на всех этапах лечения ГЭРБ.

Критерии эффективности терапии – достижение клинко-эндоскопической ремиссии (отсутствие симптомов или значительное уменьшение их выраженности при условии существенного улучшения самочувствия и качества жизни больного при эндоскопически негативной форме заболевания; отсутствие признаков рефлюкс-эзофагита при ЭГДС).

Необходимо отметить, что течение ГЭРБ, как правило, непрерывно-рецидивирующее и у большинства больных при отмене антисекреторной терапии симптомы и/или рефлюкс-эзофагит быстро возвращаются.

Варианты ведения больных ГЭРБ после стойкого устранения симптомов и рефлюкс-эзофагита

- При рецидивирующем эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите, пищеводе Барретта – непрерывная поддерживающая терапия ИПП (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, рабепразол 20 мг или эзомепразол 20 мг) 1–2 раза в сутки.
- При часто рецидивирующей эндоскопически негативной ГЭРБ, ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом, ГЭРБ у пожилых больных – непрерывная поддерживающая терапия ИПП в минимальной, но эффективной дозе (подбирается индивидуально).
- При классическом рефлюксном синдроме для быстрого устранения симптомов терапия альгинатами, комплексными средствами с антацидными свойствами или ИПП «по требованию» (официальный препарат омепразола в комбинации с гидрокарбонатом натрия) под контролем симптомов с продолжением плановой терапии.

Лечение ГЭРБ у беременных

Лечение должно начинаться с соблюдения рекомендаций по изменению стиля жизни и диеты. Показано дробное питание (5–7 раз в день), малыми порциями, без переедания. Необходимо избегать запоров.

Обязателен учет возможного повреждающего воздействия лекарственных препаратов, принимаемых матерью, на развитие плода и новорожденного.

Для купирования изжоги во 2–3 триместрах назначают невсасывающиеся антациды (в том числе, алюминия фосфат) и альгинаты. Применение алюминий-содержащих невсасывающихся антацидов в большинстве случаев ограничено возможностью развития запора. Алюминия фосфат практически не имеет таких ограничений (запоры развиваются редко, в основном у лежачих пациентов) и может назначаться по показаниям в терапевтических дозах в 1–3 триместрах беременности. Препарат не следует принимать длительно без назначения врача.

Альгинаты безопасны, ограничений не имеют. При недостаточной эффективности антацидов и альгинатов возможно назначение H₂-блокаторов (категория безопасности FDA – В), наибольшая доказательная база безопасности – у ранитидина. При тяжелых поражениях пищевода во 2 и 3 триместрах беременности возможно назначение ИПП (за исключением омепразола) по рекомендации консилиума врачей и после подписания пациенткой информированного согласия.

ГЭРБ и *Helicobacter pylori*

- Считается, что распространенность *Helicobacter pylori* у больных ГЭРБ ниже, чем в популяции, однако характер этой отрицательной взаимосвязи не ясен.
- Наличие *Helicobacter pylori* не влияет на тяжесть симптомов, частоту рецидивов и эффективность лечения ГЭРБ. Эрадикация *Helicobacter pylori* не усугубляет существующую ГЭРБ и не влияет на эффективность лечения.
- На фоне значительного и длительного подавления кислотопродукции происходит распространение *Helicobacter pylori* из антрального отдела на тело желудка (транслокация *Helicobacter pylori*). При этом могут ускоряться процессы потери функций специализированных желез желудка, ведущие к развитию атрофического гастрита и, возможно, рака желудка. Поэтому больным ГЭРБ, нуждающимся в длительной антисекреторной терапии необходимо провести диагностику *Helicobacter pylori*, при выявлении – провести эрадикацию.

Для диагностики *Helicobacter pylori* у больных, принимающих ИПП, необходима их отмена за 2 недели до проведения исследования (культурального, гистологического, быстрого уреазного теста, уреазного дыхательного теста или выявления антигена в кале). Если отмена ИПП невозможна, допустимо проведение валидированного серологического теста с IgG, но только у тех больных, у которых эрадикация *Helicobacter pylori* ранее не проводилась.

Эрадикация *Helicobacter pylori* у больных, длительно получающих ИПП, способствует уменьшению выраженности гастрита и предотвращает его прогрессирование в атрофический гастрит, уменьшая вероятность развития метапластических процессов и предупреждая развитие рака желудка (см. раздел «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*»).

Хирургическое лечение ГЭРБ

Рекомендуется дифференцированный отбор больных ГЭРБ для проведения хирургического лечения – лапароскопической фундопликации. Точные показания для хирургического лечения ГЭРБ остаются спорными, а отдаленные результаты не гарантируют полного отказа от ИПП. Проведение лапароскопической фундопликации часто сопровождается развитием дисфагии, летальность, как правило, не превышает 1%.

Предоперационное обследование должно включать ЭГДС (при подозрении на пищевод Барретта – с множественной биопсией и морфологическим исследованием), рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, манометрию пищевода и 24-часовой рН-мониторинг (импеданс-рН-мониторинг).

Оптимально принятие решения об операции консилиумом, включающим гастроэнтеролога, хирурга, при необходимости, кардиолога, пульмонолога, оториноларинголога, психиатра и др. специалистов.

Показания к хирургическому вмешательству

- Сохраняющиеся или постоянно возникающие симптомы, не смотря на оптимальную терапию.
- Отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами.
- Наличие тяжелых осложнений ГЭРБ (пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагит III или IV степени [LA C-D], язва пищевода, стриктура).
- Ограничения качества жизни или наличие осложнений связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Язвенная болезнь, ассоциированная с *Helicobacter pylori*

ШИФР по МКБ-10: Язва желудка – К 25

Язва двенадцатиперстной кишки – К 27

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, основным морфологическим проявлением которого является язва желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, развивающаяся на фоне хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*.

Методы диагностики язвенной болезни

- Клинический.
- Эндоскопический, при язве желудка в обязательном порядке для исключения малигнизации – прицельная биопсия (5–7 фрагментов) дна и краев язвы.
- Рентгенологический, для выявления осложнений (пенетрация, перфорация, стеноз, малигнизация).
- По показаниям – определение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка (внутрижелудочная рН-метрия).

Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*

1. Биохимические методы:

1.1. Быстрый уреазный тест (определение активности уреазы в биоптате слизистой оболочки

желудка).

1.2. Уреазный дыхательный тест с ^{13}C -мочевинной.

1.3. Аммонийный дыхательный тест (недостаточно информативен).

2. Морфологические методы:

2.1. Гистологический метод – выявление *Helicobacter pylori* в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка.

2.2. Цитологический метод – выявление *Helicobacter pylori* в слое пристеночной слизи желудка.

3. Бактериологический метод с выделением чистой культуры и определением чувствительности к антибиотикам.

4. Иммунологические методы:

4.1. Выявление антигена *Helicobacter pylori* в кале (слюне, зубном налете, моче) с применением моноклональных антител.

4.2. Валидированный серологический тест с IgG.

5. Молекулярно-генетические методы:

5.1. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) (для изучения биоптатов слизистой оболочки желудка). ПЦР проводится не столько для выявления *Helicobacter pylori*, сколько для верификации штаммов *Helicobacter pylori* (генотипирование), в том числе молекулярно-генетических особенностей, определяющих степень их вирулентности и чувствительности к кларитромицину или другим антибиотикам.

Для первичной диагностики *Helicobacter pylori* может использоваться любой метод при условии отсутствия лечения ИПП, H₂-блокаторами, антибиотиками или препаратами висмута в течение месяца перед проведением теста. Если у больного не предполагается проведение ЭГДС, предпочтение отдается неинвазивным тестам (^{13}C -дыхательный тест, определение антигена Hp в кале). Диагностика *Helicobacter pylori* на фоне приема указанных препаратов возможна путем выявления антител к *Helicobacter pylori* в крови (IgG), при условии, что ранее эрадикация *Helicobacter pylori* у больного не проводилась.

Для первичной диагностики *Helicobacter pylori* необходимо использовать минимум 2 метода, например, цитологический + биохимический уреазный тест, либо гистологический + дыхательный уреазный тест с изотопом ^{13}C . Уреазный тест может давать ложноположительные результаты при заселении верхних отделов желудочно-кишечного тракта грамотрицательными бактериями, способными продуцировать уреазу (*Proteus vulgaris*, *Proteus mirabilis* и др.).

Контроль эффективности эрадикации проводится не ранее, чем через месяц после завершения приема лекарств (ИПП, H₂-блокаторы, антибиотики, препараты висмута). Для этого может быть использован любой метод, за исключением определения антител к *Helicobacter pylori* в крови.

Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Выбор варианта лечения зависит от наличия индивидуальной непереносимости больными тех или иных препаратов, а также чувствительности штаммов *Helicobacter pylori* к препаратам. Применение стандартной тройной терапии на основе кларитромицина и ИПП возможно в регионах, где резистентность к нему менее 15–20%. Схемы тройной терапии с метронидазолом не рекомендуются из-за высокой распространенности резистентных штаммов *Helicobacter pylori* в популяции. В этой ситуации применение других рекомендованных антибиотиков делает их средством выбора.

Проведенные в последние годы исследования свидетельствуют о том, что распространенность резистентных к кларитромицину штаммов *Helicobacter pylori* в разных регионах России отличается и составляет от 7,6% до 40%.

При неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки прием ИПП после завершения эрадикационной терапии может быть прекращен.

При язвенной болезни желудка и осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки рекомендуется продолжение приема ИПП до заживления язвенного дефекта.

Эрадикационную терапию больному с состоявшимся язвенным кровотечением следует начинать сразу после возобновления питания через рот.

Антациды могут применяться как в комплексной терапии в качестве симптоматического средства и в виде монотерапии – до проведения диагностики *Helicobacter pylori* и рН-метрии.

Лечение должно начинаться с соблюдения рекомендаций по изменению стиля жизни и соблюдения диеты и исключением продуктов, вызывающих или усиливающих неприятные ощущения.

Первая линия антихеликобактерной терапии

Первый вариант. Один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозировке (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопразол 40 мг, эзомепразол 20 мг, рабепразол 20 мг 2 раза в день) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в день) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) или джозамицином (1000 мг 2 раза в день) или нифурателем (400 мг 2 раза в день) в течение 10–14 дней.

Использование высоких доз ИПП (двойная доза два раза в день) повышает эффективность трехкомпонентной терапии.

Добавление пробиотиков *Saccharomyces boulardii* к стандартной антихеликобактерной терапии в стандартной дозе в течение 10–14 дней и более улучшает переносимость антибиотиков, повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* и комплаенс пациентов.

Добавление пробиотиков содержащих некоторые штаммы *Lactobacillus acidophilus* и/или *Bifidobacterium spp.*, к стандартной антихеликобактерной терапии в стандартных дозах в течение одного месяца улучшает переносимость антибиотиков, повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* и комплаенс.

Добавление некоторых пребиотиков, содержащих, например, ди-, олиго- и полисахариды (фруктоолигосахариды [ФОС], гуммиарабик, лактитол), к стандартной антихеликобактерной терапии в стандартных дозах в течение одного месяца улучшает переносимость терапии, повышает эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* и комплаенс.

Второй вариант (четырёхкомпонентная терапия). Препараты, используемые при первом варианте (один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин в сочетании с кларитромицином или джозамицином, или нифурателем) с добавлением четвертого компонента – висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день продолжительностью 10–14 дней.

Третий вариант (при аллергии к препаратам пенициллинового ряда) – классическая квадротерапия. Один из ИПП в стандартной дозировке, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в день, метронидазол по 500 мг 3 раза в день, тетрациклин 500 мг 4 раза в день в течение 10–14 дней.

Четвертый вариант (рекомендуется только в ситуациях, при которых полноценная терапия невозможна – поливалентная аллергия к антибиотикам, сопутствующая патология гепатобилиарной системы и категорический отказ пациента от приема антибиотиков).

А. Висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в день (или 240 мг 2 раза в день) за 30–40 минут до приема пищи и на ночь в течение 28 дней. При наличии болевого синдрома – короткий курс ИПП.

Б. Один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозировке в сочетании с 30% водным раствором прополиса (100 мл два раза в день натощак) в течение 14 дней.

В. Один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозировке в сочетании со щелочной углекислой хлоридной-гидрокарбонатной натриевой или хлоридной-натриевой питьевой минеральной водой (по 150–200 мл три раза в день за 90 минут до приема пищи в дегазированном и подогретом до 38 °С виде) и пробиотиками, содержащими некоторые штаммы *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium* spp., в стандартных дозах в течение одного месяца (прим.: прием щелочной углекислой хлоридной-гидрокарбонатной натриевой или хлоридной натриевой питьевой минеральной воды в течение одного месяца возможен и в качестве адъювантной терапии к стандартной эрадикационной схеме).

Г. Один из ингибиторов протонной помпы в стандартной дозировке в сочетании с пробиотиками, содержащими некоторыми штаммы *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium* spp. в стандартных дозах в течение одного месяца.

Пятый вариант (при наличии атрофии слизистой оболочки желудка с ахлоргидрией, подтвержденной при внутрижелудочной pH-метрии).

Амоксициллин (1000 мг 2 раза в день) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день), или нифурателем (400 мг 2 раза в день), или джозамицином (1000 мг 2 раза в день) и висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) продолжительностью 10–14 дней.

Вторая линия антихеликобактерной терапии

Проводится при отсутствии эрадикации *Helicobacter pylori* после лечения больных одним из вариантов терапии первой линии.

Первый вариант (классическая квадротерапия). Один из ИПП в стандартной дозировке, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в день, метронидазол по 500 мг 3 раза в день, тетрациклин 500 мг 4 раза в день в течение 10–14 дней.

Второй вариант. Один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день) в сочетании с нитрофурановым препаратом: нифурателем (400 мг 2 раза в день) или фуразолидоном (100 мг 4 раза в день), и висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) продолжительностью 10–14 дней.

Третий вариант. Один из ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин (500 мг 4 раза в день или 1000 мг 2 раза в день), левофлоксацин (500 мг 2 раза в день) в течение 10–14 дней.

Третья линия антихеликобактерной терапии

При отсутствии эрадикации *Helicobacter pylori* после лечения препаратами второй линии рекомендуется подбор терапии только после определения чувствительности *Helicobacter pylori* к антибиотикам.

Особые указания

При сохранении язвенного дефекта по результатам контрольной эзофагогастродуоденоскопии на 10–14-й день от начала лечения рекомендовано продолжить цитопротективную терапию висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) и/или ИПП в половинной дозе в течение 2–3 недель. Пролонгированная терапия висмута трикалия дицитратом показана также в целях улучшения качества послеязвенного рубца и скорейшей редукции воспалительного инфильтрата.

Проведение эрадикации *Helicobacter pylori* беременным не показано.

Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, не ассоциированной с *Helicobacter pylori*

Отсутствие *Helicobacter pylori* должно быть подтверждено двумя методами при обязательном условии отсутствия терапии ИПП, H₂-блокаторами, антибиотиками или препаратами висмута в течение месяца перед проведением теста.

Антисекреторные препараты: один из ингибиторов протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в день, лансопразол 30 мг 1–2 раза в день, пантопразол 40 мг 1–2 раза в день, эзомепразол 20–40 мг 1–2 раза в день, рабепразол 20 мг 1–2 раза в день) или блокаторы H₂-рецепторов (фамотидин 20 мг два раза в день) в течение 2–3 недель

Гастропротекторы: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в день), сукральфат по 0,5–1,0 г 4 раза в день, мизопростол 200 мкг 4 раза в день – 14–28 дней

Антациды могут применяться в комплексной терапии в качестве симптоматического средства и в монотерапии (до проведения рН-метрии и диагностики *Helicobacter pylori*).

Хронический гастрит

ШИФР по МКБ-10: хронический гастрит К 29.6

Хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются наличием воспалительных и дистрофических процессов в слизистой оболочке желудка, прогрессирующей атрофией, функциональной и структурной перестройкой с разнообразными клиническими признаками.

Самой частой причиной хронического гастрита является *Helicobacter pylori*, что связано с высокой распространенностью этой инфекции.

Методы диагностики хронического гастрита

- Эндоскопический с морфологической оценкой биоптатов.
- Диагностика *Helicobacter pylori* (см. выше)

- Определение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка (внутрижелудочная рН-метрия)
- Рентгенологический.

Принципы лечения хронического гастрита

Терапия хронического гастрита осуществляется дифференцированно, в зависимости от клиники, этиопатогенетической и морфологической формы заболевания.

Хронический антральный гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (тип В)

Основной принцип лечения данного типа хронического гастрита – эрадикация *Helicobacter pylori* (см. раздел «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*»).

Хронический химический (реактивный) гастрит (рефлюкс-гастрит, тип С)

Причиной гастрита С является заброс (рефлюкс) дуоденального содержимого в желудок. При дуоденогастральном рефлюксе повреждающее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают желчные кислоты и лизолецитин. Повреждающие свойства желчных кислот зависят от рН желудка: при $\text{pH} < 4$ наибольшее воздействие на слизистую оболочку желудка оказывают тауриновые конъюгаты, а при $\text{pH} > 4$ – неконъюгированные желчные кислоты.

При лечении рефлюкс-гастрита используют:

- Висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза или 240 мг 2 раза в день в течение 28 дней);
- Сукральфат (500–1000 мг 4 раза в день) наиболее эффективно связывает конъюгированные желчные кислоты при $\text{pH} = 2$, при повышении рН этот эффект снижается, поэтому нецелесообразно его одновременное назначение с антисекреторными препаратами;
- Препараты урсодезоксихолевой кислоты (10 мг/кг/сут) в течение 1–1,5 месяцев;
- Для нормализации моторной функции – прокинетики, регуляторы моторной функции, спазмолитики (итоприда гидрохлорид, метоклопрамид, домперидон, тримебутин, мебеверин, альверина цитрат, гиосцина бутилбромид).

Понятие «хронический гастрит», особенно в странах СНГ, тесно связано с понятием «функциональная диспепсия» (ФД). Многие пациенты с диагнозом функциональной диспепсии оказываются инфицированными *Helicobacter pylori*, но не страдают при этом язвенной болезнью. Эрадикация *Helicobacter pylori* приводит к длительному улучшению примерно у одного из 12 инфицированных пациентов, страдающих функциональной диспепсией.

***Helicobacter pylori* и НПВП-гастропатия**

НПВП-гастропатия – патология верхних отделов пищеварительного тракта, возникающая в хронологической связи с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и характеризующаяся повреждением слизистой оболочки (развитием эрозий, язв и их осложнений – кровотечения, пенетрации, перфорации).

Инфекция *Helicobacter pylori* ассоциирована с повышением риска возникновения неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв у пациентов, принимающих НПВП

и низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (АСК). Эрадикация *Helicobacter pylori* снижает риск возникновения неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв, ассоциированных с приемом НПВП и низких доз АСК.

Методы диагностики НПВП-гастропатии

- Клинический (изучение жалоб, сбор анамнеза заболевания, выявление факта и длительности приема НПВП, АСК, оценка факторов риска развития НПВП-гастропатии).
- Общий анализ крови (концентрация гемоглобина, число эритроцитов, гематокрит), биохимический анализ крови (показатели обмена железа), анализ кала на скрытую кровь для выявления кровотечения.
- Эндоскопический (с морфологической оценкой биоптатов).
- Диагностика *Helicobacter pylori* (см. выше).
- Определение кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций желудка (внутрижелудочная рН-метрия).
- Рентгенологический.

Факторы риска НПВП-гастропатии

Со стороны пациента:

- Возраст >60 лет.
- Язвенная болезнь или желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе.

Обусловленные особенностями применения НПВП:

- Применение относительно более токсичных НПВП.
- Высокие дозы НПВП (или сочетанное применение 2-х и более НПВП).
- Сочетанное применение антикоагулянтов и/или кортикостероидов.

Вероятные факторы риска:

- Длительность применения НПВП.
- Женский пол.
- ИБС.
- Инфекция *Helicobacter pylori*.
- Курение.
- Злоупотребление алкоголем.
- Диспепсия на фоне приема НПВП в прошлом.

Медикаментозное лечение НПВП-гастропатии

Для медикаментозного лечения повреждений желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с приемом НПВП, целесообразно отменить прием НПВП и использовать H₂-блокатор (фамотидин) или ИПП в стандартных дозировках. Может быть рекомендована комбинация ИПП и висмута трикалия дицитрата продолжительностью 4 недели. Возможно назначение мизопростол в дозе 200 мкг 4 раза в день во время еды и на ночь в течение 14–28 дней (противопоказан при беременности).

Если прием НПВП нельзя отменить целесообразно назначение сопутствующей терапии ИПП на весь период приема НПВП.

Если больному с НПВП-гастропатией показано продолжение приема НПВП, целесообразно назначение селективных ингибиторов ЦОГ2. Однако такое лечение не исключает развития осложнений НПВП-гастропатии и не отменяет необходимости приема антисекреторных препаратов или гастропротекторов по показаниям.

В качестве альтернативны НПВП в качестве противовоспалительной терапии у больных с остеоартритом возможно назначение препарата на основе экстракта имбиря по 1 капсуле 2 раза в день продолжительностью 30 дней.

Обязательной является диагностика *Helicobacter pylori*, при выявлении которого должна быть проведена эрадикационная терапия с использованием схем, представленных в разделе «Медикаментозная терапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*».

Эрадикация *Helicobacter pylori* целесообразна перед началом лечения НПВП. Она обязательна у пациентов с язвенным анамнезом. Однако только одна эрадикация *Helicobacter pylori* не уменьшает риск развития гастродуоденальных язв у пациентов, длительно принимающих НПВП. Продолжение приема ИПП у таких пациентов также необходимо, как и сама эрадикация *Helicobacter pylori*. У пациентов с язвенным анамнезом, принимающих АСК, необходимо проводить диагностику *Helicobacter pylori*.

Профилактика НПВП–гастропатии у разных категорий пациентов

Пациентам с риском развития НПВП-гастропатии (прием высоких доз НПВП, комбинация двух и более НПВП, комбинация НПВП и АСК, антитромбоцитарных препаратов, антикоагулянтов или кортикостероидов, язвенная болезнь в анамнезе, наличие множественных факторов риска, возраст старше 65 лет) показан профилактический прием ИПП в стандартных дозах 1–2 раза в день.

***Helicobacter pylori* и MALT-лимфома**

MALT-лимфома – экстранодальная В-клеточная лимфома из клеток маргинальной зоны, которая поражает лимфоидную ткань слизистых оболочек. Она относится к группе В-клеточных новообразований низкой степени злокачественности. Встречается в любом возрасте, может локализоваться в органах ЖКТ, щитовидной, слезных, слюнных и молочных железах, а также в бронхах. При эндоскопии определяется картина гастрита или язвенный дефект слизистой оболочки с нетипичными для обычной язвы солидными структурами.

Эрадикация *Helicobacter pylori* является первой линии терапии MALT-лимфомы низкой степени злокачественности.

***Helicobacter pylori* и кишечная метаплазия**

Имеются доказательства, что после эрадикации *Helicobacter pylori* функция тела желудка улучшается. Однако остается неясным, связано ли это с регрессией атрофического гастрита. Однако способствует ли это регрессу атрофического гастрита остается неясным. Нет данных о том, что эрадикация *Hp* может привести к редукции кишечной метаплазии.

***Helicobacter pylori* и внежелудочные заболевания**

Имеются доказательства о связи *Helicobacter pylori* с этиопатогенезом железodefицитной

анемии, идиопатической тромбоцитопенической пурпуры и дефицитом витамина В12. При этих заболеваниях необходимо выявлять и проводить эрадикацию *Helicobacter pylori*.

Не подтверждено какой-либо причинной связи между *Helicobacter pylori* и сердечно-сосудистыми и неврологическими заболеваниями, а также протективного или ухудшающего воздействия *Helicobacter pylori* в отношении развития или течения астмы, аллергии и ожирения.

После проведения эрадикационной терапии биодоступность тироксина и L-изомера дигидроксифенилаланина (L-ДОФА) возрастает.

***Helicobacter pylori* и ИПП**

Длительное применение ИПП у *Helicobacter pylori*-позитивных пациентов ускоряет процесс потери специализированных желез и ассоциировано с развитием атрофического гастрита тела желудка. Эрадикация *Helicobacter pylori* у пациентов, длительно принимающих ИПП, предотвращает развитие атрофического гастрита. Однако еще не выявлено доказательств, что это снижает риск развития рака желудка.

ЗАДАНИЕ IV. Ознакомление с планом практического занятия

Этап	Место проведения	Время	Средства обучения
Перекличка. Обозначение темы и цели занятия	Учебная комната	10 мин	Тестовые задания Устный и письменный опрос
Контроль исходного уровня	Учебная комната	45 мин	
Коррекция исходного уровня Тематический разбор больного с преподавателем или решение ситуационных задач с последующим разбором решений	« – «	20 мин	
Курация больного, клинический разбор тематических больных	Учебная комната	120 мин	Ситуационные задачи, методические разработки Больной, тонометр, фонендоскоп, история болезни больного,
Определение конечного уровня			Ситуационная задача

знаний. Разбор ситуационной задачи. Решение тестовых заданий	Учебная комната	45 мин	Тестовые задания
Задание на следующее занятие	« - «	5 мин	

ЗАДАНИЕ V. Усвоение схемы ООД на практическом занятии

Постановка диагноза, назначение лечения, проведение ВТЭ, составление плана диспансеризации и другие действия предполагают определенную последовательность действий. В виде схемы она представлена в настоящем разделе.

Схема ориентировочной основы действий (ООД) при курации больного

1 этап. Первичный опрос и осмотр больного, в результате которых необходимо определить: есть ли у больного кислотозависимое заболевание (хронический гастрит, язвенная болезнь, ГЭРБ) на основании симптомов, относящихся к болевому, «желудочной диспепсии», недостаточность пищеварения и всасывания, астеноневротический синдромы.

2 этап. Выставить предварительный диагноз.

3 этап. Определить объем дополнительных методов исследования.

4 этап. Провести дифференциальную диагностику.

5 этап. Выставить обоснованно окончательно развернутый диагноз.

6 этап. Определить объем необходимой терапии.

7 этап. Провести врачебно-трудовую экспертизу

8 этап. Составить план диспансерного наблюдения больного.

Пример : Схема ООД при хроническом гастрите :

1 этап. Первичный опрос и осмотр больного.

В ходе этого этапа Вы должны определить, есть ли у больного:

- боль в эпигастральной области
- возникает ли она сразу после еды
- носит ли она тупой, ноющий характер
- на какую пищу возникает отрицательная реакция

Если на перечисленные вопросы больной отвечает утвердительно, то имеется болевой синдром, характерный для ХГ.

Далее следует выяснить, отмечает ли больной

- снижение аппетита
- ощущение неприятного вкуса во рту
- отрыжку
- поташнивание
- ощущение урчания и переливания в животе
- склонность к поносам

Если – да, то у больного синдром «желудочной диспепсии».

Продолжая расспрос больного, выясните, есть ли у больного

- умеренное и постепенное похудание
- заеды в углах рта

- повышенное шелушение кожи
- преждевременное выпадение волос, ломкость ногтей.

При утвердительном ответе Вы отнесете эти симптомы к синдрому недостаточности пищеварения и всасыванию, имеющемуся у больного.

Последующий расспрос должен установить, беспокоит ли больного

- общая слабость
- раздражительность
- зябкость и гипергидроз конечностей
- кардиалгии
- аритмии
- артериальная гипотония

При утвердительном ответе диагностируете наличие у больного астеноневротического синдрома.

При сборе анамнеза следует расспросить, характерно ли для больного:

- нерегулярное питание в спешке, всухомятку, плохое прожевывание пищи, часто употребление острых приправ, соусов, пряностей
- употребление алкоголя
- курение
- длительное лечение некоторыми лекарственными препаратами (сульфаниламиды, салицилаты, преднизолон и др.)
- воздействие профессиональной вредности
- наличие других заболеваний, способных обусловить соответствующие хроническому гастриту изменения (уремия, подагра, сахарный диабет и др.)
- наличие в анамнезе острого гастрита

Переходим к осмотру больного. Следует обратить внимание, нет ли у больного:

- похудания
- бледности кожных покровов
- кровоточивости десен
- гиперкератоза
- ломкости ногтей
- преждевременного выпадения волос

Перечисленные симптомы встречаются у больных ХГ типа А и атрофическим пангастритом с синдромом недостаточности пищеварения и всасывания.

Далее, обратите внимание:

- обложен ли язык белым или желто-белым налетом с отпечатком зубов на боковой поверхности
- определяется ли вздутие живота

Переходим к пальпации живота, при глубокой пальпации

- умеренная разлитая болезненность в области эпигастрия (характерная для ХГ типа А или атрофического пангастрита)
- локальная болезненность в пилородуоденальной зоне (признак ХГ типа В).

2 этап. Предварительный диагноз

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, опираясь на данные физикального исследования больного выставляется предварительный диагноз – хронический гастрит и определяется фаза заболевания. Для проведения дифференциальной диагностики и постановки окончательного развернутого диагноза необходим следующий этап.

3 этап. Определение объема дополнительных методов исследования..

Объем необходимых соответственно действующим стандартам исследований больных ХГ приведен выше

4 этап. Дифференциальная диагностика.

Дифференцировать следует:

- диафрагмальную грыжу
- язву желудка или двенадцатиперстной кишки
- холестопатии
- гастрит Менетрие
- флегмонозный гастрит
- эмфизематозный гастрит
- синдром Золлингера_Эллисона
- карциному
- полипоз стенки желудка

5 этап. Постановка окончательного развернутого диагноза.

При формулировке диагноза необходимо отразить характер морфологических изменений и их глубину, локализацию гастритического процесса, уровень кислотовыделения и фазу заболевания.

6 этап. Определение объема необходимой терапии.

Прежде всего определите, не нуждается ли больной в госпитализации. При отсутствии показаний к госпитализации обследование и лечение может проводиться амбулаторно.

Терапия преследует следующие цели:

- купирование воспалительных изменений и сокращение продолжительности обострения
- удлинение фазы ремиссии
- предотвращение прогрессирования изменений слизистой оболочки

Главный принцип для терапии при ХГ типа Б – уничтожение в слизистой оболочке НР с помощью специфической терапии, которая останавливает прогрессирование гастритических изменений и вызывает их регрессию.

Главный принцип терапии ХГ типа А – наиболее полная заместительная терапия,.. направленная на создание условий функционирования желудка, близких к нормальным, компенсацию атрофических процессов извне.

7 этап. Проведение врачебно-трудовой экспертизы

Решение вопросов врачебно-трудовой экспертизы рекомендуется проводить в соответствии с таблицей 1.

8 этап. Составление плана диспансерного наблюдения.

Диспансеризации подлежат все больные ХГ. См. Диспансеризацию больных ХГ

Задание VI. Тестовые задания по изученной теме

1. Хронический неатрофический (геликобактерный) гастрит чаще локализуется в
 - А) фундальном отделе желудка
 - Б) антральном отделе желудка
 - В) кардиальном отделе желудка

2. Показатель РН базальной фазы секреции свидетельствует о гипацидности при его значениях
А) 1,5 и ниже
Б) 1,6 -2
В) 2,1 и выше
Г) 6,0 и выше
3. «Золотым стандартом» выявления геликобактер пилори является
А) цитологический метод
Б) иммуногистохимический метод
В) гистологический метод
Г) биохимический метод
4. К блокаторам H_2 рецепторов гистамина относится
А) омепразол
Б) пирензепин
В) ранитидин
Г) сукральфат
5. Укажите неверное утверждение в отношении болевого синдрома при хроническом неатрофическом гастрите
А) не имеет сезонного характера
Б) напоминает боли при язвенной болезни 12-перстной кишки
В) более интенсивный в сравнении с таковым при язвенной болезни
6. При атрофическом гастрите на ФГДС
А) В желудке обнаруживают гигантские складки, напоминающие извилины головного мозга, большое количество слизи, нередко – эрозии, кровоизлияния
Б) Слизистая истончена, бледно-серого цвета с просвечивающими кровеносными сосудами, рельеф сглажен
В) Слизистая блестящая, отечная, гиперемированная, возможны кровоизлияния в слизистую
7. Диета, предусматривающая механическое щажение в сочетании с химическое стимуляцией секреторной активности желудка показана больным с
А) хроническим атрофическим гастритом
Б) хроническим неатрофическим гастритом
В) язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки
8. При дуоденогастральном и гастроэзофагальном рефлюксе используются следующие препараты, повышающие тонус привратника и предотвращающие ретроперистальтические сокращения:
А) метоклопрамид, домперидон
Б) прозерин
В) де-нол, омепразол
9. B_{12} -дефицитная анемия нередко развивается при
А) хроническом неатрофическом гастрите
Б) хроническом атрофическом гастрите (аутоиммунном)
В) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

10. Какое из перечисленных средств не является стимулятором желудочной секреции?
А) эуфиллин Б) атропин В) гистамин Г) кофеин

Ответы:

- | | |
|-----|------|
| 1-Б | 6-Б |
| 2-В | 7-А |
| 3-В | 8-А |
| 4-В | 9-Б |
| 5-В | 10-Б |

Ситуационные задачи по теме

Задача №1.

Больной М., 28 лет. Диагноз: язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице ДПК в ст. обострения, течение средней тяжести.

Участковый врач назначил лечение: ранитидин по 150 мг и метронидазол по 500 мг х 2 р/день. Оцените назначенное лечение?

Задача №2.

Больной А., 24 лет. 2 года назад выявлена язвенная болезнь ДПК. Обострения наблюдались 2 раза в год (весной и осенью). Занимался самолечением. Определите тяжесть течения заболевания? Какова тактика ведения пациента участковым терапевтом?

Задача №3.

Больная 64-х лет, страдает ЯБ желудка в течение 12 лет, обострения заболевания наблюдаются 1 раз в 4-5 лет. При обращении к участковому терапевту по поводу очередного обострения сообщила об изменении характера болей (приобрели почти постоянный характер, нарастает их интенсивность, не купируются антисекреторной терапией), отсутствии аппетита, снижении массы тела на 8 кг за последние 2 месяца, нарастании общей слабости.

Ваш предварительный диагноз? Дифференциальный диагноз. Врачебная тактика.

Задача №4.

Больной 32-х лет, страдает ЯБ ДПК в течение 6 лет. Обострения наблюдались 1 раз в 2-3 года. Последнее обострение осложнилось язвенным кровотечением, которое остановлено консервативным путём. Выписан из хирургического отделения с неза рубцевавшейся язвой ДПК, постгеморрагической анемией средней тяжести с рекомендацией продолжить лечение амбулаторно. Эрадикационная терапия проводилась 3 г. назад с применением 2-х компонентной схемы. Какое лечение вы назначите больному? Экспертиза трудоспособности. Реабилитационная терапия.

Задача №5.

У больной с ревматоидным артритом, активностью средней степени и упорным течением на фоне приема диклофенака натрия появились боли в эпигастрии, тошнота. При ФГДС – острая язва 12-перстной кишки, множественные эрозии желудка. Уточните диагноз. Ваша врачебная тактика. Внесите коррекцию в лечение.

Задача №6.

Женщина 35 лет с беременностью 18-20 нед. направлена на консультацию к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу 2-3 р/день, усиливающуюся в положении лежа, тошноту, рвоту по утрам, периодически чувство тяжести в эпигастрии. Подобные жалобы появились на сроке 8-10 недель. Наблюдалась в женской консультации с токсикозом I половины беременности. В подростковом возрасте беспокоили тошнота, боли в животе, состояние расценивалось как лямблиоз. Отец страдает язвенной болезнью, у матери ЖКБ.

При осмотре: язык обложен у коря. При глубокой пальпации небольшая болезненность в эпигастрии, больше справа. Предварительный диагноз? С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику? План обследования? Лечебная тактика.

Ответы на ситуационные задачи

Задача №1. Лечение некалфицированное, не соответствует стандартам. Необходимо назначение 7-дневной схемы антихеликобактерной терапии: омепразол, амоксициллин, кларитромицин, после чего продолжить лечение омепразолом до рубцевания язвы.

Задача №2. а) Течение средней тяжести. б) Назначить 7-дневную схему антихеликобактерной терапии: омепразол, амоксициллин, кларитромицин (метронидазол), после чего продолжить лечение омепразолом до рубцевания язвы. При развитии обострения провести ФГДС, контрольное исследование на НР. При их выявлении – назначить пациенту курс резервной эрадикационной терапии. При отсутствии НР назначить длительную (1-2-г.) антисекреторную терапию блокаторами H_2 -рецепторов гистамина (ранитидин или фамотидин - половина суточной дозы на ночь). Исключить ulcerогенные воздействия (курение, прием алкоголя, аспирин, НПВП). Поставить пациента под диспансерное наблюдение (2 осмотра за год, обследование по стандарту, консультация гастроэнтеролога).

Задача №3. а) Рак желудка. б) Дифференциальный диагноз с пенетрацией язвы, раком поджелудочной железы, депрессией. в) Обследование по стандарту (общие анализы крови, мочи, кала на скрытую кровь, ФГДС с биопсией, УЗИ брюшной полости, рентгенконтрастное исследование желудка и 12-перстной кишки дополнительно при необходимости), консультация гастроэнтеролога, онколога или психиатра по показаниям.

Задача №4. а) Диета №1. Назначить повторно схему антихеликобактерной терапии 1 ряда на 10-14 дней: омепразол, амоксициллин, кларитромицин (метронидазол), после чего продолжить лечение омепразолом до рубцевания язвы. Дополнительно назначить препараты железа: сорбифер дурулес по 50 мг х 2 р/день до нормализации картины красной крови, а затем еще на 1-2 мес. в половинной дозе. б) Продлить сроки временной нетрудоспособности до рубцевания язвы и достижения уровня гемоглобина 120-130 г/л в зависимости от характера и тяжести труда. При работе, связанной с тяжелым физическим или нервно-психическим напряжением – трудоустройство через ВКК (справка об освобождении от командировок, ночных смен, ненормированного, тяжелого труда сроком на 3-6 мес. в) Исключить ulcerогенные воздействия (курение, прием алкоголя, аспирин, НПВП). Санаторно-курортное лечение не ранее, чем через 3 мес. после рубцевания язвы на курортах с питьевыми минеральными водами (Кавказские минеральные воды, Пржевальское и др.). При начальных проявлениях обострения – терапия «по требованию» (H_2 -блокаторы рецепторов гистамина или омепразол в домашних условиях в течение 5-7 дней), при отсутствии эффекта – обращение к участковому терапевту.

Задача №5. а) НПВП-гастропатия (эрозивно-язвенные изменения гастродуоденальной зоны лекарственного генеза). б) Желательна госпитализация в ревматологическое отделение для подбора терапии. в) Отмена НПВП. Омепразол по 40 мг 2 р/день до рубцевания язвы и заживления эрозий. Сульфасалазин, метотрексат, при неэффективности в сочетании с внутрисуставным введением ГКС. Физиолечение суставов. В дальнейшем поддерживающая терапия метотрексатом в сочетании с внутрисуставным введением ГКС, ингибиторы ЦОГ-2 (мелоксикам или нимесулид) «по требованию». При необходимости назначения ингибиторов ЦОГ-1 (диклофенак, кетопрофен) - сочетать их с омепразолом или блокаторами H_2 -рецепторов гистамина.

Задача №6. а) Изжога беременных (эквивалент ГЭРБ). б) В связи с затяжной симптоматикой раннего гестоза необходимо исключить обострение хронического гастрита, язвенной болезни, заболевания желчного пузыря. в) Общие анализы крови, мочи, кала на скрытую кровь, УЗИ брюшной полости, ФГДС при отсутствии эффекта от 2х-недельной терапии. г) Избегать горизонтального положения в течение 2 час. после еды. Исключить прием часто применяемых у беременных препаратов, расслабляющий сфинктер пищевода: нифедипин, эуфиллин. Препарат выбора при ГЭРБ у беременных – гевискон (на основе альгината натрия), возможно применение

антацидов не более 2-х нед. При недостаточном эффекте допустимы препараты категории риска В по классификации FDA H₂-блокаторы (ранитидин по требованию 150- 300 мг/день).

Приложение 1

Таблица 1. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при болезнях органов пищеварения (класс XI по МКБ-10)

Таблица 1

Код по МКБ-10	Номер строки по форме N 16-ВН	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
1	2	3	4	5
K20 - K31	Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки			
K20	57, 58	Эзофагит		12-21
K22 .1	57, 58	Язва пищевода		14-21
K25 .0	59, 60	Язва желудка острая с кровотечением		45-60
K25 .1	59, 60	Язва желудка острая с прободением	Операция	60-75
K25 .7	59, 60	Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения	Обострение	21-25
K26 .0	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением		20-40
K26 .1	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки с прободением		45-60**
** Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда.				
K26. 3	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения или прободения		16-25
K26. 7	59, 60	Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения	Обострение	20-28
K28. 7	57, 58	Гастроеюнальная язва хроническая без кровотечения или		28-30

		прободения		
K29.0	61, 62	Острый геморрагический гастрит		18-22
K29.1	61, 62	Другие острые гастриты		3-5
K29.4	61, 62	Хронический атрофический гастрит	Тяжелая форма (обострение)	5-7
K29.6	61, 62	Гастрит гипертрофический	Тяжелая форма (обострение)	5-7
K29.8	61, 62	Дуоденит		7-14
* Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.				
K44.0	57, 58	Диафрагмальная грыжа с непроходимостью без гангрены	Операция	35-45*
* Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.				
K44.9	57, 58	Диафрагмальная грыжа	Операция	25-35*
* Требуется трудоустройство в зависимости от условий труда.				

Приложение 2

Диспансеризация

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Первичные обязательные исследования: общий анализ крови, группа крови и резус фактор, анализ кала на скрытую кровь, общий анализ мочи, железо сыворотки крови, электрокардиография, эзофагогастроскопия. Другие исследования проводятся по показаниям: суточное мониторирование рН верхних отделов пищеварительного тракта, УЗИ органов брюшной полости и другие.

Обязанности врача

1. Обеспечить точную диагностику по симптомным проявлениям болезни и результатам обследования.
2. Назначить оптимальное лечение.
3. Обеспечить наблюдение за больным и оценить результаты основного и пролонгированного курса терапии, в том числе терапии "по требованию".

Обязанности больного

1. Спать на кровати с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом.
2. Снизить массу тела, если имеется ожирение.

3. Не лежать после еды в течение 1,5 часов.
4. Ограничить прием жира.
5. Прекратить курение и прием алкоголя.
6. Избегать тесной одежды, тугих поясов и работ в наклонном положении тела.
7. По возможности не принимать лекарственных средств, оказывающих отрицательный эффект на моторику пищевода и тонус нижнего пищеводного сфинктера (пролонгированные нитраты, нитриты, миогенные спазмолитики, антагонисты кальция, теofilлин, препараты повреждающие СО пищевода (аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты).
8. При появлении изжоги, кислых и горьких отрыжек (срыгиваний) принять антацидный препарат типа маалокса (пакетик или 2 таблетки) или быстрорастворимый антисекреторный препарат - зантак (150 или 300 мг), при этом симптомы болезни обычно исчезают через 10 мин.

Цели диспансерного наблюдения:

Несмотря на то, что ГЭРБ является хроническим и прогрессирующим заболеванием со склонностью к обострению, все же диспансерное наблюдение и рациональное лечение почти в 100 % случаев могут обеспечить ремиссию болезни, для которой является характерным отсутствие симптомов, а также деструктивных, преимущественно острых изменений в СО пищевода (активного воспаления, эрозий и язв). Наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (недостаточности кардии) не исключает ремиссию ГЭРБ.

Этапы диспансеризации

Больные ГЭРБ берутся под диспансерное наблюдение пожизненно. При наличии ремиссии обследование проводится 1 раз в год и включает:

1. Оценку жалоб и физикального статуса.
2. Проведение общего анализа крови и мочи.

Профилактические курсы медикаментозной терапии проводятся только по требованию, то есть при возврате симптомов (изжога, срыгивание, чувство жжения за грудиной и др.). Терапия "по требованию" включает лечение, указанное в клинических протоколах, или прием однократно в 15 часов 20 мг рабепразола или омепразола, или 30 мг лансопразола в течение 2-х недель. Если при данной терапии полностью исчезнут симптомы болезни и не возобновятся в первые 2 недели, то такой больной в дальнейшем обследовании и лечении не нуждается. Но при рецидивировании симптомов следует поступать так, как это предусмотрено при первичном обследовании.

Контрольные эндоскопические исследования верхних отделов пищеварительного тракта проводятся только больным, у которых либо не наступила ремиссия, либо был диагностирован пищевод Баррета.

Язвенная болезнь (яб)

Первичное обследование: общий анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, анализ кала на скрытую кровь, железо сыворотки крови, гистологическое и цитологическое исследование биоптата из периаульцерозной зоны (при желудочных язвах - минимум 6 биоптатов), проведение уреазного теста для выявления Hp, УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы, эзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией и щеточным получением препарата для цитологического исследования.

Примечание. Результаты лечения обострения при ЯБЖ всегда оцениваются клиническими и эндоскопическими исследованиями в динамике, а при ЯБДПК эндоскопическое исследование проводится только по особым показаниям. Если в терапии

этих больных используются только антисекреторные препараты, особенно блокаторы протонной помпы, то наступает транслокация Нр из антрума в тело желудка (пангастрит). При язвенной болезни, неассоциированной с Нр (встречается редко), противорецидивное лечение включает антисекреторный препарат, антацид и цитопротектор.

Цель лечения при наличии Нр

1. Устранить в гастродуоденальной СО Нр.
2. Купировать (подавить) активное воспаление в СО желудка и двенадцатиперстной кишке.
3. Обеспечить заживление язв и эрозий.
4. Предупредить развитие обострений и осложнений, включая лимфому и рак желудка.

Обязанности больного ЯБ

1. Прекратить курение.
2. Не употреблять крепкие алкогольные напитки; принимать пищу 4-5 раз в день в небольших количествах, исключить из рациона копчености и консервированные продукты.
3. Пунктуально выполнять рекомендации по режиму, образу жизни и медикаментозному лечению.

Обязанности врача

1. Обеспечить точную диагностику заболевания по клиническим данным и результатам обследования.
2. Назначить оптимальное медикаментозное лечение с учетом диагностированного заболевания, его патогенеза и этиологии, включая наличие Нр.
3. Обеспечить пожизненное диспансерное наблюдение за больным (обследование при ЯБЖ проводится при каждом обострении и планово - 1 раз в год, даже если сохраняется клиническая ремиссия, а при ЯБДПК - 1 раз в 2 года).
4. Провести медикаментозное лечение при обострении ЯБ (противорецидивное лечение). Профилактические весенне-осенние курсы медикаментозной терапии, как это было принято ранее, теперь проводить не следует. Лечение и обследование проводится только при обострении ЯБ и каждый раз в указанном объеме, но с учетом локализации рецидивирующей язвы (острой эрозии).

Для профилактики обострений ЯБЖ и особенно ЯБДК, а, следовательно, и их осложнений, рекомендуются два вида терапии:

1. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, принимать ежедневно вечером по 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (гастросидин, квамател, ульфамид). Показаниями к проведению данной терапии являются:
 - неэффективность проведенной эрадикационной терапии;
 - осложнения ЯБ (язвенное кровотечение или перфорация);
 - наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов;
 - сопутствующий ЯБ эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит;
 - больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением ЯБ, несмотря на адекватную курсовую терапию.
2. Терапия "по требованию", предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов (париет, омепразол, лансопразол, ранитидин, фамотидин) в полной суточной дозе в течение 3 дней, а затем в половинной - в течение 3 нед. Если после такой терапии полностью исчезают симптомы обострения, то терапию следует прекратить, но если симптомы не купируются или

рецидивируют, то необходимо провести эзофагогастродуоденоскопию и другие исследования, как это предусмотрено данными стандартами при обострении. Показаниями к проведению данной терапии является появление симптомов ЯБ после успешной эрадикации НР.

Прогрессирующее течение ЯБ с рецидивом язвы в желудке или в двенадцатиперстной кишке чаще связано с неэффективностью эрадикационной терапии и реже - с реинфекцией, т.е. с повторным инфицированием СО НР.

Цели диспансеризации: обеспечить безрецидивное течение ЯБ (стабильную ремиссию).

Хронический гастрит (антральный, фундальный) с синдромом диспепсии(Шифр К 29.5)

Первичные обязательные исследования при обострении заболевания: общий анализ крови и мочи, анализ кала на скрытую кровь, общий белок и белковые фракции, эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией, патогистологией и щеточным цитологическим исследованием, определение в биоптатах Нр (два теста), УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы, интрагастральная рН-метрия.

Дополнительные исследования и консультации специалистов проводятся в зависимости от проявлений основной болезни и предполагаемых сопутствующих заболеваний.

Обязанности врача

1. Обеспечить точную диагностику и исключить другие болезни, в том числе опухолевые процессы, которые могут сопровождаться синдромом диспепсии.
2. Провести специализированное курсовое амбулаторное лечение (СКАЛ), обеспечивающее ремиссию болезни.

Обязанности больного

1. Выполнять предписание врача по режиму питания и СКАЛ.
2. При появлении субъективных проявлений болезни наряду с симптоматической терапией "по требованию" пройти полное обследование.

Больные хроническим гастритом должны оставаться под диспансерным наблюдением пожизненно, но лечение и обследование их проводятся "по требованию", то есть при появлении некупируемых режимом питания симптомов.

Цель диспансерного наблюдения: обеспечить ремиссию болезни за счет СКАЛ и строгого соблюдения режима питания.