СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

ВЫПОЛНИЛА: АМИРХАНОВА Ф., 667

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – ХРОНИЧЕСКОЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ В ЖЕЛУДКЕ, 12 П. КИШКЕ ИЛИ ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТОЩЕЙ КИШКИ, С ЧАСТЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ДРУГИХ ОРГАНОВ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ И РАЗВИТИЕМ МНОГООБРАЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

- ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ HELICOBACTER PYLORI - ГРАММ-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ СПИРАЛЕВИДНАЯ БАКТЕРИЯ. КОЛОНИИ ЖИВУТ В ЖЕЛУДКЕ, РИСК ЗАРАЖЕНИЯ С ВОЗРАСТОМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. ИНФЕКЦИЯ HELICOBACTER PYLORI В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, В-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ И РАКА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДКА. ОКОЛО 95% ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ОКОЛО 80% ЯЗВ ЖЕЛУДКА СВЯЗАНЫ С НАЛИЧИЕМ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI.
- ОТДЕЛЬНО ВЫДЕЛЯЮТ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС), СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ.

КЛАССИФИКАЦИЯ :

I. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА:

- ЯЗВА ЖЕЛУДКА (КАРДИАЛЬНОГО, СУБКАРДИАЛЬНОГО, АНТРАЛЬНОГО, ПИЛОРИЧЕСКОГО, ПО БОЛЬШОЙ ИЛИ МАЛОЙ КРИВИЗНЕ).

II. ПО ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1. ОБОСТРЕНИЕ
- 2. ЗАТУХАЮЩЕЕ ОБОСТРЕНИЕ.
- 3.РЕМИССИЯ

III. ПО ТЕЧЕНИЮ:

1. ЛАТЕНТНОЕ, 2. ЛЕГКОЕ, 3. СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, 4. ТЯЖЕЛОЕ.

IV. ПО РАЗМЕРАМ ЯЗВЫ:

1. МАЛАЯ, 2. СРЕДНЯЯ, 3. БОЛЬШАЯ, 4. ГИГАНТСКАЯ, 5.ПОВЕРХНОСТНАЯ, 6. ГЛУБОКАЯ.

V. ПО СТАДИИ ЯЗВЫ:

1. СТАДИЯ ОТКРЫТОЙ ЯЗВЫ, 2. СТАДИЯ РУБЦЕВАНИЯ, 3. СТАДИЯ РУБЦА.

VI. ПО СОСТОЯНИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ:

1. ГАСТРИТ 1, 2, 3 СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ (ДИФФУЗНЫЙ, ОГРАНИЧЕННЫЙ).

2. ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ,

3. АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ,

4. БУЛЬБИТ, ДУОДЕНИТ 1,2,3СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ.

5.АТРОФИЧЕСКИЙ БУЛЬБИТ, ДУОДЕНИТ,

VII. ПО СОСТОЯНИЮ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА:

1. С НОРМАЛЬНОЙ ИЛИ ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ.
2. С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

VIII. НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТ. КИШКИ:

1. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ И ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ,
2. ГИПОТОНИЧЕСКАЯ И ГИПОКИНЕТИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ,
3. ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС.

IX. ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ.,

2. ПЕРФОРАЦИЯ,

3.ПЕНЕТРАЦИЯ,

4. РУБЦОВАЯ ДЕФОРМАЦИЯ И СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА 12 П. КИШКИ (КОМПЕНСИРОВАННЫЙ,

СУБКОМПЕНСИРОВАННЫЙ, ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ),

5. ПЕРИВИСЦЕРИТЫ,

6. РЕАКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ,

ГЕПАТИТ, ХОЛЕЦИСТИТ,

7. МАЛИГНИЗАЦИЯ.

X. ПО СРОКАМ РУБЦЕВАНИЯ:

1. ОБЫЧНЫЕ СРОКИ РУБЧЕВАНИЯ ЯЗВЫ.

2. ДЛИТЕЛЬНО НЕ РУБЦУЮЩАЯСЯ (БОЛЕЕ 8 НЕД. - ПРИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, БОЛЕЕ 4 НЕД.- ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ В 12 П.К.)..

3. РЕЗИСТЕНТНАЯ ЯЗВА (БОЛЕЕ12 И БОЛЕЕ 8 НЕДЕЛЬ СООТВЕТСТВЕННО.).

ПО СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ:

1СТ.- УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННАЯ, 2СТ.- ВЫРАЖЕННАЯ, 3СТ. – РЕЗКО ВЫРАЖЕННАЯ.

ПО РАЗМЕРУ (ДИАМЕТРУ) ЯЗВ:

- МАЛЫЕ: ДО 0,5 СМ
- СРЕДНИЕ: 0,5—1 СМ
- БОЛЬШИЕ: 1,1-2,9 СМ
- ГИГАНТСКИЕ: ДЛЯ ЯЗВ ЖЕЛУДКА 3 СМ И БОЛЕЕ, ДЛЯ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 2 СМ И БОЛЕЕ.

ФАКТОРЫ РИСКА:

- НАЛИЧИЕ HELICOBACTER PYLORI
- ПРИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, НАЛИЧИЕ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА, НЕРЕГУЛЯРНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (7), КУРЕНИЕ, ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННАЯ С H. PYLORI

ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.

ТРЕБОВАНИЯ К СХЕМАМ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ:

- В КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ДОЛЖНА ПРИВОДИТЬ К УНИЧТОЖЕНИЮ БАКТЕРИИ H. PYLORI, КАК МИНИМУМ, В 80% СЛУЧАЕВ.
- НЕ ДОЛЖНА ВЫЗЫВАТЬ ВЫНУЖДЕННОЙ ОТМЕНЫ ТЕРАПИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ (ДОПУСТИМО МЕНЕЕ ЧЕМ В 5% СЛУЧАЕВ).
- СХЕМА ДОЛЖНА БЫТЬ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ НЕ БОЛЕЕ 7~14 ДНЕЙ.

ТРОЙНАЯ ТЕРАПИЯ НА ОСНОВЕ ИНГИБИТОРА ПРОТОННОГО НАСОСА — НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СХЕМ ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ ЭРАДИКАЦИИ ДОСТИГАЮТ В 85-90% СЛУЧАЕВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И КАК МИНИМУМ В 15% СЛУЧАЕВ У ДЕТЕЙ.

СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ:

ТЕРАПИЯ ПЕРВОЙ ЛИНИИ.

ИНГИБИТОР ПРОТОННОГО НАСОСА (ОМЕПРАЗОЛ 20 МГ, РАБЕПРАЗОЛ 20 МГ) ИЛИ РАНИТИДИН-ВИСМУТ-ЦИТРАТ В СТАНДАРТНОЙ ДОЗИРОВКЕ + КЛАРИТРОМИЦИН500 МГ + АМОКСИЦИЛЛИН 1000 МГ ИЛИ МЕТРОНИДАЗОЛ 500 МГ; ВСЕ ЛС ПРИНИМАЮТ 2 РАЗА В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ 7 ДНЕЙ.

СОЧЕТАНИЕ КЛАРИТРОМИЦИНА С АМОКСИЦИЛЛИНОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ, ЧЕМ КЛАРИТРОМИЦИНА С МЕТРОНИДАЗОЛОМ, ТАК КАК МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ДОСТИЖЕНИЮ ЛУЧШЕГО РЕЗУЛЬТАТА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ. КЛАРИТРОМИЦИН ПО 500 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ ОКАЗАЛСЯ ЭФФЕКТИВНЕЕ ПРИЁМА ЛС В ДОЗЕ 250 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ.

ПОКАЗАНО, ЧТО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАНИТИДИН-ВИСМУТ-ЦИТРАТА И ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОГО НАСОСА ОДИНАКОВА.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ РЕКОМЕНДУЮТ В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ. ИНГИБИТОР ПРОТОННОГО НАСОСА В СТАНДАРТНОЙ ДОЗЕ 2 РАЗА В ДЕНЬ + ВИСМУТА СУБСАЛИЦИЛАТ 120 МГ 4 РАЗА В ДЕНЬ + МЕТРОНИДАЗОЛА 500 МГ 3 РАЗА В ДЕНЬ + ТЕТРАЦИКЛИН 100-200 МГ 4 РАЗА В ДЕНЬ.

ПРАВИЛА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ

1. ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПРИВОДИТ К НАСТУПЛЕНИЮ ЭРАДИКАЦИИ, ПОВТОРЯТЬ ЕЁ НЕ СЛЕДУЕТ.
2. ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАННАЯ СХЕМА НЕ ПРИВЕЛА К ЭРАДИКАЦИИ, ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО БАКТЕРИЯ ПРИОБРЕЛА УСТОЙЧИВОСТЬ К ОДНОМУ ИЗ КОМПОНЕНТОВ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ (ПРОИЗВОДНЫМ НИТРОИМИДАЗОЛА, МАКРОЛИДАМ).
3. ЕСЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОЙ, А ЗАТЕМ ДРУГОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕ ПРИВОДИТ К ЭРАДИКАЦИИ, ТО СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ШТАММА H. PYLORI КО ВСЕМУ СПЕКТРУ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АНТИБИОТИКОВ.
4. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ БАКТЕРИИ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИТУАЦИЮ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК РЕЦИДИВ ИНФЕКЦИИ, А НЕ КАК РЕИНФЕКЦИЮ.
5. ПРИ РЕЦИДИВЕ ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЕНИЕ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ.

ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ПРОДОЛЖИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ЕЩЁ В ТЕЧЕНИЕ 5 НЕД ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ И В ТЕЧЕНИЕ 7 НЕД ПРИ ЖЕЛУДОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЯЗВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОДНОГО ИЗ АНТИСЕКРЕТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОГО НАСОСА, БЛОКАТОРОВ H_2-РЕЦЕПТОРОВ ГИСТАМИНА).

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, НЕ АССОЦИИРОВАННАЯ С H. PYLORI

В СЛУЧАЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, НЕ АССОЦИИРОВАННОЙ H . PYLORI, ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ СЧИТАЮТ КУПИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ И РУБЦЕВАНИЕ ЯЗВЫ. ПРИ ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ АНТИСЕКРЕТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

- ИНГИБИТОРЫ ПРОТОННОГО НАСОСА: ОМЕПРАЗОЛ 20 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ, РАБЕПРАЗОЛА 20 МГ 1-2 РАЗА В ДЕНЬ.
- БЛОКАТОРЫ Н-РЕЦЕПТОРОВ ГИСТАМИНА: ФАМОТИДИН 20 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ, РАНИТИДИН 150 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ.
- ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ — АНТАЦИДЫ, ЦИТОПРОТЕКТОРЫ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА КОНТРОЛИРУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗ 8 НЕД, ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ — ЧЕРЕЗ 4 НЕД.

А. НЕПРЕРЫВНАЯ (В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦЕВ И ДАЖЕ ЛЕТ) ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АНТИСЕКРЕТОРНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ПОЛОВИННОЙ ДОЗЕ.

ПОКАЗАНИЯ:

1. НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕННОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ,
2. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯБ,
3. НАЛИЧИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ПРИМЕНЕНИЯ НПВС,
4. СОПУТСТВУЮЩИЙ ЯБ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЙ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ,
5. БОЛЬНЫЕ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ЕЖЕГОДНО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ЯБ.

Б. ТЕРАПИЯ ПО ТРЕБОВАНИЮ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩАЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯБ ПРИЕМ ОДНОГО ИЗ СЕКРЕТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПОЛНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЕ- 3 ДНЯ, ЗАТЕМ - В ПОЛОВИННОЙ - В ТЕЧЕНИЕ 3 НЕД. ЕСЛИ СИМПТОМЫ НЕ КУПИРУЮТСЯ, ТО ПОСЛЕ ЭФГДС, ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ - ПОВТОРНАЯ ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ.

Заключение

Само по себе назначение различных медикаментозных препаратов при лечении язвенной болезни преследует две основные цели – обеспечение наибольшего эффекта и сведение к минимуму вероятность появления возможных побочных эффектов и осложнений, в т. ч. и при проведении антихеликобактерной терапии язвенной болезни, ассоциированной с HP.
Особое значение при выборе вариантов медикаментозного лечения пациентов с язвенной болезнью имеют следующие факторы:

- переносимость конкретными больными тех или иных медикаментозных препаратов (не только антибиотиков);
- наличие сопутствующих заболеваний;
- индивидуальная устойчивость конкретных больных к тем или иным препаратам;
- наличие препаратов в аптечной сети стационара или в районах проживания пациентов, если их лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях, а также их финансовое состояние.

В связи с перечисленным в отдельных случаях целесообразно в лечении использовать альтернативные варианты терапии язвенной болезни. Результаты заживления язв и эрадикации HP, приводимые в литературе, в определенной степени, как известно, зависят и от подбора контингента больных, продолжительности проведения того или иного варианта антихеликобактерной терапии, регулярности приема назначенных медикаментозных препаратов и т. д. Поэтому работе с пациентами необходимо уделять достаточное внимание.

С учетом индивидуальных особенностей конкретных больных целесообразно своевременно вносить определенную коррекцию в схемы их лечения.