

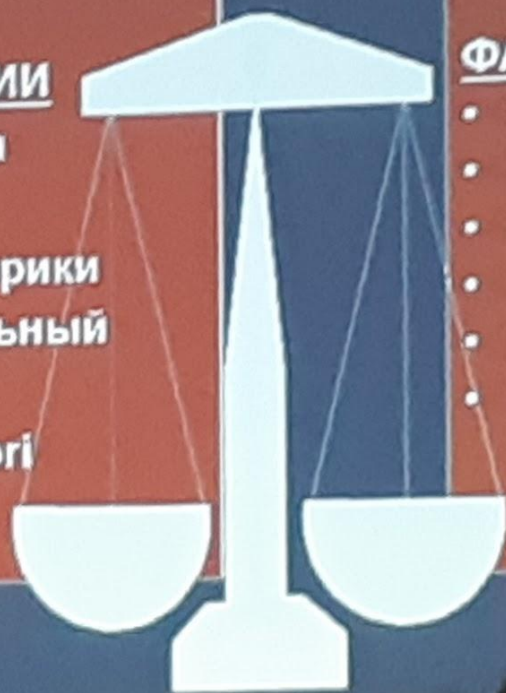
Этиологические факторы ЯБ

- Наследственная предрасположенность:
 - восприимчивость слизистой к инфекции *HP*
 - гиперплазия париетальных клеток
 - гиперваготония
 - гипергастринемия
 - нарушения факторов защиты слизистой
 - *O(I)* группа крови и др.
- Нервно-эмоциональное пер...
- Алиментарные факторы
- Вредные привычки
- Прием НПВП, антитро...
- *H. pylori*

Патогенетические механизмы язвообразования

ФАКТОРЫ АГРЕССИИ

- Соляная кислота
- Пепсин
- Нарушение моторики
- Дуоденогастральный рефлюкс
- *Helicobacter pylori*



ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ

- Образование слизи
- Секреция бикарбонатов
- Регенерация эпителия
- Простагландины
- Должный кровоток
- Иммунная защита

Нарушение равн

Симптоматические язвы

Стрессовые язвы

Патогенез:

- ↑ продукции АКТГ, кортикостероидных гормонов, серотонина и гистамина
- ишемия в СО желудка в результате гиповолемического шока и плазмолотери
- нарушение гастродуоденальной моторики (парез желудка, усиление рефлюкса желчи)

Чаще всего проявляются безболевым кровотечением

Симптоматические язвы

Эндокринные

а) язвы при синдроме Золлингера-Эллисона (гастроиноме)

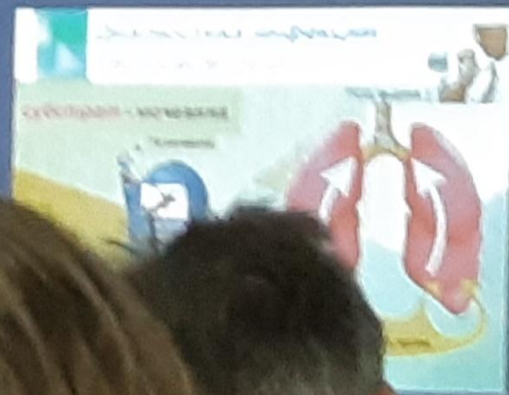
б) гастродуоденальные язвы при гиперпаратиреозе
(в ответ на гиперкальциемию - гиперсекреция НСІ, повышение
моторной функции желудка)

Уреазный дыхательный тест (^{13}C -мочевина)

с использованием мочевины, меченой изотопами

Под действием уреазы в желудке расщепляется меченая мочевина \rightarrow образуется аммиак и CO_2 , меченый изотопом ^{13}C , всасывается в кровь и транспортируется в легкие.

Определяется в выдыхаемом воздухе масс-спектрографом.





ИПП

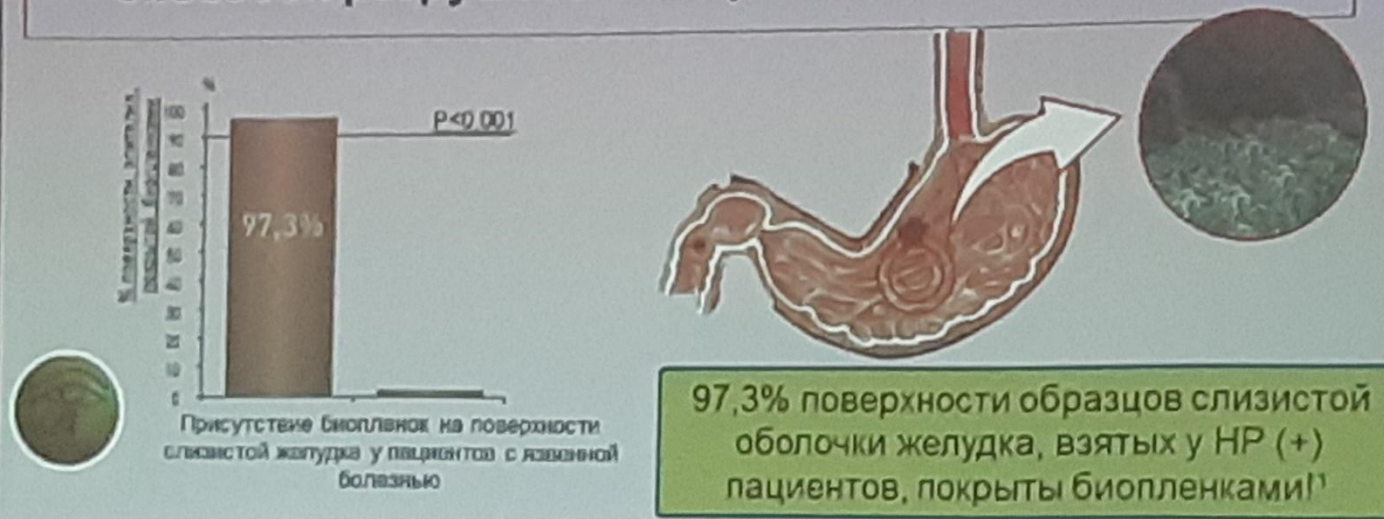
- Омепразол (Омес, Ультоп, Лосек)
- Рабепразол (Париет, Разо)
- Пантопразол (Контролок, Нольпаза)
- Эзомепразол (Нексиум, Эманера)
- Лансопразол (Ланцид)
- Декслансопразол (Дексилант)

Ингибиторы протонной помпы

- Избирательно накапливаются в зонах с низким значением pH (париетальных клетках) и блокируют активность H^+,K^+ -АТФазы \implies ↓ продукцию HCl



Фромилид® (кларитромицин) способен разрушать бактериальные биопленки



- Кларитромицин:**
- Прямое этиотропное действие на *H. pylori*;
 - Разрушение бактериальных биопленок?

Устранение биопленок... других... дителю и...

Пятое Московское соглашение // XIII съезд НОГР.
12 марта 2013

2-я линия антигеликобактерной терапии

- ИПП в стандартной дозе 2 р/сут
- метронидазол по 500 мг 3 р/сут
- тетрациклин 500 мг 4 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут 10–14 дн

или

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- амоксициллин 1000 мг 2 р/сут
- фуразолидон 100 мг 4 р/сут или нифуратель (Макмирор)
400 мг 2 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут 10–14 дн

Варианты лечения при аллергии к препаратам пенициллинового ряда

- Квадротерапия (ИПП - Де-нол – Метр -Тетр)

10–14 дн

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- кларитромицин 500 мг 2 р/сут
- метронидазол по 500 мг 3 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сут

10–14 дн

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- кларитромицин 500 мг 2 р/сут
- левифлоксацин 500 мг/сут

14 дн

**Лечение пожилых больных и
в ситуациях, при которых полноценная
антигеликобактерная терапия невозможна**

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут
- амоксициллин 1000 мг 2 р/сут
- висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут

14 дн.

**При наличии поливалентной аллергии к
антибиотикам или отказе больного от А/Б-терапии**

- ИИП в стандартной дозе 2 р/сут в сочетании с
- висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сут

14 дн.

Преимущества схем с висмутом

- Эффективность > 90%
- Отсутствие резистентных штаммов к висмуту
- Способность преодолевать резистентность к метронидазолу и кларитромицину

Коллоидная форма висмута трикалия дицитрат
Улькавис®

- обеспечивает хорошее проникновение в СО желудка и фиксацию на клеточной оболочке бактерий

Долечивание после эрадикации

Пролонгированная терапия висмута трикалия дицитратом показана в целях улучшения качества послеязвенного рубца и скорейшей редукции воспалительного инфильтрата*

Улькавис®

в течение 2-3х нед

Гастроцитопротекторы

□ Ребагит (ребамипид) - индуктор синтеза ПГ

* Ранее применялся Сайтотек (мизопростол) - аналог эндогенного ПГ E1

Ребагит (ребамипид)

Механизм действия:

- стимулирование синтеза простагландинов PGE2 и PGI2 и гликопротеинов слизи
- ингибирование продуктов оксидативного стресса, провоспалительных цитокинов
- улучшение кровоснабжения СОЖ, активизация ее барьерной функции
- активизация щелочной секреции, муцинов
- усиление пролиферации СО желудка и кишечника

РЕБАМИПИД при Нр-инфекции:



1. Блокирует АДГЕЗИЮ Нр к
желудочному эпителию

2. Подавляет активацию нуклеарного фактора κB , что приводит
к БЛОКАДЕ продукции ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ цитокинов
и СВОБОДНЫХ радикалов

3. Снижает ПРЕНИЦАЕМОСТЬ СОЖ, которая остается повышенной
даже после эрадикации Нр

22-24 ноября 2017 года, Москва



Национальный конгресс терапевтов



XVIII СЪЕЗД НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОПАТИИ,
ИНДУЦИРОВАННОЙ НПВП** (утверждены XII Национальным конгрессом
терапевтов 23 ноября 2017 г, Москва), проект

- ▶ *“...Для профилактики НПВП-индуцированной гастропатии можно использовать комбинацию Ребамипида с ИПП. При НПВП –индуцированной энтероколопатии средством выбора является Ребамипид”*
- ▶ *“В многоцентровом исследовании STORM STUDY показано, что стимулятор простагландина PGE2 РЕБАМИПИД является средством выбора при лечении и профилактике поражений НПВ-препаратами и низкими дозами аспирина слизистой не только желудка, но и кишечника”*

Резеранты:

- < Соматостатин (в/в по 2 мг/сут, в/в 5-10 мг)
- < Облепиховое масло

Метаболическая терапия:

- < Актонормин 10 мг в/в или 5 мг в/в 1 р/д 10 дн
далее 200 мг по 1-2 таб 3-4 р/д 25-30 дн

Психотропные средства:

- элонил
- фенибут
- афобазол
- грандаксин
- валемидин
- агаракс
- ципрапекс
- валериана, пустырник, и др.

Неотложная помощь при язвенном кровотечении

- Строгий постельный режим.
- Запрещение приёма воды и пищи.
- Пузырь со льдом на живот.
- Кислород через маску или назальный зонд.
- Прием глотками холодного р-ра аминокaproновой к-ты
- В/в введение ИПП или H₂блокаторов.
- Дицинон (этамзилат) в/в или в/м 250-500 мг (2-4 мл)

- При коллапсе АД – в/в введение плазмозамещающих растворов (0,9% раствор натрия хлорида)

- **! Противопоказан Мезатон → опасность усиления кровотечения**

Эвакуация в ближайшее специализированное лечебное учреждение, на носилках санитарным транспортом в сопровождении врача (фельдшера).

Эндоскопические методы гемостаза «золотой стандарт»

- Орошение дна язвы 5% р-ром аминокaproновой кислоты
- Инъекционные: адреналин, спиртоновокаиновая смесь, децинон, фибриновый клей, гистоакрил (биоклей)
- Термическая терапия: диатермо- или лазерная коагуляция
- Механические: клипирование - наложение на кровоточащий сосуд гемостатических клипсов

Неотложная помощь при перфорации

- Строгий постельный режим
- Запрещение приема воды и пищи
- Пузырь со льдом на живот
- В/в введение 0,9% р-ра NaCl в период транспортировки при тяжелом состоянии больного.

Эвакуация в ближайшее специализированное лечебное учреждение на носилках санитарным транспортом с сопровождением врача (фельдшера).

Физиотерапия ЯБ

- при отсутствии осложнений ЯБ и исключении злокачественного характера.
- В фазе обострения: КВЧ, электрофорез с бромом на воротниковую зону, с новокаином на эпигастральную область, ультразвук, магнитотерапия
- В фазе затухающего обострения: ДДТ Бернара, синусоидальные модулированные токи, лазеротерапия, озокерит, парафин

Санаторно-курортное лечение

- Минеральные воды низкой минерализации (без газа) :
«Ессентуки №4», «Смирновская», «Славяновская»,
«Березовская», «Джермук»
 - ✓ при повышенной кислотности – за 1 ч до еды
 - ✓ при пониженной – за 15-20 мин до еды

в течение 4 нед 1-2 р/год вне обострения

- Радоновые и углекислые ванны, грязи на эпигастрий и воротниковую зону

Факторы, способствующие развитию гастроэзофагеального рефлюкса

- Снижение давления покоя НПС :
 - Вредные привычки
 - Питание (жирная, жареная, острая пища, томаты, цитрусовые, газированные напитки, крепкий кофе, соки и т.д.)
 - Медикаменты (нитраты, β -блокаторы, антагонисты Ca , транквилизаторы, антидепрессанты и др.)

- Повышение внутрибрюшного или внутрижелудочного давления:
 - Ожирение
 - Запоры
 - Беременность
 - Гастростаз

- Грыжа

Эндоскопическая классификация ГЭРБ

Savary - Miller, 1978

- 0 степень - признаки повреждения слизистой оболочки пищевода отсутствуют, четко определяется желудочно-пищеводное соединение, гладкая и блестящая слизистая в дистальном отделе;
- I степень - гиперемия дистальных отделов пищевода,
- II степень - эрозии пищевода, не сливающиеся друг с другом,
- III степень - сливающиеся эрозии,
- IV степень - хроническая язва пищевода, стеноз.

*Заживление дефекта слизистой оболочки
происходит в среднем:*

- за 3-4 недели при язве 12-перстной кишки;
- за 4-6 недель при язве желудка;
- за 8-12 недель при эрозивных поражениях пищевода.

При НЭРБ
ИПП 4 недели

При эрозивном рефлюкс-эзофагите
ИПП 8 недель

При осложнениях ГЭРБ
ИПП длительно
или хирургическое лечение

ИПП
Нольпаза (пантопразол)

Показания	Дозы	
Симптоматическое лечение неэрозивной рефлюксной болезни	40 мг	1 р/сут 4 недели
Лечение эрозивного эзофагита	40 мг	2 р/сут 8 недель
Поддерживающая терапия после лечения эрозивного эзофагита	20 - 40 мг	1 р/сут до 6 месяцев

Дексилант

ИПП с технологией двойного замедленного высвобождения обеспечивает длительное подавление продукции HCl в желудке

Капсула Дексилант содержит 2 типа гранул, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, которые высвобождают активное вещество в зависимости от pH в различных отделах тонкого кишечника

Гранулы 1-го типа начинают высвобождать активное вещество в течение часа после приема препарата



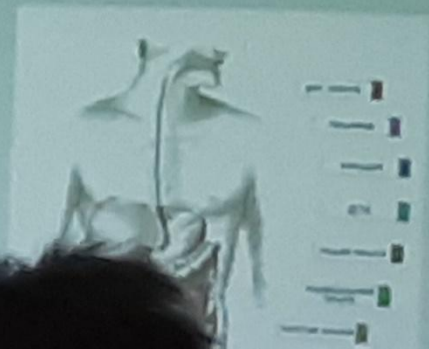
Гранулы 2-го типа обеспечивают второе высвобождение активного вещества через 4-5 часов после приема препарата

ГЭРБ – заболевание с исходным нарушением
двигательной функции верхних отделов
пищеварительного тракта



Прокинетики

- ✓ повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера
- ✓ стимулируют моторику пищевода, желудка, кишечника
- ✓ улучшают пищеводный клиренс



Прокинетики

✓ Церукал (метоклопрамид) 1 таб (10 мг) 3 р/сут

✓ Мотилиум (домперидон) 1 таб (10 мг) 3 р/сут

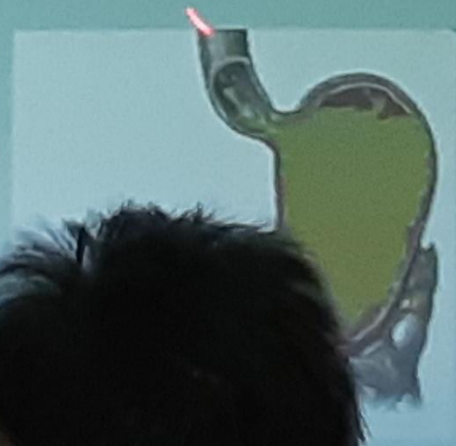
✓ Итомед (итоприда гидрохлорид)

✓ Ганатон (итоприда гидрохлорид)

} 1 таб (50 мг) 3 р/сут

Щелочные гастроэзофагеальные рефлюксы

- у 65% пациентов ГЭРБ наблюдаются кислые рефлюксы
- у 30% - смешанные
- У 5% - щелочные
- Патологический щелочной рефлюкс ассоциируется с более тяжелым течением ГЭРБ и пищеводом Барретта



**Коррекция щелочного рефлюкса:
Урсодеоксихолевая кислота (Урсосан)**

Вытеснение пула гидрофобных желчных кислот,
предотвращение индуцированного ими апоптоза
эпителиоцитов



цитопротективный эффект
уменьшение клинической симптоматики и эндоскопических
признаков повреждения СО желудка и пищевода

По 250 мг 2 р/сут в течение 1-2



Современные международные рекомендации по диагностике и лечению ГЭРБ

Американская коллегия гастроэнтерологов (ACG), 2013

- Предварительный диагноз ГЭРБ может быть установлен на основании **типичных симптомов** (изжоги и регургитации). В этом случае рекомендуется **эмпирическая терапия ИПП**.
- Эндоскопия требуется пациентам с симптомами тревоги.
- 8-недельный курс ИПП является терапией выбора для купирования симптомов и заживления эрозивного эзофагита.
- Поддерживающая терапия ИПП должна быть назначена пациентам с **возобновлением симптомов** после прекращения приема ИПП и пациентам с осложнениями ГЭРБ.

ИПП

Монотерапия ИПП способствует прогрессированию
НР-ассоциированного гастрита,
и, соответственно, увеличивает риск
развития рака желудка

DDW 2010



Quadruple Therapy With Bismuth Subcitrate Potassium Metronidazole, Tetracycline, and Omeprazole is Superior to Triple Therapy With Omeprazole, Amoxicillin, and Claritromycin in Eradication of *H. pylori*
Peter Malfertheiner, Francis Megraud, Monique Giguere, Maro Riviere
DDW, Abstracts - 2010

- Эрадикация с квадротерапией (10 дней) – 93,3%
- Эрадикация с тройной терапией (7 дней) – 69,6%

Схемы эрадикации *H.pylori*

Терапия первой линии (10-14 дней)

ИПП (Нольпаза® 40 мг, Эманера® 20 мг и др.) 2 р/сут
+
КЛА (Фромилид® 500 мг) 2 р/сут
+
АМО 1000 мг 2 р/сут (или МЕТ 500 мг 2 р.сут.)
+
Висмут трикалия дицитрат (Улькавис 120 мг) 4 р/сут