

Международный казахско-турецкий университет имени Х.
А.Яссауи
Шымкентский медицинский институт

Тема :: Диагностика протокола и гастродуоденитного
лечения



- Подготовила : Якубжанова Захро
- Группа :ЖМО-506
- Проверила : Салходжаева К.К

- **Гастродуоденит** — (лат. *gastroduodenitis*; др.-греч. γαστήρ *желудок* + *duodenum* двенадцатиперстная кишка + -ит — *воспаление*) — воспалительное заболевание слизистой двенадцатиперстной кишки и пилорической зоны желудка.

Гастрит



Воспаление слизистой оболочки желудка

Гастродуоденит



Воспаление слизистой оболочки 12-перстной кишки

Различают несколько видов гастродуоденита:

- **Поверхностный гастродуоденит** — умеренное воспаление слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, при котором отсутствует эрозия.
- **Эрозивный гастродуоденит**, при котором слизистая начинает разрушаться.
- **Гипертрофический (нодулярный)** гастродуоденит — изменение структуры слизистой, вызванное воспалительным процессом. Оболочка желудка и кишки становится толстой и разрастается.
- **Атрофический гастродуоденит**, при котором слизистая истончается, а расположенные на ней железы перестают работать в нормальном режиме. В результате этого кислотность снижается.
- **Смешанный гастродуоденит** — сочетание разных типов гастродуоденита.

Причины

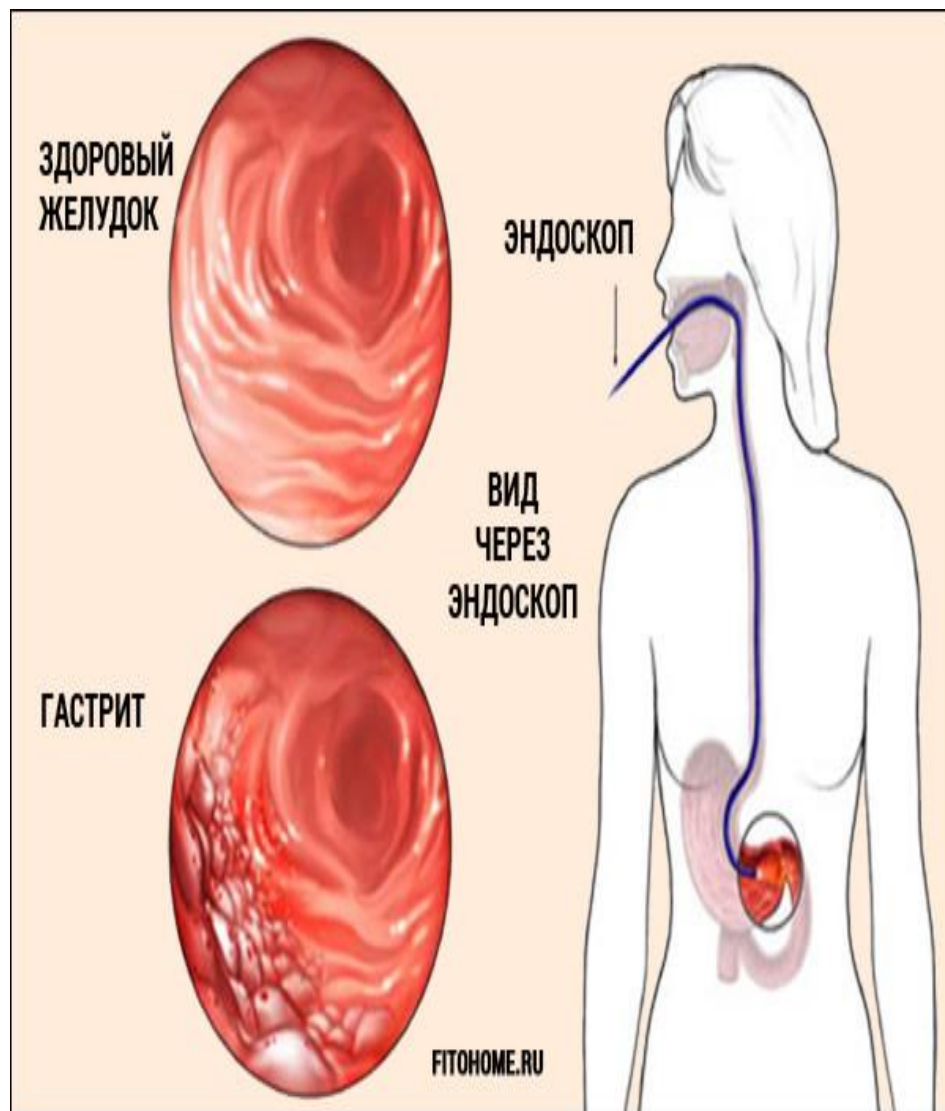
- Врачи выделяют два типа — внешние и внутренние.
- **Среди внешних (экзогенных) причин** — несоблюдение режима питания, пристрастие к жирной, острой, слишком горячей или слишком холодной пище. еда на бегу, всухомятку, большие перерывы между приемами пищи или плохо пережевывает еду. злоупотреблением некоторыми препаратами, например, средствами с действующим веществом ацетилсалициловая кислота, которые раздражают слизистую желудка, присутствие в организме бактерии **Helicobacter pylori**
- **К внутренним (эндогенным) причинам** гастродуоденита относится повышенная кислотность желудочного сока, недостаточная выработка слизи, гормональный дисбаланс. Нередко гастродуоденит является следствием заболеваний печени и желчевыводящих путей.



Симптомы гастродуоденита

- Боль в животе.
- Ощущение тяжести в желудке.
- Неприятный привкус во рту.
- Нарушения дефекации.
- Запоры и диарея,.
- Метеоризм, то есть повышенное образование газов и вызванное этим ощущение вздутого живота. Иногда скопление газов может даже провоцировать боль.
- Изжога и отрыжка.
- Слабость,
- вялость,
- постоянная сонливость.
- Нередко возникает потливость,

Диагностика



Диагностика

- **Жалобы и анамнез:**
 - боли в области пупка и пилородуоденальной зоне;
 - выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реже - рвота);
 - сочетание ранних и поздних болей.
- **Физикальное обследование:** синдром желудочной диспепсии (абдоминальная боль, тошнота, рвота, гиперацидизм) различной степени выраженности.
- **Лабораторные исследования:** наличие *H. pylori*.
- **Инструментальные исследования:** эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДПК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.).

Перечень основных диагностических мероприятий:

- 1. Общий анализ крови (Er, Hb, L, лейкоформула, СОЭ).
- 2. Общий анализ мочи.
- 3. Копрограмма.
- 4. УЗИ органов брюшной полости.
- 5. Эзофагогастродуоденоскопия.
- 6. Диагностика *H. pylori* (дыхательный тест, HpSA в кале, определение IgG к HP, уреазный тест, браш-цитология).
- 7. Консультация стоматолога.
- 8. Консультация невропатолога.

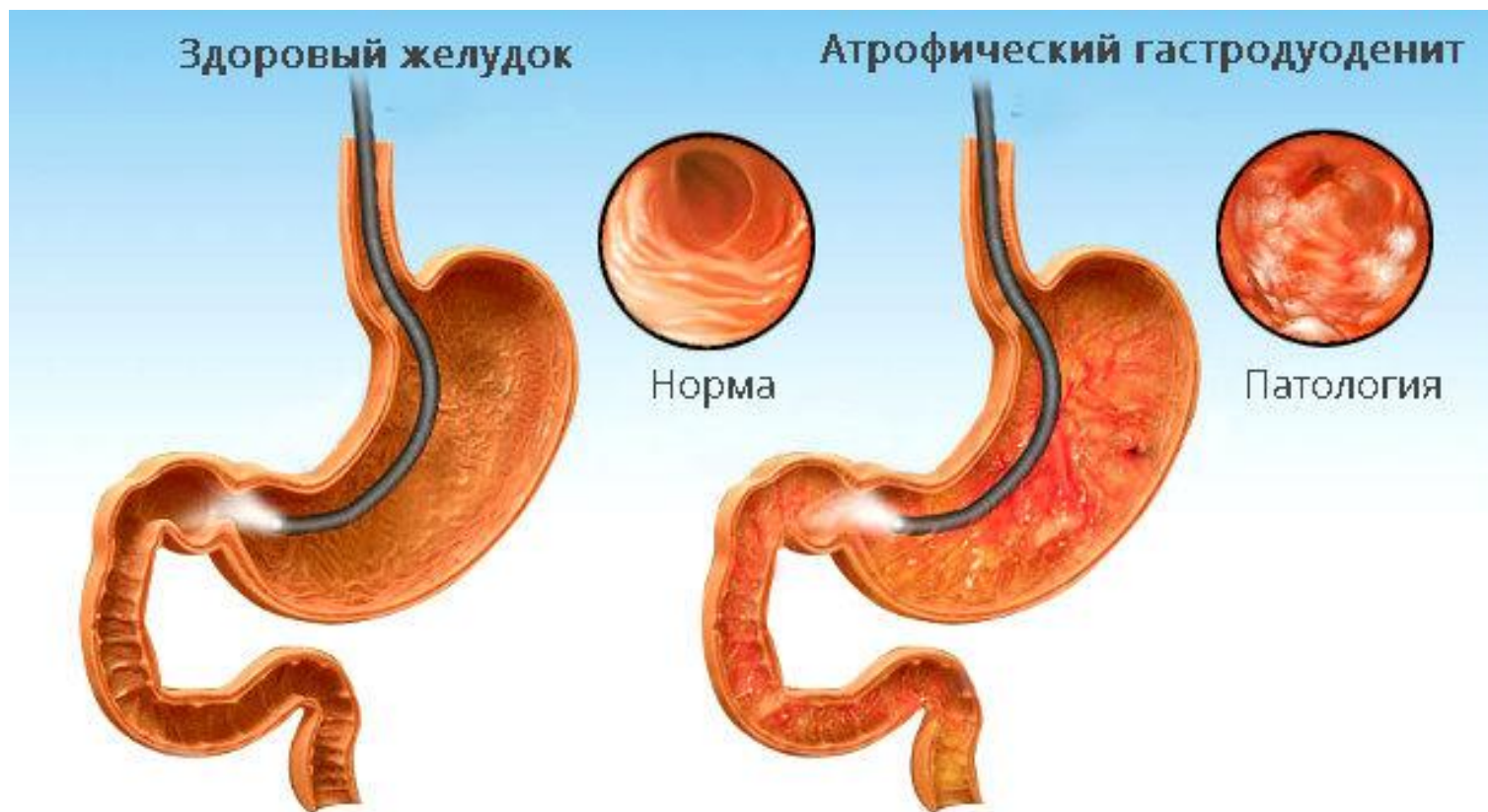
Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- 1. Электрокардиография.
- 2. Гистологическое исследование биоптата.
- 3. Суточная рН-метрия верхних отделов ЖКТ (требуется внедрение).
- 4. Определение сывороточного Fe.
- 5. Определение диастазы.
- 6. Электроэнцефалография.
- 7. Реоэнцефалография.
- 8. Исследование желудочного сока.
- 9. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

- 1. ФЭГДС.
- 2. АЛТ, АСТ, билирубин.
- 3. Кал на яйца гельминтов.

Лечение



- **Немедикаментозное лечение:** диета №1 (1а, 5) с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копчёные продукты). Питание дробное, 5~6 раз в сутки.
- **Медикаментозное лечение**
- В соответствии с Маастрихтским консенсусом (2000 г.) по методам лечения инфекции НР, приоритет отдан схемам на основе ингибиторов протонной помпы, как наиболее мощным из антисекреторных препаратов. Известно, что они способны поддерживать рН больше 3 в желудке в течение не менее 18 часов в сутки, что обеспечивает обратное развитие воспалительного процесса слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки. Кроме того, сами ИПП обладают антибактериальной активностью. По антихеликобактерной активности **рабепразол** превосходит другие ИПП /7/ и, в отличие от других ИПП, метаболизируется неферментным путем и выводится преимущественно через почки /8/. Такой путь метаболизма менее опасен в отношении возможных побочных реакций при сочетании ИПП с другими препаратами, конкурентно метаболизирующимися системой цитохрома Р 450 /8/.

- **Терапия первой линии** - трехкомпонентная терапия.
- Ингибитор протонного насоса (рабепразол* или омепразол* по 20 мг., или лансопразол 30 мг, или эзомепразол 20 мг) + кларитромицин* 7,5 мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин* 20-30 мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол* 40 мг/кг (max 500 мг); все лекарственные средства 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.
- В случае неэффективности препаратов первой линии, безуспешной эрадикации, назначается **повторный курс комбинированной терапии** (квадротерапия) с дополнительным включением коллоидного субцитрата висмута* по 4 мг/кг (max 120 мг) 3 раза в день, за 30 мин. до еды, и 4-ый раз, спустя 2 часа после еды, перед сном. Включение данного препарата потенцирует антихеликобактерное действие других антибиотиков.

- После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение еще в течение 1 недели с использованием одного из антисекреторных препаратов. Предпочтение отдается ингибиторам протонного насоса (рабепразол*, пантопразол, омепразол*, эзомепразол), т.к. после отмены последних (в отличие от блокаторов H₂-рецепторов гистамина) не наблюдается так называемого синдрома секреторного «рикошета».
- С целью снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции экзокринных желез назначается гиосцин бутилбромид (бускопан) по 10 мг, 2-3 раза в день. При необходимости - антациды (маалокс, алмагель, фосфалюгель), цитопротекторы (сукральфат, де-нол, вентрисол, бисмофальк), синтетические простагландины E₁ (мисопропростол), протекторы слизистой оболочки (солкосерил), вегетотропные препараты (микстура Павлова, настой корня валерианы). Продолжительность лечения - не менее 4 недель /5/.
- Для нормализации моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела пищеварительного тракта, желчевыводящих путей показано использование прокинетики - домперидон* по 0,25-1,0 мг/кг, 3-4 раза в день, за 20-30 мин. до еды, в течение не менее 14 дней.
- При экскреторной недостаточности поджелудочной железы назначается панкреатин* по 10 000 ЕД по липазе, 3 раза во время еды, в течение 2 недель.
- При наличии дуодено-гастрального рефлюкса включаются адсорбенты: смекта*, холестирамин, билигнин в возрастной дозировке 3 раза в день, за 40 - 60 мин. до приема пищи и на ночь, не смешивая с другими препаратами и едой. Курс 10-14 дней.

- **Перечень основных медикаментов:**
- 1. *Рабепразол 20 мг, 40 мг табл.
- 2. *Омепразол 20 мг табл.
- 3. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.
- 4. *Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг табл.; 500 мг капсула
- 5. *Домперидон 10 мг табл.
- 6. *Фамотидин 40 мг табл.; 20 мг раствор для инъекций
- 7. *Смектит порошок для приготовления суспензии для приема внутрь
- 8. *Висмута трикалия дицитрат 120 мг табл.

- **Перечень дополнительных медикаментов:**
- 1. Гиосцин бутилбромид 10 мг драже; 1 мл амп., 10 мг свечи
- 2. *Метронидазол 250 мг табл.; 0,5 во флаконе 100 мл раствор для инфузий
- 3. *Панкреатин 4500 ЕД, капс
- 4. Павлова микстура 200 мл