

Лечение заболеваний пищевода, желудка

ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ

Цель лечения:

1. Лечение воспаления слизистой пищевода,
2. Уменьшение количества гастроэзофагеальных рефлюксов,
3. Снижение повреждающих свойств желудочного и/или дуоденального содержимого,
4. Защиты слизистой оболочки пищевода.

Лечение ГЭРБ включает:

- 1.Изменение образа жизни,
- 2.Медикаментозную терапию,
- 3.Хирургическое вмешательство - в наиболее сложных случаях.

Изменение образа жизни

- Снижение массы тела.
- Изменение режима и характера питания: *необходимо исключить жирную, жареную, острую пищу, шоколад, кофе, крепкий чай, газированные напитки, цитрусовые, лук, чеснок.*
- Важно не переедать, принимать пищу малыми порциями, с перерывом в 15-20 минут между блюдами, не есть не позже, чем за 3-4 часа до сна.
- Исключение нагрузок, связанных с повышением внутрибрюшного давления, а также ношение тесных поясов, ремней и т. п.
- Избегание горизонтального положения тела после еды и во время сна. Приподнятое положение (15-20 см) головного конца кровати ночью.

Медикаментозная терапия

Направлена на **нормализацию кислотности и улучшение моторики**:

- 1. Антисекреторные средства** (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов). Назначаются для нормализации кислотности.
ИПП (*омез, омепрозол*) более эффективны, чем блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (*фамотидин, ранитидин*) и имеют меньше побочных эффектов.
- 2. Антациды** (*маалокс, фосфалюгель*).
- 3. Прокинетики** (домперидон, мотилиум, церукал, метоклопрамид) назначаются для нормализации моторики желудочно-кишечного тракта.

Хирургическое лечение

Проводится:

- при осложнениях (*пищевод Барретта, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, стриктуры, язвы пищевода*),
- при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Критерии эффективности лечения:

- исчезновение клинических симптомов;
- данные эндоскопического исследования (заживление эрозий и т. д.).

Диспансерному наблюдению подлежат больные:

- с длительной изжогой (10 лет и более),
- эрозивными формами ГЭРБ,
- пищеводом Барретта.

Лечение острого гастрита

В легких случаях лечение проводится **амбулаторно**, при гастрите средней и тяжелой степени (нарушения гемодинамики, угроза осложнений) **пациенты госпитализируются.**

Лечение

- 1. Промывание желудка** или в легких случаях путем питья воды с последующим искусственным вызыванием рвоты;
- 2. Диета.** В первые два дня голод и обильное питье, затем диета № 1а, 1б, 1 (химически, механически, термически щадящая диета) с постепенным расширением а переводом к концу недели на общий стол (диета 15);
- 3. При выраженном болевом синдроме** спазмолитики: дротаверин (но-шпа) или холинолитики (атропин, папаверин);
- 4. При интоксикации и обезвоживании** – инфузионная терапия (натрия хлорид 0,9% - физраствор, раствор Рингера, солевые растворы, глюкоза 5% - все по 500 – 1000 мл);
- 5. При инфекционной этиологии** – антибиотики широкого спектра (кларитромицин, амоксициллин, метронидазол);

- 6. При коррозивном гастрите:** перед промыванием желудка проводится обезболивание анальгетиками (анальгин 50% - 2 мл в/м, баралгин 2 мл в/м), а в тяжелых случаях вводится наркотический анальгетик (морфин 1% - 1 мл в/в, промедол 2% - 1 мл). Противопоказанием для промывания желудка является коллапс, шок, перфорация желудка.
- 7. При перфорации желудка** – срочное оперативное лечение;
- 8. При флегмонозном гастрите** – лечение в хирургическом отделении, антибиотики широкого спектра в больших дозах – ампицилин, гентамицин, канамицин, цефалоспорины. При неэффективности консервативной терапии – хирургическое лечение;
- 9. При коллапсе** – вазопрессоры – препараты, повышающие АД (мезатон 1% - 1 мл в/в, норадреналин 0,2% - 1 мл в/в).
- 10. При невозможности энтерального питания (через рот)** – вводятся парентерально белковые препараты (Нутрифлекс, Аминокривин, Липофундин).

Лечение хронического гастрита

Лечение хронического гастрита обычно проводится **амбулаторно**, то есть не требуется госпитализации в стационар.

Показания для госпитализации:

1. Трудности диагностики;
2. Сопутствующие заболевания органов пищеварения;
3. Осложненные формы заболевания.

Диета

- Следует тщательно пережевывать пищу, кушая медленно и спокойно;
- Принимать пищу следует маленькими порциями по 4 – 5 раз в сутки;
- Пища должна быть теплой, а не горячей и не холодной;
- Питание должно содержать все необходимые витамины, микроэлементы, а также достаточное количество жиров, белков и углеводов;
- При *гастрите типа В, гастрите с повышенной кислотностью желудочного сока* необходимо ограничить прием кислых, пряных, острых, соленых продуктов и блюд, например, цитрусовые, ржаной хлеб, капуста, грибы, чеснок, редька, лук и т.д.;
- При *гастрите типа А, гастрите с пониженной кислотностью желудочного сока* необходимо включать в рацион стимуляторы секреторной функции, такие, как натуральный кофе, овощные супы, соки из свежих овощей и фруктов, зелень, компоты и др.;
- При *любой форме гастрита* необходимо исключать из рациона продукты, содержащие грубую клетчатку, раздражающую слизистую желудка. К таким продуктам относятся репа, редис, редька, виноград, капуста, жилистое мясо, хрящи и т.д.;
- Необходимо полностью отказаться от курения и алкогольных напитков.

То есть диета при гастрите строится на основе продуктов, которые не раздражают слизистую оболочку желудка.

- ***При хроническом гастрите с сохраненной и повышенной секрецией назначают диету № 1.***
- ***При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью назначают диету № 2.***

Медикаментозное лечение

ХГ типа В (гастрит с сохраненной и повышенной секрецией)

Задачи терапии при ХГ типа В:

- Эрадикация НР;
- Снижение кислотопродукции;
- «Защита» слизистой.

Назначаются:

1. Антибиотики – Кларитромицин, Амоксициллин, Метронидазол.
Назначаются по схемам (*схемы рассмотрим при лечении ЯБ*);
2. Препараты висмута и антибактериальные
3. Препараты подавляющие продукцию соляной кислоты (антисекреторные):
 - Блокаторы H_2 – гистаминовых рецепторов;
 - Ингибиторы протонной помпы;
 - Блокаторы M_1 - холинорецепторов;
4. Антациды (нейтрализуют кислоту);
5. Холинолитики – Гастроцепин, Атропин;
6. Препараты, регулирующие моторику - Мотилиум, Метоклопрамид;
7. Обволакивающие (отвар из семян льна, смекта).

ХГ типа А и гастрит с пониженной секрецией

Задачи терапии при ХГ типа А:

- Заместительная терапия и стимуляция секреции;
 - Терапия моторных нарушений.
1. Заместительная терапия (Натуральный желудочный сок, Ацидин-пепсин, Раствор соляной кислоты 3%);
 2. Стимуляторы секреции (Сок подорожника, Плантаглюцид), Горечи (настой корня одуванчика и др.);
 3. Препараты, регулирующие моторику (Мотилиум, Метоклопрамид):

При любом хроническом гастрите

1. Спазмолитики (болеутоляющие) – Дротаверин (Но-шпа), Папаверин;
2. Гастропротекторы – Сукральфат (вентер).
3. При повышенном газообразовании и вздутии живота – Эспумизан.
4. При наличии анемии: лечение V_{12} -дефицитной анемии, железодефицитной анемии (*будем изучать еще*).

Немедикаментозные методы терапии

1. Физиотерапевтическое лечение (электрофорез с новокаином, индуктотермия, диатермия, грязелечение);
2. Лечебная физкультура.
3. Питье минеральной воды (при пониженной кислотности – соляно-щелочные за 15-20 минут до еды, при сохраненной и повышенной секреции – бикарбонатные за 1 час до еды);
4. Санаторно-курортное лечение в период ремиссии (*через 2-3 мес. после обострения*): Железноводск, Ессентуки, местные санатории.

Критерии эффективности:

- 1.Отсутствие симптомов (прекращение боли, диспептических расстройств);
- 2.Отсутствие эндоскопических и гистологических признаков воспаления
- 3.Отсутствие инфекции НР.

Диспансеризация

- 1.Диспансерное наблюдение и обследование 2 раза в год;
- 2.Профилактическое лечение в период ремиссии – весной и осенью.

ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Основные цели терапии:

- Купирование обострения заболевания (оптимально в течение до 3-4 дней).
- Достижение быстрого заживления язвенного дефекта (в течение 14-28 дней).
- Предотвращение рецидивов заболевания.

Лечение может быть:

1. Консервативное (*при неосложненном течении*);
2. Хирургическое.

Консервативная терапия

В большинстве случаев оно проводится амбулаторно.

Показания для госпитализации:

- выраженный болевой синдром,
- высокий риск развития осложнений (например, большие размеры язв),
- необходимость дообследования для уточнения диагноза ,
- тяжелые сопутствующие заболевания.

1.Режим. полупостельный 5-7 дней.

2.Диетотерапия. Диета № 1а, 1б, 1 (механически, химически, термически щадящая пища).

3. Медикаментозная терапия.

Направления медикаментозной терапии ЯБ:

- Снижение желудочной кислотности
- Подавление *Helicobacter pylori*
- Ликвидация моторных нарушений
- «Защита» слизистой оболочки.

Базисные средства (воздействующие на факторы агрессии – НР, желудочный сок)

1. Средства антихеликобактерной терапии – антибиотики (Кларитромицин, Амоксициллин, Метронидазол). Назначаются по схемам.
2. Антацидные препараты (Альмагель, Фосфалюгель и др.)
3. Антисекреторные препараты (подавляющие продукцию HCl):
 - 3.1. Блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (Ранитидин, Фамотидин);
 - 3.2. Ингибиторы протонной помпы (Омепразол, (Омес);**
 - 3.3. Селективные M_1 -холиноблокаторы (Гастроцепин).

Вспомогательные средства (преимущественно воздействующие на факторы защиты)

1. Гастропротекторы – «защита слизистой»
(Сукральфат (Вентер), препараты висмута
(Де-нол));
2. Стимуляторы регенерации слизистой
оболочки (Метилурацил, Пентоксил,
Ретаболил);
3. Ликвидация моторных нарушений
(Домперидон (Мотилиум), Метоклопрамид
(Церукал).
4. Спазмолитики (Дротаверин (Но-шпа)).

4. Немедикаментозное лечение *(см. лечение хронического гастрита)*

5. Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению:

1. Развитие осложнений;
2. Частые рецидивы при постоянной противоязвенной терапии;
3. Неэффективность консервативной терапии.

СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI

Эрадикация (уничтожение) НР приводит к исчезновению воспаления слизистой оболочки и снижению частоты рецидивов заболевания. Основу антихеликобактерной терапии составляет **применение антибактериальных средств в сочетании с антисекреторными препаратами.**

Данные схемы официально утверждены, и в них нежелательно что либо менять (снижается эффективность).

Схемы по количеству препаратов бывают **3-х компонентные и 4-х компонентные.**

Назначаются не менее чем **на 10-14 дней.**

Схемы эрадикации *Helicobacter pylori*

1. В качестве схемы первой линии служит стандартная тройная схема:

- Омепрозол 20 мг х 2 р/д
- Амоксициллин 1,0 г х 2 р/д
- Кларитромицин 500 мг х 2 р/д

Вариант терапии первой линии (например, при непереносимости препаратов группы пенициллина) - четырехкомпонентная схема:

- Омепрозол 20 мг 2 р/д (утром, вечером, не позже 20 ч, с обязательным интервалом 12 ч).
- Препарат висмута (Де-нол) – 120 мг 4 р/д за 30 мин. до еды и 4-й раз спустя 2 часа после приема еды перед сном.
- Метронидазол 500 мг 3 раза в день после еды.
- Тетрациклин по 500 мг 4 раза в день после еды.

2. Данная 4-х компонентная схема применяется как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии.

Другой схемой терапии второй линии служит схема, включающая в себя:

- ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки),
- левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки)
- амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки).

Данная схема может быть назначена только врачом-гастроэнтерологом по показаниям.

3. Терапия третьей линии подбирается индивидуально в (назначается гастроэнтерологом).

Лечение после окончания комбинированной эрадикационной терапии

Больные должны принимать в течение 5 недель (при локализации язвы в ДПК) и 7 недель (при локализации язвы в желудке) один из следующих препаратов:

- Ранитидин 300 мг х1 р/д, вечером
- Фамотидин 40 мг х 1 р/д, вечером

Затем проводится поддерживающая терапия

Она может быть:

1. Непрерывная поддерживающая терапия: проводится в течение нескольких месяцев и даже лет *антисекреторным* препаратом в *половинной дозе*. Например, принимать ежедневно вечером ранитидин 150 мг или фамотидин 20 мг.

Показания к ней:

- неэффективность проведенной эрадикационной терапии,
- осложнения ЯБ (кровотечение, перфорация и др.),
- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВП,
- возраст > 60 лет в случае ежегодных рецидивов, несмотря на адекватную терапию.

2. Профилактическая терапия “по требованию”: назначается при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, и включает в себя прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной – в течение 2 недель.

Диспансерное наблюдение

Проводится в течение 5 лет после обострения.

Включает ежегодное обследование и профилактическое лечение 2 раза в год (весной и осенью).

Если в течение 5 лет нет рецидивов, больной снимается с диспансерного учета.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Методы лечения рака желудка:

1. Хирургическое
2. Химиотерапия
3. Лучевая терапия
4. Симптоматическая терапия

Хирургическое лечение

- **Радикальный метод лечения.** Проводится субтотальная резекция или гастрэктомия. Но данный метод эффективен только в 1 стадии, когда отсутствуют метастазы.

Абсолютное противопоказание - IV стадия заболевания.

Относительное противопоказание - заболевания жизненно важных органов с их декомпенсацией.

- В поздних стадиях данный метод используется с **паллиативной целью**. Эти операции выполняют обычно при различных осложнениях неоперабельного рака желудка (профузное кровотечение, перфорация, стеноз привратника).

Химиотерапия

Лечение цитостатиками (противоопухолевыми препаратами), но считается малоэффективной при данной патологии.

Лучевая терапия

Считается при раке желудка также малоэффективной, назначается для улучшения результатов хирургического лечения или же в паллиативных целях для лечения неудаляемых метастазов и рецидивов.

Симптоматическая терапия

- При болях - сначала ненаркотические анальгетики (анальгин 50% - 2 мл, баралгин 5 мл в/м, в/в), затем назначаются наркотические анальгетики (морфин 1% -1 мл, промедол 2% - 1 мл в/м, в/в);
- Лечение анемии и др.
- Объем лечения определяется онкологом.