

Правильное лечение Язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Резидент :Абдикеров Е.К
Специальность :Кардиохирургия

Актобе-2018

Клинический протокол диагностики и лечения Язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

- Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года
Протокол № 24
- Ссылка: [Тут](#)
- Рекомендация (Ингибиторы протонной помпы –ИПП являются средством базисной терапии ЯБ. Они назначаются с целью купирования болевого синдрома и диспепсических расстройств, а также для достижения рубцевания язвенного дефекта в возможно более короткие сроки) , взятая для проверки доказательности

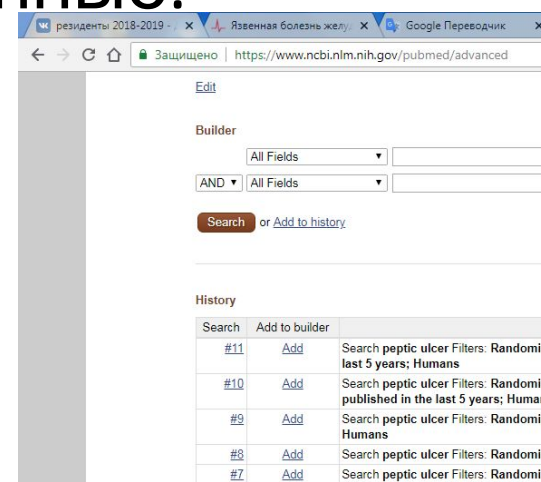
Формулирование PICO

- Вопрос «Какова частота осложнений у больного с Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при его лечение с высокой дозой ИПП по сравнению с лечение невысокой (средней или низкой) дозы ИПП?»
- P-пациент с диагнозом Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- I-лечение с высокой дозой ИПП
- C -лечение невысокой (средней или низкой) дозы ИПП
- O-количество осложнений

Поиск информации:

- Методы поиска

Мы обыскали CENTRAL (в Кокрановской библиотеке 2010, выпуск 3), MEDLINE и EMBASE (с момента создания до сентября 2010 года) и материалы крупных гастроэнтерологических встреч (с января 2000 года по сентябрь 2010 года) без языковых ограничений. К первоначальным исследователям обратились с просьбой запросить отсутствующие данные.



Поиска в PubMed:

резиденты 2018-2019 - x Язвенная болезнь желу. x Google Переводчик x Advanced search - PubM x

Защищено | <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>

[Edit](#) [Clear](#)

Builder

All Fields [Show index list](#)

AND All Fields [Show index list](#)

[Search](#) or [Add to history](#)

History [Download history](#) [Clear history](#)

| Search | Add to builder | Query | Items found | Time |
|---------------------|---------------------|--|--------------------------|----------|
| #11 | Add | Search peptic ulcer Filters: Randomized Controlled Trial; Clinical Trial; Free full text; published in the last 5 years; Humans | 65 | 06:58:57 |
| #10 | Add | Search peptic ulcer Filters: Randomized Controlled Trial; Clinical Trial; Meta-Analysis; Free full text; published in the last 5 years; Humans | 104 | 06:58:11 |
| #9 | Add | Search peptic ulcer Filters: Randomized Controlled Trial; Clinical Trial; Meta-Analysis; Free full text; Humans | 952 | 06:58:05 |
| #8 | Add | Search peptic ulcer Filters: Randomized Controlled Trial; Clinical Trial; Free full text; Humans | 869 | 06:58:01 |
| #7 | Add | Search peptic ulcer Filters: Randomized Controlled Trial; Free full text; Humans | 628 | 06:57:55 |
| #6 | Add | Search peptic ulcer Filters: Free full text; Humans | 7404 | 06:57:11 |
| #5 | Add | Search peptic ulcer Filters: Free full text | 9620 | 06:57:05 |
| #1 | Add | Search peptic ulcer | 85877 | 06:56:48 |
| #4 | Add | Search ((peptic ulcer) AND complication) AND treatment | 1252 | 06:56:30 |
| #3 | Add | Search treatment | 10184646 | 06:56:03 |
| #2 | Add | Search complication | 253130 | 06:55:42 |



Критическая оценка информации

- Comparison of different regimens of proton pump inhibitors for acute peptic ulcer bleeding (Review) Neumann I, Letelier LM, Rada G, Claro JC, Martin J, Howden CW, Yuan Y, Leontiadis GI
- Инструмент оценки (например, PRISMA для систематических обзоров)
- Результаты оценки:

Было включено двадцать два РКИ; риск смещения был высоким в 17 и неясным в 5. Основной анализ включал 13 исследований (1716 пациентов), сравнивающих «высокие» схемы приема (72-часовая кумулятивная доза > 600 мг внутривенного ИПП) с другими дозами; для любого клинического исхода не было существенной гетерогенности. Мы обнаружили данные низкого качества, которые не исключают потенциального снижения или увеличения смертности, повторного кровотечения, хирургических вмешательств или эндоскопического гемостатического лечения (ЕНТ) с помощью «высоких» доз. Для смертности коэффициент объединенного риска (RR) составлял 0,85 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,47 - 1,54); (RD) было еще 0 смертей на 100 пациентов, получавших «высокую» дозу (95% ДИ от 1 до 2 смертей на 100 пациентов). Для повторного заполнения объединенный RR составлял 1,27 (95% ДИ от 0,96 до 1,67); объединенный RD был еще 2 повторными событиями на 100 пациентов, получавших «высокую» дозу (95% ДИ от 0 до 5 случаев повторного кровотечения на 100 обработанных).

• Для хирургических вмешательств суммарный ОР составлял 1,33 (95% ДИ от 0,63 до 2,77); объединенный РД был еще одним хирургическим вмешательством на 100 пациентов, получавших «высокую» дозу (95% ДИ от 1 до 2 дополнительных хирургических вмешательств на 100 обработанных). Для дальнейшего ЕНТ объединенный RR составлял 1,39 (95% ДИ от 0,88 до 2,18), объединенный РД был еще 2 события на 100 пациентов, получавших ИЛП с высокой дозой (95% ДИ от 1 до 5 событий на 100 обработанных). Мы обнаружили умеренные качественные данные, указывающие на отсутствие существенного различия между двумя режимами в отношении продолжительности пребывания в больнице (средняя разница (MD) 0,26 дня, 95% ДИ от -0,08 до 0,6 дней) или потребности в переливании крови (MD 0,05 единицы, 95% ДИ От -0,21 до 0,3 единицы). Имеются визуальные и статистические данные об «обратной» смещении публикаций для смертности (отсутствуют небольшие исследования с благоприятными результатами для «высокой» дозы), но не для каких-либо других результатов. Результаты были схожими для всех анализов подгрупп (в зависимости от риска предвзятости, географического положения, пути введения для схем с нечетными «высокими» дозами, непрерывной инфузии против введения болюса для внутривенной не-«высокой» группы режимов), анализа чувствительности (ограничение пациентов с ЕНТ для стигматов высокого риска, использование разных порогов дозы для сравнительных схем) и пост-hoc-анализов (включение всех исследований (N = 22), в которых сравнивались по меньшей мере два режима РР1 с различными кумулятивными 72-часовыми дозами, ограничение предыдущий анализ для пациентов, которые имели ЕНТ для стигматов высокого риска).

Шаг 3. Вывод по критической оценке

- Например, «Систематический обзор показал статистически незначимое преимущество применения антибиотиков при остром неосложненном синусите (ОШ..., р., 95%ДИ (...)), поэтому его использование не должно быть рутинной практикой»
- Или, если рекомендация остается без изменений, вы можете дать ей пояснение на основе найденной вашей свежей научной информации
- Если есть подтверждающий график или рисунок, то сюда вставить

Шаг 4. Применение

- Например, вы можете решить для себя так:
 - У пациентов с острым синуситом, без осложнений, я буду выяснять их ожидания, опасения, их анамнез, для того, чтобы принять решение по назначению антибиотика. Буду информировать, что при неосложненном течении у здоровых людей острый синусит не обязательно лечить антибиотиком, оставляя за пациентом выбрать вариант с антибиотиком или без.
 - * Здоровые – имеются в виду пациенты без хронических заболеваний (диабета, АГ, ХОБЛ, и т.д.)

Шаг 5. Оценка внедрения

До применения надо понять, по каким индикаторам вы оцените свое внедрение!

- По клиническим показателям: осложнения, длительность болезни, побочные действия. Целевой показатель индикатора вы тоже устанавливаете сами. Если до внедрения частота побочных действий была 15%, то после внедрения вы ожидаете 10%, то есть уменьшение
- По экономическим показателям: расходы государства, пациента...
- По организации рабочего времени, удобству: например, вы обнаружили, что нет пользы в постановке на диспансерный учет пациентов с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, то вам не придется заполнять форму 30, журнал диспансерных больных, отчитываться по нему, приглашать на явки и т.д.

Оценка КП по AGREE

- Оценка вашего клинического протокола, который вы выбрали на СРС1, с помощью инструмента AGREE (скачивается с интернета PDF файл на русском языке)
- Даете краткий вывод, например: «КП соответствует требованиям на 48%. Основные замечания: не указана цель клинических рекомендаций, ... Не рекомендую использовать».

Резюме

- Резюме по своему СРСП
- Резюме по ДМ в работе врача
- Резюме по 2-хнедельному циклу «1 вещь, которая понравилась мне больше всего, и одно «НО», которое я предлагаю изменить таким-то образом»

И

Спасибо!