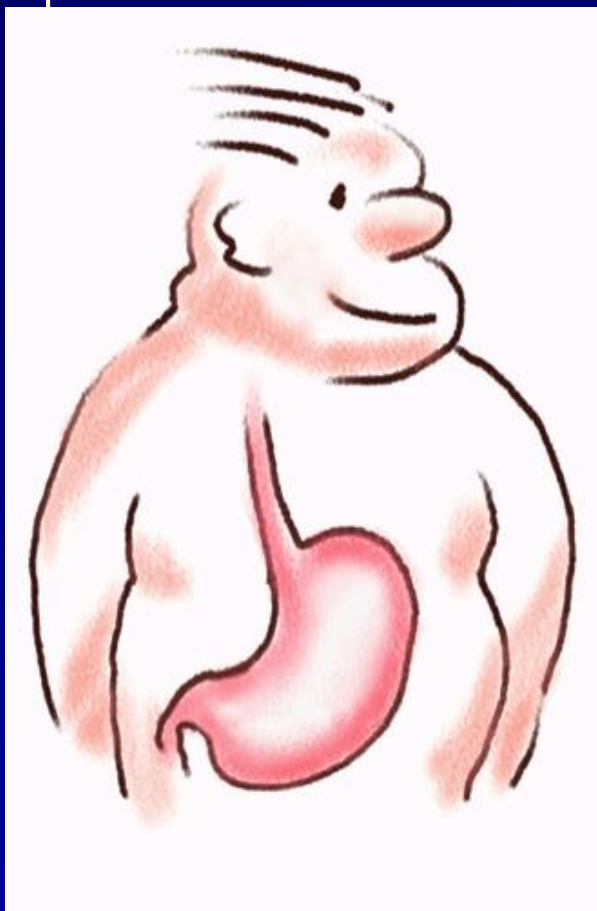
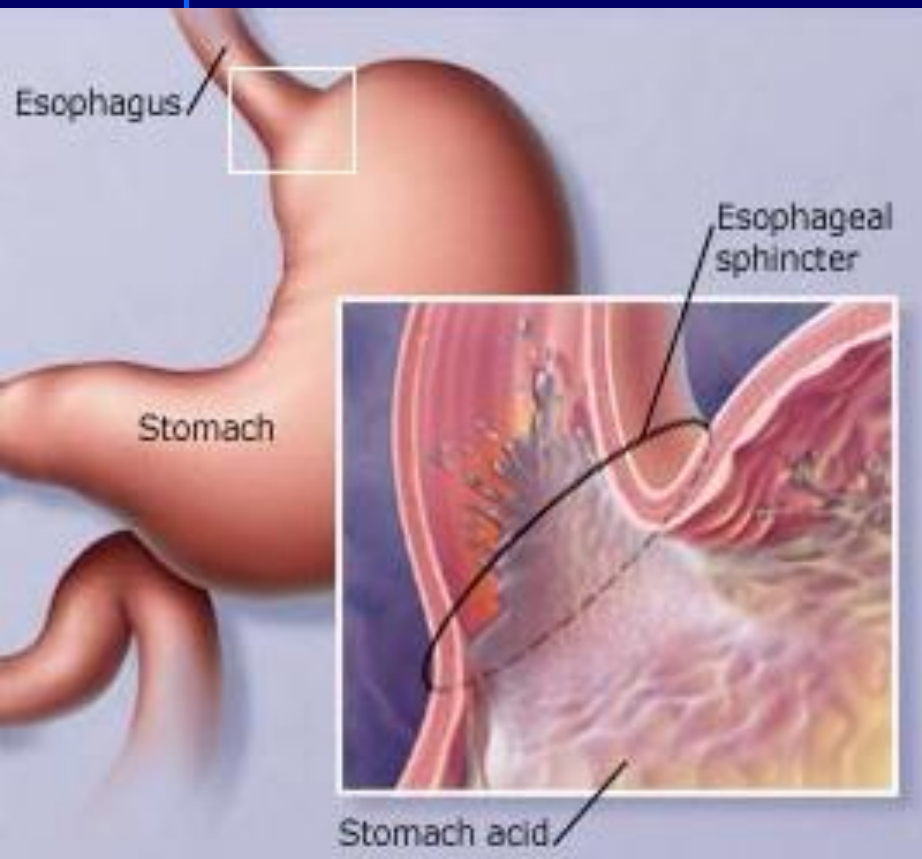


# КИСЛОТОЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Группа заболеваний  
верхних отделов  
желудочно-кишечного  
тракта,  
в патогенезе которых  
ведущее значение имеет  
кислотная агрессия  
желудочного сока:  
ГЭРБ, ЯБ, гастрит типа В,  
гастропатии на фоне  
приема НПВС

# ГЭРБ – гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь



Повторяющийся заброс в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных клинических симптомов, достаточных для ухудшения качества жизни.

# Эпидемиология ГЭРБ

- Возможно наиболее частая причина обращения к врачу
- Страдает около 30-40% населения
- По данным Российских исследований изжогу испытывают 62% мужчин и 64% женщин, причем 11% и 15% из них - постоянно!
- 30-50 % пациентов страдающих ГЭРБ имеют эзофагит
- Более чем у половины больных диагностируется эндоскопически негативная форма ГЭРБ.
- Симптомы не всегда коррелируют с тяжестью эзофагита
- 1/3 пациентов с ГЭРБ бессимптомны

# ГастроЭзофагеальная Рефлюксная Болезнь (ГЭРБ) это:

**комплекс характерных симптомов с наличием воспалительных изменений дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого;**

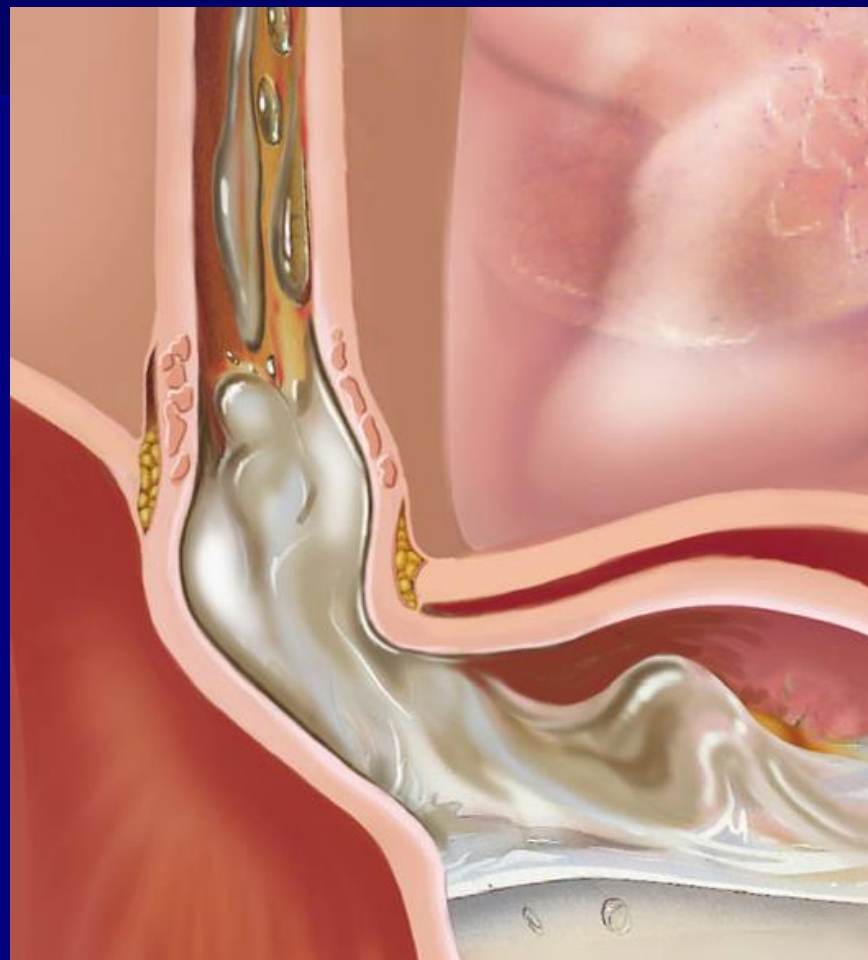
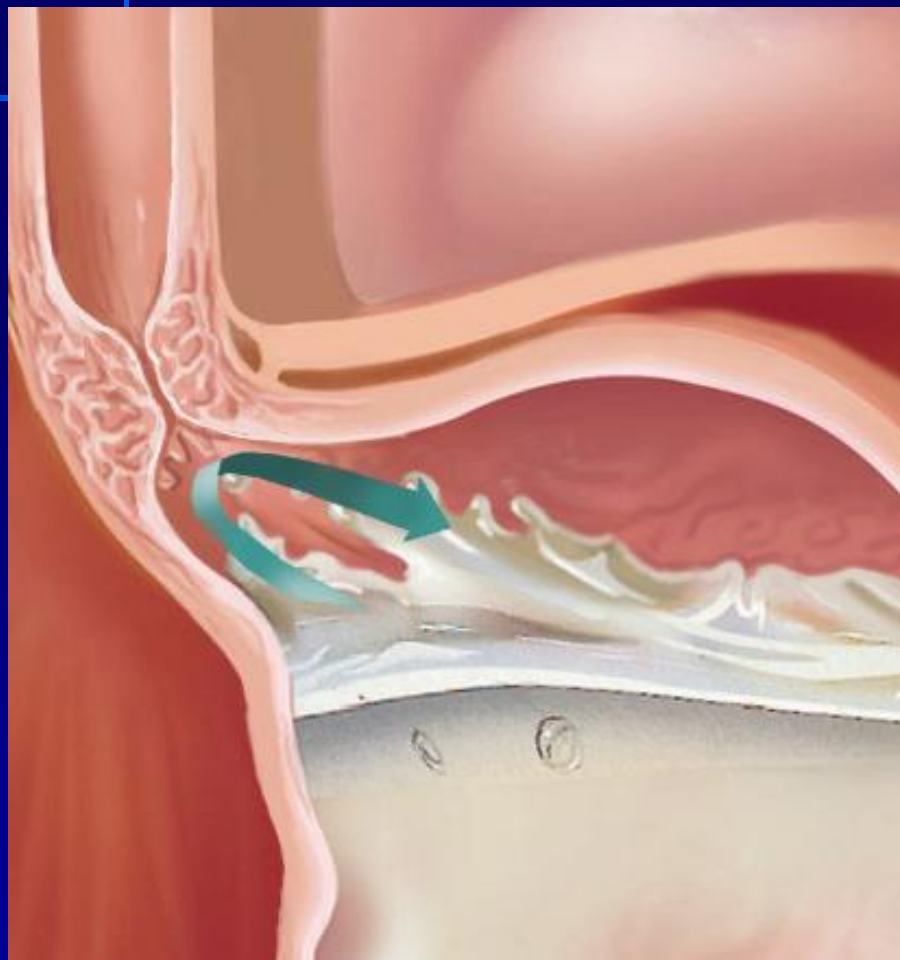
## **Не Эрозивная Рефлюксная Болезнь (НЭРБ)**

**желудочно-пищеводный рефлюкс без сопутствующего воспаления пищевода. Также входит составной частью в ГЭРБ.**

# Этиология ГЭРБ

- Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера (недостаточность кардии)
- Нарушение химических свойств слизи и слюны
- Снижение тонуса мышц пищевода со снижением его клиренса
- Нарушение моторики желудка
- Неспособность слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию рефлюктата
- Первичный дефект гладких мышц сфинктера, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Повышение внутрибрюшного давления (напр. при беременности).

# ГЭРБ – гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь



# Патогенез ГЭРБ

повреждение слизистой оболочки пищевода рефлюктатом (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), что зависит от частоты и длительности гастро-эзофагеального рефлюкса.

## **Гастроэзофагеальный рефлюкс считается патологическим, если**

- **Период времени в течение суток с  $\text{pH} < 4$  в пищеводе продолжается более 1 часа**
- **Общее число рефлюксов в течение суток более 50**



# Симптомы ГЭРБ

## Типичные:

Изжога  
Отрыжка  
Боль в эпигастрии  
Рвота

## Атипичные:

Боль за грудиной  
Кашель  
Астма  
Дисфония  
Стоматит

**Отсутствие изменений при ЭГДС не исключает  
диагноза рефлюксной болезни**

# Осложнения ГЭРБ:

- Среди пациентов с ГЭРБ значительно распространены такие осложнения как:
  - язвы пищевода 2 –7%
  - пищевод Барретта 10 –15%
  - стриктуры пищевода 4 –20%
- У пациентов с пищеводом Барретта риск развития аденокарциномы пищевода в 30–40 раз выше чем в популяции

## **Изжога – это ГЭРБ !**

**ОАК, ОАМ, Fe, кал на скрытую кровь, группа крови, ЭКГ, ФЭГДС (первичные обязательные исследования)**

**pH-метрия, УЗИ (дополнительные исследования)**

**Рентгенография- стриктуры, рефлюкс, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

**Отсутствие изменений при ФЭГДС не исключает диагноза ГЭРБ**

**pH-метрия- основной метод диагностики**

# pH-метрия

- Основной метод диагностики ГЭРБ
- Оценивают общее время, в течение которого pH в пищеводе имеет значения менее 4 (не более 1 часа)
- Общее число рефлюксов за сутки (не более 50)
- Число рефлюксов, продолжительностью более 5 минут (не более 3)
- Длительность максимального рефлюкса (не более 20 минут)

# Эндоскопическая диагностика: классификация Саввари – Миллера



- I степень тяжести. Эндоскопическая картина преимущественно катарального эзофагита, единичные эрозии захватывают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода.

# Эндоскопическая диагностика: классификация Саввари – Миллера



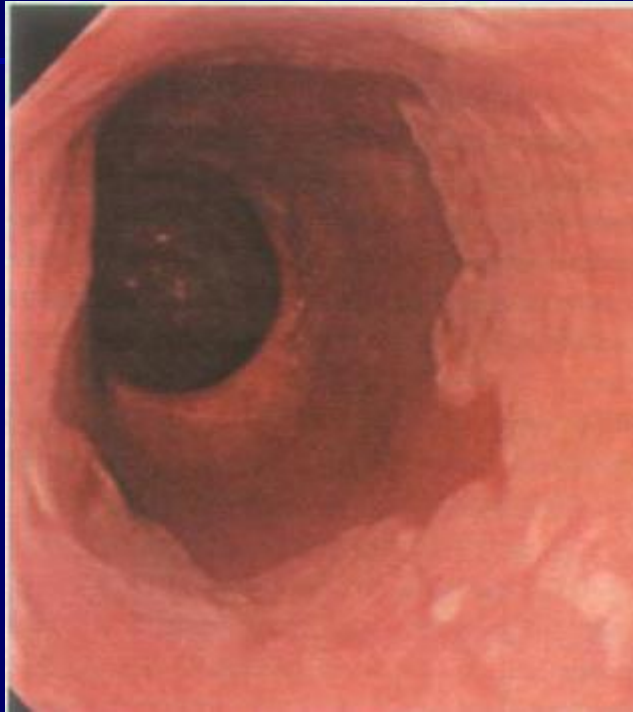
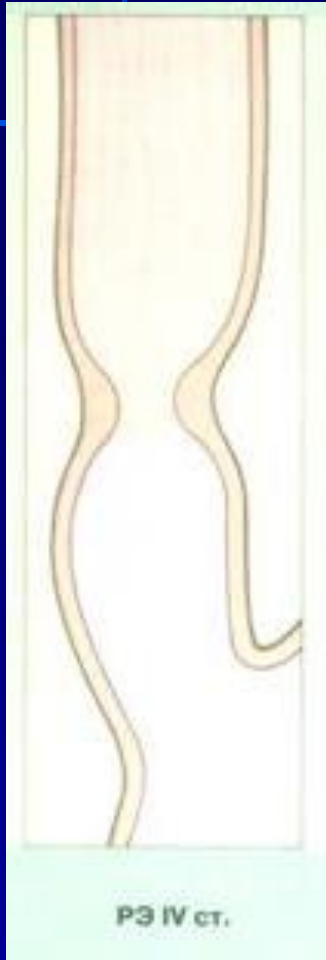
- II степень тяжести.  
Эрозии становятся сливными и захватывают до 50% поверхности слизистой оболочки дистального участка пищевода.

# Эндоскопическая диагностика: классификация Саввари – Миллера



- III степень тяжести.  
Циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность слизистой оболочки пищевода.

# Эндоскопическая диагностика: классификация Саввари – Миллера



- IV степень тяжести. Образование пептических язв и стриктур пищевода, а также развитие тонкокишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода (синдром Баррета).



# Изменение образа жизни

- Подъем головного конца кровати
- Не принимать горизонтальное положение в течение 3-4 часов после еды
- Диета (отказ от жирной пищи, шоколада, кофе, алкоголя, специй, лука, мяты, апельсинового и томатного соков)
- Прекращение курения
- Снижение веса
- Отказ от ношения одежды, повышающей внутрибрюшное давление
- При возможности прекращение приема лекарственных препаратов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера (нитраты, антагонисты кальция, теофиллин, бета-адреноблокаторы, холиноблокаторы, эстрогены, прогестероны, трициклические антидепрессанты)

# Препараты для лечения кислотозависимых заболеваний

## 1. Средства, нейтрализующие HCl

- *Натрия гидрокарбонат*

## 2. Обволакивающие средства – механическая защита слизистой оболочки

- *фосфалюгель, альмагель, смекта*

## 3. Средства с гастропротективным эффектом

- *синтетический аналог простагландина E1 (мизопростол)*

## 4. Антисекреторные средства

- *M-холинолитики: Атропин, гастроцепин*
- *Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов: ранитидин, фамотидин, циметидин*
- *Ингибиторы протонной помпы: омепразол, лансопразол, эзомепразол, рабепразол*

## Лечение больных ГЭРБ-

### Неэрозивная ГЭРБ

Мотилиум или цизаприд 30 мг/сут (10 дней)

Антациды по 1 дозе через 1 час после еды и на ночь

**Возможен прием ИПП (препаратов омепразоловой группы )**

### Эрозивная ГЭРБ 1-2 ст.

H2 блокатор:ранитидин 300 мг 2 р\д или фамотидин 40 мг 2 р\д -6- 8 недель

При неэффективности-

Препараты омепразоловой группы Омепразол 20-40 мг/сут или

Лансопразол 30-60 мг/сут или

Рабепразол 20 мг/сут

### Эрозивная ГЭРБ 3 ст.

Препараты омепразоловой группы 8 нед.

Омепразол 20-40 мг/сут или

Лансопразол 30-60 мг/сут или

Рабепразол 20 мг/сут

В ремиссию-постоянный прием ИПП в течение года 30 мг/сут в 15 час.

Возможен прием ИПП «по требованию» 2 недели 20 мг/сут

### Эрозивная ГЭРБ 4 ст.

Препараты омепразоловой группы 8 нед.

Омепразол 20-40 мг/сут или

Лансопразол 30-60 мг/сут или

Рабепразол 20 мг/сут- Мотилиум или цизаприд 30 мг/сут

Сукральфат (вентер) 1,0- 4 р\д

В ремиссию-постоянный прием ИПП

При неэффективности -хирургическое лечение

# Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Хроническое заболевание, основным морфологическим субстратом которого служит рецидивирующий дефект слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки - язва, возникающая на фоне гастрита, вызванного инфекцией *Helicobacter pylori*.



# Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: эпидемиология

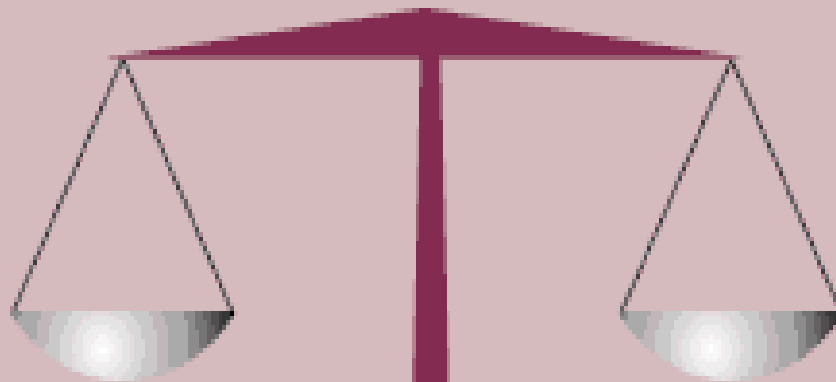
- По данным Минздрава РФ, на учете находится около 3 млн больных, из них каждый десятый был оперирован (Кравцова Т.Ю., 2000; Крылов Н.Н., 2000).
- Считается, что около 10% населения развитых стран страдают ЯБ хотя бы раз в жизни
- Распространённость язвы ДПК в 15-20 раз выше по сравнению с язвенной болезнью желудка
- Мужчины болеют чаще женщин (ЯБ ДПК в 2-4 раза, ЯБ желудка – примерно в 2 раза)

# Патогенетические механизмы язвообразования

## Факторы агрессии

Соляная кислота  
Пепсин  
*Helicobacter pylori*  
Нарушение эвакуаторной  
деятельности желудка  
Дуоденогастральный  
рефлюкс

Усиление



## Факторы защиты

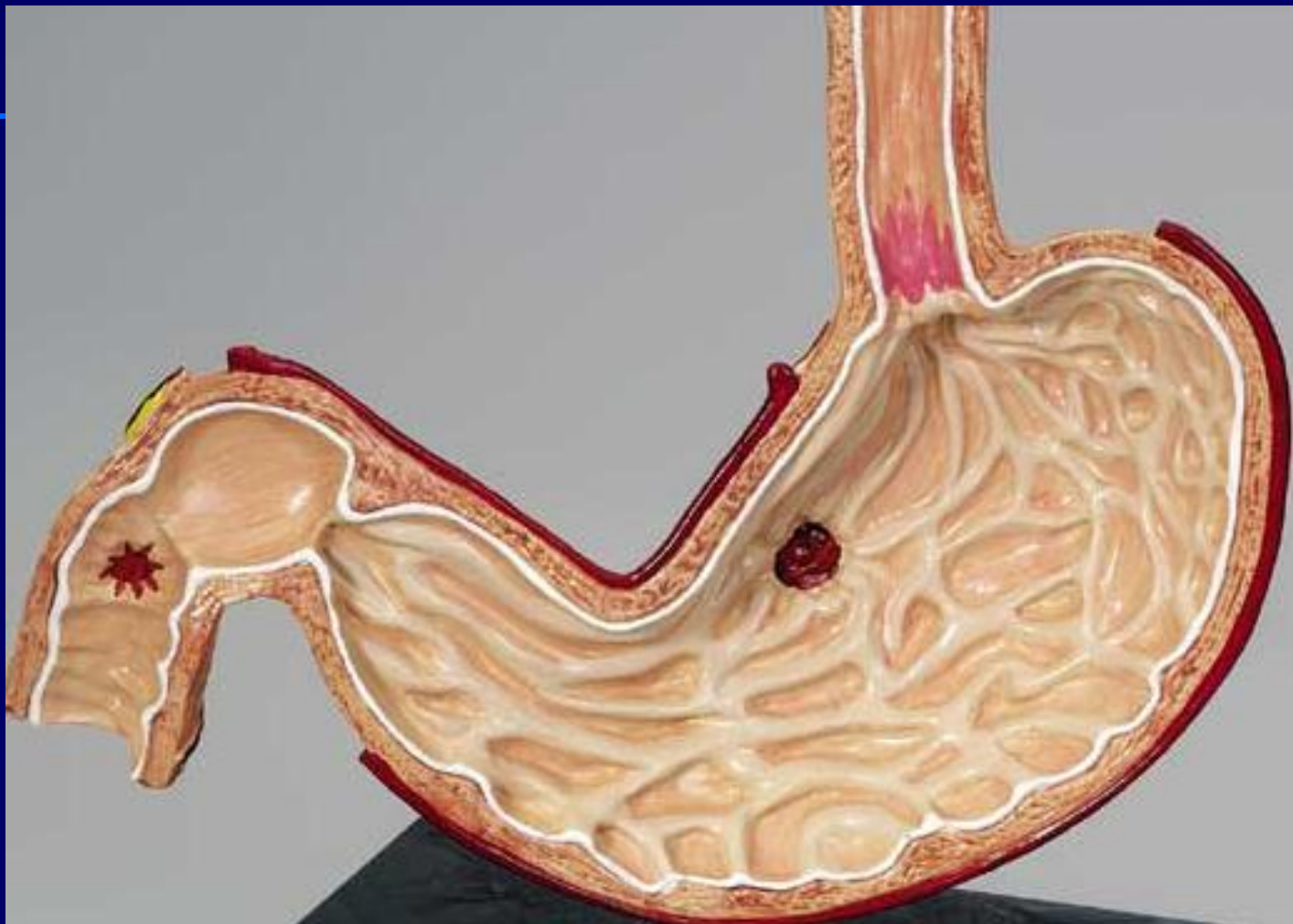
Образование слизи  
Резистентность слизистой  
Регенерация эпителия  
Простагландины  
Кровоснабжение СОЖ  
Иммунная защита  
Выработка панкреати-  
ческих бикарбонатов

Уменьшение

Нарушение равновесия

Я З В А

# Типичная локализация язвенных дефектов



# Причины нарушения равновесия факторов защиты и агрессии

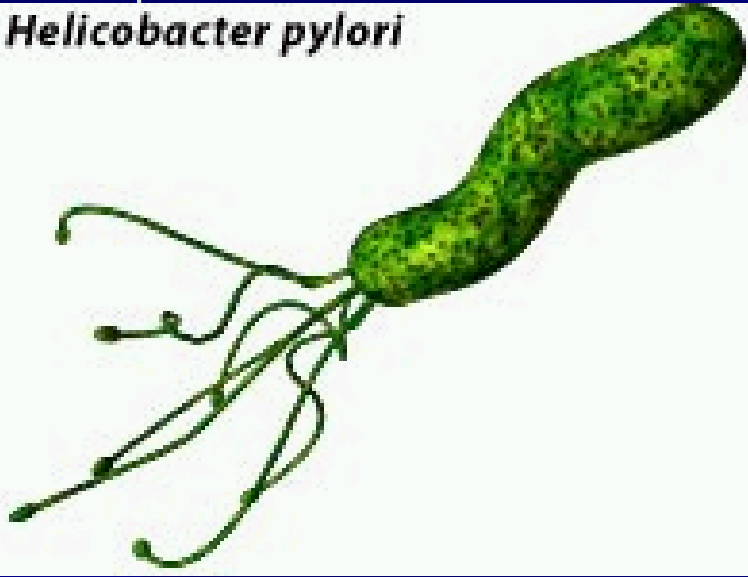


- **Helicobacter pylori (H. pylori)** (впервые обнаружены Уорреном и Маршаллом в 1982 г)
- **Регулярный прием НПВС**
- **Регулярный прием алкоголя**
- **Курение**
- **Стресс?**



# Helicobacter pylori

*Helicobacter pylori*



- *Грамотрицательная бактерия спиральной формы, обнаруживается в слизистой оболочке желудка. Вызывает более 90% язвенной болезни 12ПК и более чем 80% язвенной болезни желудка*

# Механизмы повреждающего действия НР



- Непосредственное прилипание (адгезия) микроорганизмов к эпителиальным клеткам;
- **Аммиак**, выделяемый в результате деятельности фермента уреазы;
- Бактериальные цитотоксины (вакуолизирующий и др.);
- **Разрушение** бактериальными ферментами защитного **слизистого барьера**, в результате чего соляная кислота непосредственно воздействует на незащищенную СО;
- Нр вызывает повышение уровня сывороточного гастрина, который **усиливает продукцию соляной кислоты**.

# Диагностика: клиническая картина



- **Боль**

- При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характерны поздние, ночные, «голодные» боли в эпигастрии или правом подреберье, которые проходят после еды, приема кислотоснижающих препаратов.

- При локализации язвы в проксимальных отделах желудка - более ранние боли

- **Рвота**

- может возникать на высоте болей, после рвоты пациенты испытывают облегчение.

- **Тошнота**

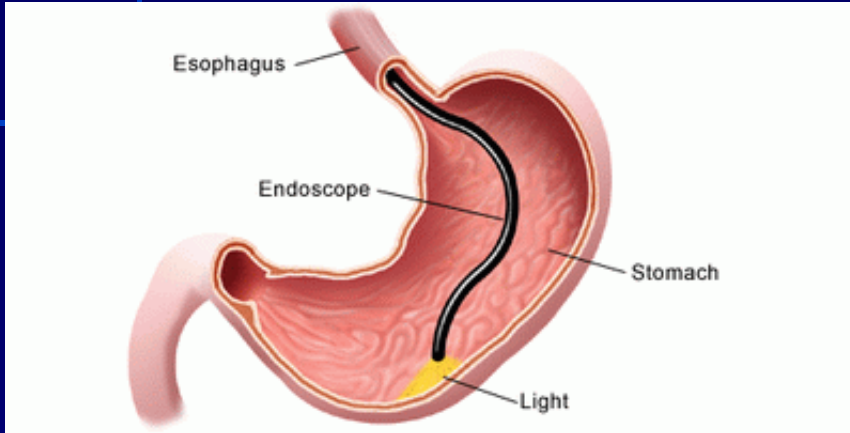
- **Изжога**

- **Отрыжка**

- **Потеря веса**

- **Темный стул**

# Диагностика: инструментальные методы



Эзофагогастродуоденоскопия является ведущим, наиболее точным и информативным методом, особенно в сочетании с биопсией и обнаружением в биоптате *Helicobacter pylori*



# Стандарты лечения ЯБ

## Первичное обследование:

- *ОАК,*
- *ОАМ,*
- *Сывороточное Fe,*
- *кал на скрытую кровь,*
- *группа крови,*
- *ФЭГДС с биопсией,*
- *уреазный тест,*
- *УЗИ органов ЖКТ*

## Лечение:

- *Антисекреторная терапия*
- *Зрадикация*

# Диагностика Helicobacter pylori

## Инвазивные методы:

- Эндоскопическое исследование с визуальной оценкой состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
- Морфологический – определение микроорганизмов в препарате слизистой оболочки при специальных окрасках ( по Гимзе, толлуидиновым синим, Генте, Вартину-Старри)
- Бактериологический – определение штамма микроорганизма, выявление его чувствительности к применяемым препаратам
- ПЦР слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

# Диагностика *Helicobacter pylori*

## Неинвазивные методы:

- Серологические методы позволяют выявить антитела к *H. pylori*



**Уреазный дыхательный тест  
с меченой мочевиной**

**Показания к лечению *H. pylori* инфекции  
Маастрихский консенсус и  
Европейская Группа по изучению *H. pylori***

**Заболевания и состояния, при которых антихеликобактерная терапия настоятельно рекомендована:**

1. ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, как в стадии обострения, так и вне его, а также в случае развития осложнений заболевания
2. MALT-лимфома желудка
3. Атрофический гастрит
4. Ранний рак желудка после проведенной резекции
5. Пациентам, отнесенным к I группе риска по раку желудка
6. По желанию пациента (после консультации с врачом)



# Эрадикационная терапия

## Терапия первой линии

ИПП (омепразол- 20мг) 2 р/сут +  
кларитромицин 500 мг 2 р/сут +  
амоксциллин 1000 мг 2 р/сут или  
метронидазол 500 мг 2 р/сут

Курс лечения - 7 дней (14 дней)

При неэффективности терапии первой линии –

## Терапия второй линии

ИПП (омепразол - 20мг) 2 р/сут +  
висмута субсалицилат/субцитрат 120 мг 4 р/сут  
метронидазол 500 мг 2 р/сут +  
тетрациклин 500 мг 4 р/сут

Курс лечения - 7 дней (14 дней)

# Препараты для лечения кислотозависимых заболеваний

- 1. Средства, нейтрализующие HCl**
  - *Натрия гидрокарбонат*
- 2. Обволакивающие средства – механическая защита слизистой оболочки**
  - *фосфалюгель, альмагель, смекта*
- 3. Средства с гастропротективным эффектом**
  - *синтетический аналог простагландина E1 (мизопростол)*
- 4. Антисекреторные средства**
  - *M-холинолитики: Атропин, гастроцепин*
  - *Блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов: ранитидин, фамотидин, циметидин*
  - *Ингибиторы протонной помпы: омепразол, лансопразол, эзомепразол, рабепразол*

# Продолжительность терапии

- Контроль заживления и эрадикации (при неэффективности- 2 линия терапии)
- ИПП в половинной дозе - при язве желудка- 8 нед., при язве 12-перстной кишки-6 нед.
- ИПП в половинной дозе постоянно (осложненная ЯБ, прием НПВС, пожилые с частыми обострениями и неэффективной эрадикацией)
- При изжоге ИПП в половинной дозе 2 нед., при неэффективности- диагностика обострения

# **Просим ответить на тестовые вопросы по ссылке:**

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd48mTv9C1WavUOagyPmU9G4wQL3BAz1dbK2J5NyyGRXBORWw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd48mTv9C1WavUOagyPmU9G4wQL3BAz1dbK2J5NyyGRXBORWw/viewform?usp=sf_link)