

Витебский государственный медицинский университет

Кафедра общей врачебной практики

Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 7.

Болезни органов пищеварения

Функциональная диспепсия, хронический гастрит,
пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки:
амбулаторные аспекты диагностики и лечения.

Врачебная тактика и скорая медицинская помощь при подозрении
на желудочно-кишечное кровотечение в амбулаторных условиях.

Хронический панкреатит: амбулаторные аспекты диагностики и лечения.

Скорая медицинская помощь при печеночной колике в амбулаторных условиях

Пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронический гастрит. Амбулаторные аспекты диагностики и лечения

Доцент кафедры общей
врачебной практики
Врач-терапевт высшей
квалификационной категории
ЕГОРОВ
Константин Николаевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач общей практики высшей
квалификационной категории
СЕРЁГИН
Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач-гематолог первой
квалификационной категории
ЗУБАРЕВА
Елена Валерьевна

Старший преподаватель
кафедры общей
врачебной практики
врач общей практики
БАРЫШЕВ
Артём Николаевич

Пептическая язва желудка и
двенадцатиперстной кишки

Хронический гастрит

История

Определение

Этиология

Патогенез

Диагностика

Осложнения

Классификация

Формулировка диагноза

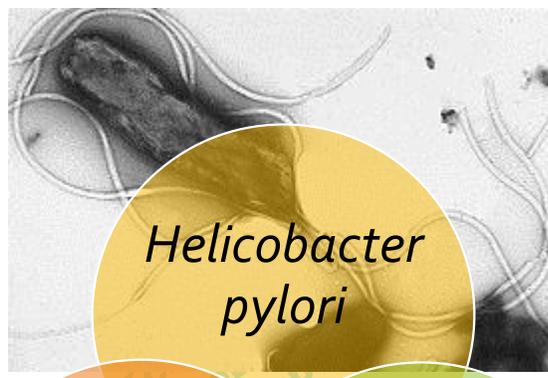
Лечение

Диспансеризация

Экспертиза временной
нетрудоспособности

Профилактика

Нобелевская премия по медицине, 2005



Helicobacter pylori



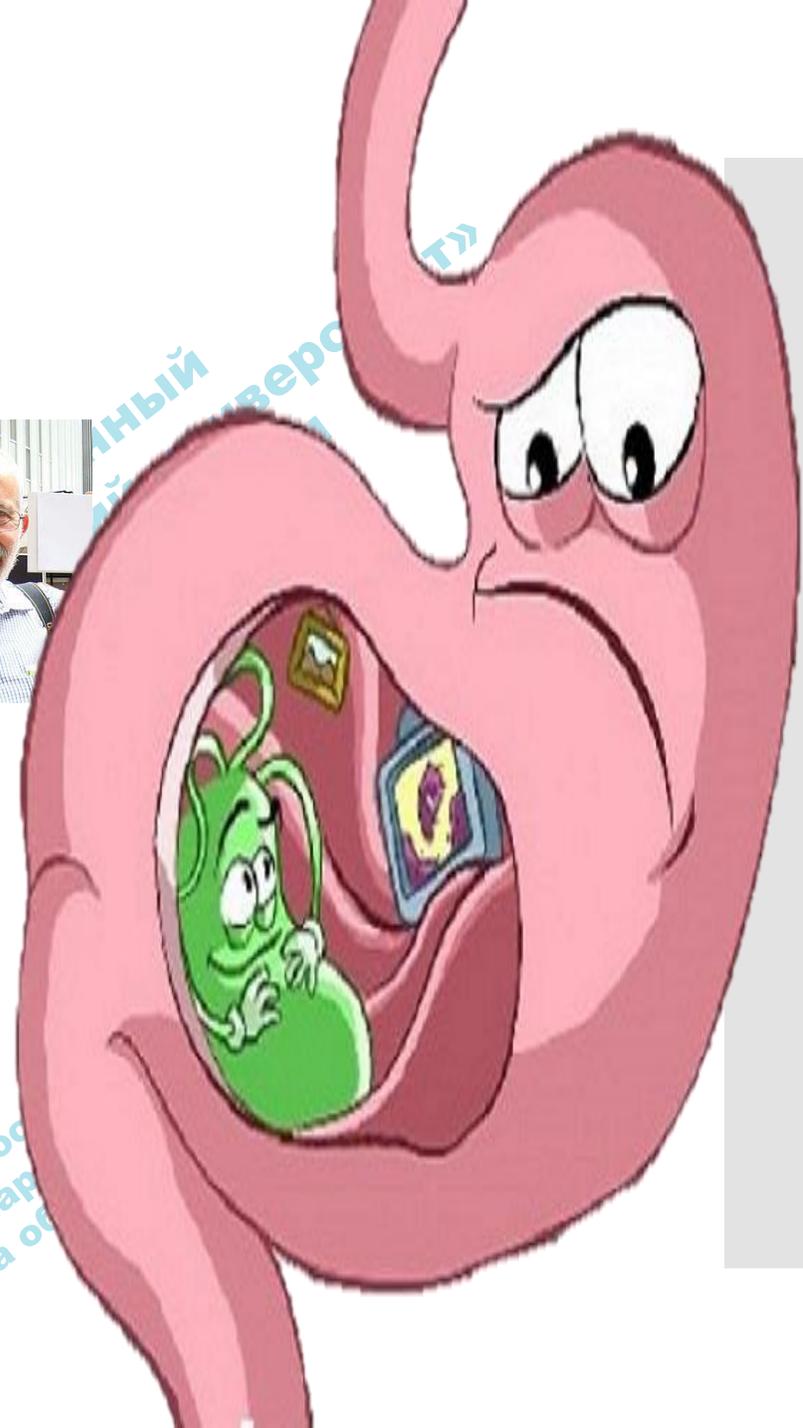
Барри
Джеймс
Маршалл



Джон
Робин
Уоррен



- Язва верхних отделов ЖКТ – это инфекционное заболевание, вызываемое *Helicobacter pylori*
- Воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, как правило, ассоциировано с инфекцией *Helicobacter pylori*
- Рак желудка – это инфекционное заболевание, вызываемое *Helicobacter pylori*



Нобелевская премия по медицине, 2005: история

- 1875 – немецкие учёные обнаружили спиралевидную бактерию в слизистой оболочке желудка человека. Бактерия не росла в культуре (на известных в то время искусственных питательных средах), и это случайное открытие было забыто
- 1886 – профессор Валерий Яворский из Ягеллонского университета в Кракове, исследуя осадок из промывных вод желудка человека, обнаружил помимо бактерий, напоминавших по форме хворостины, также некоторое количество бактерий характерной спиралеобразной формы. Он назвал обнаруженную им бактерию *Vibrio rugula*. Он был первым, кто предположил возможную этиологическую роль этого микроорганизма в патогенезе заболеваний желудка. Его работа на эту тему была включена в польское «Руководство по заболеваниям желудка» и опубликована в 1899 году. Однако эта работа не имела большого влияния на остальной врачебный и научный мир, поскольку была написана на польском языке, и также забыта.
- 1893 – итальянский исследователь Джулио Бидзодзеро описал похожую спиралевидную бактерию, живущую в кислом содержимом желудка собак
- 1974 – профессор И. А. Морозов (Москва) обнаружил спиралевидные бактерии в материале после ваготомии во внутриклеточных канальцах клеток желудка, а также у пациентов с язвой, которым не делали ваготомию. Однако способ выращивания этих бактерий не был известен микробиологам, и обнаруженные бактерии были забыты ещё на несколько лет.

Нобелевская премия по медицине, 2005: история

- 1979 – австралийский патолог Робин Уоррен, который, начиная с 1981 года, провёл дальнейшие исследования её вместе с Барри Маршаллом. Уоррену и Маршаллу удалось выделить и изолировать этот микроорганизм из проб слизистой оболочки желудка человека. Они также были первыми, кому удалось культивировать этот микроорганизм на искусственных питательных средах. В оригинальной публикации Уоррен и Маршалл высказали предположение, что большинство язв желудка и гастритов у человека вызываются инфицированием микроорганизмом *Helicobacter pylori*, а не стрессом или острой пищей, как предполагалось ранее.
- Медицинское и научное сообщество медленно и неохотно признавало этиологическую роль *Hp* в развитии язв верхних отделов ЖКТ и гастритов, вследствие убеждения, что никакой микроорганизм не в состоянии выжить длительное время в кислом содержимом желудка. Лишь после того, как Барри Маршалл сознательно выпил содержимое чашки Петри с культурой бактерии *Hp*, после чего у него развился гастрит, а бактерия была обнаружена в слизистой желудка, были выполнены три из четырёх постулатов Коха. Четвёртый постулат был выполнен, когда на второй эндоскопии, спустя 10 дней после преднамеренного заражения, были обнаружены признаки гастрита и присутствие *Hp*. Затем Маршалл продемонстрировал метод лечения хеликобактерного гастрита с помощью 14-дневного курса солей висмута и метронидазола. А позже Маршалл и Уоррен показали эффективность антибиотиков в лечении большинства случаев гастрита и язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
- 1994 – Национальный институт здравоохранения США опубликовал экспертное мнение, в котором утверждалось, что большинство рецидивирующих язв желудка и гастритов с повышенной кислотностью вызываются инфицированием *Hp*, и рекомендовал включать антибиотики в терапевтические режимы при лечении язвенной болезни желудка, а также гастритов с повышенной кислотностью. Постепенно накапливались данные также о том, что язвы двенадцатиперстной кишки и дуодениты также ассоциированы с инфицированием *Hp*.
- 2005 – первооткрыватели медицинского значения бактерии Робин Уоррен и Барри Маршалл были удостоены Нобелевской премии по медицине.

Нобелевская премия по медицине, 2005: инфекция *H.p.*

- *H.p.* является человеческим патогеном и полностью отвечает всем постулатам Коха как инфекционный агент.
- Этой инфекцией поражено свыше половины человеческой популяции.
- Она четко ассоциируется с язвами верхних отделов желудочно-кишечного тракта, атрофическим гастритом, резистентными железодефицитными и мегалобластными анемиями, тромбоцитопенической пурпурой
- ***H.p.* значительно повышает риск возникновения MALT ассоциированной лимфомы и рака желудка. В связи с этим ВОЗ признала *H.p.* канцерогеном I категории.**
- *H.p.* относится к классу бактерий, которые адаптировались к экологической нише, включающей желудочную слизь.
- Наряду с патогенными *H.p.* могут существовать и непатогенные штаммы. Хеликобактериоз является так называемой медленной инфекцией, поскольку микроорганизм реализует свою патогенность путем регуляции экспрессии разнообразных генов в той мере, в которой это диктуется реакцией макроорганизма
- Важное значение имеет орально-оральный путь передачи *H.p.* инфекции – от человека к человеку, или через слюну и предметы, включая эндоскопическую аппаратуру и зонды; у детей старшего возраста, учитывая способность микроорганизма переходить при неблагоприятных условиях в кокковую форму и выводиться из организма, – фекально-оральный путь (через зараженную еду и воду).
- Важнейшим путем распространения является внутрисемейная передача *H.p.* в результате тесного контакта между членами семейства.
- Попадание *H.p.* в желудок ранее не инфицированных детей приводит к развитию острого воспалительного процесса с дальнейшей его трансформацией в хронический.
- У всех инфицированных пациентов, начавшись в детском возрасте, инфекция прогрессирует или персистирует вплоть до конца жизни, а патогенные свойства *H.p.* усиливаются дополнительными экзо- и эндогенными факторами, которые принимают участие в формировании и рецидивировании патологического процесса.

Нобелевская премия по медицине, 2005: инфекция *H. pylori*, неинвазивные методы диагностики

Тест	Характеристики	Преимущества	Недостатки
Уреазный дыхательный тест	Определяет наличие текущей инфекции по уреазной активности <i>H. pylori</i>	Чувствительность и специфичность более 90%. Может использоваться у детей. Эффективен для начальной диагностики и оценки эффективности лечения	Требуется оборудование для определения ^{13}C или ^{14}C . Дорогостоящий
Серологические лабораторные тесты	Определяют антитела к <i>H. pylori</i>	Высокие (85–90%) специфичность и чувствительность. Экономичность. Эффективны для начальной диагностики	Определяют наличие перенесенной, а не текущей инфекции. Ограниченная эффективность в определении успешности терапии (титры снижаются медленно и могут остаться положительными спустя год после эрадикации)
Упрощенные иммуноферментные тесты	Определяют антитела к <i>H. pylori</i> в сыворотке (IgG)	Недорогие одноразовые наборы. Быстрые результаты (в течение 10 мин.). В некоторых тестах используется цельная кровь	Определяют наличие перенесенной, а не текущей инфекции. Чувствительность и специфичность менее 90%
Мочевые тесты	Определяют антитела к <i>H. pylori</i> в моче (IgG)	Недорогие одноразовые наборы. Быстрые результаты (в течение 20 мин.). Недавно разработанные тесты (RAPIRUN, URINELISA) имеют средние (85%) чувствительность и специфичность	Все еще полностью не утверждены. Чувствительность и специфичность могут быть низкими при клиническом использовании. Низкая специфичность у детей
Слюнные тесты	Определяют антитела к <i>H. pylori</i> в слюне (IgA или IgG)	Удобный сбор исследуемого материала	Низкие (70–85%) специфичность и чувствительность
Каловые тесты	Определяют антигены <i>H. pylori</i>	Определяют текущую инфекцию. Эффективны для определения эрадикации (8 нед. после окончания терапии). Очень высокие (более 95%) чувствительность и специфичность. Экономичность. Могут стать неинвазивными тестами выбора у детей	Сбор образцов может быть затруднен

Гастродуоденальные язвы:

определения, этиология

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Язва гастродуоденальной слизистой оболочки представляет собой углубленный локализованный дефект, проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки
- Эрозия гастродуоденальной слизистой оболочки представляет собой ее дефект, не проникающий глубже мышечной пластинки слизистой оболочки
- **Этиология:**
 - *Helicobacter pylori* – основной этиологический фактор
 - НПВС, стероиды,
 - Стрессовые факторы: распространенные ожоги, черепно-мозговые травмы, кровоизлияния в головной мозг, нейрохирургические операции, инфаркт миокарда, сепсис, тяжелые ранения, полостные операции, острое почечное повреждение, дистресс и т.п.
 - Вспомогательные и патогенетические факторы: синдром Золингера-Эллисона, цирроз печени, болезнь Крона, инфаркт слизистой оболочки ЖКТ, систематический приём алкоголя (алкоголизм), аутоиммунные поражения, химические поражения, билиарный рефлюкс, маргинальные привычки в питании
- Вредные привычки не являются прямым этиологическим агентом язв ЖКТ
- Курение, злоупотребление алкоголем, пивной алкоголизм, наркомания способствуют ослаблению барьерной функции слизистых оболочек, снижению общего иммунного ответа и таким образом персистируют хеликобактерной инфекции

- Основным фактором, приводящим к патологическому процессу, является инфекция Нр.
- Определяющими в отношении развития изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки являются индивидуальные особенности секреции соляной кислоты и кислотности желудочного сока.
- При нормальной или высокой секреторной активности париетальных клеток желудка соляная кислота подавляет активность Нр в теле желудка, и бактерии колонизируют только антральный отдел, где вызывают воспаление – ограниченный антральный гастрит.
- Хроническое воспаление антрального отдела ведет к нарушению секреции желудка, повышению секреции гастрина и хлоридов, что вызывает закисление просвета двенадцатиперстной кишки, и появлению хронического дуоденита и язвы двенадцатиперстной кишки
- Пациенты со сниженной кислотностью имеют менее благоприятный прогноз. Пониженный уровень секреции соляной кислоты способствует беспрепятственной колонизации слизистой оболочки всего желудка Нр, наблюдаются воспалительные изменения тела желудка и пангастрит.
- Хроническое активное воспаление через воздействие ряда цитокинов в ещё большей степени снижает функцию париетальных клеток.
- В дальнейшем прогрессирование заболевания приводит к развитию атрофии, метаплазии, дисплазии слизистой и раку желудка
- Нарушение соотношения между защитными механизмами и факторами агрессии в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки имеет место быть, но уже утратило свою ведущую роль в этиологии и патогенезе болезни.**

Гастродуоденальные язвы: патогенетические аспекты язвообразования



Гастродуоденальные язвы: язва как симптом



Гастродуоденальные язвы:

клинические и диагностические критерии

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Клинические критерии:

- Боли в верхней части живота: болевой синдром может иметь различную степень выраженности и связь с приемом пищи. Боль продолжительна, длится часами, часто носит «грызущий» характер. Эквивалентами боли служат изжога и тошнота.
- Характеристика типичной боли: боль возникает при длительных перерывах в приеме пищи (голодная, ночная, натощак); боль ритмична, сразу после еды (язва желудка), через 1,5-2 часа после еды (язва двенадцатиперстной кишки); исчезает после еды, теплого питья, приема щелочей или после кровотечения.
- Возможно наличие других проявлений:
 - дискомфорт в эпигастрии,
 - отрыжка,
 - изжога,
 - снижение аппетита или обостренное чувство голода,
 - тошнота,
 - рвота;
- Возможно малосимптомное, малоболевое или безболевого течение заболевания

Диагностические критерии:

- язва (эрозия) желудка или двенадцатиперстной кишки при ЭГДС;
- при язве желудка – отсутствие гистологических признаков злокачественного роста в материале, взятом из краев язвы

Клинические особенности язвы у детей и подростков:

- Преимущественная локализация в двенадцатиперстной кишке
- Более редкие осложнения и значительно меньшая заболеваемость и летальность
- Отсутствие четкой локализации болезненного процесса в раннем возрасте
- Нередко отсутствуют поздние, голодные и ночные боли.
- В начале заболевания преобладают астенические жалобы.
- Возможно отставание в физическом развитии.
- Быстрое вовлечение других органов пищеварения.

Гастродуоденальные язвы:

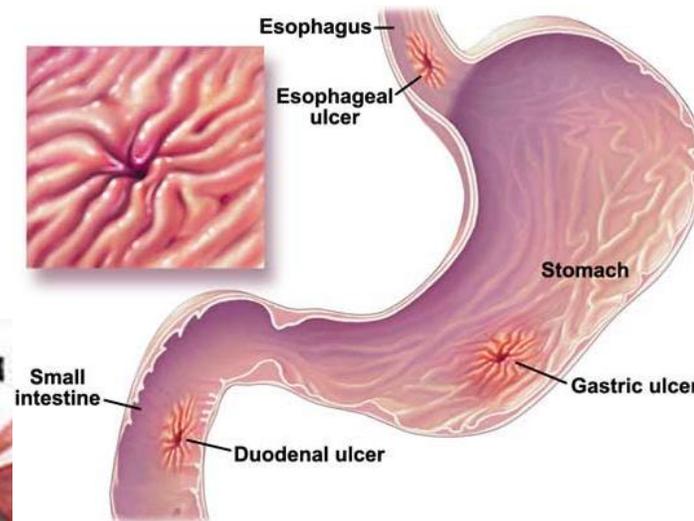
диагностика

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Обязательная	Дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Длина тела, масса тела, ИМТ- ОАК- ОАМ- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, ХС, мочевины, креатинин.- ЭКГ- ЭГДС: при язве желудка – биопсия краев язвы (3-4 биоптата) для исключения малигнизации и биопсия вдали от края язвы – для гистологической диагностики гастрита и оценки Нр).- Определение Нр (до начала лечения): быстрый уреазный тест с биоптатом желудка или гистологическое исследование биоптатов желудка, взятых не из края язвы, или ¹³С дыхательный тест, или определение антигенов Нр в кале, или определение антител к Нр в сыворотке крови- УЗИ органов брюшной полости.	<ul style="list-style-type: none">- Определение групп крови по системам АВО и резус (при наличии признаков кровотечения)- БАК: Общий белок (при нарушении статуса питания), ЩФ, ГГТП, амилаза (при повышении других «печеночных проб»), электролиты крови (при рвоте), железо (при кровотечении, анемии)- Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки- Релаксационная дуоденография (при подозрении на пилородуоденальный стеноз, рак желудка, дуоденостаз)- Биопсия дуоденальной слизистой оболочки (при постбульбарных язвах, подозрительных на болезнь Крона)- Суточная рН-метрия (при язвах, резистентных к стандартной антисекреторной терапии)- Врачебная консультация врача-хирурга (при наличии осложнений – кровотечение, пенетрация, перфорация, пилородуоденальный стеноз)- Врачебная консультация врача-онколога (при диагностике ракового изъязвления, при малигнизации язвы)- Эндосонография поджелудочной железы (при подозрении на гастриному)- Определение антител к Нр в сыворотке крови используется только в случае имевшего место за последние 2 недели приема любых антибактериальных лекарственных средств или ингибиторов протонной помпы либо при тяжелой атрофии слизистой оболочки желудка; серологическое исследование не применяется при эрадикационной терапии в анамнезе



Федеральный государственный университет
им. академика Н.И. Пирогова
Кафедра медицинской практики

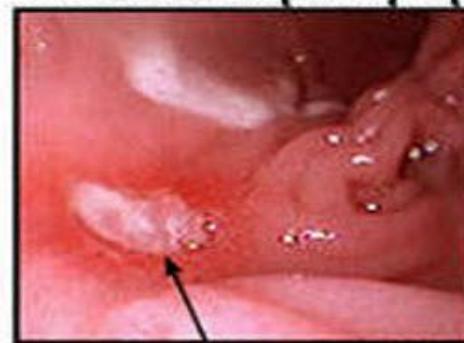


Гастродуоденальные язвы: диагностика, эндоскопическая диагностика

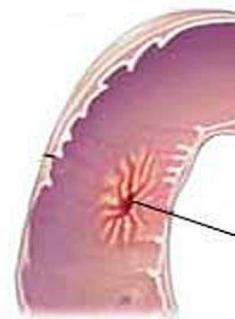
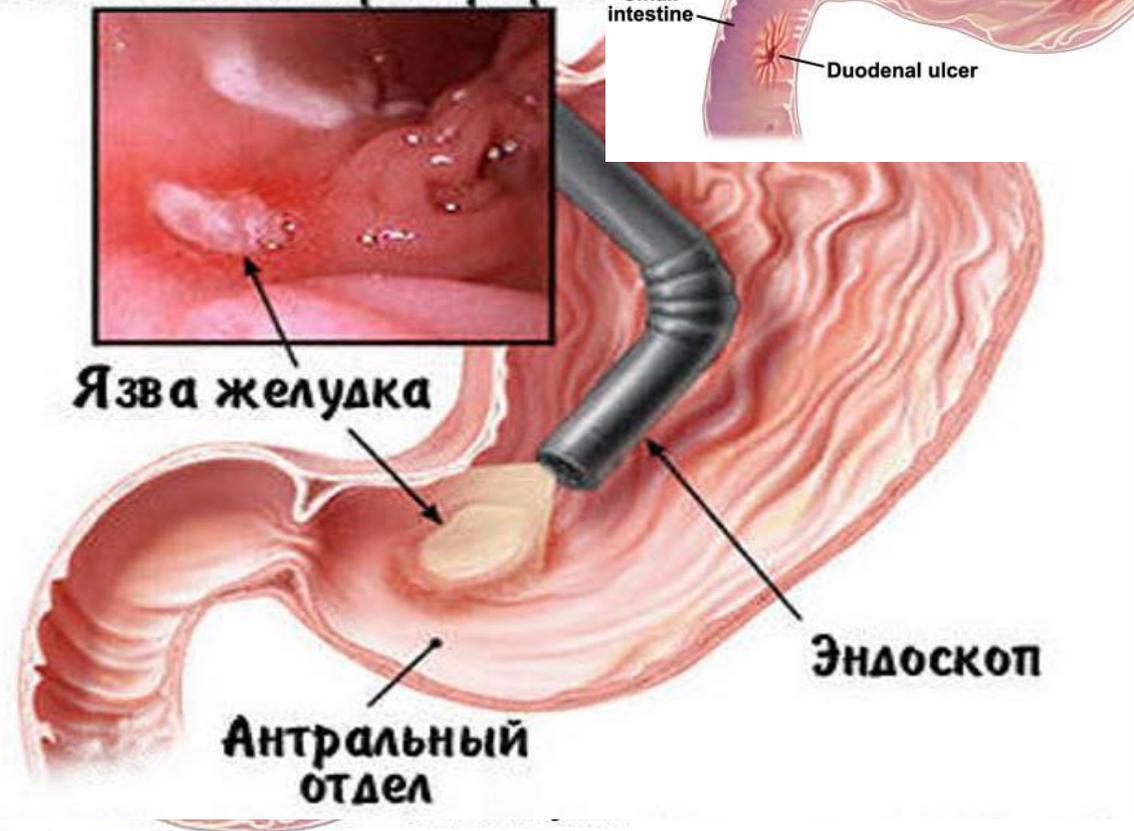
Эндоскопическая картина язвенной болезни



Эндоскопическая фотография



Язва желудка



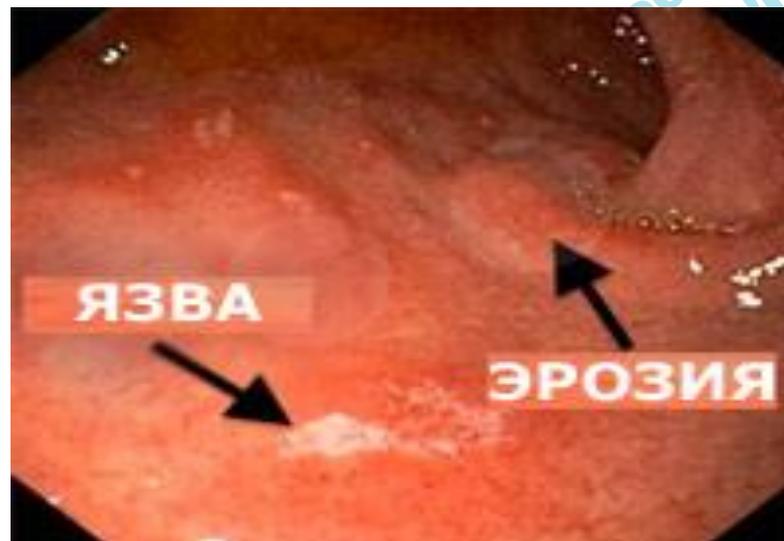
Язва двенадцатиперстной кишки



Гастродуоденальные

язвы:

диагностика,
эндоскопическая диагностика
язвы желудка



Гастродуоденальные

язвы:

диагностика

эндоскопическая диагностика

язвы двенадцатиперстной

кишки

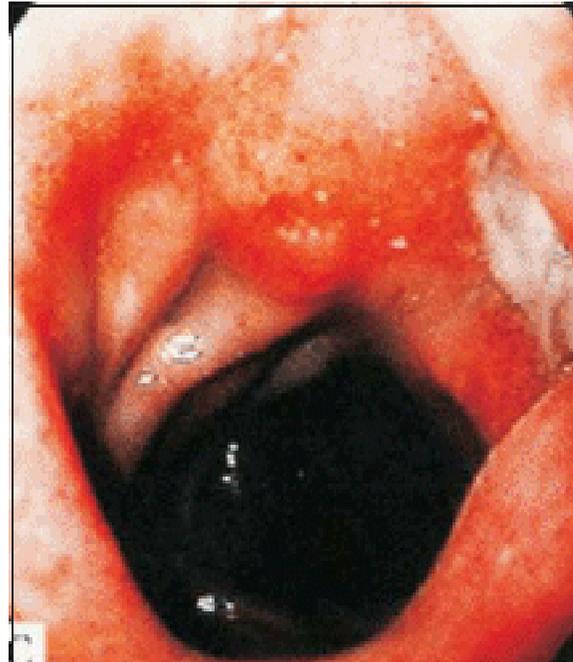


Рис. 1. Пептическая язва задней стенки луковицы ДПК (луковица ДПК деформирована, слизистая отечна, язва – дефект с воспалительным валом, покрыта фибрином)

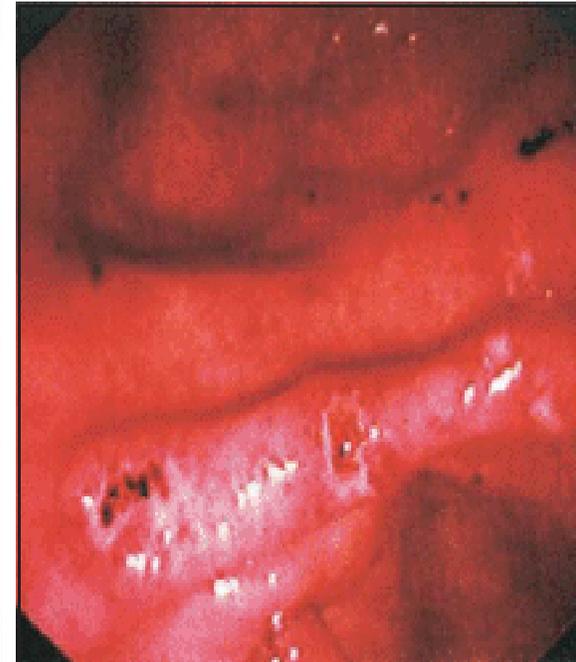


Рис. 2. Множественные язвы ДПК на фоне приема НПВП (слизистая умеренно гиперемирована, отмечаются множественные неправильной формы поверхностные язвы, размером до 5 мм со следами гематина)

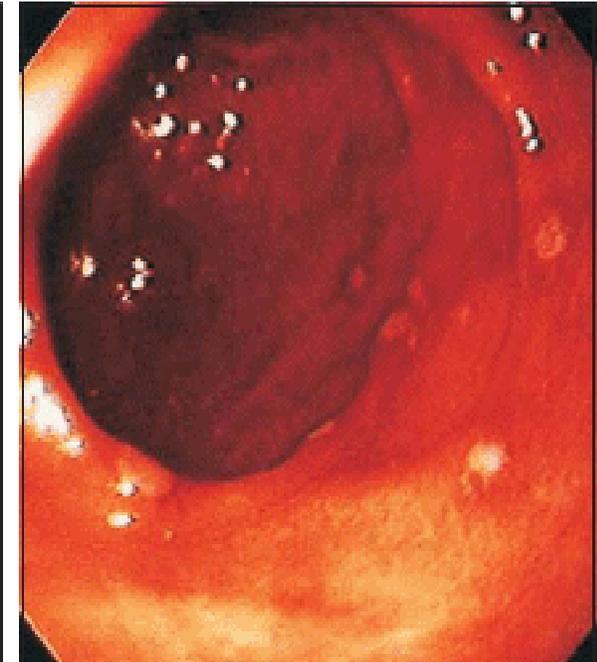


Рис. 3. Множественные острые эрозии ДПК (слизистая ДПК отечна, гиперемирована с единичными поверхностными эрозиями)

орден

ордена Дружбы народов
Кафедра общей вра

енный
Университет
ки

Гастродуоденальные язвы:

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Кровотечение
- Пенетрация
- Перфорация
- Перигастрит, перидуоденит
- Пилородуоденальный стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный)
- Малигнизация

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

Гастродуоденальные язвы:

классификация

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

По локализации	По варианту развития и течения	По тяжести течения в случае хронической язвы
<p>Язва желудка:</p> <ul style="list-style-type: none">- кардиальный отдел,- субкардиальный отдел,- антральный отдел,- пилорический отдел,- тело,- угол,- большая кривизна,- малая кривизна,- передняя стенка,- задняя стенка. <p>Язва двенадцатиперстной кишки:</p> <ul style="list-style-type: none">- луковица,- постбульбарный отдел,- передняя стенка,- задняя стенка,- верхняя стенка,- нижняя стенка.	<p>Острая:</p> <ul style="list-style-type: none">- стрессовая язва при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях, инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях, полостных операциях и т.п.,- лекарственные язвы, ассоциированные с приемом НПВС, ацетилсалициловой кислоты, кортикостероидов. <p>Хроническая:</p> <ul style="list-style-type: none">- Нр-ассоциированная язва;- НПВС-ассоциированная язва;- язва, ассоциированная с другими (редкими) причинами) <p>Неуточненная как острая или хроническая</p>	<p>Фаза (обострение, ремиссия, неполная ремиссия)</p> <p>Лёгкое течение (с редкими обострениями реже 1 раза в год)</p> <p>Среднетяжелое течение (обострения 1-2 раза в год)</p> <p>Тяжелое течение (с частыми обострениями - 3 раза в год и чаще, или возникновение осложнений)</p>

Гастродуоденальные язвы:

формулировка диагноза

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Диагноз:

- Острый или хронический характер язвы
- Локализация и размеры язвы у пациента
- Наличие Нр (если проводилась эрадикация, указать ее дату)
- Другие этиологические факторы (НПВС, стероиды, стрессовая язва при распространенных ожогах, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях в головной мозг, нейрохирургических операциях, инфаркте миокарда, сепсисе, тяжелых ранениях, полостных операциях и т.п.)
- Фаза обострения или ремиссии
- Тяжесть течения
- Наличие постязвенных деформаций (рубцово-язвенная деформация желудка, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки)
- Осложнения

Примеры:

- Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (передняя стенка, 8×6 мм от 10.02.2013), Нр+, фаза обострения, среднетяжелое течение, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, компенсированный пилородуоденальный стеноз.
- Хроническая язва желудка (9×7 мм от 22.12.2012) с локализацией на задней стенке антрального отдела, впервые выявленная. Нр+. Язвенное кровотечение от 22.12.2012, Forrest 2b.
- Острые язвы желудка множественные (три – 2×3мм, 5×4 мм и 4×5 мм), ассоциированные с приемом НПВС (индометацин), Нр-.
- Хроническая язва ЛДПК в фазе рубца, рубцовая деформация ЛДПК, Нр- (перфорация с ушиванием в 2008 г, эрадикационная терапия 1 линии в 2010 г).
- Хронические язвы сочетанной локализации: язва желудка (передняя стенка, 3 мм), язва ЛДПК в фазе рубца, Нр+.

Гастродуоденальные язвы: цели лечения и показания к госпитализации

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- **Цель лечения** гастродуоденальных язв: купирование (уменьшение) болевого синдрома; достижение репарации язвы; при Нр-позитивных язвах – достижение эрадикации Нр; профилактика последующих рецидивов, осложнений гастродуоденальных язв.
- **Показания для госпитализации пациента с гастродуоденальной язвой:**
 - язва желудка или язва двенадцатиперстной кишки больших размеров (2 см и более в желудке или 1 см и более в двенадцатиперстной кишке);
 - язва желудка или язва двенадцатиперстной кишки с осложнениями в анамнезе или с угрозой развития осложнений;
 - тяжелое течение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (обострения 3 раза в год и чаще) или резистентность к стандартной терапии (сохранение язвенного дефекта в течение 2 месяцев и более при локализации язвы в желудке, 1,5 месяцев и более – при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке);
 - осложненная язва желудка или двенадцатиперстной кишки (наличие кровотечения, стеноза, пенетрации, перфорации)

Гастродуоденальные язвы: немедикаментозное лечение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Комплекс рекомендаций по образу жизни и питанию пациента:
 - прекращение употребления алкоголя,
 - прекращение курения,
 - лечебное питание с обеспечением при необходимости механического, химического и термического щажения органов пищеварения,
 - соблюдение режима питания.

Гастродуоденальные язвы:

медикаментозное лечение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- При H_p-ассоциированных язвах проводится эрадикационная терапия инфекции H_p с последующим контролем ее эффективности; эрадикационная терапия может быть назначена пациенту эмпирически до получения результатов теста на H_p в случае, когда соблюдаются все следующие условия: язва локализуется в луковице двенадцатиперстной кишки, ранее эрадикационная терапия пациенту не проводилась, пациент не принимал НПВС
- Для репарации язвы пациенту проводится антисекреторная терапия: ингибиторы протонной помпы (далее – ИПП) в стандартной дозе 1 раз в день утром натощак за 30-60 минут до еды, при выраженных клинических проявлениях допускается использование двойной дозы ИПП (прием стандартной дозы 2 раза в сутки).
- При стрессовых язвах (в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии организации здравоохранения) – парентеральное введение ИПП или H₂-блокаторов. Продолжительность пероральной антисекреторной терапии: 4-6 недель при дуоденальной язве или 8-10 недель при желудочной язве, либо до заживления язвы. Время проведения эрадикационной терапии является составной частью периода антисекреторной терапии. После проведения эрадикационной терапии антисекреторную терапию следует продолжать до достижения вышеуказанной продолжительности или до полного заживления язвы
- При выраженных клинических проявлениях, постпрандиальных симптомах допускается использование дополнительной терапии – антацидов (до 2 недель или эпизодически) и прокинетики (домперидон 10 мг 3 раза в сутки)
- При язвенном кровотечении как компонент комплексной терапии: 40-80 мг омепразола внутривенно болюсом, затем внутривенно непрерывно со скоростью 8 мг/час в течение 72 ч, затем 40 мг омепразола в сутки внутрь. Возможно использование других ИПП.

Гастродуоденальные язвы:

контроль эффективности лечения

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Заживление язвы желудка у пациента контролируется эндоскопически в сроки 2-8 недель от начала лечения – до полного заживления язвы.
- Выполняется биопсия из участка постъязвенного рубца для исключения малигнизации.
- Заживление язвы двенадцатиперстной кишки контролируется эндоскопически в сроки 2-6 недель от начала лечения.
- Допускается ведение неосложненной дуоденальной язвы без эндоскопического контроля в случае полноценного проведения эрадикационной терапии и купирования клинических проявлений
- Эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (2 биоптата) и антрального отдела желудка (2 биоптата)) или результатами ^{13}C -дыхательного теста на Hr , или анализа кала на антигены Hr через 4-8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 недели после прекращения приема любых антибактериальных лекарственных средств или ИПП

Гастродуоденальные язвы:

диспансеризация

Основание:

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»;
- Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь №96 от 12.08.2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации»

Пациенты с гастродуоденальной язвой относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат наблюдению у врача-терапевта участкового (врача общей практики)

- Пациенты с хронической язвой желудка относятся к группе риска по раку желудка
- Критерии эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента при гастродуоденальных язвах:
 - отсутствие язвенных дефектов,
 - поддержание нормального статуса питания,
 - снижение нетрудоспособности,
 - предотвращение рецидивов и осложнений,
 - раннее выявление осложнений.

Нозология	Объём и частота обследования	Сроки диспансерного наблюдения
К25 Язва желудка К26 Язва двенадцатиперстной кишки	1 раз в год:	Наблюдение врача-терапевта участкового (врача общей практики) при персистировании инфекции Нр, постоянном приеме НПВС или антиагрегантов – постоянно (Д (III)). Перевод в группу Д (II): при отсутствии инфекции Нр и приема НПВС или антиагрегантов; при отсутствии в последние 3 года рецидивов, скрытой крови в кале, симптомов тревоги, снижения массы тела, анемии
	медицинский осмотр;	
	измерение ИМТ;	
	анализ кала на скрытую кровь	
	1 раз в 3 года:	
БАК (ЩФ, ГГТП, общий белок, амилаза, ХС, железо)		
по показаниям:		
ЭГДС;		
УЗИ ОБП,		
рентгеноскопия желудка;		
консультация врача-гастроэнтеролога,		
консультация врача-хирурга		

Хронический гастрит: определение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Хронический гастрит – это хронический воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, характеризующийся нарушением ее физиологической регенерации, уменьшением количества железистых клеток, при прогрессировании – атрофией железистого эпителия с развитием кишечной метаплазии, а в последующем – дисплазии. Хронический гастрит обычно вызывается микроорганизмом *H. pylori*.

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

Хронический гастрит: этиология

- Массивная инфильтрация первичного очага воспаления *Helicobacter pylori*. Уже начавшийся процесс потенцируется этим условно-патогенным возбудителем.
- Без соответствующей антибактериальной терапии, заболевание быстро переходит в хроническую фазу.
- Психосоматическая патология. Дети с неврозами, фобиями, аутизмом – как правило, страдают гастродуоденитом. Тревожно-депрессивное расстройство у взрослых часто сопровождается функциональной диспепсией или провоцирует обострение гастрита ввиду снижения местного иммунного ответа
- Постоянный стресс, проблемы в семье. Стресс вызывает спазм сосудов, питающих желудок и ДПК, что нарушает трофику органов, и приводит к разрушению слизистой оболочки и нарушению местного иммунного ответа.
- Дети, склонные к пищевым аллергиям, чаще болеют гастродуоденитом. Это является следствием локальной воспалительной реакции, вызываемой повышенным выделением биологически-активных веществ в ответ на пищевой аллерген.
- Пациенты с заболеваниями пищеварительного тракта, могут получить гастродуоденит в виде осложнения текущего процесса: энтероколита, гепатита, холецистита, хронического дисбактериоза и других воспалительных процессов. К таким заболеваниям можно также отнести выраженный кариес зубов, хроническое воспаление дёсен, гельминтозы (энтеробиоз, аскаридоз и т.п.), а также – пищевые отравления.
- Приём лекарственных препаратов, влияющих на функциональность слизистой оболочки желудка и кишечника. В основном подобные эффекты вызывает группа НПВС.
- Антибиотики при постоянном применении также провоцируют заболевания пищеварительной системы, т.к. уничтожают нормальную микрофлору кишечника.

Хронический гастрит: клинические и диагностические критерии

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Клинические критерии:

- В12-дефицитная анемия (проявление аутоиммунного гастрита);
- железодефицитная анемия, резистентная к стандартной пероральной терапии препаратами железа (может являться проявлением хронического хеликобактерного гастрита, хронического аутоиммунного гастрита)

Диагностические критерии:

- наличие гистологических признаков хронического гастрита при оценке гастробиоптатов;
- наличие гистологических признаков атрофии в теле желудка в сочетании с наличием антител к париетальным клеткам и (или) к внутреннему фактору Кастла (для аутоиммунного гастрита)

Хронический гастрит: диагностика

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Обязательная	Дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Длина тела, масса тела, ИМТ- ОАК- ОАМ- БАК: глюкоза, ХС, билирубин, АсАТ, АлАТ- ЭКГ- ЭГДС с гастробиопсией: из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне в 2 см от пилоруса) – для первичной диагностики Нр-ассоциированного гастрита пациентам в возрасте до 40 лет, которым ранее не проводилась эрадикация; из антрального отдела желудка (2 фрагмента – по малой и по большой кривизне в 2 см от пилоруса) и тела желудка (2 фрагмента – по малой и большой кривизне в 8 см от кардии) – для оценки результата эрадикационной терапии, а также пациентам, которым ранее проводилась эрадикационная терапия без контроля эффективности; биопсия для стадирования по OLGA – всем пациентам старше 40 лет, которым ЭГДС проводится впервые; пациентам, у которых ранее выявлялась атрофия умеренной или тяжелой степени, метаплазия или дисплазия слизистой оболочки желудка; при подозрении на аутоиммунный гастрит; при наследственном анамнезе, отягощенном по раку желудка.	<ul style="list-style-type: none">- Определение Нр методами, отличными от патоморфологического (при необходимости быстрого ответа, сомнительных результатах гистологического исследования): быстрый уреазный тест или дыхательный ¹³C-тест, или определение антигенов Нр в кале- Развернутый ОАК., включая MCV, MCH, ретикулоциты (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией).- БАК: железо сыворотки крови, ферритин (при активном Нр-гастрите, ассоциированном с анемией или подозрении на латентный дефицит железа), витамин В12 сыворотки крови, антитела к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла (при атрофии в теле желудка в сочетании с признаками макроцитарной анемии)- Врачебная консультация врача-гематолога, стерильная пункция (при подозрении на В12- дефицитную анемию)- УЗИ щитовидной железы (при аутоиммунном гастрите)- Врачебная консультация врача-онколога (при наличии дисплазии тяжелой степени)- Врачебная консультация врача-аллерголога-иммунолога (при эозинофильном гастрите)- Антитела к глиадину и тканевой транскляминазе (при лимфоцитарном гастрите)- Илеоколоноскопия, энтероскопия (при гранулематозном гастрите)- Эндоскопия с увеличением, хромоскопия (при распространенной кишечной метаплазии, дисплазии, подозрении на ранний рак).- При проведении биопсии биоптаты из каждого отдела желудка помещаются в отдельные флаконы и соответствующим образом маркируются. Биопсия для стадирования по OLGA проводится следующим образом: 2 фрагмента из антрального отдела в 2 см от пилоруса по малой и большой кривизне и 1 фрагмент из угла желудка в тот же флакон; 2 фрагмента из тела желудка примерно в 8 см от кардии по большой и малой кривизне; при наличии очаговых изменений – дополнительные биоптаты из них в отдельные флаконы.

Выраженность атрофии (метаплазии)		Тело желудка			
		Нет	Лёгкая	Умеренная	Тяжёлая
Антрум	Нет	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия II
	Лёгкая	Стадия I	Стадия I	Стадия II	Стадия III
	Умеренная	Стадия II	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
	Тяжёлая	Стадия III	Стадия III	Стадия IV	Стадия IV

Хронический гастрит: критерии оценки степени тяжести

Основание: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»

- Степень активности, воспаления, атрофии и метаплазии определяется по визуально-аналоговой шкале в соответствии с Сиднейской системой, при этом биоптаты из каждого отдела желудка описываются отдельно
- Степень тяжести хронического атрофического гастрита определяется в зависимости от стадии по градационной системе OLGA в соответствии с таблицей
- Выраженность атрофии (метаплазии) определяется по проценту атрофированных и (или) метаплазированных желез с учетом всех биоптатов из данного отдела желудка: менее 30% - легкая атрофия (метаплазия), 30-60% - умеренная атрофия (метаплазия), более 60% - тяжелая атрофия (метаплазия).
- Легкий атрофический гастрит – стадия I; умеренный атрофический гастрит – стадия II; тяжелый атрофический гастрит – стадии III, IV.
- Наличие и степень тяжести дисплазии определяется по следующим критериям:
 - дисплазия эпителия диагностируется по наличию клеток эпителия с увеличенными гиперхромными ядрами, снижению (исчезновению) бокаловидных клеток и муцина, наличию амфотильности (базофильности) цитоплазмы; эти признаки вовлекают поверхностный эпителий; отсутствуют признаки реактивного (регенерирующего) эпителия (созревание эпителия по направлению к поверхности – в клетках увеличивается количество цитоплазмы, ядра уменьшаются и локализуются базальнее; имеется ассоциация с прилежащим активным воспалением; митотическая активность ограничена шейками желез);
 - дисплазия градируется на дисплазию низкой и высокой степени;
 - дисплазия высокой степени (тяжелая дисплазия, cancer in situ) характеризуется следующими признаками: кубический эпителий с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, выраженными амфотильными ядрышками; множественные, в том числе и атипичные, митозы; выраженная ядерная стратификация и потеря полярности (потеря базальной ориентации, ядра смещаются в апикальную половину клетки и выступают в просвет); архитектурные аномалии; наличие выраженных структурных аномалий (крибриформность желез, железы «спинка-к-спинке», избыточное ветвление) в области дисплазии высокой степени следует классифицировать как рак вне зависимости от наличия или отсутствия десмопластических изменений;
 - дисплазия низкой степени диагностируется, если присутствуют общие критерии дисплазии, но отсутствуют критерии дисплазии высокой степени.

Хронический гастрит: классификация (Хьюстонско-Сиднейская система)

Основание: Постановление
 Министерства здравоохранения
 Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
 «Диагностика и лечение пациентов с
 заболеваниями органов пищеварения»

Тип гастрита	Подтипы гастрита	Синонимы	Этиология
Тип А: атрофический	Аутоиммунный Мультифокальный	Ассоциированный с пернициозной анемией	Нр, особенности питания, факторы среды, аутоиммунный
Тип В: неатрофический	-	Поверхностный, диффузный, интерстициальный	Нр, другие факторы
Тип С: особые формы	Химический	Реактивный рефлюкс-гастрит	Химические раздражители, желчь, НПВС
	Радиационный	Лучевой	Лучевые поражения
	Лимфоцитарный	Гастрит при целиакии	Идиопатический, иммунные механизмы, глютен, Нр
	Гранулематозный неинфекционный	Изолированный гранулематоз	Болезнь Крона, саркоидоз, гранулематоз Вегенера, инородные тела, идиопатический
	Эозинофильный	Аллергический	Пищевая аллергия, другие аллергены
	Другие инфекционные	Вирусный, микотический, амёбный, паразитарный	Бактерии (кроме Нр), вирусы, грибы, паразиты

«Белорусский
 государственный
 университет имени
 Л.Я. Купалы»

УО
 «Белорусский
 государственный
 университет имени
 Л.Я. Купалы»
 Кафедра

Хронический гастрит: классификация (Хьюстонско-Сиднейская система),

топографическая и
 морфологическая оценка

Основание: Постановление
 Министерства здравоохранения
 Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
 «Диагностика и лечение пациентов с
 заболеваниями органов пищеварения»

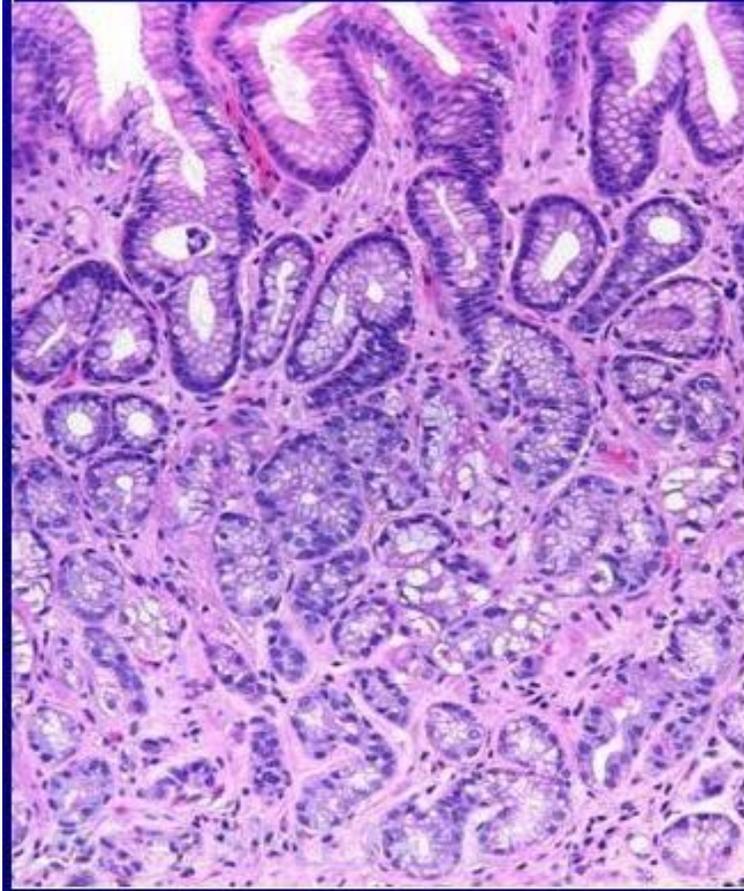
Диагноз «гастрит» – диагноз морфологический, он может считаться правомочным после оценки гастробиоптатов патоморфологами.

- «Клинический» диагноз гастрита, т.е. диагноз без морфологического исследования биоптатов, не имеет смысла. Жалобы, а это, как правило, *симптомы диспепсии, носят функциональный характер* и не обусловлены теми морфологическими изменениями, которые составляют суть гастрита.
- Изменения, обнаруживаемые при ЭГДС, например, гиперемия слизистой, являются субъективными и лишь косвенным образом могут свидетельствовать о наличии гастрита и степени его прогрессирования.

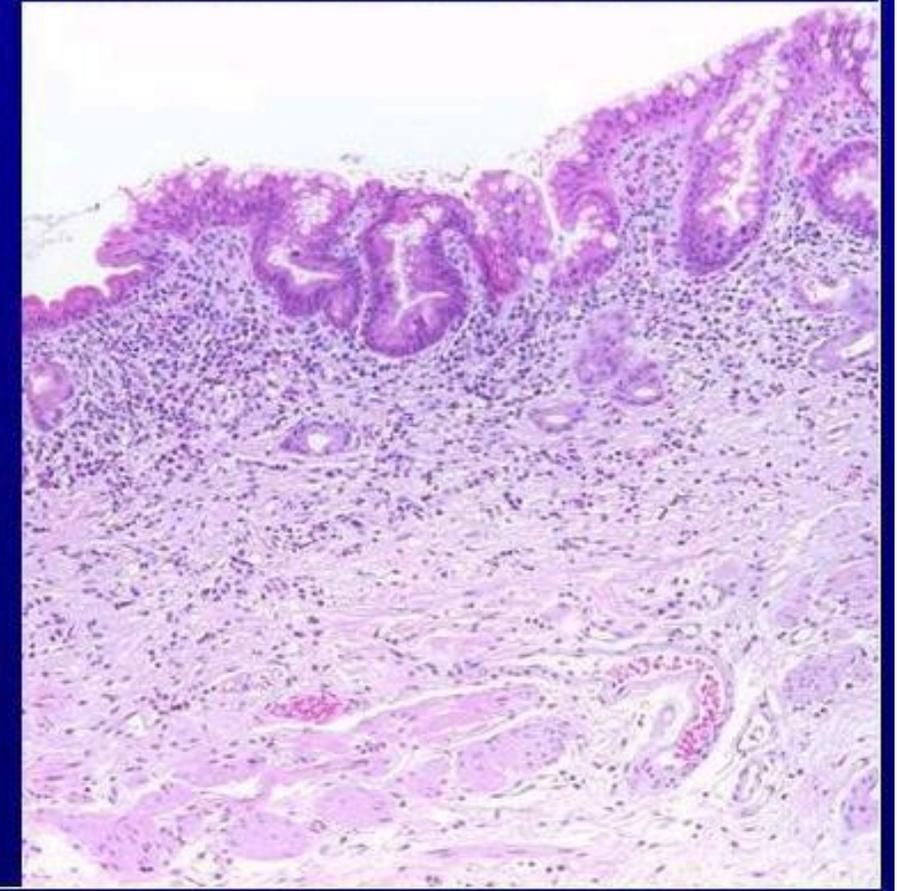
Методика забора биоптатов	Два фрагмента из антрального отдела желудка в 2 см от привратника (по большой и малой кривизне), два фрагмента из тела желудка (по большой и малой кривизне), примерно в 8 см от кардии
Оценка топографии гастрита	Антральный гастрит Фундальный гастрит Пангастрит
Оценка морфологических изменений слизистой оболочки желудка	0 – нет; 1+ – незначительное проявление признака; 2+ – умеренное; 3+ – выраженное. (оценка выполняется по 4-уровневой визуально-аналоговой шкале)
Оцениваемые изменения	Активность: по полиморфноядерной, в основном нейтрофильной, инфильтрации Выраженность хронического воспаления: по мононуклеарной, преимущественно лимфоцитарной, инфильтрации Атрофия: по уменьшению числа специализированных glanduloцитов Кишечная метаплазия: по наличию интестинальных клеток Обсеменение H. pylori: по количеству микробных тел при увеличении х360 (1+ – до 20 микробных тел в поле зрения; 2+ – до 50; 3+ – более 50 микробных тел в поле зрения).

Хронический гастрит: морфология

Антральный отдел в норме



Атрофия слизистой антрального отдела с кишечной метаплазией



- Морфологически хронический гастрит характеризуется мононуклеарно-клеточной инфильтрацией (плазматические клетки, лимфоциты) до собственной пластинки слизистой антрального и фундального отделов желудка.
- В ранних стадиях гастрита воспаление обычно ограничивается в верхней части слизистой, позже воспаление приводит к изменениям железистых клеток в более глубоких слоях слизистой, с последующим развитием метаплазии эпителия желез, т.е. формируется атрофия.

Хронический гастрит: формулировка диагноза

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Диагноз:

- нозология, тип (при особой форме – её характеристику)
- этиологический фактор (если возможно)
- характеристика степени контаминации Нр, воспаления, активности, атрофии и метаплазии по результатам топической патогистологической характеристики (анtrum, тело, при наличии – угла желудка или других отделов)
- характеристика тяжести атрофического гастрита
- характеристика анемии (при ее наличии)

Примеры:

- Хронический антральный хеликобактерный гастрит (анtrum: Нр 3+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +, 21.03.2012)
- Хронический атрофический хеликобактер-ассоциированный пангастрит (анtrum: Н. pylori 0, активность 2+, воспаление 2+, атрофия 3+, кишечная метаплазия +; тело: Н. pylori 2+, активность 2+, воспаление 2+, атрофия +), тяжелый (стадия III по OLGA)
- Хронический атрофический аутоиммунный гастрит (анtrum: Нр –, активность 0, воспаление 1+, атрофия 0; тело: Нр 0, активность 2+, воспаление 2+, атрофия 3+, кишечная метаплазия 2+, дисплазия низкой степени), умеренной степени тяжести (стадия II по OLGA). В12-дефицитная анемия легкой степени

Хронический гастрит: цели лечения и показания к госпитализации

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- **Цели лечения хронического гастрита:** при Нр-гастрите – достижение эрадикации Нр, уменьшение воспалительных изменений и остановка прогрессирования атрофии слизистой оболочки желудка пациента; при нехеликобактерных гастритах – уменьшение воспалительных изменений слизистой оболочки желудка пациента; купирование анемии
- **Показания для госпитализации:**
 - тяжелые проявления и (или) необходимость уточнения диагноза при особых формах гастрита
 - В12-дефицитная анемия средней или тяжелой степени, обусловленная аутоиммунным гастритом

Хронический гастрит: немедикаментозное лечение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Мероприятия по питанию и образу жизни:
 - Соблюдение принципов здорового питания,
 - Отказ от алкоголя,
 - Отказ от курения,
 - Ограничение применения гастротоксических лекарственных средств (например, НПВС) и других химических раздражителей
 - Принимая во внимание то, что обострение сопровождается повышением интрагастрального и интрадуоденального давления, пациенту нужно знать, что ему не желательно принимать горизонтальное положение в течение 2-3 ч после приема пищи
 - Пациенту противопоказаны значительные физические нагрузки, резкие наклоны и прыжки, подъем тяжелых вещей, интенсивный бег, участие в спортивных соревнованиях, занятие в спортивных секциях (баскетбол, волейбол, футбол, хоккей, езда на велосипеде)
 - Показаны плавание, туризм, утренняя гимнастика, а также достаточные прогулки на свежем воздухе
 - Психологический комфорт
- Санация хронических очагов инфекции (генерализованные микробиологические расстройства пищеварительного тракта с нарушением функции иммунологического и микробиологического звеньев системы антиинфекционной резистентности усугубляются при наличии очагов хронической инфекции, особенно в ЛОР-органах и полости рта (стоматиты, множественный кариес зубов, гингивит, тонзиллит, аденоидит и др.)).

Хронический гастрит: немедикаментозное лечение: диетические аспекты

- **Показаны:**

- более частый прием пищи, но небольшими порциями (для уменьшения вероятности повышения интрагастрального и интрадуоденального давления) с максимальным перерывом в приемах пищи до 4 ч;
- последний прием пищи должен быть не позже 20-21 ч (во избежание стимулирования ночной секреции и провоцирования дуоденогастрального рефлюкса);
- полноценная и разнообразная диета;
- кисломолочные продукты (ряженку, йогурты, некислый кефир и т.д.);
- манная и рисовая каши, свежий нежирный творог, отварное мясо;
- пищевые волокна (пшеничные отруби);
- при запоре увеличивают количество вареных овощей, особенно свеклы, рекомендуют включение в рацион кураги, чернослива, сухофруктов в распаренном виде, пшеничных отрубей с достаточным количеством жидкости, овсяную кашу, однодневный кефир.

- **Противопоказаны:**

- очень горячая или очень холодная пища;
- пища с желчегонным эффектом (растительные жиры, жареные продукты, жирная сметана, сливки, яичные желтки, икра, наваристые бульоны, торты, пирожные);
- желчегонные травы и препараты, которые имеют в своем составе желчь, а также ксилит, сорбит;
- коровье молоко, особенно повышенной (больше 3%) жирности (во избежание декомпенсации ощелачивающей функции антрального отдела желудка);
- сильногазированные напитки, поскольку они стимулируют секрецию кислоты и пепсина желудком;
- использование жевательной резинки (наличие в ее составе сорбита или ксилита, длительное жевание стимулирует секрецию желудка);
- сырые овощи и фрукты (особенно при диарее).
- В стадии клинико-лабораторной ремиссии рекомендуется зигзагообразное питание – чередование диеты (в период предполагаемого обострения) с общим столом (в остальные месяцы года).

Хронический гастрит: медикаментозное лечение

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- При Нр-гастрите – эрадикационная терапия Нр:
 - терапия 1-й линии: стандартная тройная терапия: ИПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, амоксициллином 1000 мг 2 раза в день за 30 мин до еды – 7 или 10 или 14 дней либо эта же схема с двойной дозой ИПП (омепразол или эзомепразол – 40 мг 2 раза в день) – 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды); последовательная терапия: ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 5 или 7 дней, далее ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, в комбинации с тинидазолом или метронидазолом 500 мг 2 раза в день – 5 или 7 дней;
 - терапия 2-й линии (квадротерапия на основе препаратов висмута): ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с препаратом коллоидного субцитрата висмута 120 мг 4 раза в день за 20-30 минут до еды, тетрациклином 500 мг 4 раза в день до еды, метронидазолом 500 мг 3 раза в день во время еды – 7, 10 или 14 дней;
 - терапия 3-й линии (тройная терапия с левофлоксацином): ИПП в стандартной дозе 2 раза в день в комбинации с левофлоксацином 500 мг 2 раза в день, с амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 10 дней
- При особых формах гастрита – воздействие на этиологический фактор (лечение целиакии, болезни Крона, гранулематоза Вегенера и другое)
- При аутоиммунном атрофическом гастрите с мегалобластной анемией, подтвержденной исследованием костного мозга и сниженным уровнем витамина В12 (ниже 150 пг/мл) – цианокобаламин (витамин В12) 500 мкг/сут внутримышечно до нормализации гемоглобина, далее – в той же дозе в течение 2 месяцев 1 раз в нед, в последующем – длительно (пожизненно) 500 мкг 1 раз в 2-3 месяца; фолиевая кислота 5 мг/сут; при наличии Нр-инфекции – проводится эрадикационная терапия.

Хронический гастрит: контроль эффективности лечения

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Эффективность эрадикационной терапии контролируется результатами гистологического исследования (ЭГДС с биопсией из тела желудка (не менее 2 фрагментов) и антрального отдела желудка (2 фрагмента)) или результатами ¹³C-дыхательного теста на H_p или определения антигенов H_p в стуле через 4-8 недель после окончания эрадикационной терапии и не ранее, чем через 2 нед после прекращения приема любых антибактериальных лекарственных средств или ИПП

Хронический гастрит: диспансеризация

Основание:

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»;
- Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь №96 от 12.08.2016 г. «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации»

Пациенты с хеликобактерным атрофическим гастритом умеренной или тяжелой степени, гастритом с метаплазией или дисплазией, аутоиммунным атрофическим гастритом и особыми формами гастрита относятся к группе диспансерного наблюдения Д(III) и подлежат диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового (врача общей практики) постоянно

- Критерии эффективности лечения и диспансерного наблюдения пациента:
 - исчезновение инфекции Нр,
 - уменьшение воспалительных изменений слизистой оболочки желудка,
 - отсутствие прогрессирования атрофии, метаплазии и дисплазии,
 - отсутствие анемии при аутоиммунном атрофическом гастрите

Нозология	Объём и частота обследования	Сроки диспансерного наблюдения
К29.4 Хронический атрофический гастрит	<p><i>При хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите умеренной или тяжелой степени без дисплазии; легкой степени с метаплазией (OLGA II - IV) проводится:</i></p> <p>1 раз в год – медицинский осмотр;</p> <p>1 раз в 3 года:</p> <p>БАК: железо, ферритин ЭГДС с биопсией для стадирования по OLGA;</p> <p><i>по показаниям – УЗИ ОБП, рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью</i></p> <p><i>При хроническом хеликобактерном атрофическом гастрите с дисплазией, аутоиммунном атрофическом гастрите проводится:</i></p> <p>1 раз в год:</p> <p>медицинский осмотр; БАК: железо, ферритин ЭГДС с биопсией для стадирования по OLGA;</p> <p>1 раз в 3 года – при аутоиммунном атрофическом гастрите; 1 раз в 6 месяцев – при легкой (умеренной) дисплазии. В случае выявления тяжелой дисплазии (по результатам исследования биопсийного материала) – повторная ЭГДС с последующей консультацией врача-онколога;</p> <p><i>по показаниям – консультация гематолога</i></p> <p>При реинфекции Нр – контроль эффективности эрадикации (повторная ЭГДС или ¹³C-углеродный дыхательный тест на Нр или анализ кала на антигены Нр через 4-8 недель после окончания лечения)</p> <p>При персистенции Нр-инфекции – врачебная консультация врача-гастроэнтеролога</p>	Наблюдение врача-терапевта участкового (врача общей практики) – постоянно

Экспертиза временной нетрудоспособности

- При язвах желудка и двенадцатиперстной кишки средняя длительность временной нетрудоспособности определяется размерами язвы, выраженностью клинической картины и наличием осложнений.
- При неосложнённой язве 1 мм язвы = 1 дню временной нетрудоспособности
- При хроническом гастрите средняя длительность временной нетрудоспособности определяется выраженностью клинических проявлений и составляет 3-5 дней.

Профилактика

- Разработка единых терапевтических подходов к лечению хеликобактериоза была начата в 1987 г. созданием Европейской группы экспертов по изучению данной проблемы. Результатом их работы становились так называемые «Маастрихтские соглашения». Последний консенсус был проведен в 2016 г. и был посвящен проблеме устойчивости хеликобактера к ранее эффективным схемам антибактериального лечения.
- Активное выявление и лечение инфекции НР.
- Общие санитарно-гигиенические мероприятия.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

*Время подвиги эти не стёрло:
Оторвать от него верхний пласт
Или взять его крепче за горло —
И оно свои тайны отдаст.
Упадут сто замков
и спадут сто оков,
И сойдут сто потов
целой груды веков, —
И польются легенды
из сотен стихов. . .*

*Владимир Семёнович
Высоцкий*



Йозеф Антон Фишер
Прачки. Неаполь. 1843
Тушь, карандаш, картон