**ФЕДЕРАЛЬНОЕ Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

 УТВЕРЖДАЮ

 зав.каф.поликлинической

 терапии с курсом ИДПО

  д.м.н., профессор Волевач Л.В.

 «30» ноября 2016 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной внеаудиторной работе

по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема: «**Методические подходы к проведению образовательных программ для больных, страдающих хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторно – поликлинических условиях**»

**Факультет: лечебного дела**

**с отделением социальной работы**

Дисциплина: Поликлиническая терапия

Специальность 31.05.01. –лечебное дело
Курс 6,7 Семестр XIII

УФА 2016

Тема: «Методические подходы к проведению образовательных программ для больных, страдающих хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторно – поликлинических условиях» на основании рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия утвержденной в 2016 году

Рецензент:Г.Х. Мирсаева – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии БГМУ

Авторы: Крюкова А.Я., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании № 1 кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО от «30» ноября 2016 г., протокол 4.

**1.Тема. Методические подходы к проведению образовательных программ для больных, страдающих хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторно – поликлинических условиях**.

Методическое руководстворазработано с учетом требований Концепции Министерства здравоохранения РФ, в которой изложено информационное обеспечение в организации обучающей гастро-школы для больных хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторно-поликлинических условиях.

Руководство предназначено для организаторов здравоохранения, терапевтов, студентов медицинских высших учебных заведений, специалистов реабилитационных центров.

В данном руководстве обобщен собственный опыт деятельности гастро-школы амбулаторно-поликлинических учреждений г. Уфы, применительно к больным язвенной болезнью. В развитых странах (Япония, США, Англия) в национальных программах органов здравоохранения огромное внимание уделяется образованию больных. Принятая Правительством РФ Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года также предусматривает формирование здорового образа жизни и развитие базы образовательных программ для больных и здоровых, как приоритетное направление в государственной социальной политике. Эти образовательные программы призваны создать тесные партнерские отношения с врачом в профилактике заболеваний гастродуоденальной зоны. Проведение занятий в школах здоровья является одним из видов образования населения, поэтому организация работы школ здоровья должна проводиться в обязательном порядке в каждом лечебно-профилактическом учреждении.

**2.Цель:** овладение врачебными навыками проведения образовательных программ для пациентов с заболеваниями органов пищеварения, проводить профилактику.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

* анатомо-физиологические особенности органов пищеварения;
* методику исследования при заболеваниях органов пищеварения;
* возрастные особенности пищеварительной системы;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **уметь**:

* собрать анамнез, обследовать пациента по органам и системам;
* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных данных;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией;
* назначить лечение;
* провести экспертизу трудоспособности;
* назначить первичные и вторичные профилактические мероприятия и др.
1. **Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
2. основные механизмы патогенеза хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. классификация хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
4. клинические проявления хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
5. лабораторно-инструментальные методы исследования хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
6. **Вид занятия:** самостоятельная внеаудиторная работа
7. **Продолжительность занятия:** 6 (в академических часах)

 **6. Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (кино- и видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи, деловые игры, фантомы, тренажеры);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийные проекторы и др.)

1. **Содержание занятия:**

7.4. Самостоятельная работа обучающихся (курация больных, оформление медицинской документации, ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературой).

7.5. Контроль уровня усвоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Место проведения самоподготовки: читальный зал.

Работа с основной и дополнительной литературой, анализ амбулаторных карт, анализ статистических показателей работы ЛПУ.

Настоящая образовательная программа составлена для проведения занятий в гастро-школе с лицами, страдающими хроническим неатрофическим гастритом (ХГ) и язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

 Методическое пособие содержит апробированные в условиях реабилитационных центров и муниципальных поликлиниках г.Уфы и успешно используемые нами образовательные программы для проведения лекций, бесед и практических занятий в гастро-школе, которые можно проводить в индивидуальном и групповом виде, как в амбулаторно-поликлинических, так и в дневных стационарах поликлиник.

 Пособие предназначено для организаторов здравоохранения, участковых терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов, специалистов реабилитационных центров и отделений, осуществляющих комплекс реабилитационных мероприятий.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — хроничес­кое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным морфологическим признаком которого выступает образование язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Отличие эрозии от язвы в том, что эрозии не проникают за мышечную пластинку слизистой оболочки.

 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – широко распространенное заболевание. По данным различных авторов ею страдает от 7 до 10% всего населения земного шара, причем среди мужчин эта цифра достигает 15% (Циммерман Я. С., 2006, Чернин В.В., 2000; Laine, 2002).

Формирование патологии гастродуоденальной системы у подавляющего большинства взрослого населения начинается в молодом возрасте. В России молодые люди составляют 10-16%, а по некоторым сведениям – 23,3% всех пациентов, страдающих ЯБ (Егоров А.В., Ибадов И.Ю., 1990), причем распространенность среди мужчин значительно выше (в 2-7 раз), чем среди женщин. Ряд авторов отмечает, что ювенильные формы болезни одинаково часто встречаются у детей и подростков обоего пола, однако в возрасте 15 лет у юношей ЯБ встречается в 1,7-2 раза, а до 30 лет – в 5-13 раз чаще, чем у женщин. В более старшей возрастной группе 41-50 возрасте лет мужчины болеют в 2 раза чаще. Часто заболевание начинается именно в период полового созревания. Второй пик заболеваемости приходится на 17-20 лет, когда резко возрастают физические и нервно-психические нагрузки на молодой организм, обусловленные службой в вооруженных силах, началом трудовой деятельности или обучением в ВУЗе.

Последние годы наблюдается некоторое снижение показателей заболеваемости ЯБ в развитых странах. Это в огромной степени связано с улучшением диагностики, открытием Н.р. и созданием схем эрадикационной терапии (Ивашкин В.Т., 2006, 2007). Однако, невзирая на значительные успехи в лечении, серьезной проблемой остается рецидивы обострения болезни после проведенной антихеликобактерной терапии и наличие деструктивных осложнений. Так ряд авторов указывает, что у 80% больных, пролеченных в стационаре по поводу ЯБ, наступает обострение, из них у 50% в течение первого года (Барановский А.Ю. 1990). Язва, осложненная кровотечением, встречается, по данным В.Л. Асташева, у 10-20% больных (2000 г.), перфорацией у 15% пациентов. До настоящего времени сохраняется необходимость частых хирургических вмешательств, как вынужденный метод лечения при осложненных формах заболевания. Ежегодно около 100 тыс. больных ЯБДК подвергаются хирургическому вмешательству по поводу осложнений, 6 тыс.из них умирают (Шептулин А.А., 2004; Панцирев Ю.М. 2003).

Улучшение здоровья в значительной степени зависит от гигиенической культуры, физического воспитания, образа жизни 40-50% и только частично 12-20% от организации медицинской помощи. Исходя из особенностей образа жизни современной молодежи, вытекает необходимость коррекции здоровья, прежде всего поведенческими методами.

Образ жизни, привычки поведения формируются с раннего возраста, а закрепляются во время обучения в школах, средних и высших учебных заведениях. Привычки, связанные с риском для здоровья, приводят к отрицательным социальным последствиям, поэтому укрепления здоровья являются эффективным средством предотвращения многих социальных проблем и недостатков в охране здоровья населения. Отношение к своему здоровью и установка на здоровый образ жизни являются одним из наиболее важных социально-психических факторов, отражающих особенности мотивации, характерологические свойства личности.

 По данным нашего исследования лишь треть обследованных пациентов состояла на диспансерном наблюдении по поводу уже имеющихся заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти пациенты при появлении симптомов болезни (боли в эпигастрии, изжога, тошнота и др.) не всегда обращались за медицинской помощью, а самостоятельно занимались лечением, принимая «народные средства» и медикаменты по рекомендации знакомых и фармацевтов аптек. Большинство больных объясняло такое несерьезное отношение к своему здоровью интенсивностью рабочего процесса, перегруженностью на учебе и проблемами в семье. Зачастую такого рода «лечение» носило лишь симптоматический характер, что приводило к повторным обострениям, а в некоторых случаях к осложнениям язвенной болезни (кровотечения, стенозирование и др.).

 Недостаточная осведомленность больных о причинах язвенной болезни, признаках заболевания (боли в эпигастрии, диспептические проявления и др.), несвоевременное обращение за медицинской помощью послужили основанием для создания образовательных программ для населения по данной проблеме в виде гастро-школ. Проведение занятий включало пособия и буклеты с информацией по строению и физиологии желудочно-кишечного тракта, симптоматике и диагностике заболевания, видеофильмы, передачи на телевидении и радио, рекомендации по диетотерапии в популярных изданиях, уголки потребителя в аптеках по новинкам лекарственных средств, фитосборам из лекарственных трав, психопрофилактика и многое другое.

**Цель** образовательной программы: повышение приверженности пациентов, страдающих хроническими заболеваниями желудочно- кишечного тракта к изменению образа жизни и выполнению диетических и медикаментозных рекомендаций, назначенных лечащим врачом.

Образовательная программа для больных ХГ и ЯБЖ, ЯБДПК направлена на предотвращение обострений, уменьшение риска развития осложнений и является экономически выгодным механизмом улучшения качества медицинской помощи.

**Задачи** образовательной программы: повышение знаний пациентов о факторах риска заболевания и современных методах диагностики, лечения и профилактики обострений, прогрессирования и осложнений для сохранения трудоспособности и улучшения качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями ЖКТ.

Для выполнения поставленных задач, составляется специально разработанная программа, включающая следующие разделы:

1. Анатомо-физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки в норме и при патологии.
2. Факторы риска, способствующие развитию ХГ и ЯБЖ, ЯБДПК. Современный взгляд на этиологию и патогенез язвенной болезни. Освещение этиологической роли Н.руlori в развитии хронических кислотозависимых заболеваний ЖКТ..
3. Основные симптомы обострения и возможные осложнения заболевания, обязательные методы диагностики на современном этапе.
4. Основы диетотерапии и образ жизни при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Медикаментозная терапия, основные группы препаратов, наиболее эффективные схемы эрадикации Н.руlori (по рекомендациям 3-го Маастрихтского консенсуса).
6. Применение фитотерапевтических сборов при патологии ЖКТ.
7. Методы первичной и вторичной профилактики.

 Методы обучения больных в гастро-школе могут быть различными: групповые, индивидуальные, с участием членов семьи, с проведением поурочных занятий (30-60 минут), с использованием информационного материала: памяток, буклетов, брошюр, аудио-, видеокассет.

Активное участие самих пациентов в процессе обучения повышает комплаенс и эффективность лечения. Степень сотрудничества пациента с врачом существенным образом зависит от отношения пациента к собственному здоровью и имеющемуся заболеванию.

Успех обучения зависит от общего образовательного уровня больного, качества оказания медицинской помощи, материального положения больного.

Необходимо учитывать изменения психологического профиля личности больного. Так, при проведении скрининг-исследования у больных ХГ, ЯБЖ и ЯБДК выявлены психоневрологические изменения: астено-депрессивный, астено-невротический, выраженная депрессия, а также тревожно-ипохондрические сдвиги в структуре личности. Должное внимание необходимо уделить комплектованию групп по проведению гастро-школ.

Комплектование групп осуществляли исходя из поставленной цели. Важнейшим лечебным компонентом на первом этапе является разъяснение пациенту сути его заболевания, ознакомление с основными факторами риска, основных моментах лечения и профилактики заболеваний гастродуоденальной зоны. При обследовании и лечении лиц молодого возраста, подрастающего поколения основной упор делается на первичную профилактику заболеваний, проводя работу с контингентом, у которого имеются самые ранние, единичные симптомы начинающего заболевания. Причем профилактику необходимо проводить со здоровыми молодыми людьми, имеющими факторы риска развития заболевания, обучая их принципам здорового образа жизни, сознательному серьезному отношению к своему здоровью, принципам сбалансированного рационального питания.

В группе пациентов, уже имеющих патологию желудочно-кишечного тракта, проводятся занятия по специально разработанной программе, где подробно разъясняется диетотерапия, режим питания, пути вторичной профилактики.

Необходимо обучить больных следить за своим здоровьем, научить их правильно планировать режим дня, распределять нагрузки, рационально питаться и отдыхать, что в будущем даст нашей стране здоровое поколение, способное решать большие творческие и профессиональные задачи.

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ГАСТРО-ШКОЛЫ.**

Образовательная программа проводится среди амбулаторных и стационарных больных, необходимо привлекать к занятиям не только самих пациентов, но и членов их семей, особенно тех, от которых зависит их режим питания. Организационно-методическое обеспечение проведения школы здоровья осуществляют заведующие отделениями, специалисты медицинской профилактики ЛПУ, а также сотрудники центров медицинской профилактики, гастроэнтерологи по приказу главного врача поликлиники. Заблаговременно до проведения занятий, лучше за 7-10 дней, в доступном для пациентов месте вывешивается объявление о начале проведения гастро-школы. Возможно индивидуальное приглашение пациентов по телефону и на приеме у врача.

Слушателями могут быть, как работающие, так и неработающие (пенсионеры, инвалиды). Занятия эффективнее проводить в группах по 10-15 человек. Обучение проводится в виде лекций и семинаров. Семинары проходят, как в лекционном зале, так и в специальном классе с обязательным привлечением наглядных пособий (мульти-медиа, видеофильмов, стендов, индивидуальных памяток и т.д.).

С целью дифференцированного подхода к обучению больных и здоровых лиц все обучающиеся подвергаются скрининг-исследованию и необходимыми консультациями специалистов.

Каждый обучающийся ведет дневник, где фиксируются факторы риска, самочувствие, динамика симптомов. Отрабатываются методы индивидуального контроля. Этим мероприятием прививается должное внимание за показателями здоровья, эффективностью проводимой терапии.

Время проведения и тематика занятий определяется заранее, целесообразнее проводить семинары два раза в неделю в удобное для больных время. Продолжительность занятий 45 - 60 минут. Цикл проводился по принципу «закрытого коллектива» - после начала обучения слушатели в группу не принимаются. После окончания цикла набирается новая группа больных. Учет слушателей гастро-школы ведется по журналу, где имеется информация о пациентах с указанием их адреса и телефона, расписание и тематика занятий.

 В процессе занятия создается творческий настрой и атмосфера поддержки, что часто побуждает пациентов делиться опытом лечения и профилактики, как медикаментозными, так и немедикаментозными методами, а также информацией о наличии препаратов и цен на них в аптеках города. Одним из условий проведения занятий является то, что пациенты могут задавать вопросы по пройденному материалу.

Использование психологических приемов, направленных на психоподдержку и психокоррекцию пациентов гастро-школы, является одной из особенностей проведения обучения с помощью образовательных программ.

**ТЕМАТИКА ЗАНЯТИЙ И ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ.**

**Анатомия и физиология желудка и двенадцатиперстной кишки.**

При освещении этого раздела необходимо отразить строение и функцию желудочно-кишечного тракта в норме и при возникновении язвенной болезни, укать наиболее частую локализацию язвенных дефектов слизистой оболочки и уточнить причину их возникновения.

Желудок – орган пищеварения, расположенный между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой. Форма желудка, напоминающая «носок» условна, поскольку не только индивидуальна, но и зависит от его наполнения, положения тела и других обстоятельств. Морфологически и функционально в желудке выделяют четыре основные части: вход в желудок - кардиа, тело желудка, привратниковую пещеру - антрум и выходной отдел – привратник (пилорус). Первый и последний отделы имеют круговые мышцы - жомы, которые запирают вход и выход. Верхний край желудка короткий и, благодаря выгнутости, образует малую кривизну, нижний край – длинный, образует большую кривизну.

Размеры желудка сильно варьируют в зависимости от типа телосложения и степени наполнения. Умеренно наполненный желудок имеет длину 24-26 см, наибольшее расстояние между большой и малой кривизной не превышает 10-12 см, а передняя и задняя поверхности отделены друг от друга на 8-9 см. Длина пустого желудка составляет около 18-20 см, а расстояние между большой и малой кривизной - до 7-8 см, передняя и задняя стенки соприкасаются. Вместимость желудка взрослого человека в среднем равна 3 л (1,5-4,0л).

Желудок непрерывно меняет свои форму и размеры в зависимости от наполнения и состояния соседних органов. Пустой желудок не касается передней брюшной стенки, так как уходит кзади, а впереди от него располагается поперечная ободочная кишка. При наполненном состоянии большая кривизна желудка опускается до уровня пупка.

*Топография желудка.* Располагается желудок в верхней части брюшной полости, под диафрагмой и печенью. Три четверти желудка находятся в левой подреберной области, одна четверть - в надчревной области. Входное кардиальное отверстие расположено слева от тел Х-XI грудных позвонков, выходное отверстие привратника - у правого края XII грудного или I поясничного позвонка. Продольная ость желудка направлена косо сверху вниз, слева направо и сзади наперед. Передняя поверхность желудка в области кардиальной части, дна и тела желудка соприкасается с диафрагмой, в области малой кривизны - с висцеральной поверхностью левой доли печени. Небольшой участок тела желудка треугольной формы прилежит непосредственно к передней брюшной стенке. Позади желудка находится щелевидное пространство полости брюшины - сальниковая сумка, отделяющая его от органов, лежащих на задней брюшной стенке и расположенных забрюшинно. Задняя поверхность желудка в области большой кривизны желудка прилежит к поперечной ободочной кишке и ее брыжейке, в верхней левой части этой кривизны (дно желудка) - к селезенке. Позади тела желудка забрюшинно расположены верхний полюс левой почки и левый надпочечник, а также поджелудочная железа.

*Морфологически* стенка желудка состоит из слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек. Слизистая оболочка состоит из поверхностно-ямочного и железистого эпителия, собственного слоя и мышечной пластинки. Слизистая оболочка имеет неровную поверхность, благодаря наличию в ней трех видов образований: ямочек, полей и складок. Поверхностно-ямочный эпителий представлен однослойным цилиндрическим или призматическим эпителием, который имеет микроворсинки и вырабатывает мукоидный секрет, служащий защитой от механических и химических повреждений.

Железистый эпителий желудка образует три вида желез: 1)собственные или фундальные, 2) пилорические и 3) кардиальные. В состав желез входят 5 видов клеток, которые вырабатывают пепсиноген, соляную кислоту, внутренний фактор Кастла, мукоидный секрет, серотонин, гистамин, соматостатин, мукопротеиды, дипептидазы. В настоящее время в слизистой оболочке желудка определяется более 30 ферментов.

В области дна и тела желудка расположены **главные клетки**, секретирующие *желудочную липазу и пепсиноген* (ферментом, переваривающим белки), и **париетальные (обкладочные) клетки**, продуцирующие соляную кислоту (*HCl*), которая активирует пепсиноген в пепсин, и внутренний *фактор Кастла*. **Малодифференцированные клетки** расположены на дне ямок и в шейках желез, они составляют ростковую зону, которые являются родоначальниками всех эпителиоцитов слизистой оболочки желудка. Обновление повехностно-ямочного эпителия происходит за 3-4 суток, а железистых клеток – от нескольких месяцев до нескольких лет.

**Добавочные (слизистые)** клетки продуцируют *слизь с нейтральными гликопротеинами* и небольшое количество *пепсиногена, липазы и карбоангидразы*.

В железистом эпителии содержатся также и **эндокринные клетки**, в настоящее время их насчитывается более 10 видов. Основная их функция – выделение в просвет желудка биологически активных веществ: *глюкагона, соматостатина, гистамина, гастрина, бомбезина и серотонина и др.*

 В антральной области расположены пилорические железы, выделяющие гормон *гастрин*, который через кровоток активирует выработку соляной кислоты обкладочными клетками (типичная отрицательная обратная связь регуляции).

**ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ЖЕЛУДКА являются:**

* **Моторно-эвакуаторная**
* **Секреторная**
* **Всасывательная**
* **Экскреторная**
* **Защитная**
* **Кроветворная**
* **Эндокринная**

**Эвакуаторная функция.** Скорость эвакуации пищи зависит от ее объема, консистенции, количественного состава. Плотная пища сохраняется в желудке до 4-6 часов. Эти процессы регулируются ветвями блуждающего нерва (усиление сокращений мускулатуры) и ветвями солнечного сплетения (торможение сокращений), а также рядом гастроинтестинальных гормонов.

**Секреторная функция.** Желудочный сок – продукт деятельности желудочных желез и покровного эпителия слизистой желудка. В состав входит соляная кислота, ферменты, минеральные вещества, вода, слизь. Желудочный сок имеет слабокислую реакцию (рН=6,0), суточное количество при обычном пищевом ритме составляет от 1,5 до 2 литров. В его состав входят неорганические вещества: фосфаты, сульфаты, натрий, калий, магний и органические: ферменты, внутренний фактор Кастла.

В полости желудка НСl стимулирует секреторную функцию желез желудка, способствует превращению пепсиногена в пепсин. Кроме того соляная кислота создает оптимальное рН для действия протеолитических ферментов, вызывает денатурацию и набухание белков, обеспечивает антибактериальное действие секрета и усиливает моторную активность желудка.

Основным ферментативным процессом в полости желудка является начальный гидролиз белков до альбуминов и монопептидов.

Белковый субстрат, подвергнутый воздействию кислоты, расщепляется пепсином во много раз более эффективно и до более мелких пептидных структур. В этом состоит сущность пищеварения в желудке

Щелочно-бикарбонатный секрет выделяется в основном клетками поверхностного эпителия и добавочными шеечными клетками фундальных желез, он расположен непосредственно на их поверхности под слоем слизи, что создает единый слизисто-бикарбонатный барьер, защищающий слизистую оболочку от воздействия соляной кислоты и пепсина желудочного сока.

Секреторная деятельность желудка регулируется рефлекторными и гуморальными механизмами.

 Натощак желудок сокращается слабо. При попадании в кишечник кислого содержимого желудка в кровь выделяются энтерогормоны (эг) и подавляют выработку гастрина (один из элементов "гастродуоденального тормоза" секреции соляной кислоты). Блуждающий нерв оказывает универсальное активирующее влияние на все железы и повышает тонус мышечного жома, запирающего выход из желудка.

**Всасывательная функция** желудка выражена слабо. В небольшом количестве здесь всасывается вода, спирты, соли, сахар. Йод, бром, аминокислоты и некоторые другие вещества.

 **Защитная функция.** Желудочный сок обладает выраженным бактерицидным и бактериостатическим действием благодаря присутствию в нем соляной кислоты, пепсина, лизоцима, иммуноглобулина А.

**Кроветворная функция** желудка определяется выработкой фундальными железами особого гастромукопротеина (внутренний фактор Кастла), способствующего абсорбции витамина В-12 в кишечнике, нормализации эритропоэза и синтеза гемоглобина.

Наиболее частая локализация язвенного дефекта желудка: малая кривизна, препилорический и пилорический отделы, реже – в кардиальной и субкардиальной зонах. В двенадцатиперстной кишке язва чаще расположена в области луковицы. Как правило, язвы имеют округлую форму и размеры от нескольких миллиметров до 5-6 сантиметров. Язвы могут быть как единичными, так и множественными (реже). Глубина язвы может быть различна, иногда она доходит до серозного слоя и может быть спаяна с рядом расположенными органами. Дно язвы может быть заполнено некротическими массами, фибринозным налетом, слизистая оболочка вблизи язвы гиперемирована, отечна, зона некроза окружено грануляционной тканью.

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ.**

Хронический гастрит – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся ее клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации и вследствие этого – атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией, расстройством секреторной, моторной и нередко инкреторной функции желудка.

**Хронический атрофический мультифокальный пангастрит, ассоциированный с Н.р.** Этопоздняя стадия развития хеликобактерного ХГ. Обсеменение и адгезия Н.р. к поверхностному эпителию сначала приводят к формированию воспаления преимущественно в антральном отделе желудка, отсюда клиника неатрофического антрального ХГ с нормальной или повышенной секрецией и отсутствием или малой выраженностью эндоскопических и морфологических признаков атрофии СОЖ.

По мере прогрессирования заболевания формируется пангастрит ввиду распространения воспаления на тело и дно желудка, последний, в свою очередь, характеризуется преобладанием атрофических явлений над воспалительными, приводящее к уменьшению секреции пепсина и соляной кислоты и снижению мышечного тонуса. Отсюда болевой синдром (длительные ноющие неинтенсивные) во время или после приема даже небольшого количества пищи, диспептический синдром (снижение аппетита, отрыжка пищей и воздухом, металлический привкус во рту, тошнота, урчание и вздутие живота, неустойчивый стул), прогрессирует астеноневротический синдром (слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессиям).

Страдают люди среднего возраста с неатрофическим ХГ в прошлом.

**Хронический аутоиммунный атрофический гастрит**

Клиника схожа с атрофическим аутоиммунным пангастритом

* пожилой и старческий возраст
* частое сочетание аутоиммунного атрофического гастрита с тиреоидитом, тиреотоксикозом, гипопаратиреозом и др.
* выраженность атрофии фундальных желез и признаки прогрессирующей секреторной недостаточности желудка, ПЖ и нарушений кишечного пищеварения и всасывания
* частое развитие В12-дефициной анемии
* признаки полигиповитаминоза и снижение резистентности больных к инфекциям
* относительно высокий риск развития аденокарциномы желудка

**ФАКТОРЫ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХГ и ЯБ.**

В настоящее время ЯБ считается мультифакторным заболеванием. Среди них наиболее значимыми являются наследственная предрасположенность, инфекционный фактор (Н.р.), социальный (психоэмоциональные стрессовые ситуации, алиментарный фактор), профессиональный фактор и прием ульцерогенных лекарственных препаратов.

Наследственная предрасположенность чаще выявляется у больных ЯБДК в 30-40% чаще, чем при язве желудка (Ф.И. Комаров, А.В. Калинин, 1995). Наследственно обусловленные язвы чаще дебютируют в молодом возрасте и осложняются кровотечением и перфорацией. В настоящее время выявлены ряд генетических маркеров ЯБ, вот основные из них:

* Увеличенное количество обкладочных клеток слизистой оболочки желудка,
* Высокое содержание в сыворотке крови пепсиногенов Ι, ΙΙ и «ульцерогенной» фракции пепсиногена;
* Повышенная чувствительность обкладочных клеток к гастрину;
* Наличие 0(1) группы крови, что увеличивает риск развития ЯБ на 35% по сравнению с лицами, имеющими другие группы крови;
* Неспособность секретировать в желудок агглютинины крови АВ и отсутствие их в слюне (несекреторный статус). Эти агглютинины при нормальном их содержании защищают слизистую оболочку желудка от агрессивных факторов;
* Дефицит в желудочной слизи фукогликопротеинов, которые являются основными гастропротекторами.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обусловливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность.

Причина возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается недостаточно изученной. При обсуждении язвенной болезни принимают во внимание ряд факторов, которые способствуют развитию болезни и ее обострению:

Возникновению язвы желудка благоприятствуют:

- курение

- злоупотребление алкоголем (в особенности крепкими спиртными напитками)

- кофе и другими кофеин-содержащими напитками

- нервно-психическое перенапряжение

-стрессы

- депрессия

- тревожные состояния (так называемая «стрессовая язва»)

-острые боли при тяжёлых травмах, ожогах, сопровождающиеся развитием травматического шока (так называемая «шоковая язва»)

- нерегулярное, бессистемное питание, питание всухомятку, злоупотребление полуфабрикатами и концентратами, пряностями, кислой, острой, перчёной, солёной, копчёной, жареной, слишком горячей, слишком холодной или иным образом термически, химически или механически раздражающей пищей, газированными напитками.

-употребление больших количеств сладкого или сдобы, по-видимому, вследствие повышения секреции инсулина и сопутствующего повышения кислотности и секреции пепсина.

-Воздействие стрессовых психо-эмоциональных ситуаций приводит к сбою в работе центральной и вегетативной нервной систем, которая непосредственно отвечает за регулярную работу желудка и ДПК, за поддержание равновесия между силами агрессии и защиты слизистой желудка и ДПК.

**ПАТОГЕНЕЗ.** Согласно современным представлениям ЯБ развивается из-за несоответствия между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки желудка в сторону преобладания факторов агрессии.

К факторам агрессии относятся:

* Гиперпродукция соляной кислоты и пепсина,
* Гипертонус n. vagus,
* Хеликобактерная инфекция,
* Проульцерогенные алиментарные факторы,
* Аутоиммунная агрессия,
* Прием НПВС.

Факторы защиты представлены:

* Защитный слизистый барьер,
* Активная регенерация поверхностного эпителия,
* Локальный синтез защитных простагландинов и эндорфинов.

К местным механизмам язвообразования в теле желудка относят снижение защитного слизистого барьера в результате воспаления слизистой оболочки, нарушение муцинообразования (защитной слизи), регенерации покровно-ямочного эпителия.

В последние время одной из важнейших причин возникновения язвенной болезни считают наличие в желудке бактерии H. Pylori (хеликобактер пилори), которая была открыта в 1984 г. австралийскими учеными: Робином Уорреном и Барри Маршаллом, которые впоследствии получили Нобелевскую премию в области медицины. Установление связи между этой бактерией и развитием язвенной болезни многие относят к наиболее выдающимся событиям прошедшего века в медицине.

H. рylori обнаруживается в желудке более чем 90% пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, и несколько реже – язвенной болезнью желудка. Этот микроорганизм способен вызывать воспалительный процесс стенки желудка, облегчая тем самым воздействие агрессивного содержимого на его слизистую оболочку.

 Роль хеликобактера заключается в том, что он в процессе своей жизнедеятельности производит аммиак, который ведет к увеличению выработки соляной кислоты. Кроме того, Н.р. вырабатывает вещества, повреждающие клетки слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, вызывая воспаление. При уничтожении инфекции, признаки воспаления исчезают.

 Н.р. является изменчивой и защищенной бактерией. Случаи спонтанного выздоровления хоть и описаны, но являются казуистически редкими. В подавляющем большинстве случаев процесс становиться хроническим.

 Инфекция Н.р. легко передается от человека к человеку двумя путями: фекально-оральным и орально-оральным. Это объясняет высокую заболеваемость в регионах с недостаточно строгим режимом. Инфицирование, по всей видимости, происходит преимущественно в детском возрасте, и при наличии благоприятных условий Н.р. находится у зараженных лиц длительное время. Считается, что Н.р. передается внутрисемейно. Бактерии незначительное время определяются в кале и в слюне (потом погибают). В слюну бактерии попадают в составе желудочно-пищеводного рефлюкса, имеющего место даже в норме. В кал бактерии попадают естественным путем вместе с кусочками желудочной слизи, слущенными клетками желудка. К сожалению, доказан ещё один путь заражения – посредством медицинской аппаратуры при некачественно проведенной обработке гастроскопов и зондов для исследования желудочного сока и желчи.

Применение лекарственных средств, агрессивно влияющих на слизистую оболочку желудка (ульцерогенные), также является фактором агрессии. Существует несколько групп лекарственных препаратов, способных вызвать язвообразование. Это прежде всего нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и глюкокортикостероиды (ГКС). НПВС оказывают прямое некротизирующее влияние на слизистую оболочку ЖКТ, а также подавляют выработку защитных простагландинов в слизистой оболочке желудка и нарушение образования слизи.

ГКС препараты ухудшают микроциркуляцию и снижают способность к регенерации слизистой оболочки желудка. Кроме того, они стимулируют выработку пепсина и соляной кислоты, что приводит к образованию язвы.

Пациенты, вынужденные длительно принимать ульцерогенные препараты должны проходить ФГДС как с профилактической целью, так и при появлении симптоматики ЯБ. Кроме того, данные группы препаратов при необходимости их длительного приема назначаются «под прикрытием ИПП».

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

 Клинические проявления язвенной болезни многообразны. Они во многом зависят от локализации и величины изъязвления, сопутствующих гастрита и дуоденита, пола, возраста и личностных особенностей пациента, времени года и др.

 В первую очередь, о возникновении и развитии язвенной болезни сигнализирует боль в верхней половине живота - это боль в области желудка: острая, жгучая, ноющая. Она может быть неопределённой, тупой или ощущаться как чувство переполнения желудка, тяжести в животе или напоминать чувство голода, беспокоят ночные боли. Боль при типичном проявлении болезни имеет четкую связь с приемом пищи. Различают **ранние, поздние и «голодные»** боли.

**Ранняя** боль появляется через 1/2—1 ч после еды, нарастает по интенсивности, длится 1/2—2 ч и стихает по мере эвакуации содержимого из желудка.

**Поздняя** боль появляется через 1—2 ч после еды (на вы­соте пищеварения в желудке), а «голодные» боли — через значительно больший промежуток времени (6—7 ч), то есть в межпищеварительном периоде, и после приема пищи прекращаются или ослабевают. Близка к **«голодной»** боли ночная боль. Характерный признак язвенной болезни исчезновение или заметное уменьшение боли после еды и приема антацидов (алмагель, рени, гастал и др.) и спазмолитических препаратов, а также стихание болевого синдрома в течение первой недели адекватной противоязвенной терапии. Другое важное клиническое проявление яз­венной болезни — **синдром желудочной диспепсии** (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии и др.). Особенно часто встречается изжога, которая может чередоваться с болью, предшествовать ей и в течение ряда лет быть единственным симптомом заболевания. Изжогу дает нарушение нормальной регуляции двигательной функции верхнего отдела пищеварительного тракта. Агрессивное содержимое желудка забрасывается вверх в пищевод и раздражает его слизистую оболочку.

Клинические проявления болевого синдрома зависят от локализации язвенного дефекта слизистой оболочки.

1. Язва кардиального отдела желудка: ноющая боль в эпигастрии или под мечевидным отростком возникает сразу после еды, особенно после острой и горячей пищи, иногда отдает в область сердца. Упорная изжога. Отрыжка пищей. При надавливании пальцем болезненность под мечевидным отростком. Язык обложен.

2. Язва тела и дна желудка: тупая, ноющая боль в подложечной области. Чаще натощак или через 20-30 минут после еды. Изредка боль беспокоит ночью. Отрыжка съеденной пищей, тошнота, изжога бывают редко. Язык обложен густым сероватым налетом. При надавливании пальцем и постукивании кулаком болезненность в верхних отделах живота и левом подреберье.

3.Язва нижнего отдела желудка: интенсивная и продолжительная боль в эпигастрии справа через 2-3 часа после еды, отдающая в спину и за грудину. В правое подреберье. Упорная рвота кислого желудочного содержимого. Похудание. Язык чистый.

1. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки: интенсивные боли в эпигастрии слева через 3-4 часа после еды. Нередко голодные и ночные боли, успокаивающиеся после приема пищи, особенно после молока. Упорная изжога, отрыжка кислым. Часто рвота кислым содержимым, приносящая облегчение. Запоры. Язык чистый.
2. Язвы послелуковичные (тело ДПК): упорные боли в эпигастрии слева через 3-4 часа после еды, отдающие в спину, в правое и левое подреберье. Рвота на высоте боли, не приносящая облегчения. Изжога. Запоры. Возможны кишечные кровотечения. Часто в процесс вовлекается поджелудочная железа и желчные пути.

 Рвота наблюдается относительно редко, в основном на высоте болевого синдрома, и облегчает на время состояние больного. Поэтому некоторые больные искусственно вызывают ее.

Для больных с язвенной болезнью желудка тошнота и рвота характерна чаще, чем для больных с язвой двенадцатиперстной кишки. Многие худеют, так как мало едят из-за отсутствия аппетита.

Около половины обострений при ЯБЖ и ЯБДПК протекает бессимптомно.

Случаи с нетипичными проявлениями:

* отсутствие связи боли с приёмом пищи,
* отсутствие сезонности обострений (весной и осенью), и др.

Язвенной болезни свойственна цикличность течения. Фаза обострения, продолжающаяся до 6—8 недель, сменяется периодом ремиссии. В это время больные чувствуют себя практически здоровыми. Обострение при типичном течении заболевания обычно имеет сезонный характер (весеннее или осеннее время года).

Описанная клиническая картина с большой долей вероятности позволяет предположить наличие язвенной болезни у больного.

ЯБ у женщин молодого возраста обычно протекает более легко, с маловыраженным болевым синдромом, хотя и сохраняются типичные черты болезни. В подростковом и юношеском возрасте в большинстве случаев наблюдается латентное (скрытое) или атипичное течение с выраженными нейровегетативными сдвигами и реже бывает болевая форма язвенной болезни. У лиц пожилого и старческого возраста течение ЯБ может быть типичным, если болезнь изначально возникла в молодом и среднем возрасте. Язвенная болезнь, развивающаяся у лиц пожилого и старческого возраста, протекает с преобладанием диспептических явлений, изъязвления чаще локализуются в слизистой оболочке желудка и почти всегда больших размеров.

В случае, если описанная клиническая картина с годами меняется (появляются новые жалобы), то необходимо думать о развитии осложнений язвенной болезни. Так в случае, если полностью исчезает сезонность болей, появляется похудание, можно предположить злокачественное перерождение язвы. Необходимо также отметить существование так называемых «немых» язв, то есть никак не проявляющих себя клинически.

**ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.**

**Кровотечение**

Кровотечение является одним из грозных осложнений ЯБ, независимо от его длительности. Иногда является первым проявлением так называемых «немых», т.е. бессимптомных язв. При обильном кровотечении появляется рвота с примесью крови темного цвета или "кофейной гущи", бледность кожи, головокружения, даже обмороки различной продолжительности. В течение последующих дней, как правило, отмечается пониженное артериальное давление, стул жидкий черного цвета. Гемоглобин может оставаться в пределах нормы. Массивное кровотечение можно остановить только в условиях стационара, очень редко бывает настолько колоссальным, что смертельный исход наступает через несколько минут. Несильные желудочные кровотечения могут прекращаться самостоятельно, самочувствие не нарушается, единственный его признак - окраска кала черного цвета.

**Перфорация или прободение язвы**

- это нарушение целостности стенки желудка или 12-перстной кишки. В результате содержимое из полости этих органов вытекает в брюшную полость и вызывает перитонит. Часто развивается после употребления алкоголя, переполнения желудка едой, чрезмерного физического напряжения, травмы. Иногда перфорация язвы является первым проявлением язвенной болезни, особенно в молодом возрасте. Боли очень сильные, резкие "кинжальные", сопровождаются признаками коллапса: холодный липкий пот, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, жажда и сухость во рту. Рвота бывает редко. Артериальное давление понижается. Спустя несколько часов развивается метеоризм - вспучивание живота из-за нарушения отхождения газов. Через 2-5 часов наступает мнимое улучшение самочувствия: стихают боли, расслабляются напряженные мышцы живота. Видимость благополучия может затянуться до суток. За это время у больного развивается перитонит и его состояние начинает быстро ухудшаться. К врачу необходимо обращаться в первые часы заболевания. Перфорация язвы в брюшную полость без оказания хирургической помощи заканчивается в течение 3-4 суток с момента ее возникновения смертью больного вследствие разлитого гнойного перитонита.

**Пенетрация язвы**

- то же прободение язвы, но не в брюшную полость, а в расположенные рядом поджелудочную железу, сальник, петли кишечника и т.д., когда в результате воспаления произошло сращение стенки желудка или 12-перстной кишки с окружающими органами. Чаще встречается у мужчин. Характерные симптомы: ночные болевые атаки в подложечной области, часто боли отдают в спину. Несмотря на самую энергичную терапию, боли не купируются.

**Непроходимость пилорического отдела желудка, или стеноз привратника.**

Возникает в результате рубцевания язвы, расположенной в пилорическом канале или начальном отделе 12-перстной кишки. Деформация и сужение просвета после рубцевания язвы приводят к затруднению или полному прекращению эвакуации пищи из желудка.

Незначительная степень сужения привратника проявляется эпизодами рвоты съеденной пищей, тяжестью под ложечкой в течение нескольких часов после еды. По мере прогрессирования стеноза происходит постоянная задержка части пищи в полости желудка и его перерастяжение, появляется гнилостный запах изо рта, больные жалуются на бульканье в животе (т.н. "симптом плеска"). Со временем нарушаются все виды обмена веществ (жиров, белков, углеводов, солей, что приводит к истощению).

**Поддиафрагмальный абсцесс.**

Редкое осложнение язвенной болезни, сложен для диагностики. Представляет собой скопление гноя между диафрагмой и прилежащими к ней органами. Развивается в результате перфорации язвы или распространения инфекции в период обострения язвенной болезни по лимфатической системе желудка и 12-перстной кишки. Основными симптомами являются боли в правом подреберье и выше, часто отдают в правое плечо, повышенная температура. Отмечается вялость, общая слабость, снижение аппетита. В крови повышается количество лейкоцитов. Если гнойник не вскрыт и гной не эвакуирован, то через 20-30 дней развивается сепсис.

**Перивисцериты**

Проявляются нарастающим усилением болей, большим их постоянством, исчезновением привычного ритма болей; наблюдается связь болей с движением, переменой положения тела, отмечаются признаки подострого или хронического воспалительного процесса (субфебрилитет, лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

**Злокачественная трансформация язвы**

Осложняет течение язвенной болезни желудка в 5-10% случаев; язва двенадцатиперстной кишки практически не перерождается. Трансформация происходит тем чаще, чем выше в желудке расположен язвенный дефект. Наблюдается прогрессирующее снижение секреторной функции желудка, изменение привычного стереотипа болей, нарастающая анемия, воспалительные изменения крови.

При рентгенологическом исследовании обнаруживаются большие размеры и неровность контуров ниши, ригидный воспалительный вал, патологический рисунок слизистой. Плоские и широкие ниши требуют динамического наблюдения. Для верификации малигнизации необходимо проведение ФГДС с поведением биопсии слизистой.

 При возникновении осложнений показана экстренная госпитализация и лечение в хирургическом стационаре.

Для планового оперативного лечения ЯБ также требуются определенные, строгие показания, а именно:

1. Тяжелое течение ЯБ с частыми обострениями.
2. Длительно нерубцующиеся язвы.
3. Стеноз привратника.

**ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

***1. Лабораторное исследование.***

Патогномоничных для ЯБ лабораторных признаков нет. Следует проводить исследования для исключения осложнений, в первую очередь язвенного кровотечения и сопутствующих заболеваний.

Обязательными считаются:

* проведение общего анализа крови
* анализ кала на скрытую кровь
* биохимическое исследование крови.
1. ***Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС*).**

ФГДС является обязательным методом исследования при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки и позволяет визуализировать язвенный дефект, провести определение кислотности желудочного сока и биопсию слизистой оболочки желудка.

 Существуют относительные противопоказания для проведения ФГДС:

* нарушение сердечного ритма;
* острая стадия инфаркта миокарда;
* приступ бронхиальной астмы;
* хроническая недостаточность кровообращения тяжелой степени;
* острые заболевания горла.

***3. Исследование* *желудочной секреции*.** Проводится внутрижелудочная рН-метрия.

 При язве в теле желудка кислотность нормальная (4,0-3,0 рН) и даже повышена (2,0 рН). При язве в нижнем отделе желудка и ДПК кислотность высокая – в пределах (2,0-1,5 рН). Пониженная кислотность желудочного сока нехарактерна для ЯБ.

***4. Контрастное рентгенологическое исследование*** также позволяет выявить язвенный дефект верхних отделов ЖКТ, однако по чувствительности и специфичности этот метод уступает эндоскопическому.

На рентгенснимке можно увидеть прямые признаки язвы:

«нишу» – заполнение контрастом дефекта в желудочной стенке;

 И указывающий на эту нишу « перст» на противоположной стенке желудка – втяжение стенки желудка напротив язвы, вызванное рефлекторным болезненным спазмом его.

 Косвенным признаком может быть усиление рисунка желудочных складок. С помощью рентгена можно оценить моторику желудка, также нарушенную при ЯБ, при помощи томограмм, при которых делают последовательные снимки через каждые 20-30 минут и оценивают скорость эвакуации взвеси бария из желудка. Так при высоких язвах наблюдается усиление скорости эвакуации пищи из желудка, а при низких - замедление.

 ***5. Ультразвуковое исследование* органов *брюшной полости (УЗИ)*** позволяет выявить сопутствующие заболевания ЖКТ.

***6. Выявление H. pylori.*** В настоящее время существуют инвазивные и неинвазивные методы определения  ***H. Pylori.***

**Инвазивные тесты**

Для этих исследований необходимо проведение ФЭГДС с биопсией сли­зистой оболочки желудка.

* Морфологические методы.

Гистологический метод. Срезы окрашивают по Романовскому-Гимзе, Уортину—Старри и др. Цитологический метод — мазки-отпечатки биоптатов слизистой обо­лочки желудка окрашивают по Романовскому—Гимзе и Граму.

* Биохимический метод (быстрый уреазный-тест): биоптат слизистойоболочки желудка инкубируют в жидкой или гелеобразной среде, со­держащей мочевину, в присутствии индикатора. При наличии в биоптате ***H. pylori***его уреаза превращает мочевину в аммиак, что изменяет pH среды и, следовательно, цвет индикатора.
* Бактериологический метод: не используют в рутинной клинической практике.
* Иммуногистохимический метод с применением моноклональных АТ: обладает большей чувствительностью, так как используемые AT избирательно окрашивают только ***Н. pylori****.* He используют в рутинной клинической практике.

**Неинвазивные тесты**

* Серологические методики: обнаружение AT к ***Н. pylori***в сыворотке крови. Метод наиболее информативен при проведении крупных эпидемиологических исследований. Клиническое применение теста ограничено тем, что он не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия ***Н. pylori*** в настоящий момент. В последнее время появились более чувствительные системы, которые позволяют диагнос­тировать эрадикацию по снижению титра антихеликобактерных AT в сыворотке крови больных в стандартные сроки 4—6 нед. методом, ИФА.
* Дыхательный тест — определение в выдыхаемом больным воздухе CO2, меченого изотопами 14С или 13С, который образуется под действием уреазы ***Н. pylori***в результате расщепления в желудке меченой мочеви­ны. Дыхательный тест позволяет эффективно диагностировать резуль­тат эрадикационной терапии.
* ПЦР: можно исследовать как биоптат, так и фекалии больного. При соблюдении всех правил выполнения методик и надлежащей сте­рилизации эндоскопической аппаратуры первичная диагностика ***Н. pylori***обосновывает начало антихеликобактерной терапии при обнаружении бак­терии одним из описанных методов.

 **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

**Показания к госпитализации**

* Язвенная болезнь с клинической картиной выраженного обострения: сильный болевой синдром, рвота.
* Обнаружение изъявлении в желудке, требующие дифференциального диагноза между доброкачественными язвами и раком желудка.
* Признаки желудочно-кишечного кровотечения (мелена, рвота кровью и др.), перфорации и пенетрации язвенного дефекта.
* Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием осложнений в анамнезе (прежде всего желудочно-кишечного кровотечения).
* Язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями
* Неэффективное амбулаторное лечение

 Больных с обострением язвенной болезни желудка лечат в условиях общетерапевтического или гастроэнтерологического отделений.

 Больные с неосложненным течением язвенной болезни подлежат консервативному лечению в амбулаторных условиях.

Лечение язвенной болезни включает себя:

-Эрадикация Н.р.

-Устранение повреждающих факторов (курение, алкоголь, отмена ульцерогенных лекарственных средств и т.д.)

-Лечебное питание - диеты 1а,1б, 1.

-Создание больному психологического и физического покоя.

-Изменение профессиональных приоритетов (запрет командировок, ночных смен, переход на облегченный вид трудовой деятельности, отказ от тяжелого физического труда и т.д).

-Медикаментозная терапия (этиотропная, патогенетическая и симптоматическая).

-Психотерапевтическое воздействие.

-Фитотерапия

1. Физиотерапевтическое лечение.
2. Применение минеральных вод.

 **ДИЕТОТЕРАПИЯ.**

Методика диетотерапии, выбор соответствующей диеты зависят от особенностей течения язвенной болезни, ее осложнений и сопутствующих заболеваний других органов пищеварения.

Общие принципы диетотерапии при язвенной болезни:

 1) обеспечение физиологически полноценным питанием;

 2) химическое, механическое и термическое щажение пораженного органа;

 3) строгое соблюдение режима питания, его ритма.

 Эти принципы применимы у большинства больных язвенной болезнью и лежат в основе диет группы № 1.

Последовательное применение диет № 1а, 1б, 1 обоснованно только при резком обострении язвенной болезни с явлениями "раздраженного желудка". Сроки пребывания на диетах № 1а и 16 не должны быть очень продолжительными, в среднем они составляют 5-6 дней на каждой из диет.

Больные, находящиеся на диетах № 1а и 16, соблюдают соответственно постельный или полупостельный режим. Поэтому, хотя эти диеты имеют пониженную энергоценность (в основном за счет углеводов), особенно диета № 1а, они в основном обеспечивают один из важных принципов диетотерапии язвенной болезни - полноценное питание в условиях указанных режимов.

При госпитализации в связи с легким обострением язвенной болезни сразу же назначают диету № 1. В противоязвенной диете № 1 обязательна физиологическая норма белка (60% - животного происхождения) с возможным увеличением до 100 г в день, повышенное содержание витаминов. С учетом особой биологической ценности незаменимых жирных кислот рекомендовано до 1/3 общего количества жира в диете № 1 заменять растительными маслами (рафинированные подсолнечное, кукурузное, оливковое масла). Диету № 1 используют при амбулаторном лечении после выписки из больницы и противорецидивном лечении. Однако в этих случаях энергоценность и содержание основных пищевых веществ в рационе могут быть увеличены по сравнению с применяемой в больнице диетой № 1. При этом учитывают фактические энерготраты, особенности труда и отдыха больного.

Во всех диетах группы № 1 большое значение имеют частые, дробные приемы пищи, особенно включающей молоко или сливки, блюда из отварного мяса или рыбы. При частых приемах пищи снижается кислотность желудочного содержимого (анацидное действие), нормализуется моторно-эвакуаторная функция желудка, желчевыделение, функции поджелудочной железы и кишок, предотвращаются запоры. Больные язвенной болезнью склонны к запорам, особенно при обострении и постельном режиме. Частые приемы пищи способствуют уменьшению болей и других клинических проявлений.

При язвенной болезни бывает эффективна диета без механического щажения - непротертый вариант диеты № 1. По набору продуктов, энергоценности и химическому составу, принципам химического и термического щажения желудка непротертая диета соответствует обычной (протертой) диете № 1. Пищу отваривают в воде или на пару. Однако блюда используют непротертые: мясо и рыбу куском, рассыпчатые каши, непротертые овощи и плоды. Непротертая диета № 1 показана: 1) в случаях малосимптомного течения болезни, когда при наличии язвы желудка или двенадцатиперстной кишки почти не выражены боли, изжога, отрыжка и другие клинические симптомы. В этих случаях установлена возможность заживления язвы на фоне диеты № 1 без механического шажения; 2) при обострении язвенной болезни и клиническом эффекте от диеты № 1 протертой - периодическое включение непротертых блюд диеты № 1 как метода тренировки (зигзагов); 3) после обострения язвенной болезни и строгой противоязвенной диетотерапии - использование непротертой пищи, рекомендуемой на диету № 1, как переходную к диете № 15.

Для некоторых больных язвенной болезнью механически щадящая диета вообще не имеет значения в лечении, а главным в питании является частый дробный и регулярный прием привычной пищи. Установлено также, что богатые пищевыми волокнами продукты в ряде случаев в большей степени снижают повышенную кислотность желудочного сока, чем рафинированные,- полированный рис, манная крупа, мука высшего сорта и др.

Для язвенной болезни с преобладанием нервно-вегетативных нарушений характерны выраженные явления "раздраженного желудка" (стойкие боли, гиперсекреция, изжога, отрыжка "кислым" и др.), потливость, сердцебиение, гипо- и гипергликемия. Рекомендуется временно ограничить количество углеводов в рационе, особенно за счет сахара и содержащих его продуктов. В диете № 1 углеводы уменьшают до 250 г в день с увеличением белков животного происхождения и жиров для обеспечения необходимой энергоценности рациона.

При язвенной болезни с преобладанием нервно-трофических нарушений (исхудание, гипосекреция, плохое рубцевание язвы и др.) в диете № 1 увеличивают до 100-120 г содержание белков (60%- животного происхождения), до 100-120 г - жиров, до 400- 450 г - углеводов. Энергоценность диеты достигает 3000 - 3200 ккал. По возможности сокращают сроки пребывания на диетах № 1а и 16 или сразу же назначают указанную диету № 1 повышенной питательной ценности.

Для увеличения содержания в диете полноценных белков, витаминов, железа и других незаменимых пищевых веществ в рацион можно включать напитки из энпитов, оволакта, инпитана, сухую белковую смесь и таблетки "Бодрость", сбалансированные детские молочные смеси - "Детолакт", "Виталакт" и др.

 Предлагаем Вам рецепты примерного меню.

**ЗАВТРАК.**

* Омлет белковый с рисом:

 *3 яичных белка, 1 столовая ложка риса, 2 столовые ложки воды, 0,5 ч. ложки сливочного масла, соль.*

 *Рис перебрать, промыть, варить на воде до полной готовности. Отбросить на дуршлаг, пропустить через мясорубку или протереть через сито или пропустить через мясорубку. Соединить с мясом, добавить соль, немного воды, перемешать и разделить на 3 части. Слепить котлетки и положить их на паровую решетку, которую поместить над кастрюлькой с небольшим количеством воды. Котлеты накрыть крышкой. Варить на пару до готовности. Готовые котлеты полить растопленным сливочным маслом.*

* Каша манная на бульоне:

 *100 г обезжиренного мясного бульона, 50 г манной крупы,100 мл воды, 10 г сливочного масла, соль*

 *Кипящую воду смешать с бульоном, засыпать тонкой струей манную крупу, помешать. Пока каша не загустеет. Перед подачей посолить и добавить кусочек масла.*

* Суфле из гречневой каши с творогом:

*0,25 ст. гречневой крупы, 0,25 стакана молока, 0,5 яйца, 0,5 стакана творога, 1 ч. ложка сахара, 1 ч. ложка сливочного масла, соль.*

 *Гречневую крупу перебрать и сварить на воде с молоком. Вязкую кашу охладить, протереть, добавить протертый творог, яичный желток и все перемешать. Яичный белок взбить в пену и влить в кашу. Полученную массу выложить в смазанную маслом форму и поставить в сотейник с водой, накрыть крышкой и варить до готовности. Готовое суфле полить сметаной, посыпать рубленой зелени.*

 **ОБЕД**

 **Первые блюда**

* Суп рисовый
1. *г риса, 10 г сливочного масла, 2 стакана мясного бульона, соль*

 *Рис промыть, подсушить, смолоть и сварить в мясном обезжиренном бульоне. При подаче заправить сливочным маслом.*

* Рыбный бульон с фрикадельками:

*150 г рыбы, 1 ч.ложка манной крупы, 0,5 яйца, по 1 ломтику моркови и петрушки, 1 ч. ложка пшеничной муки, соль.*

 *Рыбу очистить от чешуи, внутренностей, отрезать голову и хвост, плавники. Рыбу хорошо промыть, положить в кастрюлю, налить воды, добавить морковь и петрушку. Варить на медленном огне. Снять пену. Рыбу вынуть, охладить, отделить от костей и кожи. Бульон процедить. Рыбу пропустить через мясорубку, добавить немного манной каши, соль, яйцо, все тщательно перемешать. Полученную рыбную массу разделить на фрикадельки и сварить на пару. При подаче к столу фрикадельки положить в тарелку и залить бульоном, посыпать зеленью петрушки.*

* Бульон с манными клецками:
1. *г нежирной говядины или курицы ( можно использовать кости), 1 ст. ложка манной крупы, 0,5 яйца, 1 ломтик моркови, петрушка, соль*

*Приготовить мясной или костный бульон, процедить. В манную крупу добавить яйцо и соль, хорошо перемешать. Тесто маленькими порциями опускать в кипящую воду. Варить, пока не всплывут. Вынуть шумовкой и положить на тарелку, залить бульоном. Посыпать зеленью.*

 **Вторые блюда.**

* Курица отварная с вермишелью:
1. *г курицы, 70 г вермишели, 10 г масла, 0,5 стакана молока, 5 г картофельной муки*

*Курицу разделать обычным способом, вырезать грудную часть и отварить в слегка подсоленной воде. На гарнир подать отварную вермишель под белым соусом. Для приготовления соуса надо картофельную муку слегка обжарить и соединить с молоком.*

* Тефтели мясные с чесноком:

 *100 г мяса, 15 г риса, 10 г сливочного масла, 1 зубчик чеснока.*

 *Мясо пропустить 2-3 раза через мясорубку, смешать с охлажденной рисовой кашей и толченым чесноком, перемешать (взбить миксером), сформировать тефтели и сварить в паровой кастрюле. При подаче к столу полить растопленным маслом.*

 НАПИТКИ

* Кисель из сушеной черники:

 *30 г черники, 15 г сахара,1,5 стакана воды,10 г картофельного крахмала*

 *Сушеную чернику промыть и поварить в воде 10-15 минут, снять с огня и дать настояться полчаса. Процедить, добавить сахар, довести до кипения, влить разведенный в небольшом количестве холодной воды картофельный крахмал и довести до кипения.*

* Кисель из чернослива.
1. *г чернослива, 1,5 стакана воды, 20 г сахара, 10 г картофельного крахмала*

 *Чернослив сварить до готовности, косточки удалить, протереть через сито с жидкостью и заправить разведенным в холодной воде крахмалом. Варить до готовности.*

УЖИН

* Суфле творожное с морковью

 *150 г. творога,50 г моркови, 1 ч. ложка манной крупы, 1 ч. ложка сахара, 1 ч. ложка сливочного масла, 0,5 яйца, 2 ст. ложки сметаны.*

 *Свежий творог протереть через сито, добавить сахар, манную крупу, яичные желтки. Морковь очистить, отварить, протереть через сито и соединить с творогом. Полученную массу перемешать, добавить яичные белки, снова перемешать, переложить в смазанную сливочным маслом форму, запечь в духовке или сварить на пару. Готовое суфле выложить на тарелку и полить некислой сметаной.*

* Плов со сметаной:

*0,75 стакана риса, 0,5 стакана сухофруктов, 1 ст. ложки сливочного масла, 0,2 ч. ложки сахара, соль.*

 *Рис перебрать и промыть до полуготовности. Сухофрукты перебрать, промыть и соединить с рисом. Добавить сахар. Соль, сливочное масло, перемешать, накрыть крышкой и варить в духовке на подставке или на водяной бане в течение 50-60 минут. При подаче к столу полить растопленным сливочным маслом.*

* Суфле рыбное паровое:
1. *г. рыбы, 0,5 ч. ложки пшеничной муки, 1 ч. Ложка сливочного масла, 0,25 стакана молока, 1 яйцо, зелень укропа, соль.*

 *Рыбу очистить, освободить от костей и сварить на пару. Охладить и пропустить два раза через мясорубку. К полученному фаршу добавить молочный соус ( прогреть муку и развести горячим молоком), тщательно перемешать. Белок отделить от желтка. Желток добавить к фаршу, а белок взбить в тарелке до пышной пены, тоже вылить в фарш и опять все перемешать. Полученную массу выложить в смазанную маслом форму, накрыть крышкой и готовить на пару до готовности. Готовое суфле полить растопленным сливочным маслом, посыпать укропом.*

* + Сырное масло:

 *20 голландского сыра, 20 г масла*

*Сливочное масло размять, сыр натереть, смешать их и взбить. Намазывать на подсушенный хлеб.*

* + Кисель на какао на воде:

*5 г порошка какао, 10 г картофельного крахмала, 15 г сахара, 200 мл воды*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Продукты** | **Рекомендуется** | **Исключаются** |
| Хлеб | Хлеб пшеничный из муки высшего и 1-го сорта вчерашней выпечки или подсушенный; печенье сухое, пироги с отварным мясом или рыбой, яйцами, рисом, яблоками, джемом. | Свежий хлеб и мучные изделия из сдобного и слоеного теста |
| Супы | На некрепком, обезжиренном мясном и рыбном бульоне, на отварах из овощей и грибов с мелко нашинкованными или протертыми овощами, картофелем, разваренными или протертыми крупами, вермишелью, лапшой, фрикадельками; при непереносимости – борщи, щи или свежей капусты, свекольники с мелко нашинкованными овощами; рассольник с протертыми овощами и заменой соленых огурцов рассолов | Молочные, гороховый, фасолевый, окрошку |
| Мясо и птица | Нежирные сорта, без фасций, сухожилий, кожи у птиц; отварные, запеченые, жареные; изделия из котлетной массы из говядины, кроликов, кур, индеек; язык отварной; соски молочные; блинчики с вареным мясом запеченные. | Жирное и богатое соединительной тканью мясо животных и птицы (утки, гуся), копчености, консервы (кроме диетических); ограничивают свинину, баранину. |
| Рыба | Нежирные и средней жирности виды и сорта рыб; куском или рубленая отварная, запеченная, тушеная, жареная без панировки. | Жирные виды, соленую, копченую рыбу, закусочные рыбные консервы. |
| Молочные продукты | Кефир, простокваша, йогурт и другие кисломолочные напитки; свежий творог в натуральном виде и в блюдах; сыр тертый или ломтиками; сметана – до 15 г на блюдо; молоко и сливки как добавление в блюда и напитки |  |
| Крупы | Различные каши на воде или с добавлением молока, на мясном бульоне, включая хорошо разваренные рассыпчатые каши; котлеты паровые или обжаренные без грубой корочки, вермишель, лапшевник с творогом ил вареным мясом, плов с фруктами. | Бобовые; ограничивают с учетом переносимости пшено, перловую, ячневую, кукурузную крупы |
| Овощи | Картофель, кабачки, тыква, морковь, свекла, цветная капуста; вареные, тушеные и запеченые кусочками, в виде пюре, запеканок, мелко нашинкованная зелень в виде добавки в блюда. | Сырые непротертые овощи, маринованные и соленые, лук, редьку, редис, сладкий перец, огурцы, брюкву, чеснок, грибы. |
| Плоды, сладкие блюда, сладости | Зрелые фрукты и ягоды протертые (пюре), очень мягкие – непротертые; компоты, кисели, желе; компот из протертых сухофруктов; яблоки печеные; апельсины, лимоны (в чай, желе); при переносимости – мандарины, арбуз – по 100-200 г в день; ирис, мармелад, пастила, зефир, сахар, мед, джемы, варенье  | Грубые сорта фруктов и ягод в сыром виде, ягоды с грубыми зернами (малина, красная смородина) или грубой кожицей (крыжовник), финики, инжир; шоколадные и кремовые изделия, мороженое. |
| Напитки |  Чай с лимоном, кофе и какао на воде и с молоком; соки овощные, фруктовые, ягодные, разбавленные водой, отвары шиповника и отрубей. | Виноградный сок, квас, газированные напитки |
| Жиры | Сливочное, топленое, растительные масла, мягкие (наливные) маргарины. | Сало свиное, говяжий, бараний и кулинарные жиры. |

 *Порошок какао размешать с сахаром в небольшом количестве горячей воды. Затем добавить всю оставшуюся воду. В кипящее какао влить разведенный в холодной воде крахмал. Довести до кипения и сразу снять с огня. Чтобы не образовалось пенка. Посыпать сверху сахарной пудрой (песком).*

**Диета при хроническом атрофическом гастрите.**

С современных позиций ХГ вне фазы обострения, без клинических проявлений требует не диетотерапии, а только соблюдения принципов рационального (здорового) питания с достаточным потреблением белка, витаминов и других незаменимых пищевых веществ. Важно придерживаться постоянного режима приема пищи. Разумеется, из рациона должны быть исключены индивидуально плохо переносимые больными продукты и блюда.

Для больных гастритом с пониженной секрецией желудочного сока традиционно рекомендуется диета №2, обеспечивающая механическое щажение желудка (супы слизистые, кисель из некислых сортов ягод, настой плодов шиповника, овощное пюре, нежирный бульон, отварное мясо, протертый творог, нежирные сорта рыбы, сухари, каши не на цельном молоке) и умеренную химическую стимуляцию желудочных желез пищевыми раздражителями. Из рациона исключаются продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются. Разрешены блюда различной степени измельчения и тепловой обработки: отварные тушеные, запеченные, жареные без образования грубой корочки, протертые блюда – из продуктов, богатых соединительной тканью и клетчаткой. В рацион включают супы на некрепких, обезжиренных мясных и рыбных бульонах, отварах из овощей и грибов, при переносимости – борщи, щи из свежей капусты, свекольники с мелко нашинкованными овощами, закуски из вымоченной сельди, салаты из свежих томатов, студни, неострый сыр, ветчину без жира, пряные овощи и умеренно – пряности и т.д.

**Рекомендации по питанию при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью**

*Примерное меню диеты №2.*

*Завтрак: яйцо всмятку, сыр, каша овсяная молочная, чай.*

*Обед: бульон мясной с вермишелью, котлеты мясные жареные без панировки с морковным пюре, кисель*

*Полдник: отвар шиповника с печеньем*

*Ужин: рыба заливная, пудинги из риса с фруктовой наливкой, чай.*

*На ночь: кефир или другие кисломолочные напитки.*

Примечание для врачей: данные рекомендации желательно оставлять пациентам в виде напечатанных заранее памяток.

 **МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Цели лечения**

* Эрадикация H.pylori
* Заживление язвы
* Быстрая ликвидация симптоматики заболевания
* Достижение стойкой ремиссии
* Борьба с осложнениями и устранение опасности для жизни больного, предупреждение развития осложнений.

Многообразие патогенетических механизмов язвенной болезни способствует появлению различных лекарственных средств.

В 1990г. W.Burget с соавт. Опубликовали результаты метаанализа 300 работ, характеризующие связь заживления язвы от степени подавления секреции. Было показано, что язвы желудка и двенадцатиперстной кишки рубцуются во всех случаях, если в течение суток удается поддержать уровень внутрижелудочного рН больше 3 на протяжении 18ч. Данное условие могут выполнить лишь блокаторы протонной помпы (антациды 4-6ч., блокаторы Н2 – рецепторов гистамина – 10-12 ч.) Таким образом, базисной терапией являются ингибиторы протонной помпы, которые купируют болевой и диспептический синдромы, способствуют рубцеванию язвы в кратчайшие сроки.

Продолжительность лечения определяется по результатам эндоскопического контроля с двухнедельным интервалом (2, 4, 6, 8 недель). Эффективность оценивается не подсчетом сроков рубцевания, а определением частоты зарубцевавшихся язв (в %) за 4, 6, 8 недель лечения, что дает возможность проведения многоцентровых и метааналитических исследований. Важно принять во внимание, что язвы желудка рубцуются медленнее, чем дуоденальные, контроль рубцевания язв желудка проводят через 4-6-8 недель после начала приема препаратов. Но, что очень важно, в течение первого года после окончания рубцевания язв вероятность возникновения рецидивов достигает 70%, что требует различных схем поддерживающей терапии после окончания курсового лечения. Большой опыт применения ежедневных поддерживающих (половинных) доз ИПП снижает вероятность возникновения рецидивов язвенной болезни в течение года до 15%. Позже стали прибегать и к прерывистой поддерживающей фармакотерапии, к ним относятся «поддерживающее самолечение» (yourself treatment) или терапия «по требованию» (on demand). Таким образом, пациенты сами определяют необходимость приема препаратов, исходя из своего самочувствия. Хотя нужно принять во внимание, что эффективность такой терапии уступает таковой при ежедневном приеме препаратов, на фоне поддерживающей терапии распространенность язвенной болезни составляет 30-35%.

 На настоящее время ключевым моментом в противорецидивном лечении является эрадикационная терапия. Курс рекомендуется проводить у каждого больного язвенной болезнью при обнаружении Н.р. в слизистой оболочке желудка. Эрадикацию проводят с применением комбинации нескольких антисекреторных средств. Наиболее эффективной считается схема, которая позволяет достичь эрадикации в 80-90% случаев. ИПП, включенные в схему, способствуют созданию неблагоприятных условий для Н.р. и повышению эффективности действия многих антихеликобактерных препаратов.

**Лечение инфекции Helicobacter pylori («Маастрихт-4», Российская гастроэнтерологическая ассоциация).**

**Показания для эрадикации по Маастрихт-4, 2011.**

Показания для **обязательного** проведения эрадикационной терапии H.pylori:

•язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения и ремиссии заболевания. При осложненных формах ЯБ, в первую очередь при кровотечении, эрадикационная терапия обязательна и начата при переводе больного на пероральный прием лекарственных средств;

•MALT-лимфома желудка;

•гастропатия, индуцированная приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Успешная эрадикация H.pylori снижает риск возникновения неосложненных и осложненных гастродуоденальных язв при приеме НПВС и аспирина (а также низких его доз). Назначение эрадикации обязательно больным, у которых планируется длительное применение НПВС и аспирина, а также пациентам с анамнезом язвенной болезни, особенно при осложнениях этого заболевания. Однако только при эрадикации H.pylori полностью не исключает риск возникновения гастродуоденальных язв у больных, длительно принимающих НПВС;

• состояния после операции по поводу рака желудка и после эндоскопической резекции ранних злокачественных новообразований желудка.

Назначение эрадикационной терапии **желательно** (положительный эффект такого лечения доказан):

•хронический гастрит, вызванный инфекцией H.pylori, в том числе атрофический;

•необходимость длительного приема ингибиторов протонной помпы (ИПП), например, при эрозивной форме болезни гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни (ГЭРБ). Наличие или отсутствие H.pylori не оказывает влияния на выраженность симптомов, их рецидив и результаты лечения ГЭРБ. Эрадикационная терапия не усиливает уже имеющуюся ГЭРБ и не влияет на эффективность лечения таких больных. Несмотря на то, что эпидемиологическое исследования показывают отрицательную связь между частотой выявления H.pylori и развитием ГЭРБ, а также аденокарциномы пищевода, инфекцию H.pylori в этом случае не следует расценивать как протективный фактор:

•аутоиммунная тромбоцитопения;

•железодефицитная анемия (при отсутствии других причин);

•наличие желания пациента, в том числе имеющего близких родственников, страдающих раком желудка (после консультации врача и при отсутствии противопоказаний).

 В случае обострения неосложненной ЯБ двенадцатиперстной кишки у пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний, при отсутствии клинических симптомов допустимо после курса эрадикационной терапии не продолжать лечение с применением ИПП в качестве монотерапии. Заживление язвы при этом будет достигнуто в результате проведения собственно эрадикационной терапии.

 При обострении ЯБ желудка или при осложнении течении ЯБ двенадцатиперстной кишки после курса эрадикационной терапии следует продолжить прием ИПП в качестве монотерапии до 4, а при необходимости до 8 недель. Продолжение антисекреторной терапии позволит добиться заживления язвы.

 При хроническом гастрите, в том числе атрофическом, после окончания эрадикационной терапии возможно продолжение лечения препаратом висмута до 4-8 недель для обеспечения защиты слизистой оболочки желудка.

Cхемами лечения инфекции являются следующие:

**1. Тройная схема эрадикации** продолжительностью 7-10-14 дней:

* любой из ингибиторов протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол) 20(30) мг 2 раза в день,
* кларитромицин 500 мг 2 раза в день,
* амоксициллин 1000 мг 2 раза в день.

Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный контроль ее эффективности, который проводят через 4-6 недель после окончания приема антибактериальных препаратов и ингибиторов протонной помпы. Оптимальный метод оценки эффективности антихеликобактерной терапии является дыхательный тест, однако при его отсутствии можно воспользоваться другими методами диагностики. При неэффективности тройной схемы эрадикации Н. pylori назначается терапия второй линии – квадротерапия.

1. **Схема квадротерапии (четырехкомпонентная схема эрадикации)** продолжительностью 7-10-14 дней:
* любой из ингибиторов протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол) 20(30) мг 2 раза в день,
* препараты солей висмута 120 мг 4 раза в день,
* метронидазол 500 мг 3 раза в день,
* тетрациклин 500 мг 4 раза в день.

Вместо тетрациклина можно назначать кларитромицин 500 мг 2 раза в день.

Физиотерапия *–* для регуляции основных процессов, нормализации функции ЦНС и ВНС показаны водные процедуры (радоновые, хвойные, хлоридно-натриевые, йодобромные, жемчужные или кислородные ванны). Весьма благоприятно на течение болезни у больных с невротическими проявлениями и расстройством сна влияют: электросон, общий бром-электрофорез, гальванический воротник, СМТ - или электрофорез новокаина, папаверина и т.д. Для заживления язвенного дефекта и улучшения функции желудка и 12-перстной кишки применяются электрофорез или СМТ-форез цинка, пелоидина, облучение лампой соллюкс, сантиметровые волны, ультразвук, ДДТ, а при стихании обострения – индуктотермия, гальваногрязь и др.

**Блокаторы Н2 - рецепторов гистамина** менее эффективны по сравнению с ингибиторами протонного насоса.

* Ранитидин в дозе 20 мг 2 раза в сутки или 300 мг на ночь.
* Фамотидин в дозе 20 мг 2 раза в сутки или 40 мг на ночь.

**Антацидные препараты (**алюминиево-магниевые антацидыили алюминиево-магниевые с добавлением кальция алгината назначают через 1.5-2 часа после еды или по требованию, или алюминиево-магниевый антацид с добавлением симетикона, биологически активных веществ (порошок корней солодки голой), которые усиливают антацидный эффект и слизеобразование), являютсясимптоматическим средством. При рецидивирующих язвах, а также при постоянном приеме НПВП), показан поддерживающий прием антисекреторных препаратов в половинных суточных дозах на протяжении длительного времени (1-2 года), данные меры являются профилактикой обострения заболевания.

Неэффективность консервативного лечения определяется часто рецидивирующим течением язвенной болезни (частота обострений более 2 раз в год), и формированием рефрактерных гастродуоденальных язв (язвы, не рубцующиеся в течение 12 недель непрерывного лечения).

**Факторы, приводящие к частому рецидивированию язв.**

* обсемененность Н.р.
* прием НПВП
* язвенные кровотечения в анамнезе
* недостаточная приверженность пациентов к лечению (отказ от курения, употребления алкоголя, нерегулярный прием ЛС)

**Повышению эффективности лечения способствуют**

* эрадикация Н.р. при успешном завершении снижает рецидив язвенной болезни, риск повторных кровотечений в течение года с 70% до 4-5%
* длительная поддерживающая терапия антисекреторными препаратами при язвенной болезни, не ассоциированной с Н.р.
* замена НПВП селективными блокаторами ЦОГ-2 или парацетамолом, а также прием НПВП под «прикрытием» ИПП
* повышение приверженности к лечению (прекращение курения, прием алкоголя)

**Причины рефрактерных язв**

* Н.р.
* НПВП
* низкая приверженность к лечению
* большие и гигантские язвы
* скрыто протекающий синдром Золлингера-Эллисона

**Показания к госпитализации:**

* язвенная болезнь с выраженным болевым синдромом,
* обнаружение в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики при подозрении на рак желудка,
* осложненная язвенная болезнь (госпитализация в хирургическое отделение),
* язвенная болезнь с осложнениями в анамнезе,
* язвенная болезнь с наличием сопутствующих заболеваний.

**ФИТОТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

 Важное место в лечении ЯБ принадлежит фитотерапии, т.е. лечению лекарственными травами. Особенно хорошие результаты получены врачами при проведении такого лечения уже после купирования обострения болезни и проведении реабилитационных мероприятий. Народная медицина накопила богатый и позитивный опыт в лечении ЯБ и ХГ. Число растений и рецептур очень велико и в то же время многие травы обладают сходными свойствами и легко сочетаются в сборах.

 **Фитотерапия** больных язвенной болезнью должна быть комплексной и осуществляться по следующим направлениям: 1. улучшение функций центральной нервной системы;

2. восстановление равновесия между факторами «агрессии» и «защиты»;

3. устранение воспаления;

4. нормализация моторной и секреторной функций желудочно-кишечного тракта;

5. активизация регенерации и дифференцировки клеток;

6. коррекция дисбактериоза;

7. нормализация функций иммунной системы.

Для улучшения функций центральной нервной системы и устранения нервно-психического перенапряжения применяют лекарственное растительное сырье *с седативно-снотворными свойствами* (в виде настоев: корневище с корнями валерианы, траву пустырника, листья мяты перечной, цветки липы, траву мелиссы лекарственной и др.) в сочетании с *тонизирующими* лекарственными растительными средствами (водные извлечения растений-адаптогенов: элеутерококка, женьшеня, аралии высокой, родиолы розовой, левзеи сафроловидной, лимонника китайского и др.). При назначении спиртосодержащих препаратов этой группы, целесообразно суточную норму экстракта или настойки добавлять к суточной дозе настоя (отвара) лекарственного растительного сбора.

Для восстановления равновесия между факторами «агрессии» и «защиты» на первом этапе лечения, в фазе обострения ЯБ, используют *растительные гастропротекторы с обволакивающими, антацидными, антисекреторными свойствами и болеутоляющим действием.* Они защищают слизистую оболочку желудка от повреждения, усиливают продукцию защитной слизи, восстанавливают ее структуру, нормализуют моторику желудочно-кишечного тракта, способствуют снижению остроты диспептических явлений, предупреждают рефлюкс – заброс, благоприятно влияют на регенерацию клеток эпителия слизистой оболочки. Используют:

- корни алтея, семена льна, листья подорожника большого, цветки липы, листья мать-и-мачехи, трава череды, содержащие полисахариды и слизи, которые обладают противовоспалительным, мягчительным, обволакивающим слизистую оболочку действием и адсорбируют на своей поверхности избыток раздражающих факторов;

- траву горца птичьего, череды, сушеницы, листья подорожника, цветки календулы, корни солодки, содержащие флавоноиды, фенолокислоты, кремнийорганические кислоты, микроэлементы, которые стабилизируют мембраны клеток, обеспечивают «антиоксидантную защиту», увеличивают активность защитной слизи и восстанавливают местные иммунологические реакции;

- корневище аира, корневище с корнями девясила, цветки ромашки, плоды фенхеля и укропа, листья мяты перечной, содержащие эфирные масла, которые оказывают противовоспалительное, антимикробное, болеутоляющее, спазмолитическое, противовирусное действие.

Кроме того, водные извлечения из лекарственного растительного сырья проявляют выраженный *антигипоксический* эффект, ликвидируют кислородную недостаточность, нормализуют микроциркуляцию и снижают выраженность воспалительного процесса в тканях желудка и двенадцатиперстной кишки. Такие, как календула лекарственная, сушеница топяная, облепиха крушиновидная, шиповник коричный, крапива двудомная, смородина черная, земляника лесная, рябина обыкновенная, калина обыкновенная и др.

*Противоинфекционная и «антихеликобактерная» терапия* обеспечивается применением лекарственного растительного сырья, обладающего широким спектром противомикробной активности. Для этого могут быть использованы водные извлечения из растительного сырья, содержащие:

 - эфирные масла – листья шалфея, корневище аира, цветки арники горной, листья березы, корневища с корнями девясила высокого, цветки липы, листья мяты перечной и др.;

- дубильные вещества – корневище с корнями кровохлебки лекарственной, кора дуба, плоды черемухи и черники, соплодия ольхи, корневище лапчатки и др.;

- растительные антибиотики: усниновая кислота из цетрарии исландской, лишайники, иманин из зверобоя продырявленного, гордецин из злаковых (пророщенные зерновки овса, пшеницы, ржи, ячменя).

Эти же растения можно с успехом применять также *для коррекции дисбактериоза*, так как они обладают широким спектром противомикробной активности и способствуют сохранению сапрофитной флоры. Это их главное преимущество перед антибиотиками и синтетическими противомикробными препаратами. Причем комплекс биологически активных веществ каждого растения обычно дает дополнительные эффекты, благодаря чему обеспечивают реализацию других направлений терапии.

В стадии затухающего или невыраженного обострения возможно широкое применение лекарственных растений и препаратов из них, обладающих заживляющими свойствами, что приводит к скорейшему рубцеванию и минимизации осложнений язвенной болезни. Стимуляция процессов регенерации слизистой оболочки достигается назначением *растительных* *гастропротекторов с репаративным эффектом* в сочетании со стимулирующим действием на секрецию пищеварительных желез каротиноидов, эфирных и жирных масел). К данной группе можно отнести следующие виды сырья: траву зверобоя, сушеницы, череды, листья подорожника большого, цветки календулы, плоды шиповника, облепихи, рябины обыкновенной и др.

Эффективно в этом плане применение препаратов растительного происхождения:

 **«Алантон» -** таблетки, содержащие сумму сесквитерпеновых лактонов, выделенных из корневищ и корней девясила высокого и оказывающие противовоспалительное действие, уменьшающих протеолитическую активность желудочного сока, усиливающих образование мукополисахаридов в слизистой оболочке желудка. Совместим с антацидами и спазмолитиками. Назначают внутрь по 1 таб. за 30 мин до еды 3-4 раза в день. Курс лечения 4-8 нед.

 **«Алцид Б»** (состав указан выше) - таблетки, оказывающие антацидное, противоязвенное, вяжущее, адсорбирующее, антисептическое, слабительное действия. Назначают внутрь по 1-2 таблетки за 0,5-1 ч до еды 3 раза в день (таблетки следует разжевывать). Из-за содержания висмута может окрашивать кал в темный цвет.

 **«Бесалол» -** таблетки, содержащие экстракт красавки 0,01 г, фенилсалицилат 0,3 г и оказывающие спазмолитическое, антисептическое, холиноблокирующее действие. Назначают внутрь по 1 таблетке 2-3 раза в день.

 **«Викаир» -** таблетки,содержащие порошок корневищ аира и коры крушины (измельченных) по 0,025 г, висмута нитрата основного 0,35 г, магния карбоната основного 0,4 г, натрия и оказывающие антацидное, вяжущее, противовоспалительное, слабительное действие. Назначают внутрь по 1-2 таблетки через 1-1,5 ч после еды 3 раза в день. Запивают небольшим количеством воды. Курс лечения 1-3 мес.

 **«Викалин» -** таблетки, содержащиепорошок корневищ аира и коры крушины по 0,025 г, рутина и келлина по 0,005 г, висмута нитрата основного 0,35 г, магния карбоната основного 0,4 г, натрия гидрокарбоната 0,2 г, и оказывающие антацидное, вяжущее, противовоспалительное, спазмолитическое, слабительное действия.Назначают внутрь по 1-2 таблетки 3 раза в день (после еды). Запивают небольшим количеством воды. Курс лечения 1-3 мес., во время которого необходимо соблюдать диету.

 «**Калефлон»** - таблетки, содержащие очищенный экстракт из цветков календулы лекарственной и оказывающие противовоспалительное, стимулирующее репаративные процессы действие. Можно назначать с антацидными и спазмолитическими средствами внутрь по 0,1-0,2 г 2 раза в день (после еды). Курс лечения 3-6 недель.

 «**Плантаглюцид» -** препарат, получаемый из листьев подорожника большого, содержит полисахариды и оказывает спазмолитическое, противовоспалительное действие. Противопоказания - гиперацидный гастрит, язвенная болезнь желудка с повышенной кислотностью. Назначают внутрь в виде гранул по ½-1 чайной ложке, растворенных в ¼ стакана теплой воды за 2—30 мин до еды 2-3 раза в день. Курс лечения 3-4 нед., Для профилактики рецидивов принимают по 1 чайной ложке 1-2 раза в день в течение 1-2 мес.

 **«Тыквеол» -** жирное масло, получаемое из семян тыквы обыкновенной, содержащее каротиноиды, токоферолы, фосфолипиды, стерины, фосфатиды, флавоноиды, витамины В1, В2, С, Р, РР, насыщенные, ненасыщенные и полиненасыщенные жирные кислоты – пальмитиновую, стеариновую, олеиновую, линолевую, линоленовую, арахидоновую. Оказывает желчегонное, противоязвенное, антисептическое, гепатопротекторное; антиатеросклеротическое действия. Назначают внутрь, по 1 чайной ложке за 30 мин до еды 3-4 раза в день. Курс лечения 1-3 мес.

Современную фитотерапию язвенной болезни невозможно представить без препаратов солодки голой.

 **«Ликвиритон»** - таблетки, содержащие сумму флавоноидов из корней солодки голой и солодки уральской и оказывающие спазмолитическое, противовоспалительное действие. Назначают внутрь по 1 таб. за 30 мин до еды 3-4 раза в день. Курс лечения 20-30 дней.

 «**Флакарбин»** - гранулы, содержащие в 100 г – ликуразида и кверцетина по 2 г, натрия карбоксиметицеллюлозы и пектина по 10 г, глюкозы 76 г и оказывающие противовоспалительное, спазмолитическое действие, обладающие капилляроукрепляющей и послабляющей активностью. Назначают внутрь по 1/2 чайной ложки перед едой 3 раза в день, запивают теплой водой (1/2 стакана); курс лечения 3 – 4 нед.

 **«Карбеноксолон»** (синонимы: биогастрон, дуогастрон)**-** синтезирован из глицирризиновой кислоты, содержащейся в корнях солодки – стимулирует выработку защитной слизи, повышает устойчивость слизистой оболочки к действию соляной кислоты, предупреждает преждевременное слущивание эпителия, стимулирует размножение и дифференцировку клеток снижает пептическую активность желудочного сока. Назначают по 1 таб. 3 раза в день в течение первой недели, а затем по ½ таб. 3 раза в день последующие 5 недель.

В качестве репарантов можно использовать соки растений, например, капусты, картофеля и др., а также другие витаминные препараты, обладающие антиоксидантными и капилляроукрепляющими свойствами: В1 (тиамин), В2 (рибофлавин), В6 (пиридоксин), С (аскорбиновая кислота), Р (рутин, аскорутин, кверцетин, диквертин). Особая роль принадлежит витамину U (от лат. U - язва), обладающему антиаллергическими свойствами за счет инактивации гистамина, содержащемуся в капустном соке и получаемому синтетически в виде метилметионинсульфония хлорида.

Восстановление функций иммунной системы играет важную роль в терапии язвенной болезни. Для этих целей можно использовать *растительные иммунопротекторы -*  цинксодержащие (листья алоэ древовидного, цветки арники горной, листья земляники лесной, траву мелиссы лекарственной, листья шалфея лекарственного и др.); кремнийсодержащие (траву горца птичьего); полисахаридсодержащие (траву череды, эхинацеи и др.).

Среди сборов, рекомендуемых для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, есть сбор, разрешенный для применения в медицинской практике на территории России с реализацией через аптечную сеть – это **«Сбор желудочно-кишечный» (Species gastrointestinales):**

♦ *Цветки ромашки аптечной*

*Листья мяты перечной*

*Плоды укропа*

*Корневища аира*

*Корни солодки по 20,0 г.*

*1 столовая ложка сбора на 1 стакан кипятка, настоять 20 минут. Принимать в теплом виде по 1/3 стакана за 30 мин до еды 3 раза в день или по 1/2 – 1 стакану (фильтр-пакет).*

В периоды обострения болезни в комплексной терапии и для предотвращения рецидивов в фазу ремиссии могут быть эффективны следующие сборы:

♦ *Цветки ромашки аптечной 20,0 г*

*Трава сушеницы топяной 20,0 г*

*Трава тысячелистника обыкновенного 10,0 г*

*Листья подорожника большого 20,0 г*

*Плоды шиповника 10,0 г.*

*10 г сбора залить 500 мл кипятка, настаивать 4 – 5 ч, принимать по 100 мл 3 раза в день до еды.*

♦ *Корни солодки голой 20,0 г*

*Корневище аира болотного 20,0 г*

*Листья мята перечной 20,0 г*

*Трава тысячелистника обыкновенного 20,0 г*

*Трава зверобоя продырявленного 10,0 г*

*Плоды тмина обыкновенного 10,0 г*

*Листья подорожника большого 40,0 г.*

*10 г сбора залить 400 мл теплой воды, настаивать в термосе 10-13 ч, принимать по 100 мл 3-4 раза в день после еды.*

Существенным дополнением к лечению ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки может быть применение настоя из сбора с выраженным регенераторным действием:

♦ *Трава сушеницы 50,0 г*

*Трава тысячелистника 30,0 г*

*Цветки календулы 30,0 г*

*Корневища аира 20,0 г*

*Цветки липы 30,0 г*

*Трава зверобоя 50,0 г.*

*2 столовые ложки сбора залить 0,5 л кипятка, тепло укрыть, настоять 30 минут, процедить. Принимать по 100 мл за полчаса до еды, 3-4 раза в день. Курс – до 1,5 месяцев.* В данном рецепте цветки липы введены в состав сбора не только как обволакивающее средство, но и как мощный антиоксидант.

 Лечение лекарственными травами нужно проводить в период обострения и еще 10-14 дней после него. Не следует ждать скорого результата, первые положительные сдвиги можно будет увидеть через 5-7 дней от начала приема трав. А окончательно оценить эффективность их можно через 2-3 недели. Если через этот период не наблюдалось эффекта, то фитосбор нужно заменить.

 При достижении ремиссии в течение язвенной болезни необходимо назначение длительных курсов фитотерапии по 1-1,5 месяца, не менее четырех в год, причем акцент должен быть сделан на сборы, корригирующие вегетативные нарушения и обладающие стресспротективным действием. Народная медицина рекомендует для этих целей применение таких растений, как валериана, пустырник, мята, иван-чай, дягиль, девясил, репешок, душица, подорожник, тысячелистник. На данном этапе, можно предложить чередование небольших по составу сборов из этих растений:

♦ *Корневища с корнями валерианы 10,0 г*

*Трава тысячелистника 5,0 г*

*Листья мяты перечной 5,0 г*

*Плоды тмина или фенхеля 5,0 г.*

*Смешать. 1 чайную ложку сбора залить стаканом кипятка, настоять 15 – 20 минут, процедить. Выпить в теплом виде, за 10 – 15 минут до еды. Пить по 1 стакану утром и вечером.*

Выраженное стресспротективное действие оказывает сбор:

*Трава душицы*

*Листья иван-чая поровну*

*1 столовая ложка сбора на 1 стакан кипятка, настоять 30 минут, процедить. Выпить за 1 – 2 приема в течение дня.*

На протяжении курса лечения небольшими глотками следует принимать один из ниже перечисленных сборов:

 ♦ *Цветки ромашки 20,0 г*

 *Листья мелиссы 20,0 г*

 *Листья мяты 20,0 г*

 *Корень дудника 15,0 г*

 *Плоды тмина 10,0 г*

 *Плоды фенхеля 10,0 г*

 *Трава полыни горькой 5,0 г.*

*1 столовая ложка сбора на 1 стакан кипятка, настоять 30 минут, процедить. Выпить за 1 – 2 приема в течение дня.*

Эта смесь действует благотворно и при нарушениях, связанных с деятельностью нервной системы, благодаря наличию в них листьев мелиссы.

 ♦ *Трава тысячелистника 20,0 г*

 *Листья мяты 20,0 г*

 *Трава зверобоя 20,0 г*

 *Листья мелиссы 20,0 г.*

*1 столовая ложка сбора на 2 стакана кипятка, настоять 30 минут, процедить. Выпить за 3 – 4 приема в течение дня.*

Таким образом, лекарственные растительные средства могут реализовать все основные направления терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и отвечают критериям, установленным для «идеального» противоязвенного средства.

**Фитотерапия хронического атрофического гастрита.**

**При гипоацидном гастрите**, после устранения острых явлений акцент делается на растения, стимулирующие желудочную секрецию и образование желчи. Для этих целей эффективно применять:

*● растения, содержащие эфирные масла* *и горечи*– корневище аира, трава полыни горькой, тысячелистника обыкновенного, золототысячника зонтичного, листья вахты трехлистной, корень одуванчика, плоды аниса, тмина, фенхеля, укропа (настои, отвары);

*● растения, содержащие флавоноиды* - цветки бессмертника, василька (настои);

*● растения, содержащие слизи –* листья подорожника, семена льна, корни алтея лекарственного (настои);

*● Сбор для возбуждения аппетита* **-** травы полыни горькой – 8 частей, травы тысячелистника – 2 части.

Одновременно используются растения с выраженным **противовоспалительным и регенерирующим действием** – цветки ромашки и календулы, корневище с корнями девясила, семена льна, листья подорожника, трава сушеницы, корни солодки.

Вне фазы обострения желательно широкое использование овощных, фруктовых и ягодных соков. Они являются прекрасными сокогонными средствами, и за счет органических кислот сами создают в желудке кислую среду, необходимую для действия пепсина.

**Для возбуждения аппетита** применяют сборы:

♦ *Трава полыни горькой 25,0 г*

*Корневища аира болотного 25,0 г*

*Листья вахты трехлистной 25,0 г*

*Плоды тмина обыкновенного 25,0*

*Принимать по 1/3 стакана настоя за 15-20 мин до еды;*

♦ *Трава полыни горькой 50,0 г*

 *Листья вахты трехлистной 50,0 г*

*Принимать по 1/3 стакана настоя за 15-20 мин до еды;*

♦ *Плоды фенхеля обыкновенного 25,0 г*

 *Корни алтея лекарственного 25,0 г*

*Цветки ромашки аптечной 25,0 г*

*Корни солодки голой 25,0 г*

*Принимать по 1/2-1/3 стакана настоя 3 раза в день за 30 мин до еды.*

♦ *Листья мята перечной 4ч*

*Трава сушеницы топяной 3 ч*

*Трава горца птичьего 3 ч*

*Трава тысячелистника обыкновенного 3 ч*

*Цветки ромашки аптечной 2 ч*

*Плоды укропа огородного 2ч*

*Корневища с корнями валерианы лекарственной 2 ч*

*Соплодия хмеля обыкновенного 2 ч*

*10 г сбора залить 1 л кипятка, настаивать в теплом месте (в термосе) 10-12 ч. Принимать утром натощак 200 мл, остальное количество в течение дня по 200 мл*.

Приводим один из вариантов травяного сбора при хроническом гипоацидном гастрите в фазе ремиссии:

♦ *Трава сушеницы топяной 50,0 г*

*Трава тысячелистника 30,0 г*

*Листья подорожника 30,0 г*

*Трава зверобоя 30,0 г*

*Корневища аира 20,0 г*

*Листья вахты трехлистной 20,0 г*

*Смешать. 1 ст.л. сбора залить 0,5 л кипятка, тепло укрыть, настоять 40 минут, процедить. Пить по 100 – 150 мл за 30 минут до еды 3 – 4 раза в день.* Сбор показан при хронических гастритах с начинающейся атрофией слизистой оболочки желудка.

При хроническом ахилическом гастрите из-за полной утраты секреторной способности желудочными железами прием сокогонных трав неэффективен. Более рационально использование желчегонных трав, лекарственных растений с противовоспалительным действием и стимулирующих регенерацию слизистой оболочки. Одновременно необходимо проводить заместительную терапию соляной кислотой и пищеварительными ферментами.

В период ремиссии показаны также короткими курсами (в среднем по 2 недели) различные масляные экстракты – шиповника, облепихи, календулы, зверобоя, тыквы, льняное масло и т.д.

Лечение хронических гастритов **в период ремиссии** должно проводиться длительно и планомерно, с заменой лекарственных растительных сборов каждые 1,5 – 2 месяца, соответственно объективным данным врачебного осмотра и жалобам пациента. Обязательно следует учитывать степень атрофии слизистой оболочки желудка и кислотность желудочного сока. Обязательным условием лечения хронического гастрита является соблюдение диеты, частый дробный прием пищи (не менее 5 – 6 раз в день) и отказ от вредных привычек. В рационе питания нужно широко использовать фруктовые и овощные соки и кисели на их основе. Больные хроническими гастритами часто плохо переносят сырые фрукты, ягоды и соки. Поэтому, Е.А. Ладынина предлагает давать таким больным их в виде мусса (стакан ягод или фруктов, полстакана сахара, два белка и чайная ложка манной крупы тщательно взбиваются в миксере и выпиваются сразу)

В последнее время считается доказанным, что в возникновении гиперацидных состояний ведущую роль играет инвазия *Helicobacter pylori* в слизистую оболочку желудка. При обнаружении данной инфекции должна проводиться полная эрадикация современными антибактериальными и антисекреторными средствами, а фитотерапия может выступать только как дополнительный компонент лечения, повышая эффективность этих лекарственных препаратов.

**ЛЕЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ**.

Минеральные воды применяются преимущественно при лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с сохраненной и повышенной кислотностью. Бальнеотерапия доступный метод лечения, который возможно использовать как в условиях санаториев, так и амбулаторно.

 Бальнеологические курорты СНГ и РФ: Березовские минеральные воды, Боржоми. Горячий Ключ, Ессентуки, Железноводстк, Ижевские минеральные воды, Краинка, Нижние Серги, Большой Фонтан, Пятигорск, Трускавец и др.

 В Республике Башкортостан также имеются бальнео-логические здравницы: санатории Красноусольский, Юматово, Зеленая Роща.

 Такие минеральные воды, как Ессентуки – 4, Боржоми и Славяновская, показаны при повышенной кислотности желудочного сока, а Ессентуки-17 и Нарзан при пониженной.

 Из башкирских минеральных вод хорошо зарекомендовали себя Красноусольская (№ 12), Нурлы, Красный Ключ.

 Минеральные воды применяются по 1/3 – ½ стакана в теплом виде (t 38-40°С) без газа, что усиливает их антиспастическое действие. С.Н. Голиков рекомендует употреблять минеральные воды при дуоденальных язвах через 1,5-2 часа после еды, а при язвенной болезни желудка – через 0,5 – 1 час после еды. Такая методика приема минеральных вод усиливает антацидное действие пищи. При язве желудка с пониженной кислотностью минеральные воды рекомендуется принимать за 30 минут до еды. Средняя продолжительность приема минеральных вод составляет 20-24 дня.

**ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Эффективность комплексного лечения ЯБ возрастает при использовании физиотерапевтических методов. Выбор физиотерапевтических процедур во многом зависит от фазы заболевания. Проведение физиотерапии возможно только при отсутствии осложнений ЯБ. В период обострения проводятся процедуры, имеющие анальгезирующий, противовоспалительный эффект, а также способствуют улучшению микроциркуляции.

**Сроки нетрудоспособности.**

При неосложненном течении язвенной болезни 14-18 дней, при наличии осложнений – существенно дольше.

Дальнейшее ведение заключается в диспансерном наблюдении участковым терапевтом, гастроэнтерологом, санаторно-курортном лечении (Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др.), включающее грязе-, торфолечение, хвойно-морские ванные, прием щелочных минеральных вод. В санаторий направлять больных через 2-3 месяца после окончания обострения.

**Прогноз** определяется успешностью эрадикации Н.р., как следствие отсутствие рецидивов заболевания.

**ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Диспансерному наблюдению подлежат все больные ХГ и ЯБ. Диспансеризация обычно осуществляется участковым терапевтом или гастроэнтерологом. Обязательным являются плановые медицинские осмотры и обследования, которые проводятся 1-2 раза в год, с проведением ФГДС.

Для профилактики обострений ЯБ в настоящее время существует два вида терапии. Правильно проведенная эрадикационная терапия Н.р. при успешной ликвидации бактерий снижает риск рецидива ЯБ и осложненного течения заболевания у подавляющего большинства больных.

* + НЕПРЕРЫВНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ.

Антисекреторным препаратом в половинной суточной дозе (омепразол, эзомепразол, лансопразол и пр.-20 мг.).

Показания:

-неэффективность эрадикации,

- осложненная ЯБ,

- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВС,

- сопутствующая ГЭРБ.

* + ТЕРАПИЯ «ПО ТРЕБОВАНИЮ».

Эта схема предусматривает при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, возобновить прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной – в течение 2 недель. Такая схема показана пациентам с успешно проведенной эрадикационной терапией.

Учитывая, что при ХГ и ЯБ имеют значения различные экзогенные и эндогенные факторы риска, то первичная профилактика должна заключаться в устранении бытовых, производственных психотравмирующих ситуаций, нормализации режима и рациона питания, устранение погрешностей в диете, которые способствуют развитию данной патологии. Это свидетельствует о том, что первичная профилактика болезни во многом является социальной проблемой. Сюда следует отнести достойный образ жизни, культуру труда и отдыха, ограничение хронических психоэмоциональных воздействий, рациональное питание, исключение злоупотребления алкоголем и табакокурения, употребление продуктов и лекарственных препаратов, нарушающих функциональное состояние желудка и травмирующих его слизистую оболочку. Следует подчеркнуть, что первичная профилактика ХГ должна начинаться с раннего детского возраста, особенно активно она должна проводиться в школьные и студенческие годы.

Важным звеном в первичной профилактике ХГ и ЯБ и сохранения здоровья является выделение групп риска среди детей и взрослых, проведение у них санитарно-просветительной работы и лечебно-профилактических мероприятий, что позволит даже при наличии наследственной предрасположенности уменьшить действие других этиологических факторов и предупредить развитие болезни. Организация и проведение «гастро-школ» с применением современных информационных технологий - наиболее приемлемый и эффективный способ работы с населением в амбулаторных условиях.

Основная цель созданных нами образовательных школ направлена на повышение уровня медицинских знаний пациентов, что позволяет провести коррекцию питания, повысить приверженность к лечению, повысить качество жизни и улучшить медико-социальный прогноз.

**Тесты для контроля:**

1. КАКОЕ СРЕДСТВО ОБЛАДАЕТ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫМ

 ДЕЙСТВИЕМ В ОТНОШЕНИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

1) облепиховое масло

2) викалин

3) гастроцепин

4) сукрафальт

5) солкосерил

2. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ

 БОЛЕЗНЬЮ

1) должно назначаться всем больным язвенной болезнью

2) должно назначаться больным с факторами риска

3) должны использоваться препараты ингибиторы протоновой помпы

4) правильно 1, 3

5) верно все

3. В РЕЗУЛЬТАТЕ РАСПАДА КАКОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО

 СОЕДИНЕНИЯ ОБРАЗУЕТСЯ БИЛИРУБИН

1) фосфолипиды

2) холестерин

3) гемоглобин

4) глюкоза

5) желчные кислоты

4. ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1) циррозе печени

2) синдроме Жильбера

3) хроническом гепатите

4) холелитиазе

5) верно все

5. КАКОЙ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

 ЯЗВЕННОПОДОБНОЙ ДИСПЕПСИИ

1) тошнота

2) дискомфорт

3) тяжесть в животе

4) боль

5) понос

6. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ ПОЯВИЛАСЬ

 МНОГОКРАТНА РВОТА С ПРИМЕСЬЮ АЛОЙ КРОВИ. ВАШ

 ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ84

1) кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

2) синдром Меллори-Вейса

3) острый панкреатит

4) ЯБЖ

5) болезнь Крона

7. ДОСТОВЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ОСТРОГО

 ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) боль в правом подреберье

2) коллапс

3) высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче

4) гипогликемия

5) диарея

8. У ЖЕНЩИНЫ 72 ЛЕТ ВПЕРВЫЕ НА ФОНЕ ПОХУДЕНИЯ ЗА

 ПОСЛЕДНИЕ ПОЛ ГОДА НА 10 КГ ПРИ ФГС ВЫЯВЛЕНА ЯЗВА

ЖЕЛУДКА И НЕБОЛЬШОЙ ОЧАГ ПОВЫШЕННОЙ ЭХОГЕННОСТИ

 В ПЕЧЕНИ ПРИ УЗИ. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

1) язвенная болезнь желудка

2) с-м Меллори-Вейса

3) язва желудка с сопутствующей кистой печени

4) рак желудка с метастазами в печень

5) жировой гепатоз, язвенная болезнь желудка

Ответы на тесты

1- 4; 2- 4; 3 – 3; 4. 1; 5. 4; 6. 2; 7- 3; 8 – 4

**ЗАДАЧИ**

**Тема: Хронический гастрит**

 **Задача 1**

В поликлинику обратился больной 28 лет с жалобами на боли в животе, которые возникают через 20 - 30 минут после еды. При дальнейшем расспросе выяснилось, что были и "голодные" боли. Больного беспокоят мучительная изжога, отрыжка кислым, запоры. При пальпации локальная болезненность пилородуоденальной области. При рН - метрии - секреторная активность повышена. При эндоскопии - пятнистость, гиперемия, отечность слизистой оболочки антрального отдела желудка. При гистологическом исследовании биоптата - гиперплазия покровного эпителия, выявление Helicobacter pylori с локализацией в антруме.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте лечение.

5. Определите группу диспансерного наблюдения

**Задача 2**

Больной Д., 33 лет, обратился к врачу с жалобами на изжогу кислым, чувства давления, жжения и распирания в надчревной области, запоры, иногда рвоту. Связывает это с посещением ресторана восточной кухни. В анамнезе частые боли в эпигастрии, в больницу никогда не обращался. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, язык обложен налетом, живот болезненный в области эпигастрия, защитное напряжение мышц при глубокой пальпации, АД 120/180 мм рт. ст., ЧД – 20 в минуту, ЧСС – 68 ударов в минуту. Печень по краю реберной дуги, поколачивание по реберной дуге безболезненное, отеков нет. Диурез в норме, запоры.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте наиболее информативные методы исследования для

 верификации диагноза:

 а) рентгеноскопия;

 б) фиброгастроскопия.;

 в) другие.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу

4. Определите тактику лечения:

 а) амбулаторное лечение;

 б) госпитализация в стационар;

 в) антагонисты Н2- рецепторов гистамина;

 г) кортикостероиды;

 д) ферментативные препараты.

5. Определите тактику диспансерного наблюдения.

**Задача 3**

Больной К., 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие через 20-30 минут после еды, постоянную изжогу, тошноту, была однократная рвота. Подобная симптоматика обычно наблюдается в весенне-осенние периоды. Не обследовался, не лечился. Объективно: кожа обычной окраски, ладони влажные, органы дыхания без патологии, ЧСС 87 ударов в минуту, АД 125/80 мм рт ст. Язык влажный, обложен умеренно белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя отрицательный, стул – запоры. На ФГС – слизистая желудка гиперемирована, отечна, в антральном отделе множественные мелкоточечные эрозии неполного типа, рН 1,9. ОАК, ОАМ без особенностей, реакция Грегерсена отрицательная.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.
4. Назначьте лечение.
5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 4**

Больной Н., 35 лет, обратился с жалобами на тяжесть, распирание в подложечной области, отрыжку воздухом, тухлым, поносы. Объективно: Общее состояние ближе к удовлетворительному, телосложение нормостеническое, язык обложен беловатым налетом, "заеды в углах рта", пальпаторно - болезненность в эпигастрии. Лабораторные данные: R - скопия желудка - рельеф слизистой сглажен, тонус, перистальтика ослаблена, эвакуация желудочного содержимого ускорена. На ФГС диффузная истончение слизистой, цвет бледный, видны сосуды подслизистого слоя, симптом «манной крупы», ОАК - гипохромная анемия.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

 а) амбулаторное лечение;

 б) госпитализация в стационар;

 в) дообследование.

3. Проведите врачебно - трудовую экспертизу с определением средних

 сроков временной нетрудоспособности.

4. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 5**

В приемный покой городской клинической больницы обратился больной К., 36 лет, с жалобами на сильные схваткообразные боли в эпигастральной области, возникающие после еды, а также тошноту, изжогу, чувство распирания в эпигастрии после приема пищи, слабость, раздражительность. В анамнезе: больной принимал бесконтрольно индометацин по поводу ревматоидного артрита в течение 3 мес. Объективно: язык влажный, обложен белым налетом, в легких дыхание везикулярное, сердечные тоны ритмичные, ясные; язык влажный, обложен, с зубными отпечатками по краям, живот мягкий, умеренно напряжен в эпигастрии, при пальпации отмечает резкую болезненность в эпигастральной области, защитное напряжение мышц при глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги, стул неустойчив. Диурез в норме. На ФГС: Пищевод свободно проходим, кардиальная розетка смыкается полностью, в желудке слизь, стенки эластичные, слизистая гиперемирована, отечная, блестящая. Привратник проходим, округлой формы. Слизистая 12 п. к. без особенностей.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного.

3. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Тема: Язвенная болезнь**

**Задача 1**

Больной К., 25 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в области эпигастрии, с иррадиацией в левую сторону, появляющейся после стрессовой ситуации. Боли на голодный желудок, часто - ночные, иногда возникают через 2 - 3 часа после еды. Боли проходят после приема еды. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, АД 120/180 мм рт. ст., ЧД – 22 в минуту, ЧСС – 78 ударов в минуту в легких дыхание везикулярное, язык обложен, пальпаторная болезненность в области эпигастрия и в месте проекции 12-перстной кишки. Печень по краю реберной дуги, при пальпации безболезненна. Стул, диурез в норме. На ФГС язва луковицы 12 - перстной кишки 2-3 мм. После курса лечения боли исчезли.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3.Определить тактику ведения больного.

4.Провести врачебно-трудовую экспертизу.

 5.Назначить лечение.

 6. Определить группу диспансерного наблюдения:

**Задача 2**

Больной С., 55 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в надчревной области, четко связанной с приемом пищи. В анамнезе язва желудка с 30 лет, в последнее время частые (1 - 2 раза в месяц) обострения, не снимающиеся, несмотря на противорецидивное лечение. Работа связана с ночными сменами (работает слесарем на заводе). Объективно: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, АД 120/180 мм рт. ст., ЧД – 22 в минуту, ЧСС – 66 ударов в минуту, в легких дыхание везикулярное, язык обложен, в области эпигастрия сильная боль при пальпации, болезненность по ходу толстого кишечника, тургор кожи снижен,

1. Поставьте предварительный клинико-функциональный диагноз.

2. Определите выбор метода инструментального исследования:

 а) рентгеноскопия;

 б) рентгенография;

 в) фиброгастроскопия;

 г) биопсия язвенного дефекта.

3. При осложненном течении:

 а) амбулаторное лечение;

 б) плановая госпитализация;

 в) экстренная госпитализация.

4. Назначьте лечение.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 3**

Больной С., 35 лет, обратился с жалобами на чувство жжения в эпигастральной области, ночные боли, прерывающие сон, изредка голодные боли. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, в легких дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту, сердечные тоны ритмичные, АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 76 ударов в минуту. Язык обложен, болезненность в эпигастрии при глубокой пальпации, симптомы раздражения брюшины отрицательны, на рентгеноскопии симптом "ниши", на ФГДС признаки хронического гастрита, язва небольших размеров в пилорическом отделе желудка. Больной работает шофером дальнобойщиком.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

 а) амбулаторное лечение;

 б) плановая госпитализация;

 в) экстренная госпитализация;

 г) лечение в условиях дневного стационара.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте лечение:

 а) антациды, ингибиторы протонной помпы, цитопротекторы, диетотерапия, физиотерапия

 б) ингибиторы NаК – АТФазы, антибиотики, диета, физиотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 4**

Больной А., 45 лет, обратился к участковому врачу, на сильные кинжальные боли в подложечной области, головокружение, сильную слабость. Вечером был на дне рождения сестры, ночью была сильная рвота, не приносящая облегчения. Объективно: Общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, АД 120/180 мм рт. ст., ЧД – 22 в минуту, ЧСС – 66 ударов в минуту, язык обложен, изо рта неприятный запах, резкая разлитая болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины положительны. В анамнезе язва желудка 10 лет.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

 а) амбулаторное лечение;

 б) плановая госпитализация;

 в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 5**

Больной К., 60 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головокружение, прилив крови к лицу, потливость, сердцебиение через 30 мин. после еды, периодическую рвоту пищей при больших приемах пищи, жидкий стул. В анамнезе: язвенная болезнь желудка с частыми рецидивами и не поддающаяся медикаментозному лечению, в связи с чем больному 3 мес. тому назад была сделана резекция желудка. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, тургор кожи снижен, небольшая иктеричность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное, АД 120/80 мм рт. ст., ЧД – 22 в минуту, ЧСС – 78 ударов в минуту, язык обложен, небольшая болезненность в месте операционной раны, болезненность в правом подреберье по ходу толстого кишечника.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

 а) амбулаторное лечение;

 б) плановая госпитализация;

 в) экстренная госпитализация.

3. Назначьте реабилитационные мероприятия:

 а) прием пищи в положении лежа, ограничение углеводов, ограничение

 приема жидкости во время еды, ферменты, в резистентных случаях -

 сандостатин;

 б) эррадикационная терапия, диета.

4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача 6**

Больная З., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в подложечной области слева, иррадиирующие в левую лопатку и грудной отдел позвоночника, на частую рвоту на высоте боли, приносящую облегчение, изжогу. Боли появились впервые. Объективно: язык обложен сероватым налетом, живот мягкий, разлитая болезненность в эпигастральной области, защитное напряжение мышц при глубокой пальпации.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

 а) амбулаторное лечение;

 б) стационарное лечение;

 в) лечение в условиях дневного стационара.

3. Необходимые методы функциональной диагностики:

 а) фиброгастроскопия;

 б) рентгенография;

 в) ЭКГ;

 г) ФКГ;

 д) УЗИ органов брюшной полости.

4. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Хронический гастрит**

**Ответ на задачу №1**

1. Хронический гастрит антрального отдела ассоциированный с Helicobacter pylori, среднетяжелое течение, фаза обострения.
2. Лечение в амбулаторных условиях.
3. Больной нетрудоспособен в течение 7 -10 дней.
4. Лечение: диета №1, омепразол 20 мг 2 раза в день 4 недели, кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1,0 г 2 раза в день 7 -10 дней; ИРТ.
5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Ответ на задачу №2**

* 1. Хронический неатрофический гастрит, среднетяжелое течение, фаза обострения.
	2. б);
	3. Временная нетрудоспособность 5-7 дней;
	4. Амбулаторное лечение;
	5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Ответ на задачу №3**

1. Хронический гастрит ассоциированный с НР, множественные мелкоточечные эрозии неполного типа в антральном отделе, среднетяжелое течение, фаза обострения;
2. Амбулаторное лечение и в условиях дневного стационара поликлиники;
3. Временная нетрудоспособность 7-10 дней;

 4. Лечение: диета №1, омепразол 20 мг 2 раза в день 4 недели, кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1,0 г 2 раза в день 7 -10 дней; ИРТ.

5. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Ответ на задачу №4**

1. Хронический атрофический пангастрит, среднетяжелое течение, фаза обострения. В12-дефицитная анемия.
2. б);
3. Временная нетрудоспособность 14-21 день;
4. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Ответ на задачу №5**

1. НПВП-гастропатия на фоне приема индометацина.
2. Отмена препарата, лечение в условиях поликлиники или дневного стационара по схеме лечения ХГ с повышенной кислотностью. В дальнейшем подбор НПВП, соблюдение режима приема и под «защитой» антацидов, ИПП, цитопротекторов
3. Диспансерное наблюдение по 3 группе.

**Язвенная болезнь**

**Задача №1.**

1. Язвенная болезнь 12 п/к в стадии обострения с болевым синдромом.
2. ФГДС с биопсией и щеточным цитологическим обследованим, уреазный тест, ОАК с определением ретикулоцитов, анализ кала на скрытую кровь, кровь на сахар, ОАМ. При подозрении на злокачественное течение, наличие осложнений – консультация специалистов по показаниям.
3. Лечение в амбулаторных условиях.
4. ВТЭ до 22-40 дней.
5. При обнаружении Н.р. – эрадикационная терапия, прием антисекреторных средств до 5-6 недель, прокинетики, репаранты, седативные средства, антациды, физиотерапия, СМТ, ДДТ, ДМТ; лазерная эндоскопия при длительном заживлении.
6. III группа дисп.наблюдения.

**Задача №2.**

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, часто рецидивирующая с болевым синдромом.
2. в, г.
3. в
4. Эррадикационная терапия, антисекреторная терапия до 7-8 недель, репаранты, прокинетики, антациды, физиотерапия, фитотерапия.
5. III группа диспансерного наблюдения.

**Задача № 3.**

1. Язвенная болезнь желудка пилорического отдела в стадии обострения с диспепсическим синдромом. Соп.: хронический неатрофический гастрит в стадии обострения.
2. б
3. ВТЭ – 25-30 дней; противопоказана работа водителем-дальнобойщиком.
4. а
5. III группа диспансерного наблюдения.

**Задача № 4.**

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения с сильным болевым синдромом, желудочной диспепсией. Осложнение: перфорация, перитонит.
2. Экстренная госпитализация.
3. ВТЭ – 30-45 дней.
4. Оперативное лечение.
5. III группа диспансерного наблюдения.

**Задача № 5.**

1. Болезнь оперированного желудка – демпинг синдром средней степени тяжести.
2. плановая госпитализация.
3. а
4. III группа дисп.наблюдения.

**Задача № 6.**

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.
2. б
3. а, в, д.
4. ВТЭ – 25-30 дней.
5. III группа дисп.наблюдения.

**Литература**

**Основная литература:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
3. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.
4. Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

 **Дополнительная литература:**

1. Очерки психосоматических расстройств при язвенной болезни и артериальной гипертензии монография/ ГБОУ ВПО «Башкирский гос. мед. ун-т» МЗ РФ, Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа, 2015.
2. Киотский глобальный консенсус по Helicobacter pylori-ассоциированному гастриту // РМЖ. 2015. No 28. С. 1673–1681Язвенная болезнь: учебное пособие, рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", ИПО, каф. поликлинической медицины ИПО; сост. Л. В. Волевач [и др.]. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2011.
3. Маев, И. В..      Болезни желудка: монография/ И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 973 с.
4. Гарипов, Р. М..      Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: алгоритмы диагностики и лечения: монография/ Р. М. Гарипов, Р. Б. Сагитов, Ш. В. Тимербулатов; М-во здравоохранения и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2014. – 121с.
5. Клинико-патогенетическое обоснование профилактики и лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста [Электронный ресурс]: монография/ ГБОУ ВПО «Башкирский гос. мед. ун-т» МЗ РФ, Кафедра поликлинической терапии с курсом ИДПО; авт.-сост.: А. Я. Крюкова, Л. В. Габбасова, О. А. Курамшина. - Электрон. текстовые дан.. - Уфа, 2015
6. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.